

Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı?

Life-sustaining treatment: when should it be withheld or withdrawn?

Aslıhan AKPINAR,¹ Nermin ERSOY²

¹Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kocaeli;

²Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kocaeli

Gelişen yaşamı destekleyen tedavi teknolojileri ile sağlanan tıbbın yaşamı uzatma gücü, kalitesi sorgulanabilir yaşamların hatta bazen ölüm sürecinin uzatılmasına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda hasta, ailesi veya sağlık çalışanı tarafından yaşam desteğinin sınırlandırılması kararı verilmesi gerekebilmektedir. Yaşam desteğinin sınırlandırılması etik açıdan farksız olan tedavileri esirgeme veya sonlandırma şeklinde gerçekleşir. Karar, karar verme yeterliğine sahip olan hasta ya da uygun vekil karar verici tarafından verilebileceği gibi; hasta, karar verme kapasitesini kaybetmeden önce yaşayan dilek bırakmış olabilir. Her zaman hastanın kararlarını bilmek mümkün değildir. Böyle durumlarda tedaviyi sonlandırma ya da esirgeme kararlarının sağlık çalışanları tarafından verilmesi gerekir. Bu makalenin amacı yaşam desteğinin reddi, yaşayan dilek, orantılılık ilkesi, yaşam kalitesi, nafile tedavi ve triyaj başlıklarında yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılmasının hangi şartlarda mümkün olduğunu etik gerekçeler ve ilgili kodlar çerçevesinde tartışmaktır.

Anahtar sözcükler: Etik, tıbbi; tedavileri esirgemek; tedavileri sonlandırmak; tıbbi yetersizlik; yaşam kalitesi.

The development of new life-sustaining treatments may result in lives with questionable life quality or may sometimes extend the duration of death. Under these circumstances, patients, their relatives and/or the healthcare professionals are faced with decisions about life-sustaining treatments. There are two forms of decisions regarding life-sustaining treatment limitation, which are ethically coequal: withholding and withdrawing treatments. The decision can be made by the patient in the presence of decision-making capacity or by a suitable proxy, or the patient may have made a living will prior to the loss of their decision-making capacity. However, it is not always possible to know the patient's wishes, and in such circumstances, it is the healthcare professional(s)' responsibility to decide. The aim of this paper is to discuss the ethical reasoning for limiting life-sustaining treatment in the context of refusal, living will, principle of proportionality, quality of life, treatment futility, and triage.

Key words: Ethics, medical; withholding treatment; withdrawing treatment; medical futility; quality of life.

İnsanlık tarihi kadar uzun bir tarihe sahip olan tıp pratiği gerçekte ölümsüzlük arzusunun tezahürüdür. On yedinci yüzyılda modern bilimin temellerinin atılması sürecinde Francis Bacon bilimsel tıbbın en büyük hediyesinin yaşamın uzatılması olduğunu söylemiştir. Bununla beraber teknolojik açıdan geldiğimiz noktada, ölümsüzlük arzusunun ve modern tıbbın bu hediyesinin mantıklı so-

nucu, mümkün olan her şey yapılmadan kimsenin ölmesine izin vermemektir. Ölüm artık bir sonuç değil aylar bazen yıllar süren bir süreç haline gelmiş ve ölümün gerçekleştiği yer değişmiştir. Bu da artık ailemiz ve akrabalarımızdansa yabancıların yanında, sadece hastanede değil aynı zamanda yoğun bakımda ölmemiz gerektiği anlamına gelebilmektedir.^[1,2]

VI. Tıp Etiği Kongresi'nde sunulmuştur (25-26 Kasım 2010, İstanbul).

İletişim (Correspondence): Dr. Aslıhan AKPINAR. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kocaeli, Turkey.
Tel: +90 - 262 - 303 81 21 e-posta (e-mail): aslyakcay@yahoo.com

© 2012 Onkoloji Derneği - © 2012 Association of Oncology.

Oysa İ.Ö. 4. yüzyıla tarihlenen Hipokrat Külliyyatında tıbbın gücünün sınırlarından ve tedavinin sınırlandırılması şeklinde okunabilecek “hastalıkları tarafından zaptedilmiş olanları, bu tür durumlarda tıbbın elinden bir şey gelmeyeceğinin farkında olarak, tedavi etmeyi reddetmek”ten söz edilmektedir.^[3] Bununla birlikte, Anglo Amerikan kültüründe yaşamı korumak için kahramanca çabalardan kaçınmak konusunda açık seçimler yapma istekliliğinin tarihi en çok 35 yıl geriye- Karen Quinlan vakası (1976) ve President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research raporuna (1983)- götürülebilir.^[4] Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada ve Avrupa’da yapılan çalışmalarda yoğun bakımlarda ölümlerin %70’den fazlasının tedavilerin sınırlandırılması sonucu ortaya çıktığı bildirilmektedir.^[5-8] Doğu’da ise daha geç de olsa yaşamı destekleyen tedavilerin (YDT) sınırlandırılması kararları bildirilmeye başlanmıştır. Örneğin Hong Kong’da^[9] yoğun bakımda ölümlerin %59’unun tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması sonucu, İsrail’de %91’inin tedavilerin esirgenmesi sonucu meydana geldiği bildirilmiştir.^[10] Ülkemizde ise anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin %66’sının canlandırmama emri verdiği;^[11] yenidoğan hekim ve hemşireleriyle yapılan bir çalışmada %40’ının tedavi esirgeme kararı verdiği bildirilmiştir.^[12] Son olarak yenidoğan hekim ve hemşireleriyle yapılan ve ülkemizi iyi bir örnekleme yanıtı bir doktora tezinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerin %58’inin tedavi esirgeme, %56’sının tedavi sonlandırma kararı verdiği bulunmuştur.^[13] Sınırlı sayıda da olsa bu çalışmalar “Yaşam desteğini sınırlandırmak: Dünya çapında bir uzlaşma mı?”^[4] sorusuna olumlu yanıt veremeyi mümkün kılar.

Dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında bulunan kanser, Türkiye’de 1990’dan itibaren ölüm nedenlerinde ikinci sıraya yükselmiştir. Önemli sayıda kanser hastası yoğun bakım ünitesi gibi yüksek teknolojiyle donanmış ve kişisel olmayan bir çevrede uzamış bir ölüm sürecine maruz kalmakta, özellikle ülkemizde bu hastaların çok azı karar sürecine katılmaktadır.^[14,15]

Yaşamı destekleyen tedavi kararlarında hasta ve ailesine yardım etmek kanser hastalarıyla çalışan uzmanların temel becerilerinden biridir. Bir onkoloji uzmanı uygulamaya yönelik pratik konular kadar konunun etik ve yasal boyutlarını da anlamalıdır.^[14]

Bu bağlamda onkoloji hastaları da dâhil tüm hastalarda yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılmasının hangi durumlarda etik açıdan haklı çıkarılabileceğini tartışmak önem taşır.

Bu makalenin amacı yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılmasının etik açıdan uygun olduğu durumları belirlemektir. Hastanın tercihleri, orantılılık ilkesi, yaşamın kalitesi, nafile tedavi ve triyaj başlıklarında tedavinin esirgenmesi ve tedavilerden vazgeçilmesi/geri çekilmesi/sonlandırılmasının haklı çıkarılabildiği hatta çoğunlukla etik gereklilik olduğu durumlar etik gerekçeler ve ilgili etik kodlar çerçevesinde tartışılacaktır.

Etik konular

Temel olarak yaşamı destekleyen tedavileri sınırlandırma kararları tedaviyi esirgemek (*withholding*) ve tedaviyi sonlandırmak (geri çekmek/*vazgeçmek/withdrawing*) olarak iki şekilde gerçekleşir. Türkçe sözlükteki anlamları değerlendirilerek *withholding* esirgemek sözcüğüyle, *withdrawing* ise sonlandırmak/*vazgeçmek* ve geri çekmek sözcükleriyle karşılanmıştır.^[16] Tedaviyi sonlandırmak yaşamı desteklemek amacıyla başlanmış olan fakat artık ölüm sürecini uzattığı düşünülen tedavilerden vazgeçmek olarak nispeten daha kolay tanımlanır. Genellikle mekanik ventilasyon veya vazoaaktif ajanların uygulanması gibi tedavilerle ilgilidir. Diğer taraftan tedaviyi esirgemek bir müdahalenin yapılmaması veya tedavi edici bir artırma yapılmaması anlamına gelir. En bilinen tedaviyi esirgeme örneği canlandırmama emridir.^[17]

Tedaviyi sonlandırmak ve esirgemek arasında etik açıdan bir fark olup olmadığı konusu çok fazla tartışılmıştır. Tıbbi yararsızlığı bilinen tedaviyi sonlandırmak ve esirgemek arasında etik ve ahlaki açıdan bir fark bulunmamakla birlikte^[18] genel olarak sağlık çalışanları ve aile üyelerinin başlanmış bir tedaviyi sonlandırmayı tedaviye başlamaktan daha kolay kabul ettiği bildirilmiştir.^[19,20]

Bununla birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalarda aile üyeleri ve sağlık çalışanlarının tedaviyi sonlandırmayı da tercih ettikleri bildirilmektedir.^[21,22]

Yaşamı destekleyen tedavilerin sınırlandırılması iki taraflı bir karardır. Bu nedenle bu kararları (a) karar verme kapasitesine sahip olan hasta (veya karar verme kapasitesine sahip olmayan hastanın vekili veya önceden bildirdiği tercihleri) ve (b) hekim açısından ele almak uygun olacaktır.

