

Yaşlılık ve Etik Sorunlar; Sağlık Hakkı, Özerkliğe Saygı İlkesi ve Aydınlatılmış Onam

Geriatrics and Ethical Issues; Right to Health, Respect to Autonomy and Research Ethics: Review

Perihan Elif EKMEKÇİ,^a
Berna ARDA^b

^aSağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve
AB Genel Müdürlüğü,
^bTıp Tarihi ve Etik AD,
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Geliş Tarih/Received: 23.02.2015
Kabul Tarih/Accepted: 27.03.2015

*Bu derleme, Pamukkale Üniversitesi ve
Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği (YASAD)
işbirliği ile "VIII. Ulusal Yaşlılık Kongresi
(16-18 Nisan 2015, Denizli)"nde sunulan
bildiriye dayanmaktadır.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Perihan Elif EKMEKÇİ
Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve
AB Genel Müdürlüğü, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
drpelife@gmail.com

ÖZET Toplumların hızla yaşlanması, yaşlılık ile beraber gelen sağlık sorunlarının ve yeni yaşam düzeni gereksinimlerinin sosyal, ekonomik ve kültürel anlamda ele alınmasını gerektirmektedir. Yaşlılık durumu, bireyin kognitif ve fiziksel becerilerinde azalmalar sonucu bireyin özerkliğinin azaldığı bir dönemdir. Yaşlı bireyin özerkliğindeki gerileme, bağımlılığında artış ile paralel gitmekte, bu durum, hekim ve diğer sağlık hizmeti sunucuları ile uzun dönem bakım sağlayıcıları, etik ikilemler içeren tıbbi ve psiko-sosyal problemler ile karşı karşıya bırakmaktadır. Kognitif fonksiyonlardaki azalma, bireyin karar alma yetisinde eksiklikler meydana getirebilmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin ya da vasi olarak atanmış olanların yaşlı birey adına kararlar alması gündeme gelebilmektedir. Yaşlı sağlığı ve bakımı ile ilgilenenlerin ve yaşlılık ile ilgili politika üretenlerin söz konusu etik sorunların farkında olması, yaşlılık döneminde bulunanların bireysel özerkliklerinin, mahremiyetlerinin ve haysiyetlerinin korunması açısından önemlidir. Kuşkusuz yaşlılık ile beraberinde getirdikleri, bireyi incinebilir yapmakta ve bireysel özerklik ile ilgili önemli etik sorunlara, etik ikilemlere ve hukuki problemlere yol açmaktadır. Bu makalede öncelikle yaşlılıkta sağlık hakkı kavramı ele alınmış ve faydacı etik kuram ile güncel adalet teorilerinden Normal Daniels'in insan türüne özgü normal fonksiyon yaklaşımı çerçevesinde tartışılmıştır. Ardından yaşlılık ve özerkliğe değinilmiş, özerkliğin kliniğe yansımaları olan aydınlatılmış onam süreci ile ilgili değerlendirilmeler yapılmıştır. Bu bağlamda hekim hasta ilişkisinde yaşlı hastalar özelinde dikkat edilmesi gereken etik hususlar ve zımni onam, umulan/ beklenen onam gibi karar verme yeterliliği tam olmayan hastalarda gündeme gelen yöntemler etik açıdan ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Geriatri; yaşlılar için sağlık hizmetleri;
bilgilendirilmiş onam, aydınlatılmış onam; farzedilmiş onam

ABSTRACT Vast ageing of the societies creates the need to discuss the health problems and requirements of the elders due to their new lives, in the context of social, economic and cultural basis. Senility is a period when the dependency of the individual ascends due to diminished cognitive and physical abilities. The decrease in autonomy goes parallel with the increase in dependency, thus doctors and long term care givers face psycho-social and medical problems with ethic dilemmas. Reduced cognitive functions create gaps in the ability of decision making thus the health personnel who take care of the elderly or surrogates make the decisions in the elder's sake. The parties involved in health service provision and long term care of the elderly should be aware of these ethical issues to ensure the respect to autonomy, dignity and confidentiality of the geriatric patients. Certainly this puts the elder people in vulnerable situation and causes ethical dilemmas, ethical problems and legal conflicts regarding the individual autonomy and self-determination. In this study first the concept of right to health is addressed and discussed in the frame of utilitarian ethical theory together with Norman Daniels's normal functioning specific to species. Then, senility and autonomy concepts are evaluated in the discourse of informed consent with special attention to doctor patient relationship, and particular types of informed consent such as anticipated and implied consents, which arise in the absence of competence in decision making.

