

Anestezi ve Yoğun Bakım ile İlgili Etik Konular

ETHICAL SUBJECTS RELATED TO ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE: REVIEW

Dr. Ünase BÜYÜKKOÇAK,^a Dr. Mehmet ÇAKIRCA^a

^aAnesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, KIRIKKALE

Özet

Tıptaki gelişmeler, resüsitasyon ve yoğun bakım üniteleri (YBÜ) gibi anesteziyi ilgilendiren alanlarda, ileri tıbbi desteklerin uygulanabilmesini sağlamıştır. Bu durum resüsitasyondaki başarı şansını arttırmakla birlikte yaşlı ve ciddi hastalığı olan hastaların çok azı resüsitasyon sonrası hayatta kalmaktadır ve yaşayanların prognozu kötüdür. Bu noktada 'Do Not Resuscitate (DNR)' gündeme gelmektedir. Resüsitasyon anlamlı olarak yaşamsal fonksiyonları geri çevirmeye etkisiz kabul edilir. Hekimler etkisiz olan bir tedaviyi, hastaların veya vekillerinin istemesine rağmen uygulamak zorunda değildir.

Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre ötenazi yasaktır ve DNR talimatını uygulayan bir hekim için cezai uygulamalar pasif ötenazi yapan bir hekim ile benzerdir.

Kardiyopulmoner arrest sonrası psikolojik değişikliklerden bitkisel hayat ve beyin ölümüne kadar değişik derecelerde beyin hasarı görülebilir. Beyin ölümü tanısı organ verilmesi için gereklidir. Tıbbi ölüm hali olarak ifade edilen beyin ölümünün deklare edilmesiyle organlar transplantasyon için korumaya alınmalıdır.

Tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi, daha önceleri ölümlerle sonuçlanabilecek durumlarda, yaşam süresini uzatmaktadır. Bu nedenle günümüzde terminal ve "irreversible" hastalığı olan hastalarda yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi kavramı, bu kararı kimin vereceği konusu net olmasa da, kabul edilebilir hale gelmiştir. Ancak ülkemizde yaşam desteğini kesmek veya vermemek gibi uygulamalarda etik yaklaşımlar net değildir. Bu yazıda anestezi ve YBÜ ile ilgili etik konuları medikal ve hukuksal boyutları ile tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Resüsitasyon, anestezi, yoğun bakım, etik konular

Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007, 5:19-30

Abstract

Developments in medicine have provided the use of advanced medical supports in the fields concerned with anaesthesia, like resuscitation and intensive care units (ICUs). Even though this state increases the success rate of resuscitation, a few of the patients who are old and with serious diseases, survive and have poor prognosis, after resuscitation. 'Do Not Resuscitate (DNR)' may be applied, at this situation. If resuscitation does not reverse vital function adequately, it has been accepted as futility. Physicians do not have to give any insufficient therapy, in spite of patient's or their attorney's wishes.

Euthanasia is forbidden in our laws and the physician applied DNR is punished as the similar degree as the physician applied passive euthanasia.

Different types of cerebral damages like psychological changes or vegetative state and brain death, may be seen after cardiopulmonary arrest. Brain death is necessary for organ transplantation. After diagnosis of brain death, the organs must be preserved.

The developments of therapy methods prolong the survey at the conditions used to be fatal in the past. Nowadays, withdrawal or withholding of life support becomes acceptable in patients with terminal or irreversible disease. Unfortunately ethical decisions in practice are not clear in our country. We aimed to discuss the ethical issues with medical and legal points, related to anaesthesia and ICUs, in this paper.

Key Words: Resuscitation, anaesthesia, intensive care, ethics

Tıbbi etiğin en önemli ilkesi "yarar sağlamak"tır. Buna paralel bir ilke "zarar vermemedir". Giderek yaygınlaşan bir diğer

ilke ise "otonomi"dir. Otonomi, hastanın kendi tıbbi bakımı konusunda daha fazla söz sahibi olma hakkıdır. Bununla ilişkili bir nokta "bilgilendirilmiş onay" kavramıdır. Acil durumlarda karar bilgilendirmenin önüne geçebilir. Diğer bir ilke, tıbbi kaynakların tıbbi gereksinime göre adil paylaşımı anlamına gelen "sosyal adalet"tir.

Giderek yaygınlaşan bir görüş, tedavi ile ilgili kararlara hastanın katılımını sağlamaktır. Hasta-

Geliş Tarihi/Received: 21.04.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 14.07.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ünase BÜYÜKKOÇAK
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, KIRIKKALE
unaseb@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007, 5

Tablo 1. Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998).**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM****Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı****Genel Olarak Bilgi İsteme**

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM**Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası****Hastanın Rızası ve İzin**

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272'nci ve 431'inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayatı organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

hekim ilişkisini tanımlayan 4 model belirlenmiştir.