1. Hasta açısından yaşamı destekleyen tedavi kararları

1a) Tedaviyi reddetmek

Hasta açısından değerlendirildiğinde kendi hakkında karar verme hakkına sahip olan hasta, değerleri ve beklentileri doğrultusunda yarar / yük olarak neyi kabul edeceğini, ne tür bir yaşam kalitesini katlanılabilir bulacağını belirleme hakkına sahiptir. Bu nedenle hasta ya da vekillerinin olası tedaviyle sunulacak ne kadar yarar için ne kadar sıkıntıyı göze alabileceklerine karar verebilmelerine olanak tanınmalıdır.^[23]

Özellikle kanser hastalarında kötü haberin verilmesi oldukça hassas bir konu olduğundan hastanın karar sürecine katılmasında sorun yaşanabilmektedir. Örneğin ülkemizde kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada hastaların %92'si hekimin kendilerini tanı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirmesi gerektiğini, %43'ü de tedaviyi reddetme hakkı bulunduğunu bildirmişken^[24] onkoloji uzmanlarının kanser hastalarına tanıyı söylemediği, dolayısıyla hastaların karar sürecine katılmadığı da bildirilmektedir.^[25]

Oysa hastanın temel haklarından biri uluslararası ve ulusal mevzuat ile üstün şekilde korunan aydınlatılmış ret hakkıdır. Aydınlatılmış Onam aynı zamanda aydınlatılmış ret anlamını da taşır ve aydınlatılmış, karar verme hakkına sahip olan hastanın özgürce tedaviyi reddetmesi hakkı bulunmaktadır.^[26]

Örneğin 1997 yılında imzaya açılan ve ülkemizde 2003 yılında 5013 nolu kanunla onaylanan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. Maddesi'nde "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgi-

lendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir... İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir."^[27] ifadesi bulunmaktadır.

Ekim 1983'te yayınlanan Venedik Bildirgesi'nde "Hekim, ölümcül hastalığın son dönemindeki bir hastada hastanın rızası -hasta kendi isteğini açıklamıyorsa en yakın akrabasının kararı- ile tedaviyi keserek hastanın acısını dindirebilir..." ifadesi, Dünya Tıp Birliği'nin (DTB) Eylül 1992'de yayınlanan Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumu'nda "... Hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusunun hürmet etmesi ölümüne neden olsa bile etik olmayan bir davranış sayılmaz" ifadesi yer almaktadır.^[28,29]

Ülkemizde ise hastaların başlanmamış tedaviyi reddetme veya başlanmış tedaviyi sonlandırma hakları Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (HHY) 25. maddesinde "... Hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir..." ifadesiyle vurgulanmıştır.^[30]

Bunun yanında Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'sinde de bireyin yaşamı destekleyen tedavileri esirgeme ve sonlandırma hakkı özellikle vurgulanmıştır.^[31]

Ölüm sürecini hızlandırmadan ama geciktirmeden de kanser hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan Ulusal Palyatif Bakım Programı'nda da tedaviyi ret hakkı vurgulanmış, yaşamın son döneminde yapılacaklar için hastanın "canlandırılmama isteği" gibi haklarından haberdar edilmesi gereği bildirilmiştir.^[32]

Dolayısıyla müdahale aydınlatılmış ve özerk bir hasta veya vekili tarafından reddedildiğinde, bakım veren hekim tarafından yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan uygun, hatta gereklidir.

1b) Yaşayan dilek veya tıbbi vasiyet

Tedavi edilemez bir hastalığın ve ölüm sürecinin zorlukları daha önce yeterli olan bireyin karar verme kapasitesini bozabilir. Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin bireyin kişisel tercihlerini, dolayısıyla kendi hakkında karar verme hakkını korumanın en iyi yolu karar verme kapasitesinin orta-

dan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme şeklinde tanımlanabilecek olan tıbbi vasiyettir.^[31,33]

Ülkemizde tıbbi uygulamalarda çok tanıdık bir kavram olmamakla birlikte^[34] İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesi "müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri gözönüne alınmalıdır" ifadesiyle tıbbi vasiyeti güvence altına alır. Ayrıca Türk Tabipleri Birliği'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge'sinde de tıbbi vasiyet başlığı altında bireyin tedavileri reddetme ve durdurulmasını isteme hakkı ve koşulları ele alınır.^[31] Tıbbi vasiyetin en etkili şekilde uygulamaya aktarılması için özellikle ilgili uzmanlık derneklerine iş düşmekteyse de hekim, aile üyeleri ve arkadaşları tarafından bireyle tutum ve tercihleri konusunda iletişim kurmak da önemli bir adımdır.^[33] Bu adım, palyatif bakım programında da vurgulanmakta onkoloji hastalarının yaşamın sonu kararlarına yönelik yaşayan dilek bırakma hakları konusunda bilgilendirilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir.^[32]

Onkoloji hastalarında özellikle resüsitasyon, mekanik respirasyon, kemoterapi ve radyoterapi, diyaliz, majör cerrahi, yapay beslenme seçenekleri, hatta basit tanı testleri ve antibiyotik kullanımı hakkındaki tercihleri tartışmak onkoloji uzmanlarına rehberlik edebilecek yararlı bilgiler sağlayacaktır.^[35]

Dolayısıyla hastanın önceden bildirdiği isteklerini yaşama geçirmek sağlık çalışanlarının etik yükümlülüğüdür. Bu isteğe dayanarak bakım veren hekim tarafından yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan uygun hatta gereklidir.