Key Words: Geriatrics; health services for the aged;
informed consent; presumed consent

doi: 10.5336/mdethic.2015-44444

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2015;23(2):65-72

Günümüzde insan yaşamı giderek uzamaktadır. Neolitik çağda 20, ortaçağda 25-30 arasında değişen doğumda beklenen yaşam süresi, 20 yüzyılın ikinci yarısında 40'a ve 2000 yılında 68'e yükselmiştir.¹ İleriki yıllarda bu sayının daha da artması ve 2050 yılında 65 yaş üstünde olanların tüm dünya nüfusunun %16'sını oluşturması beklenmektedir.²

Toplumların hızla yaşlanması, yaşlılık ile beraber gelen sağlık sorunlarının ve yeni yaşam düzeni gereksinimlerinin sosyal, ekonomik ve kültürel anlamda ele alınmasını gerektirmektedir. Yaşlı bir bireyin ortalama 3-4 kronik hastalığa sahip olduğu ve 1 yıl içinde hastaneye yatma riskinin %20'ye ulaştığı göz önünde bulundurulduğunda, yaşlanan bir toplumun hastalık yükünün arttığı anlaşılmaktadır.³ Ayrıca yaşlı bireylerin karar verme yetilerinde azalma ve bağımlı yaşama becerilerinde gerileme olduğu bilinmektedir. Yaşlı bireyin özerkliğindeki gerileme, bağımlılığında artış ile paralel gitmekte, bu durum, hekim ve diğer sağlık hizmeti sunucuları ile uzun dönem bakım sağlayanları, etik ikilemler içeren tıbbi ve psiko-sosyal problemler ile karşı karşıya bırakmaktadır.⁴⁻⁶ Kognitif fonksiyonlardaki azalma, bireyin karar alma yetisinde eksiklikler meydana getirebilmekte, sağlık personelinin ya da vasi olarak atanmış olanların yaşlı birey adına kararlar alması gündeme gelebilmektedir. Bu nedenle yaşlı sağlığı ve bakımı ile ilgilenenlerin ve yaşlılık ile ilgili politika üretendenlerin söz konusu etik sorunların farkında olması, yaşlılık döneminde bulunanların bireysel özerkliklerinin, mahremiyetlerinin ve haysiyetlerinin korunması açısından önemlidir.

Bu makalede öncelikle yaşlılıkta sağlık hakkı kavramının etik temellendirilmesi ele alınacak daha sonra yaşlılık ve özerkliğe saygı ilkesi hekim hasta ilişkisi ve aydınlatılmış onam kavramları bağlamında tartışılacaktır.

YAŞLILIK VE SAĞLIK HAKKI

Sağlık hakkı, her bireyin insan olmasından kaynaklanan, devredilemez, vazgeçilemez temel insan hakları arasında yer almaktadır. İnsan hakları kavramının tarihsel gelişiminde ikinci kuşak arasında

yer alan sağlık hakkı, bireylere yönetimler tarafından sunulması gereken pozitif insan hakları kümesi içinde bulunmaktadır.⁷

İnsan haklarının felsefi temellendirmesinde, doğal hukuk düşüncesi yaklaşımı, hukuki pozitivizm yaklaşımı ve insan doğası temelli yaklaşımlar karşımıza çıkan üç ana yaklaşımdır. Bu yaklaşımların ortak noktası, insan haklarının evrensel ve eşit olma niteliğinde birleşmeleridir. Bu niteliler, birinci kuşak insan haklarından yaşam hakkı, yasalar önünde eşit olma hakkı, insanlık dışı ve onur kırıcı muamele uygulanmaması hakkı gibi negatif haklar açısından pratik uygulamada en azından kaynak tahsisi aşamasında sorun içermemektedir.

Ancak sağlık hakkının da aralarında bulunduğu ikinci kuşak insan haklarının pozitif haklar olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu hakların tüm vatandaşlar için "eşit" olarak hayata geçirilmesinin sadece kaynaklar açısından ciddi pratik sorunlar yaratmakla kalmayıp, ayrıca sağlığın ve ilişkili sosyal hizmetlerin dağıtımında da tam ve mutlak bir eşitliği öngören yaklaşımın, adil olup olmadığı konusunda teorik tartışmalara da yol açtığı söylenebilir.⁸

Kısıtlı kaynaklar, bu durumun en başta gelen nedeni olarak gösterilmektedir. Sağlık insan gücünün, mali kaynakların, ileri teknoloji cihazların ve ürünlerin, bunlara gereksinim duyan her bireye mutlak eşitlik içinde dağıtılması için yeterli olmaması, sağlık etiği ve sağlık hukukunda kısıtlı kaynakların adil dağıtımını önemli bir sorun olarak gündeme taşımaktadır.⁹

Bu bağlamda, temel etik kuramlar ışığında dağıtıcı adalet sorununa çözümler üretilmeye çalışılmıştır. Adalet kavramı kaçınılmaz olarak hak edilen ve verilmesi gereken kavramlarını içinde barındırmaktadır. Adaleti, bazı birey ya da toplulukların bir şeye (mal veya hizmet). erişebilmek ya da sahip olabilmek için hak talebinde bulunmaları ve karşıda bulunan kurum, birey ya da toplumun söz konusu hak edilen "şeyi" hak edenlere vermekle yükümlü tutulduğu durumlarda ortaya çıkan bir kavram olarak ele alabiliriz.

Kimin neyi hak ettiğinin belirlenebilmesi için adaletin "formal ilkesi" kullanılmaktadır. Bu ilke,

bir şeyi hak edebilmek için minimal gerekliliği tanımlamaktadır. Adaletin formal ilkesi kısaca “eşit olanlara eşit şekilde muamele yapılması” gerektiğini ifade eder. Formal ilkenin bu genel tanımı içinde hangi ölçüte göre eşitlik aranacağı ve eşitliğin nasıl tanımlanacağı belirlenmemiştir.