Paternal (Paternalistik) model: Hekim gardiyan olarak karakterize edilir, hekim en iyisini bilir görüşünü benimser.

Bilgilendirici model: Hekim hastaya tıbbi konularda bilgi veren bir teknik uzman durumundadır. Kritik durumdaki hastada bu model uygulanmaz.

Yorumlamaya dayalı model: Hekim hastanın değerlerini anlayan ve bu değerlere uygun seçenekler için hastaya yardımcı olmakla sorumlu bir avukat olarak tanımlanır.

Tartışmaya dayalı model: 4 model içerisinde en enteraktif olanıdır ve hekimi bir öğretmen olarak niteler.¹

Hasta-hekim ilişkisi dinamiktir ve zaman içerisinde koşullara göre bu modellerde değişiklik yapılabilir. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde karar verme aşamasında hemşire, fizyoterapist ve diğer

sağlık çalışanlarının görüşleri de alınmalıdır. Gereklilik durumlarda aile üyeleri de karar verme aşamasına dahil edilebilir. Hekim, eğer hasta tarafından daha önce belirlenmemiş ise, aileden kendilerini temsil edecek bir kişinin seçilmesini isteme hakkına sahiptir. Hastanın yakını yoksa hekimin iki seçeneği vardır. Birincisi, mahkemeden hastanın otonomisini korumaya yönelik koruyucu kişilerin atanmasını istemektir. Alternatif olan ve daha sık kullanılan yöntem, özellikle acil kararlar verilecek ise, hekimin hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı uygulamasıdır. Eğer hekim karar verirken objektif olmadığını düşünürse kararlarını meslektaşları ile tartışmalı veya o hastanede varsa, etik komiteye sunmalıdır (Tablo 1).¹⁻³

**Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR)
(CPR: Cardiopulmonary Resuscitation)**

“İrreversible” bir patoloji olmaksızın herhangi bir nedenle durmuş olan solunum ve dolaşımın tekrar işler hale getirilmesidir. 1960 yılında

Kouwenhoven tarafından bugünkü anlamda tanımlanmıştır. KPR kurallarını tartışan ve standartlar koymaya yönelik ilk girişim 1974'te "American Medical Association'un raporudur. Resüsitasyon organizasyonu ile ilgili görüş ayrılıklarını ortadan kaldırmak için 1992 yılında "International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)" oluşturulmuştur, ILCOR içerisinde "The American Heart Association (AHA)", "The European Resuscitation Council (ERC)" temsilcileri bulunmaktadır. KPR belli dönemlerde revize edilmektedir.^{4,5}

Resüsitasyon Sonrası Prognoz

KPR'nin yararı arrest nedenine, hastanın özelliklerine, geçen zamana ve KPR tekniğine bağlıdır. Arrest olur olmaz tanınır ve tedaviye hemen başlanırsa, hasta yaşlı değilse, yandaş kronik hastalığı yoksa boğulma tuzlu suda olduysa (tatlı suya göre), olay hastanede özellikle de YBÜ'de geliştirse KPR'nin başarılı olma şansı daha yüksektir. Arrest sonrası hastada psikolojik değişikliklerden bitkisel hayata kadar değişik derecelerde beyin hasarı görülür.⁵

Yaşlı ve ciddi hastalığı olan hastaların çok azı resüsitasyon sonrası hayatta kalmaktadır ve yaşayanların prognozu kötüdür. Bu noktada "Do Not Resuscitate (DNR)" talimatları gündeme gelmektedir. KPR konusunda ikinci tartışılan nokta hasta otonomisidir. Günümüzde hekimlere KPR konusunda hasta veya yakınlarından bilgilendirilmiş onay alarak otonomi ilkesine uygun davranmaları öğütlenmektedir. Bunu kritik hastalık sürecinde gerçekleştirmek kolay değildir. Hastalar gerekli olduğunda resüsite edilmeme ihtimali ortaya konulduğunda kendilerini terk edilmiş hissedebilir.^{1-3,6}

Koma

Bilinçlilik (consciousness) kişinin uyanık, kendisi ve çevresinden haberdar olduğu durumdur. Koma ise bunun tam karşıtıdır. Bu iki ucunda da konfüzyon, letarji, stupor, somnolans gibi ara kademeler vardır. Komada hasta dış uyaranlarla uyandırılmaz. Hafif ve orta dereceli komada hasta ağırlı uyarıyı lokalize eder, yüz buruşturma gibi genel bir yanıt verir. Derin komada ise her türlü

uyarıya refleks düzeyde bir yanıt bile alınmaz. Sadece vejetatif fonksiyonlar korunmuştur.

Koma beyin sapını ilgilendirdiği oranda kötü sonuçlanacağından muayenede elde edilen bulgularla beyin sapı yapılarının ne oranda etkilendiği anlaşılmaya çalışılır.