Yukarıda söz edilen iki durum tedavilerin esirgenmesi ve sonlandırılması açısından gerekli düzenlemelerin ve etik kodların mevcut olduğu, tedavileri sınırlandırmanın en sorunsuz şekilde gerçekleştiği durumlardır. Ancak, her zaman hastanın kararlarını bilmek mümkün olmayabilir. Hasta karar verme kapasitesine hiç sahip olmamışsa, ilerisi için bıraktığı bir istek bulunmuyorsa veya vekil karar vericiler hastanın en iyi yarını gözecek karar-

lar vermiyorsa tedaviyi sonlandırma ya da esirgeme kararlarının sağlık çalışanları tarafından verilmesi gerekebilir. Bu konuda özellikle tıbbin amaçları ve orantılılık ilkesi çerçevesinde nafilelik ölçütleri ve yaşamın kalitesinin değerlendirilmesi sağlık çalışanlarının kararlarında yol gösterici olabilmektedir.

2. Hekim açısından yaşamı destekleyen tedavi kararları

2a) Orantılılık ilkesi

Orantılılık ilkesine göre tüm tıbbi kararlar için tedavinin yarar ve sıkıntılarının orantılanması esastır ve günlük uygulamalarda yarar / yük oranlarını hesaba katma anlayışının, yaşamı korumakla ilgili mutlak ödev anlayışının yerine geçmesi önerilmektedir.^[23] Özellikle yaşamı destekleyen tedaviler söz konusu olduğunda tedaviyle hastaya vaat edilen yararlarla birlikte, müdahaleye eşlik edecek sıkıntılar da değerlendirilmelidir. Çünkü yaşamı uzatmak her zaman hastaya yarar sağlamayabilir.^[36]

Ülkemize ait istatistikler bulunmamakla birlikte örneğin ABD'de kanser hastalarının %20'si kadar yüksek bir oranının ölümünden önceki iki haftada da kemoterapi aldığı, dolayısıyla onkoloji uzmanlarının ölüme çok yakinken dahi ölümcül komplikasyonlar ile çok az iyileşme veya sağ kalım umudu sağlayan aşırı agresif tedavilere devam ettiği bildirilmiştir.^[37] Oysa kanser tedavisine eşlik eden etkilerin ağır külfeti göz önüne alındığında onkoloji uzmanının hastanın tedaviyle elde edeceği faydayı tarafsızca tartma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Bununla birlikte, özellikle yaşamın sonunda yetersiz bir hasta için yarar ve yükleri dengelemek zordur; eğer hasta yaşamı boyunca değerlerini ifade edecek yeterliliğe sahip olmamışsa bu daha da zordur. Ancak prensipte, yükler hasta için yararlardan çok daha ağırsa tedaviye başlamama ya da sonlandırma kararları haklı çıkarılabilmektedir.^[18] Eğer bir tedavi fonksiyon kaybına, sakatlığa ya da orantısız şekilde ağrıya sebep olacaksa hekimin bu tedaviyi uygulama yükümlülüğü bulunmamaktadır.^[21,38] Orantılılık ilkesi bağlamında fayda ve zarar olarak neyin hesaplanacağını Fletcher ve Davis

ayrıntılı olarak şöyle tanımlar:

“Tedavinin iki tür faydası hastanın esenliğini artırabilir: (a) sağlık faydaları - pozitif ve ölçülebilir şekilde hastalığın tedavi edilmesi, durdurulması veya hastalığın, durumun, semptomların ve acının azalması; (b) yaşam kalitesi faydaları - hastanın yaşamına hem hasta hem diğerleri tarafından tatmin edici bulunan günler veya aylar eklenmesi.

Tedavinin iki tür külfeti hastanın esenliğini azaltabilir: (a) Tedavi ölçülebilir bir fayda sağlamadığında ve artmış ağrı, acı ve güçsüzlüğü sürdürdüğünde; (b) Tedavi hastanın yaşam kalitesini baskıladığında.”^[2]

Bu bağlamda hekimin, yetersiz bir hasta için getireceği yararın katlanmak zorunda olduğu yüklerden çok az olduğu sonucuna vardığı, hastaya zarar verecek olan veya vermekte olan YDT’leri esirgemesi ve sonlandırması etik açıdan uygundur hatta hekimin yükümlülüğüdür.^[2]

2b) Yaşamın kalitesi

Rehabilitasyon gibi pek çok tıbbi tedavinin genel amacının yaşamın kalitesini artırmak olmasının yanında tıbbın amaçlarının çoğu da kişilerin yaşam kalitesini artırmaya hizmet etmektedir. Dolayısıyla tüm tıbbi önlemlerin amacı yaşam kalitesini düzeltmek, sürdürmek ya da yükseltmektir.^[36,39] Yaşam kalitesi değerlendirmesi kaliteli kanser bakımının da önemli bir parçasıdır.^[40]