Birey veya gruplar arasında eşit muameleyi gerektirecek “eşit olma” özelliklerini belirleyen ölçütleri adaletin “materyal ilkesi” içinde bulmaktayız. Bu ilkeler, toplumun yapısında benimsenmiş olan etik teorilerin sınırları içinde değerlendirilmektedirler. Örneğin, liberal etik teori düzleminde materyal ilke “serbest piyasa koşulları” iken, faydacı teori düzleminde “en fazla kişiye en fazla yararın sağlanması” materyal ilkesi geçerli olacaktır. Ayrıca, dağıtım söz konusu olan tüm hizmetler, pozisyonlar ve malların aynı etik değerde olmadığını, bazı hizmet, pozisyon ve malların dağıtımında bunların sahip olduğu özel etik değerler nedeniyle diğerlerinden farklı ve özel ölçütler bulunması gerekliliğini de gözden kaçırmamak gerekir.

Bir taraftan genel olarak sağlık hakkına ilişkin kuramsal etik tartışmalar devam ederken, toplumların demografik yapılarının değişmesi ve tıbbi teknolojideki gelişmeler sonucunda beklenen yaşam sürelerinin uzaması sonucunda yaşlı popülasyonun artması yaşlılık döneminde sağlık hakkına ilişkin etik tartışmaları gündeme getirmiştir. Toplumların öznel kültürel normları ve ekonomik ve sosyal yönetsel kuralları yaşlılık dönemine ilişkin sağlık hakkının materyal ilkesinin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Ekonomik bağlamda, sağlık hizmetlerine erişim için gerekli sağlık sigortasına sahip olmak temel materyal ilke gibi görünse de sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve ileri teknoloji tıbbi uygulamaların kısıtlılığı bu materyal ilkenin dağıtıcı adalete ilişkin yeterliliğinin sorgulanmasına yol açmaktadır.

Temel etik kuramlar arasında yer alan faydacı etik kuram, sağlığa ilişkin dağıtıcı adalet sorununa pratik ve ölçülebilir çözümler üretmesi ve böylece genel bir materyal ilkenin yeterli olmadığı durumlarda etik karar verme sürecinin kolaylaştırması nedeniyle öne çıkmaktadır. Bu özelliği nedeniyle, genel olarak sağlık hakkının ve yaşlıların sağlık

hakkının temellendirilmesinde faydacı etik kurama sıklıkla başvurulmaktadır.⁹

Faydacı etik kuram, “en fazla bireye en büyük faydayı sağlayacak şekilde” dağıtım yapılmasını öngörmektedir. Bu yaklaşım, her bireyi geçmiş, birikimleri ve ait olduğu topluluklar gibi kişisel özelliklerinden bağımsız olarak eşit kabul eder ve uygulamadan fayda görecekt olanlar ile fayda görmeyecek ya da zarar görecekt olanların matematiksel hesaplaması ile adalete erişebileceğini öne sürer.^{9,10}

Sağlık ekonomisine Daly (diability adjusted life years), Qaly (quality adjusted life years) gibi indikatörlerin girmesi ve kaynak dağıtımında bu gibi indikatörler ile maliyet fayda analizi yaparak karar verilmesi faydacı etik kuram çerçevesinde gerçekleşen uygulamalardır.¹¹ Her ne kadar faydacı etik kuram bireyleri yaşları da dâhil kişisel özelliklerinden bağımsız eşit olarak değerlendirse de, toplum için en fazla fayda arayışı, genç ve üretken yaş gruplarının sağlıklılık hallerinin, yaşlı olanlardan daha öncelikli olduğunu ileri sürebilir. Bu usulama, mevcut kaynakların daha genç yaş gruplarına tahsis edilmesinin yanı sıra, tıp teknolojisindeki gelişmelerin, yeni buluşların da yaşlı popülasyonun gereksinimlerine daha az duyarlı olmalarına yol açabilecek bir yaklaşım içermektedir.

Diğer taraftan toplumların hızla yaşlanması, toplumsal net fayda hesaplanmasının yaşlı gruplar lehine değişmesini sağlayan bir unsur olmuştur. Bu durum, geriatri bilim dalının ortaya çıkması ve gelişmesi için itici bir güç yaratarak, yaşlı popülasyonun gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulamalar için kaynakların mobilize edilmesine imkân sağlayabilir.¹

Faydacı etik kuramın içinde yer alan kural faydacılarının yaklaşımı, ele alınan eylemin o an için üretileceği sonuçların net fayda analizi yerine daha uzun vadeli ve kapsamlı bir fayda analizi anlayışına sahiptir. Kural faydacıları, önceden denemiş ve uygulanmasının toplumun devamlılığı, gelişmesi ve ilerlemesi için gerekli olduğu saptanmış bazı etik ilkelerin her koşulda ve ansal sonuçlarından bağımsız olarak korunması gerekliliğini öne sürmektedir. Bu yaklaşım, söz konusu ilkeye

uygun eylemlerin sonuçlarının uzun dönemde en çok kişi için en çok faydayı üreteceğini kabul etmektedir. Bu bağlamda, sağlık alanında dağıtıcı adalete ilişkin kararların verilmesinde toplumu bir arada tutan ortak değerlerin korunmasına önem verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yaşlıların sağlık hakkının hayata geçirilmesi sonucunda; toplumun ortak değerlerinin korunması, dayanışma ve birliğin devamının sağlanması, genç bireylerin topluma katkıda bulunmaları konusunda yönlendirilmesi gibi faydalar elde edilecektir. Kural faydacılarının perspektifi ile yaşlılıkta sağlık hakkının temellendirilmesi böyle bir kuramsal argümanla mümkün olabilmektedir.⁹