Solunum; "Cheyne-Stokes" solunumu, santral nörojenik hiperventilasyon, apnöstik (cluster) solunum, ataksik solunum olabilir.^{7,8}

Pupil; komalı hastada normal büyüklükte, eşit ve ışık refleksi normal, iki yanlı ileri derecede dar (iğne başı), tek taraflı geniş ve ışığa cevabı azalmış, iki yanlı genişlemiş ve ışık yanıtı azalmış pupiller olabilir.

Göz küreleri; beyin sapı sağlam olduğunda gözler kendiliğinden sağa-sola hareket edebilir (spontan salınım hareketleri). Gözler orta hatta ve hareketsiz olduğunda iki olasılık vardır: Beyin sapı sağlamdır, fakat o sırada göz hareketi yoktur veya beyin sapı işlevleri bozulmuştur. İkisi arasında ayırım okülofalk ve okülovestibüler reflekslere bakılarak yapılır. Bu refleksler alınmıyorsa ağır bir beyin sapı bozukluğu var demektir. Hastada gözler sağa veya sola sapsmış olabilir. Bazen buna başın da aynı yöne çevrilmesi eşlik edebilir.

Bazı Özel Tablolar

Akinetik mütizm (coma vigile, uyanık koma): Hasta hareketsiz yatar. Uyanık görünümündedir. Fakat kendisiyle hiçbir şekilde iletişim kurulamaz.

Kilitlenme sendromu (locked in syndrome, defferented state): Genellikle "basis pontis" lezyonlarında görülür. Hasta uyanıktır, duyuşsal uyanları da algılar. Fakat kortiko-spinal ve kortikobulber yollar kesilmiş olduğu için ekstremitelerini oynatamaz.

Koma sonrası iyi serebral güçlülük, orta derecede güçlülük, ağır kalıcı güçsüzlük, kalıcı bitkisel durum veya beyin ölümü gelişebilir.^{7,8}

Bitkisel Yaşam (Persistent Vegetative State, Kalıcı Bitkisel Durum)

Kortikal aktivite kaybı nedeni ile bilinç kapalıdır, hasta çevresinden habersizdir. Spontan nefes

alabilir, çoğunlukla solunum desteği gerekmez, beslenme desteğine gerek duyar. Bazı refleks aktiviteler korunabilir, göz hareketleri, yutma refleksi, yüz ekşitme ve ışığa pupiller yanıt olabilir. Yeterli bakım sağlandığında 2-4 hafta kadar sonra uykuyanklık ritmi normale dönebilir. Bitkisel hayattan geri dönüşler görülmüştür. Medikal girişimlerin yaşamın sürdürülmesinin ötesinde faydası yoktur. Hasta bakımı sağlandığı sürece çevresinden habersiz bir halde yıllarca yaşayabilir. Beyin ölümünde ise beyin yapısı, bilinç ve nefes alma fonksiyonu “irreversible” bozulmuştur. İkisinin ortak yönü kalıcı koma olmalarıdır.^{2,3,8,9}

Abulia: Doğru cevap veren, ancak hareketlerin yavaş ve hipokinetik olma halidir. Periaquaduktal ve alt diensefalik bölge lezyonlarında görülür.

Organik Beyin Sendromu: Organik Mental Sendrom “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)”

I. Deliryum (akut), Demans (kronik), amnestik ve bilişsel bozukluklar,

II. Genel tıbbi durumların neden olduğu mental bozukluklar,

III. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar.¹⁰

Ölüm

Resüsitasyon girişimleri %70-95 olguda başarısızdır ve ölüm kaçınılmazdır.

Yasalarda tanımlanan ölüm, solunum ve dolaşımın durmasıdır (kardiyo-respiratuvar ölüm). Yasal ölüm (vücut ölümü) her zaman biyolojik ölüm ile örtüşmez. Dolaşım ve solunumun yalnızca dışarıdan destekle sürdürülebildiği durumlarda kişi yasal olarak ölüdür. Dolaşım ve solunum sistemlerinin yapay destek almaksızın çalışmaması ve santral sinir sistemi fonksiyonlarının durmasına somatik ölüm denilmektedir. İnsan vücudunda bu üç sistemin fonksiyonlarının durmasından sonra sistemler arası koordinasyon giderek bozulmakta ve hücre ölüm gelişmektedir.³

Kişilerin yaşamsal fonksiyonlarının bozulması ile ölümü arasındaki sürede verdiği yaşam savaşı agoni olarak tanımlanmaktadır. Uzun süren agoni dönemi hukuki yönden bazı sorunları gündeme

getirmektedir. Kişiler bu dönemde kendileri ya da çevrelerindeki insanların önerileri ile bazı hukuki anlaşmalar yapmak isteyebilirler. Bu anlaşmaların geçerli olabilmesi için hastanın bilinç durumunun hekim tarafından değerlendirilip söz konusu edilen hukuki anlaşmaları kendi serbest iradesi ile yapabilecek durumda olup olmadığının saptanması gerekir.

