

Ötanazi

EUTHANASIA

Uğur ORAL*

* Prof.Dr.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD, ADANA

ÖZET

Günümüzde bilimsel ve teknik açıdan yoğun bakım olanaklarının ulaştığı seviye, bu olanakların kullanılması süresince bazı kritik hastaların yaşamlarının sürdürülebilmesini mümkün kılmaktadır. Bu tür hastalarda yaşamı sürdürücü tedavinin sonlandırılması, yaşamın sonlandırılması anlamına da geleceğinden hekimlerin böyle bir eyleme haklarının olup olmadığı tartışma konusu OluşturunâlcfâdiBu düşüfıc&nin Oyl6fn& çj&çitılm6 si, ötd~nazi adını almaktadır. Bu yazıda ötanazinin tanımı, tarihçesi, ötanazi savunuları ve ötanaziye itirazlar ile hekimlerin ve anesteziyologların ötanazi uygulamasındaki yeri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi etik, Ötanazi, Tıp tarihi, Yaşam kalitesi, Terminal bakım

TKlin Tıbbi Etik 1995,1:8-11

"Beni kendi gözümde daha gülünç kılan, hayat daha fazlasına izin vermezken ona sıkıca sarılmak, onu kucaklamaktır". Sokrates

Yaşama hakkı, insanların vazgeçilmez en önemli haklarından birisidir. "Yaşama hakkı" kavramından İse yıllar öncesinden beri bahsedilmekteyse de önemini yeni yeni kazanmış, tartışmalara ve kampanyalara neden olmaya başlamıştır.

Yoğun bakım tıbbının giderek gelişen olanakları artık bazen kalbin durmasından sonra bile solunumu ve dolaşımı sürdürebilecek düzeye ulaşmaktadır. Ancak, yoğun bakım olanakları ile dahi yaşama geri döndürülmesi mümkün olmayacak hastalarda yaşam sürdürücü tedavinin ne zaman ve kim tarafından sonlandırılacağı,

Geliş Tarihi: 02.09.1994

Yazışma Adresi: Uğur ORAL
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD,
Balcalı - ADANA

SUMMARY

Nowaday, medical and technical developments of intensive care facilities make the critical ill patients live as long as these facilities are used. In these patients, ceasing the therapy means that to make the life end for patients. For this reason, it is commonly discussed if the physicians have got the right of ceasing the therapy also termed "euthanasia".

In this paper, definition and history of euthanasia, defender and opponent claims about euthanasia and the place of physicians and anesthesiologists in the euthanasia were looked over.

Key Words: Medical ethics, Ethics, Medical history, Philosophy medical history, History of medicine, Quality of life, Terminal care

T Klin J Med Ethics 1995,1:8-11

ya da sürdürülüp sürdürülmemesi gerektiği soruları günümüzde çok sık karşılaşılan ancak yanıtları henüz kesinleşmemiş sorulardır. Aynı tür sıkıntıları, ızdırabı dindirilemeyen ve hastalığına çare bulunması mümkün olmayan hastalar da yaşamaktadır. Bu tür hastaların ve genelde insanların en büyük korkularından biri, ölürlen ağrı duyacak olmaLıdır. Böyle bir korku ve ızdırap içindeki hastaların, tedavilerinin kesilmesi ve hatta yaşamlarının sonlandırılması şeklinde talepte bulunmaları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Bu tür talepler artık, ötanazi talepleri olarak nitelendirilmektedir.

ÖLÜM NEDİR?

Ölüm, doğumla başlayan biyolojik bir olaydır. Birenbire oluşan değil, aksine sürekli olarak ilerleyen ve yaşamsal önemi olan organların devre dışı kalması, çeşitli hücre gruplarının giderek yok olması şeklinde gelişen bir olaylar dizisinin sonucu olup geri dönüşsüzdür.

