

Organ Aktarımlarında Beyin Ölümünün Tıbbi, Felsefi ve Teolojik Yönleri

Nüket ÖRNEK BÜKEN*

* Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi ABD Doktora Öğr., ANKARA

Organ aktarımlarıyla birlikte gündeme gelen yeni bir klinik kavram; "Beyin Ölümü" kavramıdır. Bu kavram yalnız hekimleri değil, hukukçular, filozoflar ve din adamlarını da yakından ilgilendirmektedir. Çünkü söz konusu olan geniş vicdani ve dini tartışmalara açık olan "insan yaşamının sonu" konusudur. Konuya gaze-teciler, yazarlar, radyo ve televizyon habercileri de git-tikçe daha fazla ilgi göstermektedirler.

Beyin ölümü oluşmuş bir hasta ölü mü yoksa sağ mıdır? "Tüm Beyin" tanımı bakımından yaygın ve dünya ölçüsünde bir görüş birliği olduğu kanısındayız. Ancak az da olsa bazılarımız, aşağı merkezler yaşarken yük-sek beyin fonksiyonlarında geri dönüşsüz bir kayıp oluşmasını "gerçek ölüm" şeklinde gören iddiayı kabul etmede zorlanmaktadır. Hipokrat andı modern nöro-lojideki tezatları çözümlenmekte yetersizdir. Son yılların tıp bilim ve teknolojisinde meydana gelen hızlı gelişme hekimlerin yeni ahlaki ve vicdani sorumluluklar yüklen-mesine yol açacak niteliktedir. Günümüzün teknotip dünyasında organ aktarımlarında özellikle iki konuda hareketli tartışmalar devam etmektedir. Bunlar;

-Ölümün tanımı ve

-Canlıdan bağışa ilişkin etik (ahlaki) tutumdur.

Halkın "beyin ölümü" kavramını kolayca kabul edemeyişine şaşmamalıyız. Çok kişinin kafasına yerleşmiş olan: "kalbin durması ölümdür". Sinemada çok görmüşüzdür; doktor hastanın nabzını tutar, üzgün olarak başını sallar, çünkü artık nabız alınmıyordun., insanlarda ölüm korkusundan daha büyük bir korku, eski tarihlerden beri diri olarak mezara konulmak olmuştur. Ölümün geleneksel tesbiti olan; nabız yokluğu, kalp vuruşunun kaybolması, nefes alamama, yüzde meydana gelen birtakım değişikliklere bakarak karar verme, İnsanda güvensizlik yaratmaktadır. Ölümün tes-pitinde yapılan hatalar, uyuyan birin yanlışlıkla ölü zannedilerek mezara canlı konulması, mezarda boğul-ma ve bazılarının mezardan kalkışı yüzyıllar boyu ko-

nuşulagelmıştır. Bundan 30 yıl önce beyin ölümü krite-rinin ölümün tanımlanmasında kriter olarak ortaya kon-ması, daha doğrusu beyin ölümü oluşmuş kişinin teda-visine gerek olup olmadığının tartışılması korku senar-yosunu değiştirmiştir. Şu anda, ölüm tespiti biomedikal olarak tam, yeterli ve risksiz olmasına rağmen yoğun bakım ünitesinde kişinin hayatına son verme veya hayatın lüzumsuz yere uzatılması gibi korkuları taşımaktadır.

1960'larda organ transplantasyonunun başarılı bir tedavi olabileceği kabul edildiğinde bile organ vericilerini cesaretlendirmek için birşeyler yapılması gerektiği an-laşılmış; 1968'lerde Harvard Tıp Fakültesi'nde özel bir transplantasyon komitesi ölümün yeni bir tanımını yap-mıştır. "Beyin ölümü" tedavi teknolojisinin bir sonucu olarak doktorlar tarafından yaratılmaktadır. Bu durumda, beyin ölümünün tanısı ile ilgili ölçütler de özel olarak oluşturulmaktadır. Harvard komitesinin beyin ölümü ta-nısı için dört kriteri vardı:

1. Hastanın dıştan uygulanan stimuluslara yanıt vermemesi
- 2 Spontan solunumun olmayışı
3. Pupillar, korneal, yutma reflekslerin olmayışı (bunların olması için beyin sapının sağlam kalması ge-rekir), sadece spinal refleks aktivite kalmış olabilir.
4. Düz ya da izoelektrik EEG.

Bunların ilk üçü tanı için temel kriterlerdir. Düz EEG tartışmalıdır; sadece bununla beyin ölümü tanısı konamaz. İlaç intoksikasyonu ve metabolik hasta-lıklarda da düz EEG olabilir. Komitenin bildirisine göre bu testlerin hepsi 24 saat sonra tekrarlandığında, bul-gularda bir değişme olmamalıdır.