Korteks ölümü; izoelektrik elektroensefalografi (EEG) ve çevreye cevapsızlıkla karakterizedir. Orta beyin ölümünde; ışık refleksi kaybı vardır. Pons ölümünde; okülovestibüler ve korneal refleks kaybolmuştur. Medulla spinalis ölümü; apne ile karakterizedir.

Beyin Ölümü (Brain Death)

Beyin ölümü beyin sapı da dahil olmak üzere tüm beyin fonksiyonlarının “irreversible” kaybı, fizyopatolojik olarak intrakraniyal dolaşımın durmasıdır.^{11,12}

Beyin ölümü ile ilgili ilk ortaya konulan ölçütler 1967’de Harvard’da belirlenen ölçütlerdir. Bazı ülkelerde beyin ölümü tanısı konulması aşamasında hiçbir test kullanılmazken, bazılarında sadece testlerin pozitifliği, bazılarında ise hem klinik uyumluluk hem de testlerin pozitifliği gerekmektedir.^{1,2,3,11} Beyin ölümü tanısının öykü, fizik muayene ve apne testi ile klinik olarak konulması oldukça doğru sonuçlar vermektedir. Flowers ve ark.nın çalışmasında doğruluk yüzdesi %100 olarak belirtilmiştir.¹³

Hastada beyin ölümü kararı verildiğinde, hasta yakınları bu işlem için daha önceden hazırlanmış, hastanın ölmüş olabileceğini kabullenmiş ve yaşam desteğinin kesilmesini kabul etmişse ve hasta organ nakli verici aday değilse mekanik ventilatöre tekrar bağlanması gerekli değildir. Alternatif olarak hastanın solunum çabası varsa, apne testi sonucuna rağmen yaşam desteği kesilmesi konusu netleştirilmemişse hasta ventilatöre tekrar bağlanmalıdır. Hastanın organ veya organlarının transplantasyon için kullanılmasına hasta yakınının izin vermesi, yaşam desteğinin kesilmesine izin vermesidir (Tablo 2).^{1,2} Beyin ölümünün en sık nedenleri erişkinde; travmatik beyin hasarı, subaraknoid hemoraji, çocuklarda; travma ve fiziksel hasardır.¹²

Tablo 2. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği**Ek-1****Beyin Ölümü Kriterleri**

Tanım: Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.

İrreversibl komanın temel bulguları:

- I. Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması
 - a. Primer hipotermi
 - b. Hipovolemik ya da hipotansif şok
 - c. Geriye dönüşüm sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotik ilaçlar) ile metabolik ve endokrin bozukluklar
- II. Bilincin tam kaybı
- III. Spontan hareketin bulunmaması. Aşağıda bulunan durumlar beyin ölümü tanısını ekarte ettirmez.
 - a. Derin tendon reflekslerinin alınması
 - b. Yüzeysel reflekslerin alınması
 - c. Babinski refleksi alınması
 - d. Solunum benzeri hareketler alınması, (omuz elevasyonu ve addüksiyonu, önemli tidal volüm değişikliği olmaksızın interkostal genişleme)
 - e. Patolojik fleksiyon ve ektansiyon cevabı dışındaki spontan ekstremite hareketleri
- IV. Ağrılı uyaranlara serebral-motor cevap alınmaması
- V. Spontan solunum bulunmaması
- VI. Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması
 - a. Beyin ölümünde pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilatedir (4-9 mm).
 - b. Kornea refleksi yokluğu
 - c. Vestibülo-oküler refleks yokluğu
 - d. Okülosefalik refleks yokluğu
 - e. Faringeal ve trakeal reflekslerin yokluğu
- VII. Apne testi

Beyin ölümü tanısı konan hastalarda

* Daha önce tanısı konulmuş bir nedenle hasta irreversibl koma tablosuna girmişse en az 12 saat, etiyojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir.

* Klinik beyin ölümü tanısı almış hastalarda, hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü teyit edilmelidir.

* Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra hastaya uygulanan tıbbi destekler kesilebilir.

* Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra yaşam desteğinin kesildiği durumlar:

- 1- Hastanın organ veya organlarının transplantasyonu için kullanılmasına hasta yakınının izin vermesi,
- 2- Hasta yakınlarının yaşam desteğinin kesilmesine izin vermesidir.

Beyin Ölümünün Tanısı İçin Ön Koşullar

Beyin sapı reflekslerinin kaybına yalnızca beyin ölümü neden olmaz. Örneğin beyin sapı ansefaliti de beyin sapı reflekslerinin kaybına yol açabilir, ancak bu hastalar destekleyici tedavi periyodu sonunda düzelebilirler.¹¹

Beyin hasarına yol açan nedenin belirlenmesi: Hastanın öyküsü ve klinik muayenenin yanı sıra bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemlerinin önemli yeri vardır. Nadiren iskemik anoksiye bağlı durumlarda BT anormalliği olmayabilir ve bu hastalarda beyin ölümü teşhisi beyin kan akımının veya beyin sapı

nöron fonksiyonlarının olmadığı saptanabiliyorsa yapılmalıdır.