Ölüm, hukuksal şahsiyetin sonu olarak kabul edilir. Bu da hukuki sorumlulukla birlikte hukuki korunmanın da sonlanması demektir. Günümüzde hukuk açısın-

dan kalbin durması, ölüm olarak kabul edilmektedir. Ancak yoğun bakım olanakları iie kalbi durmuş hastalarda kalbi devre dışı bırakarak dolaşımın sağlanması ve insanın yaşatılması mümkün olabildiğinden beyinin ölmesi ve diğer organlarla ilişkisinin kaybolması halinin "ölüm" olarak kabul edilmesi daha uygun olacaktır. Böylece eskiden beri kabul gören kalp ve solunum durmasının yerine ölümün belirleyicisi olarak beyin ölümünün hukuki kavramlar arasına sokulması, gereklilik kazanmaktadır (1 -5,8).

ÖTANAZİ NEDİR?

American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs'ın tanımlamasına göre ötanazi, hastaların tolere edilemeyen ızdıraplarını sonlandırmak amacıyla öldürücü bir ajanın medikal uygulanırındır (9).

Ötanaziyi iki şekilde sınıflamak mümkündür. Birinci sınıflama, ötanazinin volenter ve nonvolenter olarak ikiye ayrılmasıdır. Volenter ötanasi, bilinci yerinde olan bir hastanın kendi arzusu üzerine ötanaziye olanak sağlanmasıdır. Nonvolenter ötanazi ise hastanın arzusu bilinmeden ötanazi uygulanmasına tedaviyi yürütenlerce karar verilmesi ve gerçekleştirilmesidir (5,6,9). Bir diğer ayrım ise aktif ve pasif ötanazi şeklindedir. Pasif ötanazi, sıklıkla yaşamın sürmesini sağlayan tedavinin sonlandırılması ile sağlanırken aktif ötanazi ise bir müdahale ile ölümün hızlandırılması şeklinde yorumlanmaktadır (5,6,9).

Ötanazinin Tarihçesi

Ötanazi tartışmaları, Grek-Roma dönemine kadar uzanır. Eski Grek-Roma döneminde bir ceza ya da ibret gösterisi olarak insanların kendilerini öldürmelerine yardım edildiği görülmektedir. Yine bu dönemlerde Plato, yaşam süresinin yaşam kalitesinden daha üstün olmadığını vurgulamıştır. Daha yakın tarihlerde Napolyon; askeri yürüyüşleri sürdüremeyecek kadar hasta olan askerleri ile esir düşmek üzere olan askerlerinin ilaç kullanılarak öldürülmesini emretmiştir. Ötanazinin modern tarihçesinde ise ilk yeri Nazi doktorlarının vahşeti almaktadır (5,9).

Artık ötanazi konusunda daha çok insan bilgi sahibidir ve yaşam hakkı gibi yaşamama hakkının da kişinin iradesine bırakılmasını savunan organize hareketler, giderek taraftar toplamakta ve başarılar kazanmaktadır. Yapılan anketlerde, Amerikalıların yaklaşık 2/3'ünün ötanazinin yasallaşmasından yana oldukları görülmektedir. 1991'de VWashington'da, bir yıl sonra ise California'da ötanazinin yasallaşması için yapılan halk referandumlarında sadece kılıpayı farklarla olumsuz yanıt çıkmıştır (5).

Ötanaziyi Savunanların Düşünceleri

Birleşik Devletler'de ötanaziyi gündemde tutan kuruluş, Hemlock Society'dir. Derek Humphry, hasta karısının intiharına asiste etikten sonra bu kuruluşun kuru-

cuları arasına girmiştir. Terminal hastalar için yazdığı "Final Exit" isimli pratik suisit manual kitapçığı, New York Times'ın best seller listesindedir. Humphry'nin organizasyonu, pekçok eyalette ötanazinin yasallaştırılması için öncülük etmeye devam etmektedir (6).