Norman Daniels'in türe özel normal fonksiyon yaklaşımı, sağlık hakkının kuramsal temellendirilmesi ve sağlık hakkına ilişkin dağıtıcı adalet sorununa yönelik geliştirilen güncel yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Daniels, sağlığın diğer sosyal hizmet ve metallerden daha üst bir etik değere sahip olduğunu öne sürer. Sağlığın üstün etik değeri, bireyin normal fonksiyonlarını gerçekleştirmek için sağlıklı olması gerekliliğine dayanmaktadır. İnsan türüne özgü normal fonksiyonları gösterebilmenin etik değeri, bu niteliği haiz olmanın bireylere fırsat eşitliği sağlamasından kaynaklanmaktadır.

Norman Daniels'in normal fonksiyon yaklaşımı yaşlı veya engellileri de içeren ve çoğunluğun dışında kalan grupları göz ardı etmekle eleştirilmiştir. Doğumsal ya da edimsel nedenlerden dolayı, insan türünün normal fonksiyonları arasında sayılanları asla yerine getiremeyecek olanların, bu perspektifle dışlandığı ve yaşlılık döneminin de bu kapsamda değerlendirilmesi gerektiği öne sürülmüştür. Ancak Daniels'in, normal fonksiyon tanımı bireyin içinde bulunduğu koşullar bağlamında göreceli ve değişken bir içeriğe sahiptir. Başka bir ifade ile Daniels, normal fonksiyon kavramının her yaş grubu ya da engel için ayrı ayrı ele alınması gerektiğini düşünmektedir. Bu bağlamda yaşlılık, tıpkı hamilelik, bebeklik, çocukluk ya da ergenlik gibi kendi normlarını içinde barındıran bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Daniels normal fonksiyon tanımını dönemlerin özelinde ele almakta ve üretken, doyurucu bir yaşlılık dönemi için birey-

lere sağlanması gereken sağlık olanaklarını bu kuramsal çerçevede temellendirmektedir.¹²

Norman Daniels'in sağlık hakkına ilişkin perspektifinde bir diğer önemli husus, sağlık hakkının sadece sağlık hizmetlerine erişim kapsamında ele alınmasının yeterli olmadığını öne sürmesidir. Daniels, sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak için en az sağlık hizmetlerine erişim kadar önemli olan sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekmiştir. Bu bakış açısıyla, Daniels sağlık hakkının sadece sağlık hizmetlerini kapsadığı düşüncesi ile dar kapsamlı olarak ele alınmasının hatalı ve eksik bir yaklaşım olduğunu ifade ederek, insan türü fonksiyonlarının gerçekleştirilebilmesi için gereken sağlık düzeyine erişebilmek amacıyla sağlık hizmetini tüm sosyal belirleyicileri ile birlikte ele almak gerektiğini ifade etmektedir.¹³ Bu yaklaşım sağlık hakkı kapsamında yaşlılık dönemindeki bireylerin sadece sağlık hizmetlerine erişimlerinin değil, diğer sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin de karşılanmasının toplumun ve yöneticilerin sorumluluk alanında olduğunu öngörmektedir. Yaşlı bakım evleri, palyatif tedaviler, evde bakım ve uzun dönem tedavi merkezleri gibi hizmetlere erişim hakkı bu perspektif ile temellendirilebilmektedir.

YAŞLILIK VE ÖZERKLİĞE SAYGI İLKESİ

Yunanca *authos* (kendi) ve *nomos* (yönetim, yasa koymak, karar vermek) kelimelerinden oluşan *autonomy* terimi, eski Yunan şehir devletlerinin kendi kendilerini yönetmeleri anlamında kullanılmıştır.¹¹ *Autonomy* terimi dilimize özerklik olarak tercüme edilmiştir. Özerklik kavramı tıp etiğine hastanın kendisine yönelik tıbbi uygulamalar hakkında karar vermesi olarak yansımış ve pratik uygulamada aydınlatılmış onam kavramı ile karşılık bulmuştur.⁹ Aydınlatılmış onam kavramını, "karar verme yetisine sahip bir hastanın tanı, tedavi ve ya rehabilitasyon amacıyla kendisine uygulanması düşünülen tıbbi yöntemin ne olduğuna, olası sonuçlarına, bu yöntem alternatif olan diğer tıbbi uygulamaların neler olduğuna ve bunların olası sonuçlarına ilişkin bilgilendirildikten sonra, söz konusu tıbbi uygulamanın yapılmasına izin vermesi olarak" tanımlanmaktadır.¹⁴ Aydınlatılmış onam, beş ana adımdan oluşmaktadır;⁹

1. Bilginin aktarılması,
2. Aktarılan bilginin hasta tarafından anlaşılması,
3. Hastanın istemi,
4. Karar verme yetisinde yeterlilik ve
5. Onamın verilmesi

Kognitif fonksiyonları ve karar verme yeterlilikleri tam olan hastalar için bu adımların yerine getirilmesi aydınlatılmış onam sürecinin etik açıdan tamamlanması için gerekli ve yeterlidir.