Komanın “irreversible” olduğunun gösterilmesi: Beyin sapı reflekslerinin değerlendirilmesinden önce tersine çevrilebilir nedenlerin olmadığı gösterilmelidir. Santral vücut ısısının 32°C'nin altında olması beyin sapı reflekslerini azaltabilir. Rektal vücut ısısı 27°C'nin altında olan hastalarda ise beyin sapı reflekslerinin olmadığı bilinmektedir.¹¹

Beyin ölümünün klinik değerlendirmesini güçleştiren durumlar: Ağır yüz travmaları, pupil anormalliklerinin önceden varlığı, pupil boyutuna ve ışık reaksiyonuna etki eden ilaçların uygulan-

ması, uyku apnesi ve kronik CO₂ retansiyonuna yol açan akciğer hastalıkları, hipotansiyon ve düşük kardiyak output'dur.

Beyin Ölümünün Klinik Tanısı

Koma ve yanıtızlık: Beyin ölümü teşhisi için ilk ölçüt spontan ya da uyarıyla herhangi bir yanıt olmamasıyla karakterize serebral yanıtızlık durumudur. (Glasgow Koma Skoru= 3).¹⁴ Deserebre, dekortike postürü veya beyin sapı aktivitesini gösteren diğer hareketleri olan hastalara ise beyin ölümü teşhisi konulamaz. Buna karşın uyarı ile ayağın çekilmesi gibi spinal kord reflekslerinin görülmesi beyin ölümü tanısından uzaklaştırır.^{11,12}

Beyin ölümü teşhisi için beyin sapı fonksiyonları; pupiller, göz hareketleri, fasyal duyu ve motor yanıtlar, faringotrakeal refleksler ve solunum ile değerlendirilir.

Pupiller; beyin ölümünde parlak ışığa yanıtız, fiks ve dilatedir (4-9 mm). Pupil 3 mm ve daha küçük olduğunda değerlendirilmesi güçtür ve ilaç zehirlenmesini akla getirmelidir.

Göz hareketlerinin değerlendirilmesi; bu testlere pozitif yanıt alındığında beyin sapının etkilendiği, yanıt alınmadığında ağır beyin sapı hasarı olduğu sonucuna varılır.

Okülofalk refleks (Bebek gözü hareketi, Doll's head eye movement): Servikal vertebrada kırık ya da instabilite yoksa yapılabilir. Başın hızlı bir şekilde orta hattan her iki yana 90° çevrilmesi (horizontal) ve çenenin aniden aşağı yukarı hareket ettirilmesi (vertikal) ile uygulanır. Bilinçli kişilerde gözler yavaşça başı takip eder. Bilinci kapalı ise göz hareketleri vestibüler organdan kaynaklanan ve beyin sapı tarafından kontrol edilen bir refleksle düzenlenmektedir. Başın aksi yönünde hareket ediyorsa (Doll's eye) beyin sapı sağlamdır. Ancak beyin ölümünde gözlerin horizontal ve vertikal hareketleri yoktur, gözler baş ile birlikte aynı yöne hareket eder ve orbita içinde göz hareketi olmaz.

Okülovestibüler refleks: Hastanın başı 30° yükseldikten sonra her bir kulak zarının sağlamlığı ve dış kulak yolunun herhangi bir materyalle tıkanmış olup olmadığı kontrol edilmelidir. Nor-

malde gözler yıkanan tarafa doğru bakar, beyin ölümünde ise bu hareket gözlenmez.^{8,11}

Fasyal duyu ve motor yanıtların muayenesi; pamukla korneaya dokunulduğunda göz kırpma hareketi (kornea refleksi), çeneye parmakla vurma sonucu çiğneme şeklinde yanıt (jaw refleksi), tırnak yatağına, supraorbital veya temporomandibuler ekleme derin bası uygulandığında yüzde buruşma, ekşime (grimacing) olmadığı tespit edilir.^{11,12}

Posterior farenks; dil basacağıyla uyarıldığında öğürme, trakeal aspirasyon yapıldığında öksürme yanıtı alınmaz.