Mümkün oldukça serebral kanlanmanın saptanma-sı önerilmektedir, zira bu yöntemle gözlem süresi yarım saate düşebilmektedir. Serebral kan dolaşımının sap-tanmasında bedene girmeyi gerektirmeyen, kolaylıkla tekrarlanabilen bazı yatak başı yöntemleri bulunmakta-dır (Intracranial Doppler gibi).

"Cerebral Angiography" güvenilir ancak bedene girmeyi gerektiren bir teknik olduğundan, uygun bir yöntem olarak görülmemektedir.

* Bu bildiri, AÜTF'nin "Tıp Tarihi ve Deontoloji (Tıbbi Etik) ABD'da yapılan doktora seminerinin kısaltılmış biçimidir.

"Uyarılmış (uyandırılmış) potansiyeller" tekniği, kul-lanışlı olmakla birlikte, günlük uygulamalarda kulla-nılabilecek ölçüde kanıtlanmamıştır.

Beyin sapı ölümü durumunda beyindeki bütün hücrelerde metabolizmanın durmuş olmayabileceği ge-nel olarak kabul edilmektedir. Bu durumda, herkes kendi kişisel inançlarına göre, beyindeki bazı hücreler veya hücre gruplarının hala görev yapıyor olması nede-niyle en düşük düzeyde bir tür bilincin devam ettiğini düşünebilir. Ancak bu tür düşünceler akademik düzey-deki yaklaşımlardır, çünkü diğer taraftan, organ nakli için organların alınabilmesi, beyin ölümü tanısına olabil-diğince erken varılmasını gerektirmektedir. Ekonomik güçlükler de hekime, ölümün gerçekleşmiş olduğu tanı-sına varmak için beyindeki bütün hücrelerin görev ya-pamaz duruma gelmesini beklememe görevini yüklemektir.

Son 20 yılda, ölümü tanımlamak için beyne yöne-lik kriterler legal ve sosyal bakımdan kabul görmekte-dir; tüm beyin fonksiyonlarının irreversibl kaybı... Buna "tüm beyin kriteri"de deniyor. Bu konuda uzman hekim-lerin elinde, "tüm beyin fonksiyonlarının irreversibl ola-rak kaybolmuş" bulunduğu tanı, klinik olarak pratik ve tam güvenilir biçimde konabilmektedir. Bu kriterlere uyan hastalar mükemmel bir transplant kaynağıdır; kalbin tek kaynağı, böbreklerin de başlıca kaynağıdır.

Beyin ölümünün belgelenmesi için; 1 nöroşirurji uzmanı, 1 nörolog ve 1 anesteziistin bulgu ve ulaştıkları sonuçları bildiren yazılı raporları gereklidir. Organ nakli ekibinden hiçbir doktor bu gruba alınmamalıdır. Beyin ölümü tanısı, klinik muayenenin yeterli ayrıntıdaki so-nuçlarını içerecek şekilde yazılı olarak belirtilmiş olmalı-dır.

İnsan hayatının başlaması ve sona ermesi tabii bir olaydır. Tıbbi teknoloji ile bu başlangıç ve bitiş ma-nüple edilebilir, değiştirilebilir. Fakat bu teknoloji biyoe-tik yönden neyin doğru, neyin yanlış olduğunu söyleye-mez; ayrıca klinik girişimlerdeki ahlaki yaklaşımları da etkileyemez. Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan ileri derecede gelişmiş destekleyici tedavi beyin ölümü oluşmuş bir kişide kalbin çalışmaya devam etmesini sağlayabilir. Bu şekilde kişi "görünüşte yaşıyor" intibanı verir. Bu durumun ise hastanın kendisi ve onun ailesi için sağladığı fayda tartışmalıdır.

Filozoflar, yaşamın, bir bireyin çevresindeki dünya ile ilişki kurma kapasitesiyle belirlenebilecek bir olgu olduğunu söyleyebilirler. Diğer bir deyişle yaşamın, bir bireyin çevresi ile tanışmasına ve aynı zamanda kendi varlığının bilincine varmasına olanak sağlayan bilinç ol-gusuyla tanımlanabileceğini söylerler. Yaşamın bu tanı-mını gözönüne aldığımızda, "ölüm" kavramı herkesin fel-sefi ve dini görüşlerine bağlı olarak farklı anlamlar edi-necektir. Yaşam süresince bedene bağlı bir ruh tarafın-dan terkedilip daha gelişmiş bir varlık düzeyine ulaşıldığı an olarak değerlendirilir, isveç Devlet Komitesi; ölümü "ruhun bedenden geri dönmeyecek şekilde ayrıl-