YAŞLI HASTALAR İLE KURULAN HEKİM HASTA İLİŞKİSİ VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Yaşlılık döneminde karar verme yetisinde ve/veya kognitif fonksiyonlarda geçici ya da sürekli kalıcı azalmalar olabilmektedir. Bu durum bir taraftan hekim hasta ilişkisinde değişimler yaratmakta diğer taraftan karar sürecinde hastanın daha edilgin olduğu bir ortam oluşturmaktadır. Hekimlerin yaşlı hastaları ile geliştirdikleri hekim hasta ilişkisi, aydınlatılmış onam sürecinin ve dolayısıyla özerkliğe saygı ilkesinin etik açıdan zedelenmeden hayata geçmesi için önem arz etmektedir.

Hekim hasta ilişkisi, tıp etiğininde sıkça tartışılan bir konudur. Etkin bir aydınlatılmış onam için hekim ve hastanın karşılıklı olarak açık ve eşit olduğu bir iletişim düzlemi gereklidir. Görüşmeci (deliberative) model olarak tanımlanan hekim hasta ilişkisi modeli bu düzlemi sağlayan bir model olarak tercih edilmektedir. Görüşmeci (deliberative) modelde hekimin görevi bir taraftan hastanın durumu ile ilgili olgusal verileri sunarken diğer taraftan hastanın değerleri ve yaşam beklentilerini ortaya çıkarmaktır. Hekim ve hasta, durumun tikel özelliklerini göz önünde bulundurarak bu durumda sağlık ile ilgili hangi değerlerin diğerlerine göre öncelik taşıması gerektiğini belirlemekte ve bir öğretmen ya da arkadaş olarak konumlanmaktadır. Görüşmeci modelde hastanın özerkliği korunmakta, kişisel bütünlüğü desteklenerek içgörü geliştirmesi sağlanmakta ve hastalığın tikel durumuna ilişkin en iyi olgusal kararı vermesine çalışılmaktadır.¹⁵

Ancak yapılan araştırmalar, sadece yaşlı hastalarla değil, genel hasta popülasyonu ile kurulan

hekim hasta ilişkisinde de çoğu zaman kuramsal açıdan idealize edilmiş olan iletişim yöntemlerinin pratiğe yansımada sorunlar yaşandığını ortaya koymaktadır.

Örneğin Beckman ve ark.nın tüm hasta gruplarına yönelik yaptıkları bir araştırmaya göre, hastaların sadece %23'ü şikâyetlerini ve endişelerini anlatmaya başladıklarında ilk cümlelerini tamamlama imkânı bulabilmektedir, bu imkânı bulabilenler genellikle sorun ve endişelerini 60 saniye içinde hekimlerine aktarabilmektedir.¹⁶ Şüphesiz hastaların eğitim düzeyleri ve kognitif yeterliliklerine ya da hekimlerin tutumlarına göre bu sürelerde değişiklikler olması öngörülebilir. Ancak yine de tüm hasta grupları açısından bile problematik bir hekim hasta ilişkisini gösteren bu veriler, yaşlı hastalar söz konusu olduğunda daha derin etik sorunlara ve özerklik ihlallerine işaret edebilir.¹⁷

Diğer taraftan karar verme yeterliliğindeki azalma, etik olarak tamamlanması gerekli olan aydınlatılmış onam ölçütlerinin göz ardı edilmesine de yol açabilmektedir.¹ Şüphesiz, tıp etiğinin temel ilkeleri arasında bulunan yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri, hekimlerin yaşlı hastalara yönelik hizmet sunumlarında söz konusu göz ardı edilecek katkı sağlamaktadır. Tıbbi uygulamaların gerçekleştirilmesi *hastanın iyiliği* ve veya *kalıcı bir zarar görmemesi* için zorunlu olduğu durumlarda, hekimler karar verme sorumluluğunu üstlenerek geleneksel babacıl (paternalistik) tutuma eğilim göstermektedirler.¹⁵ Özellikle acil servislerde hızlı karar verilmesi gereken durumlarda söz konusu babacıl tutumun daha bariz bir şekilde yaşanması mümkündür.⁴ Böylece yaşlı hastalarda karar verme yetisinin azalmış ya da ortadan kalkmış olması hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisine, hiyerarşik bir asimetri de eklemekte ve bu durum, hekimin hastası yerine onun için en iyi olacak şekilde karar vermesine yol açabilmektedir.

Yaşlı hastalar ile kurulan hekim hasta ilişkisinde, etkin bir aydınlatılmış onam sürecinin gerçekleştirilebilmesi ve böylece özerkliğe saygı ilkesinin etik sorunlara yol açmadan hayata geçirilebilmesi için yaşlı hastaların bazı anlatıları ve verileri anlamak için diğer yaş gruplarından daha fazla

zamana ya da tekrara gereksinim duyabilecekleri göz önüne alınması gerekmektedir. Hekim hasta ilişkisinde bu gereksinim göz önünde bulundurulduğu takdirde etik ihlallerin azaltılması ve güvene dayalı bir ilişki tesis edilmesi mümkün olabilecektir.

