

Yenidoğan Alanı Özelinde, Pediatri'de Etik Sorunlar

Nesrin ÇOBANOĞLU*, Gönül TANIR "

* Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji (Tıbbi Etik) Birimi, Doktora Öğr.,

** Uzm.Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri ABD, ANKARA

Klinik hekimlikte etik sorun kümeleri az - çok benzerlik göstermektedir. Birer sistem olarak tanımlanan hasta-hekim birebir ilişkisi, sağlık sunumu ortamıyla etkileşerek sürmekte ve yaşanan etik sorun kümeleri ayrı dallarda da olsa benzerlik özelliği taşımaktadır. Çocuk hastalıkları alanında, bu birebir ilişkinin içine üçüncü kişiler de girmekte ve etik sorunlar yine sağlık sistemi gibi dış belirleyicilerle de etkileşerek daha karmaşık, farklı bir niteliğe bürünmektedir.

Pediatride etik sorun kümeleri açısından, diğer (yetişkinler için) klinik dallara göre en temel fark, hastanın kendisi hakkında karar verme erkini kullanamamasıdır. O'nun adına, iyiliği için de olsa, başkaları değerlendirme yapmak durumundadır. Üçüncü şahısların devreye girmesi açısından neonatolojide yaşanan etik sorunların, veteriner hekimlikle de benzerlik gösterdiği düşünülebilir. Pediatri'de ayırddedici olarak saptadığımız bu özellik, en belirgin yenidoğan (Neonatoloji) yan dal ihtisas alanında var kanısındayız, bu gerekçe ile yenidoğan alanında konuyu tartışmak istiyoruz.

Yenidoğan dönemi: Doğumu izleyen ilk dört haftalık süredir. Doğduğu anda değişik derecelerde olgunlaşma eksikliği gösteren yenidoğan organizması, doğumu izleyen dakika, gün ve saatlerde ortalama uyum sağlamak için yoğun biyokimyasal ve fizyolojik süreç geçirmektedir. 1 yaşın altındaki ölümlerin %72'si ilk 28 günde, bunların %85'i ilk 7 günde, bunun %50'si ise ilk 24 saatte ölmektedir. Perinataloji ve yenidoğan hekimliğinde amaç; kongenital anomaliler ve doğum zararlarını azaltarak, topluma sekelsiz çocuklar kazandırmak, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (1).

Neonataloji'de etik sorunları anne ve/veya babadan çok klinik hekim yaşamaktadır. Kararı verirken aile ile paylaşmasına karşın, sorumluluğu erişkin klinik dallarına oranla daha fazladır. Çünkü, anne-babanın yanlış kararı çocuğu etkileyecek ve hekim kendini sorumsuz hissedemeyecektir. Bebek ve sorunla çoğu durumda başbaşa kalan pediatristler, etik kurulların önemini en çok dile getiren hekim gruplarından biri olmaktadır.

Pediatride, aydınlatılmış onamı almak niteliksel bazı farklar nedeniyle daha zordur. Çocuk karar verme

ve bunu belirtme yeteneğine sahip olmadığı için anne ve baba onun yerine karar verecektir. En iyi kararı vermek amacıyla hareket eden anne ve/veya baba, yeterince aydınlatılmadığı zaman bu kararı doğru olarak vermeyecektir. Bunun sorumluluğu ise, sadece anne ve babanın değil önemli ölçüde hekimin de olacaktır. Sonuçlarından etkilenen ise bebek olacaktır, bilgilendirme üç taraf açısından da çok önemli ve gereklidir.

Hasta ve hastalıkla ilgili kararların alınması sırasında çok çeşitli belirleyicilerin değişkenliğine karşın, hekimin bilgisel otoritesi daha fazladır. Çocuğun söz hakkı olmadığından, hekim bilgisel tıp otoritesini, paternalistik yaklaşımı daha rahat ve daha etkin kullanma hakkını kendinde görebiliyor. Gerektiğinde anne ve babanın kararına karşı çocuğun hakları açısından önerisini ısrarla yineliyor, çocuğun karar verme hakkı olmadığını vurgulayarak çocuk için gerekli olan konusunda, tıp otoritesini kullanarak ısrarlı olabiliyor. Pediatrist, aydınlatılmış onamı sağlayamamışsa, verilen karara karşı bir uygulama yaptığında, tıbbi açıdan en iyiyi uyguladığını düşünüyorsa, etik kaygı duymayabiliyor. Genelde gözlenen hekimin kararının erişkin klinik dallarına oranla daha etkin olduğudur. Tanısal yöntemlerin uygulanmasına ilişkin bilgilendirme erişkinlere oranla daha detaylı olarak ve kesinlikle yapılmalıdır, gerekçeleri çok iyi açıklanmalıdır.