ması" olarak tanımlamayı, ruhu klinik ve hukuki açıdan yeterince kesin ölçütler içinde belirlemeye imkan olma-dığı üzerinde genel bir anlayışa ulaşılmış olduğu gerek-çesiyle reddetmektedir. Ölümün anlamıyla ilgili bu so-run, yaşamın hangi noktada başladığı, embriyonun ne zaman kişilik kazandığı sorunuyla aynı niteliktedir. Bilim adamları yaşamın veya başka bir deyişle bilincin, MSS'nin herhangi bir etkinliğinin ortaya çıkmasından önce varlığından söz edilemeyeceğini, bunun da gebe-liğin başlangıcından itibaren 4. aydan sonra olacağını belirtmektedirler.

Sorun yaşamla ölüm arasındaki sınırın belirlenme-si ve bunun sonucunda da yaşam destek cihazlarının durdurulması sorunudur. Hekimler açısından bu sınırın belirlenmesi çok zor veya karmaşık olmamakla birlikte, bu konu diğer insanlar açısından duygusal ya da za-man zaman mantık dışı bir önem taşımaktadır. Yaşam bir insanın çevresindeki dünya ile iletişim kurma yete-neği olarak nitelenirse, komadan çıkma olasılığı bulun-mayan bir hastanın canlı bir insan olarak değer-lenendirilmesi doğru olmayacaktır. Bazılarına göre de ko-rnadaki bir insanın fizyolojik fonksiyonları sürdürdüğü gibi iç dünyasında da belirli bir bilinç de varlığını sürdür-mektedir. Fizyolojik ve zihinsel aktiviteler arasındaki bu ikilem, filozoflar tarafından bellek ve maddi varlık, ruh ve beden olarak nitelendirilmektedir.

Ruhun varlığına inananlar için sorun, ruh ve bede-nin, komadaki bir hastada hangi anda yakın birliktelik-lerini sona erdirdiklerinin belirlenebilmesidir. Bu soru-nun cevabı "embriyo'da yaşamın MSS'nin yapı oluşturma-yaya başlamasıyla ortaya çıktığı görüşü esas alınarak, MSS'nin kesin olarak etkinliğini yitirdiği noktada, yaşam da ortadan kalkar" şeklinde verilebilir. Bu yaklaşım, gü-nümüzde evrensel olarak benimsenen beyin ölümü kavramıdır,

Kişi ölümünde beyin ölümünün kriter olarak alın-masında tıbbi, ahlaki, kanuni ve kültürel yönden şu avantajlar sağlanmıştır;

-Tarif edilen beyin ölümü kriteri, uzun süreli ko-ma hastalarını, bitkisel hayata girmiş kişileri ve neo-kortikal fonksiyonları kaybolan kişileri bu tariften ayırır.

-Ahlaki açıdan; kişilere duyulan acıma hisleri baki-mından, kültürel sosyal ve para harcamaları bakımın-dan, beyin ölümü oluşmuş ve geriye dönülemez yolda-ki kişiler için yapay hayatı uzatıcı tedbirlere yoğun ba-kım ünitelerinde son verilebilir.

-Hiçbir zaman kullanılmayacak ve başkalarının hayatını kurtarmaya yaramayacak organlar kullanılabilir hale gelir.

-Tek bir biomedika! kriter, "tüm beyin fonksiyonla-rının sona ermesi* insan hayatının sona erdiğini göste-ren bioetik anlaşma olarak her yerde kullanılabilir.

-insanların bazılarının inancı beyin ölümü kriterini desteklemeye müsait değildir. Yine de bu olay solunum

kaybını beraber getirmektedir ve kişi yapay solunum aygıtındadır, dolaşım bozukluğu da bunu takip edecektir.

Batı dünyasında felsefi ve dini görüş 'vücudun fizyolojik işleyişinden ziyade yukarı ve beyin faaliyetini göz önüne alır. Kişinin düşünebilme, hissedebilirle ve diğerleri ile ilişkiye girebilme kabiliyetini fizyolojik hayat anlayışından üstün tutar.

1981'de toplanan President's Commission (U.S.President's Commission 1981 s:40) "tüm beyin" kavramını moral (ahlaki) iki olayı göz önüne alarak kabul etmiştir;

1. Beynin hangi bölümünün şuur görevini üstlenmediği bilinmemektedir.
2. Spontan solunumu olan bir kişi bu yeni kriterin kabulü ile yaşama devam edebilir.