YAŞLILIK, İLERİ DİREKTİFLER (ADVANCED DIRECTIVES) VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Yaşlı hastalarda özerkliğe saygı ilkesinin tartışıldığı bir diğer konu, hastaların tedaviyi reddetme ya da yaşamlarını sonlandırmalarına yönelik istekleridir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde, uzun dönem bakım merkezlerinde ve palyatif bakım servislerinde karşılaşılan Do not Resituate (DNR) talimatları, boşuna tedavi (futile treatment) ve ötanazi bu kapsamda öne çıkan ve ileri direktifler adı altında değerlendirilen kavramlardır. Bu kavramlar sadece yaşlılarda değil diğer hasta gruplarında da etik açıdan tartışılmakta olsa da, yaşlılık ve süregelen hastalıklar nedeniyle karar vereme yeterliliğinde azalma ve/veya kognitif fonksiyonlarda gerileme olması, yaşlı hastalar tarafından dile getirilen bu tür taleplerin dikkate alınmamasına ya da bu yaşlı hasta yerine başkalarının karar vermesine yol açmaktadır. Her iki durumda tıp etiği açısından olası sorunlar içermektedir.^{18,19}

Bu sorunların başında hastanın mahremiyeti ve kişisel bilgilerinin gizliliğinin sağlanması gelmektedir. Yaşlı bireyin kendisini ifade etmesinde ve özerkliğini yaşama geçirmek için gereksimin duyduğu yetilerini yitirmesi temel haklarının ortadan kalktığı veya etik ilkelerin gerektirdiği normlarının yok sayıldığı bir ortam yaratmamalıdır.²⁰ Hekim hastasının mahremiyetinin korunması ve her bireyin hakkı olan saygın tutumla muamele görmesini sağlamakla yükümlüdür.^{21,22}

İleri direktifler arasında yer alan tedavinin kısıtlanması kavramı; tedavinin sonlandırılması (withdrawing treatment) ve ya hiç başlanmamasını (withholding treatment) içermektedir. Tedavinin sonlandırılması uygulanan tedavinin boşuna olduğunun gösterildiği durumlarda hastanın yaşam destek ünitesinden ayrılmasını ancak bununla beraber bakımının devam ettirilmesini içerir. Günümüzde palyatif bakım olarak adlandırılan bu süreç, yaşamlarının son döneminde olan hastaların ve onla-

rın yakınlarının hayat kalitelerini arttırmayı hedeflemektedir. Palyatif bakım hastanın fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal olarak ıstırapsız ve huzurlu bir durumda olmasını sağlamaya, ağrı ve veya diğer rahatsız edici semptomların ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Ölümün ertelenmesi ya da durdurulmasını değil, ölüme giden sürecin hastanın kişisel bütünlüğü ve saygınlığını zedeleyici unsurlar barındırmamasını ve hasta ve yakınlarının psiko-sosyal olarak da desteklenmesini sağlar. Palyatif tedavi ötanazi kavramının işaret ettiği *iyi ölüm* için bir seçenek olarak sunulmaktadır.¹⁸

Bu başlık altında tedavinin kesilmesi ya da başlanmamasına ilişkin kararı kimin verebileceği tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Hastanın kognitif fonksiyonları özerk bir karar vererek tedavinin kesilmesini talep etmesine elverdiği durumlarda şüphesiz bu karar hastaya aittir. Hastalık öncesinde ya da kognitif fonksiyonları yerinde iken yaşlı hasta tarafından bu yönde yasal bir beyanda bulunmuş olması da söz konusu olabilir. Ancak hastanın kognitif fonksiyonları yetersiz ve önceden beyanı bulunmuyorsa, bu durumda yasal vasi, akrabalar, hekimler ya da etik komiteler söz sahibi olabilmektedir.

Yaşlı hastanın karar verme yetisindeki kayıp, hasta yerine karar verebilecek vasinin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Hastanın karar verme yetisinin olmadığı hekim raporu ile tespit edildiğinde, mahkemeler yasal vasi atamaktadır. Yasal vasi, eğer varsa yaşlının çocukları ve daha sonra sırasıyla en yakın akrabaları arasından seçilmektedir. Her ne kadar vasi yasal olarak yaşlı birey adına karar vermeye yetkili olsa da, bu yetkisini kullanırken hastanın değerleri, kişiliği ve önceliklerini göz önünde bulundurularak kullanması etik açıdan bir gerekliliktir. Hayley ve ark., ideal vasiyi; “hastanın değerlerini ve hedeflerini en iyi anlayan kişi” olarak tanımlamışlardır.²³ Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, vasinin etik sorumluluğu, vasisi olduğu bireyin gözleriyle hayata bakarak onun adına karar vermesidir. Bu sayede verilen kararlarda hasta yakınlarının, hastanenin ya da herhangi başka bir unsurun değil hastanın iyiliğinin öncelenmesi ve hastanın yararına olacak seçimlerin yapılması mümkün olabilecektir.²³