Yenidoğanda klinik etik sorunların ulusal ve uluslararası boyutları da vardır. Bebek ölüm oranlarının çok yüksek olduğu, aşılama düzeylerinin istenen %100 oranlara ulaşmadığı ülkemizde doğumsal anomalili veya prematüre bebeklerin yaşatılması için çaba harcanması doğru mudur? Buna hekimin karşılaştığı olay düzeyinde baktığımızda, yaşatma çabası başka seçenek olmamalıdır. Hastasını yaşatmak ilkesi önce gelen hekimlik anlayışına karşı, maliyet ve sağlam doğan bebek ölümlerindeki fazlalık gerekçe gösterilerek prematürelerin yaşatılması çabasını etik bir sorun olarak ileri sürenlere karşı, neonatologların uğraşı da sürmekte ve sağlık politikalarında kaynak ayrılması veya en azından referans merkezler kurulması talebinde bulunmaktalar.

1993 yazında İtalya'da yapılan uluslararası neonatoloji kongresinde, Japonlar tarafından sunulan bildiride prematüre bebek yaşatılmasına ilişkin, maliyet hesapları sunulmuştur. Kanser veya kistik fibrozisli bebeklere tedavi için harcanan paranın, prematüre bebek için yapılan harcamadan daha fazlasına mal olduğu saptaması yapılmıştır. Bu değerlendirme sırasında, prematürenin yaşatıldıktan sonraki maliyeti, rutin kontrolleri (üç ayda bir hastanede yapılan tetkikler vb.) de hesaplanarak maliyet kapsamı içinde değerlendirilmiştir. Japonlar bu sunuşta maliyet hesabı ile prematürelerin yaşatılma hakkını savunurken, viabilite sınırını (Prematüre bebeğin yaşaması için zorunlu görülen asgari değerler) da aşağılara çekmeyi başardıklarını başka araştırmalarla gösteriyorlardı (2).

Prematürelerin fizyolojik uyum kapasitelerini artırmaya yönelik çalışmalar, tıpta da ilerlemelere yol açmaktadır.

Prematürelerin yaşatılması çabasında ortaya çıkan etik sorunlardan birisi de sekellerdir. Sekeller değerlendirildiğinde oranların çok da yüksek olmadığı görülmektedir. Total sekel oluşma olasılığı %20 dir. Sekellerin %50 sini ise cêrêbral palsy sendromu oluşturmaktadır, geriye kalan %50 ise miyopi, okul başarısızlığı, işitme güçlüğü ... gibi sorunlardır. İnsan yaşamı söz konusu olduğunda, istatistik rakamlar verilmesinin güçlüğü ayrı bir etik sorun olmasına karşı, verilen değerler de prematüre bebek yaşatılmasını engellememesi gereken oranda düşüktür (3).

1000gr. ağırlığında, 38 yaşında bir annenin kıymetli bebeğinin (ailesi için önem taşıyan, zor koşullarda oluşmuş bebek) yaşatılma çabası ile termde doğmuş daha basit sorunları olan ancak terkedilmiş veya çok çocuklu bir ailenin istenmeyen bebeğini (ailenin sahip çıkmadığı, terkedilmiş ya da ailenin yük gördüğü bebek) yaşatma çabası aynı mı olmalıdır? Ailenin yaşatma talepleri hekime yansımaları mıdır? Hekimin tavrı ne olmalıdır? Neonatolojide klinik uygulamada kıymetli bebek kavramı geçerli midir? Bu ve benzeri durumlarda hekim yaşatmak açısından ayırım yapmak durumunda bırakılmamalı, tüm sorumluluk ona yüklenmemelidir. Etik kurullar kararı almalıdır. Bu etik kurullarda bebeğin doktoru, hemşiresi ve anne/babası özellikle yer almalıdır.

Bazen de, hekim koşullar nedeniyle ister istemez ayırım yapar. Surfactan eksikliği olan bir yenidoğanda, aile yüksek ücretli surfactanı bulmak konusunda çaba harcıyıp getirdiğinde, sosyal güvencesi karşıladığında hekim bu bebeğe surfactanı uygularken, öbür bebeğe uygulayamamaktadır. Böylece ayırım, hekim istemesi de klinik uygulamasına yansımış olmaktadır. Bu tür durumlarda artanı veya fazla aldırılanı da öbür gereksinimi olan bebeğe uygulayan hekimce çözümlere rastlamaktayız. Bu uygulamayı yapah hekimin davranışı etik dışı sayılabilir mi, kanımca hayır!

Yenidoğan da, örn: 4. kardiyak arrest olayında müdahale edilmemesi ne derece doğru ya da yanlış olacaktır. İnsan yaşamına ilişkin istatistiklere dayalı karar vermenin güçlüğünden söz etmiştik. Uygulamayı yaparken hangi bebekte sonucun ne olacağını bilemeyiz.

Neonatolojide ötanazi uygulaması ne durumda, var mı/ yok mu, doğru mu / yanlış mı? Meningomiyelose, alt ekstremite felçleri, anensefali, tek ventrikül gibi şu an kesin tedavisi olmayan bazı durumlarda ailesi ile konuşularak ve müdahalenin sınırlarını daraltma yöntemiyle, pasif ötanazi uygulaması yapılagelmektedir. Bu tür bebekler exitus olduğunda resusitasyon yapılmayabiliyor vb.. Ekstremitte anomalileri, Down sendromu gibi kongenital anomalilerde ise, normal bebek gibi davranılması daha sık gözleniyor.