Bu tür kurumlar, terminal hastaların ağrısız, insanca ve onurlu bir şekilde yaşamlarını sona erdirmeye haklarının olduğu çağrısını yapmaktadırlar. Hastaların otonomilerinin olduğu ve kendi kişisel haklarını savunmalarının gerekliliğinden hareket eden ötanazi savunucularının en büyük başarıları, Washington, California ve Hollanda'da olmuştur. 1985'te ötanazi uygulanmasına ilişkin şu kuralların altına imza atılmıştır (9):

1. Gönüllülük: Hastanın ötanazi isteğinin bilinçli, ısrarlı ve özgürce olması gerekliliği.
2. Dindirilemeyen ızdırap: Hastanın ızdırabının hiçbir yolla dindirilemiyor olması ve hem hekimin hem de hastanın bu ızdırabın dindirilemeyeceği konusunda fikir birliği içinde olması gerekliliği.
3. Konsültasyon: Uygulayıcı hekimin, hastanın durumu, samimiyeti ve ötanazi talebinin uygunluğu konusunda bir meslekdaşından konsültasyon istemesi gerekliliği.

Her ne kadar ötanazi, Hollanda'da suç olarak (12 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır) kabul edilmeye devam etmekte ise de, bu kuralların altına imza konulduğundan bu yana hiçbir hekimin bu tür davası sonuçlandırılmamıştır.

Ötanazi savunucularının bir diğer başarısı ise Washington ve California eyaletlerinde "terminal hastalık" teriminin tanımlanması olmuştur. Irreversibl, tedavi edilemeyen, 6 ay içinde ölümle sonuçlanacağı iki hekim tarafından bildirilen hastalıklar, "terminal hastalık" olarak kabul edilmiştir (5,6).

Ötanaziye karşı itirazlar

Ötanazinin yasallaştırılması yönünde çaba harcayanların yanısıra bu çabalara itiraz edenler de bulunmaktadır. Bu itirazlardan birincisi, ötanazinin yasallaştırılmasının halkın tıp mesleğine olan güvenini sarsacağı endişesini taşımaktadır. "Doktorlar öldürmemelidir" başlıklı bir yazıda dört tıbbi etikçi, doktorların bir kez cinayet işlemeleri veya profesyonel katil olmaları durumunda bir daha halkın güvenini kazanmalarının, "hastalık iyileştirici, hastanın konforunu sağlayıcı ve onu koruyucu" sıfatlarını yeniden elde etmelerinin mümkün olamayacağını iddia etmektedirler (7). Bu iddia, Hollanda'da bakım gören ev hastalarının 2/3'ünün, doktorların birgün kendilerini de öldürebileceği korkusunu taşıdıklarını ortaya koyan anket sonuçları ile de desteklenmektedir. Ayrıca Amerika'da yapılmış bu tür anketler, ankete katılanların hekimlerin böyle bir rolü üstlenmekten kaçınmayacakları yönünde düşündüklerini ortaya koymuştur (9).

ikinci bir itiraz, ötanazinin mazur görülmesi durumunda terminal hastalıkların tedavisinde yeterince motive olunamayacağı yönündedir. Ciddi ağrı ve ızdırapların tedavisinde değişik alternatifler veya yaklaşımların araştırılması için çaba sarfetmek yerine kolay bir yol olan ötanazinin seçilecek olunmasından korkulmaktadır (5,9).

Ötanazinin, yüksek medikal bakım maliyetinin düşürülmesine de katkıda bulunabilecek kabul edilebilir bir yaklaşım olarak görülebileceği endişesi de bir diğer itiraz nedenidir. Yoğun bakım ünitelerindeki kalifiye personel ve nitelikli malzeme kullanımı, kişileri tıbbın ekonomik sınırlarını düşünmeye zorlayacak kadar pahalıya mal olmaktadır. Hollanda gibi sağlık hizmetlerini tümüyle devletin yüklediği bazı ülkeler dışında yoğun bakım olanaklarıyla hasta yaşamının uzatılmasının getirdiği maddi yük, en azından hasta sahiplerini zorlamakta, bazen yıkıma dönüşmekte ve ötanazi taleplerini doğurmaktadır. Yakın tarihli bir ankette Amerikalıların, yüksek maliyet nedeniyle ötanaziye başvurulabileceğini düşündükleri görülmüştür (9).