Bununla birlikte, yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararlarında hastanın “yaşam kalitesini” hesaba katıp katmama modern tıbbın temel ahlaki sorunlarından. Yaşam kalitesi anlayışı her bireyin değerleri, inançları, deneyim ve beklentileriyle ilişkili olarak farklı olacağından tek bir “yaşam kalitesi” tanımı yapmak mümkün değildir ve hasta adına bir başkası yaşam kalitesi değerlendirmesi yaptığında kendi değer veya tutumlarına göre karar vereceği düşünüldüğünden rahatsızlıklar yükselir. Ancak, tıbbın ölümü geciktirme kapasitesinin gelişmesi neticesinde uzatılan yaşamların bu hastalar tarafından yaşanmaya değer bulunmayabileceği ve yaşamı destekleyen tedavilerle ilgili verilecek kararlarda gözetilecek olanın hasta için arzu edilen yaşam kalitesi olup, o yaşamın başkaları veya toplum için kalite-

si ya da değeri olmadığı unutulmamalıdır.^[18,23,36,41]

Bu bağlamda bireyin fiziksel, sosyal ve zihinsel fonksiyonlarının yeterliliği ve hastanın yaşamını bağımsız sürdürebilmesi anlamına gelen yaşam kalitesi^[23] yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması sürecinde değerlendirildiğinde;

Değer ve tercihleri hakkında bilgi sahibi olunamayacak kişiler için karar vermede yaşam kalitesinin bir ölçüt olarak kullanılmaması gerektiği konusunda görüşler olmakla beraber, böyle kararlar vermemek -kronik bitkisel yaşamın sürdürülmesi durumunda olduğu gibi- kişileri karar verme kapasitesi olan makul kişilerin seçmeyeceği, insan onuruna aykırı, acı ve sıkıntı dolu bir yaşamı yaşama-ya zorlayabilmektedir.^[18,23,36,39]

Örneğin önceden tespit edilebilir bir terminal dönemi olduğundan kanser hastalığı, “iyi ölüm” seçeneği sunsa da pek çok hasta iyi kontrol edilememiş semptomlar ve acı içinde külfetli ve yaşam kalitesini azaltan agresif tedaviler alarak ölmektedir.^[37,42]

Jonsen ve arkadaşları, özellikle yaşamın sonunda yaşamın değeri ile karışmasını önlemek amacıyla, “objektif ölçütler” olarak şu iki ölçütü öne sürerler:

(a) Bir gözlemcinin (hekim ya da aile üyesi) genel fiziksel durumu iyileşmektense kötüleşen, diğerleriyle iletişim kurma yeteneği aşırı şekilde sınırlanmış ve rahatsızlık ve ağrı içinde değerlendirildiği bir hastayı tanımlayan “minimal yaşam kalitesi” ve (b) Hastanın duygusal ve entelektüel aktivitelerinin tam ve geri dönüşsüz kaybı kadar aşırı fiziksel engellerle sınırlandığı bir durum için uygun olan “minimalin altındaki yaşam kalitesi”. Hatta bu son durumun, böyle bir durumdaki kişinin değerlendirme yapması da mümkün olmadığından, “kaliteye sahip olmamak” olarak tanımlanabileceği de öne sürülmüştür. Örneğin kalıcı bitkisel hayattaki kişiler.^[39]

Bu iki ölçüt de makul bir kişinin yaşamak istemeyeceği türden yaşamları niteler ve böyle hastalarda YDT esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmektedir.

2c) Nafile tedavi

Nafile terimi “akıl yürütme ve deneyimle yüksek ihtimalle mümkün görünmeyen ve sistematik olarak üretilemeyecek olası bir sonuca ulaştıracak herhangi bir çaba” olarak tanımlanmıştır.^[43] Türkçede ise yararsız, boşuna, boş yere, işe yaramayan anlamına gelmektedir.^[16]

Tıbbi yararsızlık ölçütü olarak hastanın anatomik, fizyolojik ve kimyasal yapısıyla ilgili olan etkinlik terimi ile hastanın rahatı, refahı, genel sağlık düzeyi ve yaşam kalitesiyle ilgili olan fayda terimi ayrı olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla bu nicel ve nitel yaklaşımların kullanılması bazı anlam farklılıkları yaratmaktadır.^[23,43]

Nicel yaklaşımla nafilelik hekimlerin kişisel deneyimleri, meslektaşlarıyla paylaştıkları deneyimler ve rapor edilmiş empirik verilerin değerlendirilmesiyle son 100 vakada işe yaramamış olduğu sonucuna vardıkları müdahaleler olarak tanımlanmıştır.^[43] Bu anlamda nafilelik fizyolojik yararsızlık olarak da adlandırılabilir;^[33] nitel yaklaşımla ise örneğin yalnızca kalıcı bilinçsiz durumu sürdüren ya da yoğun bakıma tamamen bağımlı olmaya son vermeyen tedaviler yararsız yani nafile olarak adlandırılmıştır.^[43] Tedavinin nafileliği tıbbın amaçları açısından değerlendirildiğinde de nitel yaklaşımla benzer sonuç ortaya çıkmaktadır. Yani önerilen ya da planlanan tedavi tıbbın amaçlarından herhangi birinin başarılmasına imkan vermiyorsa tedavi nafile olarak kabul edilmektedir.^[39]