Apne testi; en önemli beyin sapı refleksi solunumun kontrolüdür. Beyin sapı fonksiyonunun kaybı; solunum ve vazomotor kontrolün kaybı ile apneye neden olur. Apne testinin uygulanabilmesi için vücut ısısı 36,5°C'nin, sistolik kan basıncı 90 mmHg'nin üzerinde olmalı ve hipovolemi olmamalıdır. PaCO₂ ve PaO₂ değerleri normal olmalıdır. Hasta 10-30 dk. süreyle %100 O₂ ile ventile edilerek PaO₂ 200 mmHg'nin üzerine çıkarılır. Sonra ventilatörden ayırıp kanül ile trakeaya 6 lt/dk %100 O₂ verilir (apneik oksijenasyon). Apneik oksijenasyon ile PaCO₂'nin dk.da 1-3 mmHg yükseldiği ve genellikle 8 dk. sonunda PaCO₂ 60 mmHg'ya çıktığı bildirilmiştir. Bu nedenle yaklaşık 8 dk. sonra kan gazı bakılır. Eğer PaCO₂ 60 mmHg veya üzerinde ise ve solunum hareketleri yoksa apne testi pozitifdir. Test sırasında yeterli tidal volüm sağlamayan spinal refleks hareketleri ile spontan solunum hareketlerinin iyi ayırdedilmesi gereklidir.^{8,11,12}

Apne testi sırasında sistolik kan basıncı 90 mmHg'nin veya O₂ saturasyonu %90'ın altına düşerse, kardiyak aritmi gözlenirse kan gazı alınır. Eğer PaCO₂ 60 mmHg veya üzerinde ise apne testi yine pozitifdir. Kronik hiperkapnili hastalarda apne testi için hedef CO₂ düzeyi daha yüksek olabilir ve bu hastalarda beyin ölümü tanısı için ek destekleyici testlerin uygulanması gerekebilir.^{11,12}

Apne testine ek olarak bazı kliniklerde atropin testi uygulanmaktadır. 2 mg atropin intravenöz olarak verildikten sonra 1 dk. içinde kalp ritminde artış olmuyorsa test pozitifdir ve beyin ölümü tanı-

sını destekler. Atropin sonrası kalp hızının artışı meduller aktivite varlığını gösterir. Otonomik nöropatide bu geçerli değildir.

Hasta ile ilk karşılaşma acil serviste olursa beyin ölümü teşhisine girişmeden önce resüsite edilmesi, beyin ölümüne yönelik klinik değerlendirme sonra yapılmalıdır. Klinik değerlendirmenin belli bir süre ara ile 2 kez yapılması gerekir. Bu süre ABD’de genellikle 6 saat olarak önerilmekteyse de kliniklerin görüşleri doğrultusunda 2 saat ile 24 saat arasında değişebilmektedir. Avustralya ve İngiltere’de bu süreye ilişkin rutin bir uygulama bulunmazken, Fransa’da iki klinik değerlendirme arasında 24 saat geçmesi zorunludur.^{11,12}

Türkiye’de 29.5.1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Nakli hakkındaki kanunun III. Bölüm 11. maddesi gereğince “Tıbbi Ölüm Hali” olarak ifade edilen beyin ölümü, biri Nöroşirurji biri de Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır. Ancak bu maddede beyin ölümünün tanımı yapılmadığından 20 Ağustos 1993 gün ve 21674 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Organ Nakil Merkezleri Yönetmeliğine Ek-1 ilave edilmiş ve beyin ölümü kriterleri maddeler halinde sıralanmıştır. 1 Haziran 2000 Tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği hakkındaki son düzenleme 07.03.2005 tarih ve 25748 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. (Tablo 2). Bu yönetmelikle organ ve doku nakilleri konusunda ulusal stratejiler belirlemek amacıyla kurulan Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Kurulunun görevleri tanımlanmıştır. Beyin ölümü tanısı organ verilmesi için gereklidir. Ölümün deklare edilmesiyle organlar transplantasyon için korunması alınır.^{3,11}

Beyin Ölümü Tanısını Doğrulayan Testler

Serebral radyonükleid anjiyografi

EEG

Transaksiyal doppler ultrasonografi

Serebral radyonükleid sintigrafi

Beyin sapı uyarılmış potansiyelleri

BT, MR, “Positron Emission Tomography (PET)”

7 gün-2 ay: 48 saat arayla iki muayene ve EEG yapılmalıdır. Radyonükleid beyin akımı incelenmesi yapılmalıdır.

2 ay-1 yaş: 24 saat arayla 2 muayene ve EEG yapılmalıdır.