Buradaki problem "ruh", "şuurluluk", kişilik ve diğer kişilerden haberdar olma ve onlarla ilişkiye girebilme kapasitelerinin toplumlar arasında farklılık gösterebileceği ve farklı yorumlar yapıp, farklı kararlara varılabileceğidir. Bundan dolayı, kriter olarak beynin her bölgesini içeren "tüm beyin fonksiyonlarının" alınması, üst beyin fonksiyonlarına bir ayırım getirmediğinden, değerlendirme farklılığını ortadan kaldırmış ve farklı yorumlara sebep olmadığından geniş kabul görmüştür.

Şu an için, tüm beyin ölüm kriterinin kullanılışı herkesin anlayabileceği bir kavram halindedir. Yoğun bakım ünitelerinde yatan ve "ölmeye hak kazandığı" İddiasında olan kişiler için ise hekimler ve hastalar çözüm yollarını ileride bulacaklardır. Yoğun bakım ünitelerinde ölüme giden yolun uzun oluşu ve bu yolda kişilerin "işkence görür" gibi tıbbi muamelelere tabi tutulması bir korku sebebidir.

Bir kişide eğer;

1. Dolaşım ve solunum faaliyeti irreversibl olarak ortadan kalkmışsa, veya
2. Beyin sapı dahil olmak üzere tüm beyin fonksiyonları durmuşsa, o kişi ölüdür. Ancak akli başında kişiler, sağlıklı zamanlarında, bilinçli iken, sadece üst beyin fonksiyonlarını kriter olarak gösterme hakkına sahip olabilmelidirler. Bu sonraki yoğun bakım hizmetlerini ve neticesi belli olan olayı geciktirmeyi ortadan kaldıracaktır. Kişilerin sağlıklı iken böyle kararlar vermelerinin şaşılacak bir yönü yoktur, o memleketin ve şehrin vatandaşları yoğun bakım ünitelerinin potansiyel adaylarıdır.

Teolojik yönden de beyin ölümü ile vital organların alınıp naklin yapılabileceği kabul edilmektedir. 31 Ağus-

tos 1990 tarihinde Alman Psikoposlar Konferansı ve Alman Evangelical Kilisesi, organ transplantasyonu üzerine birlikte bir tebliğ yayınladılar. "Dünyevi hayat için lüzumlu olan organların ölmekte olan kişilerden müsaade ile alınmasına ve bir başka hayatı kurtarmanın yüceliğine" dikkat çekildi.

Beyin ölümü kriteri sorunu ve ölümün tarifi konusunda 16 Ekim 1986 tarihinde Amman'da toplanan İslam Alimleri 3.Milletlerarası Konferansı 5 nolu kararı yayınladı. Bu karar ölüm kriterlerini içermekteydi. Ölümün tespiti hekimlere bırakılmıştı. Dini yönden ölü vericiden organ bağıışı ve beyin ölümü anlayışı müslümanların çoğunluğu tarafından kabul görmektedir. Diğer birçok ülkeden de üstünlük göstermektedir. İslam dünyasında ölü vericiden organ bağıışının yavaş gidişinin sebepleri; halkın transplantasyon hakkındaki soruların cevabını ve ölü vericiden organ bağıışı hakkındaki hukuki ve dini yorumları bilmemesi ve hekim ve hemşire eğitiminin yetersizliğidir. Ölü vericiden organ bağıışının geleceği islam ülkelerinde çok parlaktır.

Ölü vericiden organ bağıışında, ortaya çıkan problemlerin nedenleri; eğitimsizlik, ölmüş kişiye yapılan törenler (kutsal olan ölüye eziyet edildiği fikri), yoğun bakım ünitelerinin eksikliği, tıbbi personelin bilgi eksikliği, halkın tıbbi yaklaşımlara güven duymaması ve medyanın negatif etkisidir.

Beyin ölümü "organ bağıışı olsun olmasın" kişinin ölümü olarak kabul edilmelidir. Kişi ölümü olarak beyin ölümünün kabulü, yoğun bakım ünitelerine getireceği anlayışlar dışında pratik olarak organ bağıışını da arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. W. Lard JB, Dossetor. Organ replaoement therapy. Ethics & Justice, Commerce 1994.
2. Brihaye J. Ölüm ve yaşamla ilgili felsefi ve ahlaki sorunlar. AÜTF Mecmuası 1992.
3. Alican F. Transplantasyon 1993.
4. Bayraktar K. Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu, istanbul: Sermet Matbaası, 1972.
5. David JC, The reversibility of death. Journal of Medical Ethics 1992; 18:26-30.
6. Raymond DA, Maurice V. Principles of Neurology 1985; 258-9.
7. Koçak Y. Organ nakillerinde değer sorunları. HÜ Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi Felsefe Bölümü Lisans Tezi 1981.