Bir diğer itiraz, ötanazinin yasallaştırılması durumunda olayın tanımlanması gerekliliğinin ortaya çıkacağı yönündedir. Modern ötanazi hareketi, kişilerin kendi kaderleri konusunda daha fazla söz sahibi olmaları esasına dayanmakta iken, bazıları, terminal dönemde olmayan hastaların ve dayanılmaz ızdırapları olanların da bu haktan faydalanması görüşüne sıcak bakmaktadırlar. Görülebileceği üzere terminal hastalarda ötanaziye sıcak bakılması durumunda bile terminal hastalık tanımlamasının yapılmasında güçlük yaşanacağı bir gerçektir. VWashington'da yapılmış "terminal hastalık" tanımlamasının yeterliliği henüz tartışma konusu iken ayrıca terminal hastalarda mümkün olan ve bilinen tüm tedavi yöntemlerinin uygulanıp uygulanmadığına karar verilmesinde de güçlükler yaşanacaktır (9).

itirazlardan beşincisi, ötanaziyi yasallaştırmaya yönelik girişimlerin hasta başında karar verilmesi erkinin, belki de hastadan, ailesinden ve medikal bakım veren ekipten alınıp bir yargı sisteminin ya da kurumunun eline verilmesini de gündeme getirecek olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda ötanazinin gündeme geldiği her hastada bu yargı kurumu, yaşamı sürdürmeye yönelik tüm kararları irdeleyebilme hakkını da kullanacaktır (9).

İtirazların altıncısı ve belki de en önemlisi, volenter ötanazinin yasallaştırılması durumunda sıranın nonvolenter ötanazinin yasallaştırılması taleplerine de geleceği endişesini taşımaktadır. Nonvolenter ötanazi, kuşkusuz volenter ötanaziye kıyasla tartışmaya çok daha fazla açık olduğu ve pek çok yasal yorumcu, birinin yasallaşmasının ötekine de kapı açacağına inandıkları için şu iddiaya kulak vermek gerekebilir: "Ötanazi isteğinde bulunamayacak hastalara ötanazi uygulamaya hazır olduğumuz an, ötanazinin yasallaştırılmasını kabul etmeliyiz" (9).

Ötanazinin Sıklığı

Ötanazinin sıklığı konusunda yeterli bilgi olmamasına karşın Hollanda'da her yıl ölümlerin yaklaşık 2300'ünü veya %2'sini ötanazinin oluşturduğu bildirilmiştir. Bu olguların %63'ünde yaşam beklentisi, 2 haftadan kısa iken %10'unda 3 aydan uzundur (6,9,10).

Ağrı Tedavisinde Başarı Sağlanması, Ötanazi İsteklerini Azaltacak mıdır?

Kanser olgularının yarısından çoğunda ciddi ağrı şikayetleri vardır. Tüm bu hastaların %70-80'inde oral opioid kullanımı ile ağrı geçirilebilir. Etkili bir ağrı tedavisinin önündeki en büyük engel, opioidlerin yan etkilerinden korkulmasıdır. Nöropatik ağrıları olan pek çok hasta, trisiklik antidepressan ve antikonvülsan gibi bazı ilaçlardan fayda görürler.

Ancak, optimal dozda sistemik analjezik veya benzerlerinin kullanılması ile hastaların küçük bir kısmında yeterli tedavi sağlanamadığı gibi tahammül edilemez yan etkiler de çıkabilir. Bu grup olgular, kendilerine ağrı tedavisi konusunda uzman olan anesteziyolojistlerin tavsiye edildiği hastalardır. Bu hastaların pek çoğunda invaziv yöntemlerden epidural veya subarahnoid yolla opioid ya da lokal anestezi kullanımı, nörolitik bloklar ve anteroiateral kordotomi gibi nöroşirürjikal girişimler ile iyi bir analjezi ve tahammül edilebilir yan etkiler sağlanabilir.