1 yaş üzerinde: Erişkin gibi davranılır. 12-24 saat ara ile 2 muayene yapılır. En az 12 saat izlenir. Hipoksik iskemik komadaysa daha uzun süre izlenir.^{11,12}

DNR (Do Not Resuscitate, Resüsite Edilmesin)/DNAR

(Do Not Attempt Resuscitation)/No CPR

DNR 1976 yılında resüsitasyonun tanımlanmasından sonra tanımlanmış ve pratiğe 1990’larda girmiştir. ABD’de ilk DNR talimatları 1970’lerde yazılmaya başlanmış ve sonrasında ABD, Kanada ve İngiltere’de yeni kılavuzlar geliştirilmiştir. KPR’nin yapılmaması dışında diğer tedavilere (ağrı giderme, sedasyon, ventilasyon, nütrisyon, antibiyotik, sıvı vs.) endike oldukça devam edilir.^{2,3,15,16}

Resüsitasyon girişiminde hekim kararı gerekmezken resüsite edilmeyecek kararının alınması sürecinde mutlaka hekim (senior doctor) katılımı gerekmektedir ve genellikle bir kurul katılımı biçimindedir. DNR terminal dönemdeki geriye dönüşsüz hastalarda, uzamış kardiyak arrestlerde, KPR’nin endike olmadığı durumlarda uygulanır. Çeşitli alt grupları vardır:

DNR; monitörize ve monitörize olmayan hastalara uygulanır. Resüsitasyon işlemlerinin hiçbiri başlatılmaz.

Do Not Institute CPR, yalnız monitörize hastalara uygulanır. KPR ekibi çağrılmaz. Mekanik ventilasyon, entübasyon, kalp masajı başlatılmaz.

Other Treatment Limitations; hayatı tehdit eden koşulların tedavisinin (kardiyoversiyon, medikasyon, hastanın yoğun bakıma alınması gibi) sınırlandırılmasıdır.

DNR Konusunda Tartışılan Noktalar

Murphy ve ark. 70 yaş ve üzerinde kardiyak arrest gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada 503 hastanın ancak 19 (%3.8)'unun hastaneden ayrılabilmediğini bildirmişlerdir. Bu görüşe paralel olarak, yapılan çalışmada DNR talimatı verilen hastalarda yaş faktörünün göz önüne alınmaya başladığı görülmüştür.¹⁷ Diğer nokta altta yatan hastalıktır. Landry ve ark. iki yıl süresince YBÜ'de, altta ciddi kronik hastalığı olan ve bunun üzerine akut olay gelişmesi sonucu arrest olan 114 hastayı geriye dönük olarak incelemişlerdir. Hastaların %44'ü ilk kez resüsite edilmesine rağmen sadece 6 (%5)'sı düzelterek hastaneden ayrılabilmiştir.¹

Resüsite edilmesinin kararının verilmesi için en uygun zaman konusunda ABD'de tartışma vardır. Tartışma, hastaneye başvuruda mı yoksa kardiyak arrest riski artınca mı başlaması konusundadır. Hollanda'da kardiyak arrest riski artınca başlama eğilimi vardır. Bir çalışmada resüsite etmeme konusunda yapılan tartışmada %56 hastada bilincin kapalı olması nedeniyle, tartışma için geç kalındığı görülmüştür.^{3,15}

Cerrahi Hastalarda DNR

Resüsitasyona tam girişim: Operasyon ve acil postoperatif dönem boyunca hasta veya yasal temsilcisi DNR durumunun askıya alınmasını isteyebilir.

Özel prosedürlere dayalı sınırlı resüsitasyon: Hasta veya yasal temsilcisi özellikli resüsitasyon prosedürlerini geri çevirme seçimi yapabilir (göğüs masajı, defibrilasyon). Anestezist hasta veya temsilcisini anestezik ajan ve önerilen yaklaşımın başarısı konusunda bilgilendirmelidir (intravenöz sıvı, endotrakeal entübasyon).

Hastanın değerleri ve amaçlarına dayalı sınırlı resüsitasyon: Hasta veya yasal temsilcisi anestezist ve cerrahi ekibin hastanın durumu, değerleri ve amaçları bağlamında ve uygulayacağı resüsitasyon prosedürüne güvenmeyi seçebilir.¹⁸

Ameliyathanede DNR

DNR talimatı yazılan hastalarda (örnek olarak terminal kanseri olanlar ve palyatif cerrahi geçiren

hastalar) ameliyat sırasında arrest gelişirse DNR'ın uygulanıp uygulanmaması kararı kritiktir. Terminal dönem hastalığı olan hastaların ameliyat sırasında ölmesi istenmez çünkü bu durumda ameliyat suçlanabilir. Bu yüzden ameliyat sırasında DNR uygulanmaması gerektiğini savunanlar vardır. Karşı görüşte olanlar bu politikanın hasta haklarını önemsemek anlamına geldiğini ve bu uygulama yerine hastanın durumunun tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini düşünmektedirler.³

DNR Talimatının Etik Değerlendirmesi

KPR kardiyak ve solunum fonksiyonların durduğu hemen her kişide uygulanmaktadır ve amaç klinik ölümün önlenmesidir.¹⁶

DNR uygulama zamanını belirlemede 3 faktör belirlenmiştir. Bunlar; hasta tercihi, kötü prognoz (2 aylık survi %50'den azsa) ve 75 yaş üzeridir (prognoza bakılmaksızın).³