Hasta yerinde hekim, aile yakınları ya da yasal vasiinin karar vermesi durumu, zımni onam (implied/ implied consent) ve umulan/beklenen onam (anticipated consent) gibi onam kavramlarını gündeme getirmektedir.⁹

Zımni onam klinik uygulamalarda varsayılan onam (presumed consent) olarak da karşımıza çıkmaktadır. Varsayılan onamda karar verici, hastanın kognitif fonksiyonları ve karar verme yetisi zarar görmeden önceki değerlerine ve yaşam beklentilerine bakar. Bu değerler ve beklentiler doğrultusunda hastanın söz konusu durumda nasıl karar vereceğini kestirmeye çalışır. Bu varsayımsal karara dayanarak tıbbi uygulamaları gerçekleştirmek ya da gerçekleştirmemek için onam verilir. Anestezi ve yoğun bakım hastalarında, uzun dönem bakım gerektiren durumlarda ya da Do Not Resuscitate (DNR) gibi tedavi kısıtlayıcı uygulamalarda varsayılan onam hasta vasisi ya da yakınları tarafından sıkça başvuru bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Varsayılan onamın özerkliğe saygı ilkesini ne kadar koruduğu ya da bu ilkenin hayata geçmesine ne ölçüde imkân tanıdığı etik açıdan tartışılmaktadır.

Varsayılan onamın hastanın değerlerine ve yaşam beklentileri yerine herkesin ortak faydasına yönelen türü etik açıdan daha sorunludur. Bu tür karar vermede, karar verici hastaya özgü değerler yerine, ortak toplumsal faydayı arttırmaya ya da herkes için en iyi olanı yapmaya çalışmaktadır. Varsayılan onam hastanın iyiliği ya da bireysel değerleri yerine yakınlarının ya da sağlık kurumunun faydasını öncelemektedir. Örneğin, yakınlarının hastanın tedavisi nedeniyle karşı karşıya kaldıkları mali sıkıntılar, ya da hastanenin iyileşme umudu kalmayan hastayı depote etme arzusu, toplam faydayı artırma adına hastanın değerleri ya da iyiliği aleyhine de olsa uygulanabilir. Bu uygulamanın herkesin iyiliği için yapıldığına dair etik temellendirme, toplum lehine bireyi feda etmeye yol açmakta ve bireyin özerkliğini göz ardı etmektedir. Tarih, toplumsal faydayı arttıracığını öne süren, toplumun faydası için bireyin özerkliğini yok sayan uygulamaların yol açtığı insanlık trajedilerin örnekleri ile doludur. Bu nedenle varsayılan onamın kapsamının genişletilmesine yol açan ve bu arada aydınlatılmış gerekmektedir.¹⁸

Umulan/beklenen (anticipated consent) onam varsayılan onamın bir varyasyonu olarak karşımıza çıkmakta ve paternalistik hekim tutumunun bir yansıması olarak gerçekleşebilir. Diğer taraftan hastanın onamının alınmasının mümkün olmadığı ve hasta yerine karar verebilecek yasal vasisi ya da yakınının bulunmadığı durumlarda hasta adına en iyi olanın yapılması, yarar sağlama ilkesine dayalı olarak tıbbi uygulamaların gerçekleştirilmesini gerekli kılmaktadır. Ancak etik açıdan bakıldığında umulan/ beklenen onamın aydınlatılmış onam olarak değerlendirilmesi oldukça zordur. Zira umulan/ beklenen onam, zaten gerçekleşmiş olan bir eylem için hekimin en iyi olanı yaptığına dair bir olumlama niteliği taşımaktadır. Diğer taraftan hastanın müdahale sonrasındaki değerlendirmesinin olumsuz olma olasılığı da vardır. Ayrıca umulan/beklenen onamın bu hastanın özerkliğine ilişkin herhangi bir belirleyici içermediği unutulmamalıdır. Dolayısıyla umulan/ beklenen onamın, aydınlatılmış onam kapsamına dâhil edilmesi etik açıdan oldukça sorunlu bir alan olarak görülmektedir.^{9,18}

Yaşlı hastaların aydınlatılmış onam için yeterliliklerinin bulunmadığının durumlarda, Zımni onam ve umulan/beklenen onam her ne kadar pratik uygulamalarda hekimler açısından kolaylık sağlasa da hastaların özerkliklerine saygı ilkesini zedelenmektedir. Bu zedelenmeyi en aza indirebilmek için söz konusu tıbbi uygulamanın hastanın değer ve haysiyeti ile ve varsa yeterliliğini yitirmeden önceki onamları (living will) ile uyumlu olması koşullarının karşılanması etik açıdan gereklidir. Başka bir deyişle her ne kadar yaşlı bireyin fiziksel ve kognitif fonksiyonları azalmış ya da ortadan kalkmış olsa da yapılacak tıbbi girişimlerin hastanın bireysel bütünlüğü ve bilinen değerleri ile uyum içinde olmasına özen gösterilmelidir.