Yenidoğanın resusitasyonu önemli bir sorunsal olmayı sürdürüyor. İyi bir hizmet için eğitim organizasyonu ile pratisyenler, kadın-doğum uzmanları, ebeler bu konuda eğitim almalı. Zamanında doğan sağlıklı bir bebeğin, yeni doğan ünitesinin olmadığı bir yerde yaşatılması çok önemlidir ve bir iki önlemlerle bir çok bebek ölümü önlenemez. Yenidoğan resusitasyon eğitimi yanında, ambu, aspiratör, laringoskop, endotrakeal tüp, göbek kateteri, NaHCO₃, adrenalin gibi yenidoğan resusitasyon gereçlerinin doğum ünitelerinde bulundurulması önemli bebek ölüm düşüşlerine neden olacaktır. Bunların varolduğu bir ortamda "O" apgarlı bir çocuğun sekelsiz yaşatılması mümkün olabilecektir. Böyle canlandırılan bebek, kuvöz olmasa da yaşayabilecektir.

Anomalilerin gelişen teknoloji ile orantılı olarak erken saptanması, başka etik sorunlara yol açmaktadır. Bu bebeklerin yaşam hakkı olmalı mıdır? Şu andaki verilerle kesin tedavisi olmayan doğumsal, ölümcül hastalıkların doğurtulmaması uygulanmaktadır. Ölümcül olmayan ve kısmen tedavisi mümkün durumlarda ise bebeğin yaşam hakkı ve bu hakla ilgili kararı alacak kişi (anne-babaya bırakılabilir mi, doğru mu?) ile ilgili etik sorunların çözümü pek de kolay görünmemektedir.

Yenidoğanda toplum hekimliği uygulamalarına bu yazı kapsamında girmemekle birlikte, aşı hem bireysel hem toplumsal etkileri nedeniyle kısaca ele alınabilir. En iyi bağışıklık bırakma programının ABD'de uygulanmasına karşın, bize önerdikleri aşı programının birer ay erken olması ve gerekçe olarak az gelişmiş ülkelerdeki enfeksiyon fazlalığını göstermeleri de etik bir sorundur. Bu alanda etkin bağışıklık bırakan aşı programının uygulanması konusunda uğraş veren hekimler de, etik bir sorun kümesi ile uğraşmaktadırlar. Canlı aşuların 6 haftadan erken uygulaması tartışma konusudur.

Pediatride çocuk istismarı önemli bir sorundur. Yenidoğanda da ne yazık ki bunlar etik problem olarak vardır. Ağladığı gerekçesi ile ısırık ve karpuz kırığı diye tanımlanan kramal kırıkta, ekstremitte yeşildal kırıkta vakalarla karşılaşılması çok nadir olaylar değildir. Yoğun bakım ünitelerinde büyük emeklerle kurtarılıp, sağlıklı

hale getirilen bebekler, bîr süre sonra hırpalanmış bebek sendromu ile, kısmen sakatlanmış olarak acile getirilmişlerdir, bu olaylar dikkatle incelendiğinde, bunların yeni doğan döneminde annesinden uzak kalan bebekler olduğu görülmüştür. Anneden uzak kalmanın gelişme geriliğine de neden olduğu saptanmıştır (1).

Sonuç olarak; yenidoğan alanı, klinik hekimlikte etik sorunların en yoğun olduğu alanlar içindedir. Sorunlar ve çözümleri, erişkin klinik hekimliğinden oldukça farklıdır. Etik kurulların bir an önce kurulması ve hekimlerin karşı karşıya olduğu etik sorunlara, her olay özelinde ve genel uygulamaya ilişkin değerlendirmeleri daha fazla kişi ile paylaşarak çözüm üretilmesi gerekmektedir. Etik sorunları, bu yazı kapsamında değinme olanağımız olmasa da sağlık politikalarından ayrı düşünmek olanaksızdır. Yeni doğan ölümlerinin "testi kırığı"

diye değerlendirilmediği, toplumsal değer yargılarının değiştiği ve gereksinim oranında sağlık hizmetinin sunulabilirdiği yapıda sorunlar azalmasa da, nitelik değiştirecek ve yeni etik sorunlarla karşılaşacağız!

KAYNAKLAR

1. Neyzi O. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel yay istanbul 1989.
2. Konishi Y, Fujii Y. "Posture of low-risk preterm Infants between 32 and 39 weeks postmenstrual age", 2nd World Congress Of Perinatal Medicine, Roma& Florence, 1993: 273.
3. Yu V. "Extreme Prematurity Clinical and Ethical Issues: The Australian Perspective" 2nd World Congress Of Perinatal Medicine, Roma&Florence, 1993: 22.