Görüldüğü gibi nafile tedavi, orantılılık ilkesi ve yaşam kalitesinin aksine hastanın en az söz sahibi olduğu alandır. Uluslararası ve ulusal etik kodlarda da bu özellik göze çarpar. Venedik Bildirgesi’nde (1983) de olağandışı tedaviler ve nafile tedaviyle ilgili olarak: “Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınmalıdır” maddesi bulunmaktadır.^[28] Ülkemizde hekimlik meslek etiği kurallarınının 30. maddesi de “Hekim... hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez” ifadesiyle nafile tedavi önermeme ödevinden söz etmiştir.^[44] Bu bağlamda onkoloji uzmanı hastaya tıbbi fayda sağlamayan buna karşılık hem hastaya hem topluma yük getiren ag-

resif tedavileri teklif etmemeli nafile bir tedavi seçeneğiyle hasta ve ailesini ikilemde bırakmamalıdır.

Sonuç olarak hekim tarafından nicel veya nitel yaklaşımla bir tedavinin nafile olduğu yargısına varıldığında, bu tedavinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Hatta bunun aksine davranmak kaynakların adil paylaşılması ödevinin ihlali yanında profesyonel bütünlüğe de aykırıdır.^[33]

2d) Triyaj

Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin kararlara yönelik yukarıda söz edilen etik ilke ve ayrımlar kaynak sınırlılığı söz konusu olmadığında da geçerlidir. Ancak, artan ihtiyaçlar, giderek fiyatları yükselen ve alanı genişleyen tıbbi uygulamalar ve sınırlı kaynaklar, bu durumlar dışında da tedavilerin sonlandırılmasına yönelik kararları düşünmeye zorlamaktadır. Kararlar tam bir kıtlık sebebiyle (yoğun bakım yataklarının tamamının dolu olması) veya bir uygulamanın maliyetinin beklenen faydalara oranla çok yüksek olması gibi iki seçenek arasında tercih yapma zorunluluğu sebebiyle alınabilmektedir.^[38]

Temel olarak kaynakların sınırlılığı durumunda bu kaynakların etkin kullanımını sağlamak amacıyla hastalar arasında seçim yapmak anlamına gelen triyaj terimi, tıpta hastalığın değerlendirilmesi ve aciliyete dayanarak bir hasta için, en uygun yeri belirlemek için kullanılan bir yöntemi ifade eder. Triyajın amacı ulaşılabilir tıbbi kaynakları mümkün olduğunca etkin ve verimli kullanmaktır. Geleneksel ve çağdaş anlamında triyajın temel öncülü “en fazla sayı için en fazla iyiyi yapmaktır”. Bunun için triyaj kararları sosyal yarardansa tıbbi yararı gözetir.^[18,45]

YBÜ kaynaklarının triyajı: Hasta bireylerin ve hekimlerin kararlarını sınırlandırabilen yoğun bakım hastalarının triyaj kararlarında dikkate alınan en önemli konu sağ kalım ve fonksiyon olarak hastanın beklenen sonucudur ki bu hastanın tıbbi durumuna bağlıdır. Genel olarak prognozu iyi olan hastaların prognozu kötü olan hastalara oranla önceliği bulunmaktadır. Eşit prognozu olan hastalar arasında verilecek karar ilk gelene ilk hizmet şeklinde olmaktadır. Prognozu kötü olan ve YBÜ’den

yarar olasılığı az olan hastaların ya da YBÜ bakımı olsun olmasın iyi olacak hastaların yoğun bakıma kabul edilmemesi gerekmektedir.

Triyaj kararları için fayda ve yararlılığı belirlemede göz önüne alınması gereken faktörler şunlardır: Başarılı sonuç olasılığı, hastalığına bağlı olarak hastanın yaşam beklentisi, hastanın beklenen yaşam kalitesi, hasta ya da vekilin istekleri, etkilenenlere yükü -ki bu finansal ve psikolojik maliyeti ve diğer hastaların tedavisi için kaçırılan fırsatları içerir, toplumun sağlık ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçları. Triyaj kararları hasta ya da vekilinin onamı olmaksızın verilebilir. Triyaj kararlarının açıklanması, hastalar, vekilleri ve hekimler arasında iletişim, anlayış ve işbirliğini sağlamaya yardımcı olabilmektedir. Genel kural, YBÜ’de yatan ve YBÜ bakımına hala ihtiyacı olan hastalara karşı yükümlülüğün, yeni hastaları kabul etme yükümlülüğünden daha ağır olduğudur. Bununla birlikte, yeni bir hastayı YBÜ’ye kabul etmek için mevcut bir hastanın YBÜ’den taburcu edilmesini haklı çıkarabilecek durumlar da olabilmektedir. Eğer yeni hastanın üniteye kabul edilmesi halen bakım altında olan hastanın sonucunu kötü etkileyecekse o zaman bu kabul sadece; yeni kabul edilecek hastanın göreceği yarar önemli ve kesinse ve mevcut hastanın göreceği zarar tahminiyse veya önemli değilse haklı çıkarılabilmektedir. Örneğin ağır, geri dönüşsüz beyin hasarı veya geri dönüşsüz çoklu organ yetmezliği olan ya da kemoterapi ve radyoterapiye yanıt vermeyen terminal dönem kanser hastaları -bu hastalıklar için özelleşmiş YBÜ’de değilse veya özel protokole sahip değilse- YBÜ’ye kabul edilmeyebilirler.^[1,45-47] Ancak YBÜ’ye kabul edilmemek hastanın yaşam sonu bakımı alma hakkını ortadan kaldırmamaktadır.