Anesteziyolojistlerin ağrı tedavisi için kullanacakları bu gibi yöntemlerin başarı sağlaması, ötanazi veya suisit talebi olan hastalar için iyi birer alternatif olacaktır (5).

Doktorların Ötanazideki Yeri

Hekimlerin ötanaziye müdahalelerinin en sık rastlandığı olaylar, Hollanda'da gözlenmektedir. Mahkeme önüne çıkan ilk ötanazi davası, 1973'te Hollanda'da cereyan etmiş ve bir bayan doktor, kendi yargısıyla ölümcül durumda olan annesine volenter ötanazi uygulamıştır. Her ne kadar mahkeme bu doktoru suçlu bulduysa da, kararda eylemin mazur görüldüğünü ifade eden bir cümle de yer almıştır (9).

"It's över, Debbie", JAMA dergisinde yayınlanmış, Dr.Timothy Ouill'in kanserden ölmek üzere olan bir kadına letal dozda morfin vererek uyguladığı bir ötanazi öyküsüdür. Bu olayı, çoğu terminal hasta olmayan 5 kadında suisite yardım edildiğini yazan Dr.Jack Kevorkian izlemiştir. Bu iki olay için de yoğun eleştiriler yapılmasına karşılık Ouill'in hastasını uzun bir süreden beri tanıyan olması, buna karşılık Kevorkian'ın hastalarının çoğunu yalnızca bir-iki saat önce tanımış olması eleştirilerin niteliğinin farklı olmasına neden olmuştur (9).

Eğer yasallaşırsa, ötanaziyi uygulamak kimin görevi olacaktır? Hekimlerin bu işe girmeleri ile pek çok

problem doğacaktır. Ancak doktorların hastalarının prognozu hakkında en doğruyu bilen kişiler olmaları, ötanazi zamanını kararlaştırma görevini onlara yükleyecektir. Üstelik ötanazi uygulamasında kullanılacak en etkin yöntemleri hekimler bilmektedir. Ayrıca uygulanacak tedavinin hastaya zarar vermeden işlevini görmesi konusunda en bilgili kişiler, yine doktorlardır.

Buna karşılık hekimler, hastalarını tüm bilgilerini kullanarak tedavi edilebilecek hastalıklardan koruyacaklarına dair and içmişlerdir. Bu düşüncelerin sonucunda ötanazinin tıp ahlakına aykırı olduğu sonucuna varılabılır. Biyoetikçiler, hekimlerin öldürmemeleri konusunda ısrarlıdır. Bu tür cinayetleri tolere edemeyeceklerini ve hastasını öldürecek hekimlere disiplinli bir karşı koyuş içinde olacaklarını bildirmekte, tüm hekimleri hastalarını öldürmeyeceklerini beyan etmeye çağırırlar (5).

Ötanazinin bazı devletlerde yasallaştırılması durumunda anesteziistlerin konsültan veya muhtemelen ötanazinin uygulayıcısı olarak önemli bir görev üstlenecek olmaları kaçınılmazdır. Ötanazi hareketinin lider savunucularından Dr.Pieter Admiraal (Hollanda), bir anesteziisttir ve kısa etkili bir barbitürat ile kas gevşeticiden oluşan bir anestezi tekniğini savunmuştur. Öte yandan ötanaziyi gündemde tutan en önemli unsurlardan birisinin insanların ağrı duyma korkusu olması, anesteziistleri ağrının dindirilmesi ya da tolere edilebilir düzeye indirilmesindeki deneyimlerini ortaya koymak zorunda bırakacaktır (5,9).