SONUÇ

Günümüzde beklenen yaşam süresinin uzaması ile yaşlılık kavramı evrilmiş ve ölüme yakın, edilgin, üretkenlik ve yaratıcılıktan uzak olumsuz yükleri olan bir devre olarak anılmaktan çıkmıştır. Bunun yerine çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi kendi norm ve üretimleri olan, bireylerin içinde bulunmaktan keyif alacağı ve topluma olumlu katkıda

bulunabileceği aktif bir dönem olarak kavramsallaştırılmaya başlanmıştır. Gittikçe daha fazla sayıda bireyin deneyimlediği yaşlılık döneminin berabere getirdiği etik sorunlarla kaçınılmaz olarak karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle yaşlılık döneminde profesyonel hizmet sunan kesimlerin söz konusu etik sorunlar ile ilgili farkındalık geliştirmesi ve etik sorunların çözüm yöntemleri hakkında beceri kazanması önem taşımaktadır.

Yaşlılık döneminde karar verme yeterliliğinin azalması ya da ortadan kalkması, bireyin özerkliğinin hayata geçmesinin önündeki en büyük engel olarak ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar karar verme yeterliliğinin ortadan kalktığı hekim değerlendirmesi ile tespit edilebilse de, yaşlı birey bu aşmaya gelinceye kadar yeterliliğin tam olduğu ve hiç olmadığı iki uç nokta arasında yer alan geniş bir spektrumun herhangi bir noktasında bulunabilir.⁹ Dolayısı ile yaşlı hastanın karar verme yeterliliği azalmış olsa da kendisi ile ilgili uygulamalar hakkında bilgi edinmek, varsa sorularına yanıt almak ve istemediği uygulamaları ifade etmek gibi bece-

rileri korunmuş olabilir. Bu nedenle hekimler, vasiler ve yaşlıya bakım ve sağlık hizmeti sunan tüm taraflar, yaşlı hastaları ile kurdukları ilişkide hastanın içinde bulunduğu tikel durumu değerlendirerek, mümkün olduğunca onun haysiyetini ve bireysel bütünlüğünü koruyacak şekilde eylemelidir. Diğer taraftan yaşlılık dönemine ilişkin etik sorunlar bununla sınırlı değildir. Kısıtlı kaynakların adil dağılımı açısından yaşlı sağlığı ve bakımına ilişkin insan gücü, tıp teknolojisi ve bakım alanları önem taşımaktadır. Yaşlıların sağlık hakkının etik açıdan temellendirilmesi, bu alanda atılması gereken ilk adımdır. Bu temellendirme yapıldığında, yaşlılara yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi mümkün olabilir. Diğer taraftan bu temellendirme yaşlıların tıp teknolojisinin yeniliklerinden adil bir şekilde pay almalarının yolunu açmaktadır.

Teşekkür

Bu makale Fogarty Uluslar arası Merkezi/IH fonu ile 1R25TW009248-01, KM Munir, PI proje numarası ile desteklenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkmen HÖ, Arda B. Yaşlılık ve etik sorunlar. Kutsal YG, editörler. Geriatri. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. p. 371-9.
2. Johnen JE. Human population: the next half century. Science 2003;302(5648):1172-5.
3. Jahnigen DW, Schrier RW. Doctor/patient relationship in geriatric care. Clin Geriatr Med 1986;2(3):457-64.
4. Mueller PS, Hook C, Fleming KC. Ethical issues in Geriatrics: A guide for clinicians. Mayo Clin Proc 2004;79(4):554-62.
5. Hanson MJ. How we treat the elderly. Hastings Cent Rep 1994;24(5):4-6.
6. Rivlin MM Protecting elderly people: flaws in ageist arguments. BMJ 1995;(310):1179-82.
7. Leary AL. The right to health in international human rights law. Health Hum Rights 1994; 1(1):24-56.
8. Şahbaz İ. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde Kişi Özgürlük ve Güvenliği. TBB Dergisi 2004;(1):55-89.
9. Munson R. Intervention and reflection. 9th ed. Boston: Wadsworth; 2012. p.90-115.
10. Slowther A, Johnston C, Kaynakal IJ, Hope T. A Practical Guide For Clinical Ethics Support. The Ethox Centre, University of Oxford Ethical Frameworks. 1st ed. Oxford: Ethox Centre; 2004. p.76-8.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001. p.57-103.
12. Danile N. Just Health Care. 1st ed. Cambridge: Cambridge Univ Press; 2008. p.11-140.
13. Daniels N. Health-care needs and distributive justice. Philos Public Aff 1981;10(2):146-79.
14. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biy-öetik terimleri sözlüğü. 1. Baskı. Ankara Türk Felsefe Kurumu; 2005. p.19-21.
15. Emanuel EJ, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267(16):2221-6.
16. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;(101):692-6.
17. Orr R, Marshall PA, Osborn J. Cross-cultural considerations in clinical ethics consultations. Arch Fam Med 1995;4(2):159-64.
18. Ekmekci AE. Temel Anestezi. 2. Baskı Ankara: Güneş Tıp Kitapevi. 2015.p.1120-40.
19. Aydın E. Yaşlı Hastalar ve Tıp Etiği. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(1):29.
20. Rosin AJ, Dijk YV. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research. J Med Ethics 2005;31(6):355-9
21. Kamu Hastaneleri Kurumu. 86642992/2004 sayılı genelge
22. Hasta hakları yönetmeliği 23420/1998
23. Hayley DC, Cassel CK, Snyder L, Rudberg MA. Ethical and legal issues in nursing home care. Arch Intern Med 996;156(3):249-56.