Dolayısıyla yukarıda sayılan triyaj ölçütleri doğrultusunda bir hastanın YBÜ’ye kabulü için bir diğerinin tedavisinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Çünkü sağlık çalışanlarının kaynakları adil paylaşırma ödevi bu kaynakların etkin şekilde paylaşılmasını gerektirmektedir.

Bununla birlikte tedaviden fayda elde edebilecek kanser hastalarının gelecekteki yaşam kalitesi dikkate alınarak ayrımcılığa uğraması ihtimali, adaleti sağlayacak olan triyaj politikalarının oluş-

turulmasının önemini ortaya koymaktadır.^[1]

Sonuç olarak;

- Özerk ve aydınlatılmış bir hasta/uygun vekili tarafından veya ilerisi için dilek vasıtasıyla reddedilen,
- Getirdiği yükler sağladığı yararlardan ağır gelen,
- Katlanılmaz bir yaşam kalitesini sürdüren,
- Nafile olduğu kararına varılan,
- Uygun triyaj mekanizmasıyla daha öncelikli hastaların bulunduğu karara varılan hastalardaki

Yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi veya sonlandırılması etik açıdan haklı çıkarılabilmekte hatta gerek profesyonel bütünlük standartları gerek adalet ödevi gibi diğer yükümlülükler gereği etik gereklilik haline gelmektedir.

Ülkemizde sınırlı sayıda da olsa uygulamada öncelikle tedavi esirgeme şeklinde, tedavileri sınırlandırma kararlarının verildiğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır.^[11,13] Bununla birlikte TTB Etik Bildirgeleri dışında bir etik kod bulunmamakta, sağlık çalışanlarının uygulamalarında yasal endişelerin ön planda olduğu görülmektedir.^[1] Bu nedenle ülkemizde uygulamada YDT’nin sınırlandırılması kararlarının nasıl gerçekleştiği konusunda, özellikle ülkemizde ikinci ölüm nedeni olan kanser hastalarında geniş kapsamlı tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar sayesinde ilgili uzmanlık derneklerinin konuyu hukukçular ve yasa yapıcıları da içine alan çeşitli platformlarda tartışmaya açması, TTB Etik Bildirgeleriyle başlayan politikaların desteklenmesi ve tüm bu çabaların yasal düzenlemelerin oluşumuna kaynaklık etmesi mümkün olabilecektir.