Bu konuya ilişkin şahsi görüşlerimi özetlemem gerekirse, insana yaşam hakkını doğru dürüst vermeyen düzen, ölüm hakkına gelince birden duygusallaşmaktadır. Simgesel bir takım kavramlarla ve tüm kurumlar ile bu hakka karşı çıkmaktadır.

İnsanlar için öbür dünyada ilahi bir adaletin bulunduğunu tartışılmaz. Ancak bu dünyada doğru dürüst bir adalet bulunmadığı gerçeği hem inananlar, hem de inananmayanlar için geçerlidir. Tanrının bu konudaki tutumu açıktır. Tanrı tüm konularda olduğu gibi bu konuda da sorumluluk almamakta, sorumluluğu insanların üzerine yüklemektedir. Yaşama hakkı bulunmayan toplumlarda ölüm hakkının verilip verilmemesinin tartışılması anlamsızdır. İlike olarak ölüm hakkı verilmelidir. Burada ölçüt sorunu ortaya çıkmaktadır. Ölçüt ne olacaktır? Ölüm, sonuçta türün düşmesini engellemekte ve koşulları da özerklik ve insan onuru olmaktadır. Özerkliğini ve onurunu kaybeden veya onuru belirli bir niceliğin altına düşen kişilerin yaşamasına yardım etmeye

uğraşmak anlamsızdır. Bu nedenle özerklik ve onurunu kaybeden insanoğluna yaşamına son verme hakkı veya hiç olmazsa şansı verilmelidir.

Onur ve özerklik, soyut kavramlardır ve ölçüt sorunudur. Ayrıca insanlık onurunun ve özerkliğinin kaybedilebilmesi için önce onlara sahip olunması gerekir. Başlı koparılmış kurbağaya ölüm hakkı sunulamaz. Çünkü ondan sonrası, zaman sorunudur. Bu yönden bazı insanların başının doğumda ya da yaşamın ilk evrelerinde kesildiği ülkelerde ölüm hakkının verilip verilemeyeceğini tartışmak sadece bir kara mizah örneğidir.

Sonuç olarak; hangi koşul altında olursa olsun, hastaların öldürülmesinden daha iyi tedavi yöntemlerinin var olması nedeniyle tüm hekimlerin, klinik yetersizliklerini itiraf etmeleri anlamına gelecek ötanazi tartışmalarından kaçındıkları gün tıbbın ideal seviyesine ulaşılmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Barber J, Becker D, Behrman R et al. Guidelines for the Determination of Death. Report of the Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. JAMA 1977; 246:2184-6.
2. Black PMCI. Brain Death (Second of Two Parts). The New England Journal of Medicine 1978; 299:393-400.
3. Blender RJ, Szalay US, Knox RA. Should physicians aid their patients in dying? JAMA 1992; 267:2658-62.
4. Bodenham A, Berridge JC, Park GR. Brain stem death and organ donation. BMJ 1989; 299:1009-10.
5. Cowley LT, Ernie Young BA, Raffin TA. Care of the dying: An ethical and historical perspective. Critical Care Medicine 1992; 20:1473-82.
6. Feest TG, Riad HN, Collins CH, Golby MGS, Niholls AJ, Hamad SN. Protocol for Increasing Organ Donation After Cerebrovascular Deaths in a District General Hospital. Lancet 1990; 335:1133-5.
7. Gaylin W, Kass LR, Pellegrino ED, Siegler M. "Doctors must not kill". JAMA 1988; 259:2139-40.
8. Sweet WH. Brain Death (editorial). The New England Journal of Medicine 1978; 299:410-2.
9. Truog RD, Berde CB. Pain, Euthanasia and Anesthesiologists. Anesthesiology 1993; 78:353-60.
10. Veith FJ, Fein JM, Tendler MD, Veatch RM, Kleiman MA, Kalkines G. Brain Death. I. A Status Report of Medical and Ethical Consideration. JAMA 1977; 238:1651-5.