Son olarak, bu derlemede yalnızca tedavilerin sınırlandırılmasının etik açıdan haklı çıkarılabileceği durumların tartışıldığı, ancak tedavileri sonlandırmanın bakımı sonlandırmak anlamına gelmediği ve yaşam sonu bakım kalitesi açısından son sıralarda yer alan ülkemizde^[48] palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine dair eylem planı ile başlayan sürecin^[32] geç kalınmadan tamamlanması gerektiği hatırlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Akpınar A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yoğun bakım kaynaklarını paylaşmaktaki ilgili tutum ve görüşleri ile çağdaş adalet kuramlarının ilişkisi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
2. Fletcher JC, Davis W. The decision to forgo life-sustaining treatment when patient is incapacitated. In: Fletcher JC, Spencer EM, Lombardo PA, editors. Fletcher's introduction to clinical ethics. 3rd ed. USA: University Publishing Group; 2005. p. 207-34.
3. Jecker NS. Knowing when to stop: the limits of medicine. *Hastings Cent Rep* 1991;21(3):5-8.
4. Veatch RM. Limiting life support: a world-wide consensus? *Crit Care Med* 2004;32(2):597-8.
5. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995;274(20):1591-8.
6. Wood GG, Martin E. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Canadian intensive care unit. *Can J Anaesth* 1995;42(3):186-91.
7. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003;290(6):790-7.
8. Turner JS, Michell WL, Morgan CJ, Benatar SR. Limitation of life support: frequency and practice in a London and a Cape Town intensive care unit. *Intensive Care Med* 1996;22(10):1020-5.
9. Buckley TA, Joynt GM, Tan PY, Cheng CA, Yap FH. Limitation of life support: frequency and practice in a Hong Kong intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32(2):415-20.
10. Jakobson DJ, Eidelman LA, Worner TM, Oppenheim AE, Pizov R, Sprung CL. Evaluation of changes in forgoing life-sustaining treatment in Israeli ICU patients. *Chest* 2004;126(6):1969-73.
11. Iyilikçi L, Erbayraktar S, Gökmen N, Ellidokuz H, Kara HC, Günerli A. Practices of anaesthesiologists with regard to withholding and withdrawal of life support from the critically ill in Turkey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004;48(4):457-62.
12. Bilgen H, Topuzoğlu A, Kuşçu K, Altuncu E, Ozek E. End-of-life decisions in the newborn period: attitudes and practices of doctors and nurses. *Turk J Pediatr* 2009;51(3):248-56.
13. Özcan Şenses M. Yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararlarına ilişkin hekim ve hemşirelerin tutumları. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
14. Ackerman RJ. Withholding and withdrawing potentially life-sustaining treatment (Chapter 63). In: Berger AM, Shuster JL, Von Roen JH, editors. Principles and practice of palliative care and supportive oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 697-706.
15. Türkiye'de Kanser istatistikleri. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: http://turkkanser.org.tr/newsfiles/60turkiye_kanser_istatistikleri-2.pdf.
16. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1998.
17. Vincent JL. Withdrawing may be preferable to withholding. *Crit Care* 2005;9(3):226-9.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. USA: Oxford University Press; 2009.
19. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27(8):1626-33.
20. Melltorp G, Nilstun T. The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Med* 1997;23(12):1264-7.
21. Royal College of Paediatrics and Child Health. Withholding or withdrawing life sustaining treatment in children: a framework for practice. 2nd ed. London: RCPCH; 2004.
22. Akpınar A, Senses MO, Aydın Er R. Attitudes to end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nurs Ethics* 2009;16(1):83-92.
23. Ersoy N. Yaşamın sonuyla ilgili etik konular (I): Yaşamı destekleyen tedavilerin esirgenmesi ve çekilmesi. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editör. Çağdaş tıp etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2003. s. 328-57.
24. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *J Med Ethics* 2008;34(5):384-8.
25. Guven T. Truth-telling in cancer: examining the cultural incompatibility argument in Turkey. *Nurs Ethics* 2010;17(2):159-66.
26. Ersoy N. Aydınlatılmış onam. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editör. Çağdaş tıp etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. s. 204-40.
27. Council of Europe, (1997) Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, 4.IV.1997 <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm> (Ulaşım: 30 Ağustos 2010).
28. Dünya Tabipler Birliği Venedik Bildirgesi Venedik, Ekim 1983. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: <http://www.haksay.org/?q=node/58>.
29. Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımlı İntihar İçin

- Tutumu (1992). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; 1998.
30. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.
31. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. Yaşamın sonuna ilişkin etik bildirme. İçinde: Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. İstanbul: TTB Yayınları; 2010. s. 27-30.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım Programı. Erişim tarihi: 07 Ocak 2011, adres: www.kanser.gov.tr/folders/file/palyatif.pdf.
33. Mappes T, DeGrazia D. Biomedical ethics. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2006.
34. Guven T, Sert G. Advance directives in Turkey's cultural context: examining the potential benefits for the implementation of patient rights. *Bioethics* 2010;24(3):127-33.
35. Emanuel LL. Advance directives and assessment of decision-making capacity (Chapter 62). In: Berger AM, Shuster JL, Von Roen JH, editors. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 687-96.
36. Smith DH, Veatch RM. A Report by The Hasting Center, Medical Ethics Series Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Bloomington&Indianapolis: Indiana University Press; 1987.
37. Behl D, Jatoi A. What do oncologists say about chemotherapy at the very end of life? Results from a semi-qualitative survey. *J Palliat Med* 2010;13(7):831-5.
38. Stanley JM. The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. *Journal of Medical Ethics* 1992;18. The web site: http://www.lawrence.edu/dept/bioethics/Appleton_Interna_Confer.html (Ulaşım: 13 Aralık 2010).
39. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics, a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: McGraw-Hill Inc; 2006.
40. Grant M, Sun V. Advances in quality of life at the end of life. *Semin Oncol Nurs* 2010;26(1):26-35.
41. British Medical Association. *Withholding or withdrawing life-prolonging medical treatment, guidance for decision making*. 2nd. ed. London: BMJ Books; 2000.
42. Trice ED, Prigerson HG. *Communication in end-stage cancer: review of the literature and future research*. 2009;14 Suppl 1:95-108.
43. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112(12):949-54.
44. Türk Tabipleri Birliği (TTB), (1999) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=552&Itemid=44 (Ulaşım: 13 Aralık 2010).
45. [No authors listed] Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA* 1994;271(15):1200-3.
46. Engelhardt HT Jr, Rie MA. Intensive care units, scarce resources, and conflicting principles of justice. *JAMA* 1986;255(9):1159-64.
47. Sprung CL. The future of ethical issues in critical care medicine. In: Carlson RW, Geheb MA, editors. *Principles & practice of medical intensive care*. USA: W.B. Saunders Company; 1993. p. 1740-4.
48. Economist Intelligence Unit. *The quality of death, ranking end-of life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation*; 2010.