Hastanın tercihlerinin KPR uygulanmasını reddetmede temel olarak alınması: Yeterli ve bilgilendirilmiş hastalar hem ahlaki hem de hukuksal olarak tıbbi girişimlere, KPR dahil izin verme veya reddetme hakkına sahiptir. Tıbbi tedaviyi reddetme hakkı hastanın son dönemde olması veya olmamasına, aile bireylerinin aynı fikirde olmasına veya hekimin onaylamasına bağlı değildir. Bununla birlikte hasta kendisinin kardiyak arrest durumunda KPR'nin alınmasını daha önceden detaylı bir biçimde bildirmelidir. Bu şekilde yapılmış bir reddetme DNR talimatının hazırlanmasında temel oluşturabilir.¹⁶

Hasta yakınları veya vekil olan diğer kişilerin resüsitasyonu reddetme kararının verilmesinde temel olarak alınması: Eğer hasta resüsitasyon yapılmaması kararını verme yetisine sahip değilse bu karar vekil olarak belirlenen kişi veya kişiler tarafından verilir. Bu kişilerin seçimi hastanın önceden yapmış olduğu tercihlere göre belirlenir.¹¹ Bazı durumlarda hasta henüz yetilerini kaybetmemişken bir hukukçu huzurunda vekili olan kişi veya kişileri seçer. Eğer vekil seçilmemişse kanunlar (ABD'de) vekil tayin eder. Karar verme yetilerini kaybetmiş ve herhangi bir akrabası veya yakın arkadaşı olmayan hastanın yerine kimin karar vereceği önemli bir etik sorundur. Bu tip olgularda

tavsiye edilen, hastanın hekiminin hastane etik komitesine bu olguları danışmasıdır.

Hekimin hasta hakkında vardığı yargıya dayanarak resüsitasyonun hastalara uygulanmamasının temel alınması: Hekimin hastasına KPR uygulamanın faydasız olduğuna karar vermesi DNR talimatının hazırlanmasında temel teşkil eder.¹⁶

Etkisizlik (Futility)

Hekimler etkisiz olan bir tedaviyi, hastaların veya vekillerinin istemesine rağmen uygulamak zorunda değildir.¹⁶ Resüsitasyon anlamlı olarak yaşamsal fonksiyonları geri çeviremezse etkisiz kabul edilir.

Önceleri başarılı KPR uygulamalarının kriterleri arasında hastanın resüsitasyon sonrası ne kadar yaşadığı yer almaktaydı. Etkisizlik kavramının bu kriterlere göre yorumlanması hastanın özerkliği prensibine aykırı olmakla birlikte, hastanın tedavi seçenekleri arasından kendi değerleri ve beklentilerine göre kararı kendisinin vermesi gereklidir.¹⁶

DNR talimatları sadece kardiyopulmoner arrest durumlarında hayata döndürücü uygulamaları sınırlandırmayı öngörmekte olup hasta için uygun olan diğer tıbbi girişimleri etkilememektedir. Tedaviyi uygulamamak veya resüsitasyon yapmama kararı hastanın gereksinimlerini de karşılamak anlamına gelmez. Bazı serilerde %50'den fazla hastanın DNR order edildikten sonra yaşamına devam ettiği ve bu hastaların bakımına kalınan yerden devam edildiği belirtilmektedir.³

Yaşam Desteğini Kesmek veya Vermemek

14 yıl arayla gelişen 2 olgu hastanın yaşamı için gerekli tedaviyi reddetme hakkı düşüncesinin yerleşmesine yardımcı olmuştur. 1976'da Quinlan'ın ventilatörden ayrılma davası olmuştur. Bitkisel hayatta olduğu düşünülen Quinlan ventilatörden ayrılmış ve sonrasında nazogastrik beslenmeyle 10 yıl yaşamıştır. 1990 yılında Cruzan adlı hasta trafik kazası sonrası bilinci kapalı hastaneye getirilmiştir. Birkaç yıl önce bir arkadaşına eksik kapasiteyle yaşamak istemediğini söylemiştir. Hastanın önceden bilinçli olarak yaşamına son vermeyle ilgili söylediği tanıma subjektif standart

denir. Zor olan bu bilgiyi kimin vereceğidir. Missouri Eyaleti Yüksek Mahkemesi (ABD) bu bilgilerin standart kanıt olmayacağına ve tedavinin devamına karar vermiştir.²

Tıpta uygulanan tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi daha önceleri ölümle sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmaktadır. Bu nedenle günümüzde terminal ve "irreversible" hastalığı olan hastalarda yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi kavramı kabul edilebilir hale gelmiştir. Hastaya verilmekte olan yaşamı destekleyici tedavinin kesilmesi "withdrawal of life support", destek tedavisine başlanmaması ise "withholding of life support" olarak tanımlanmaktadır.^{1,2,19}

Bu konuda tartışılması gereken nokta tedavinin kesilmesi veya hiç başlatılmaması arasında etik açıdan fark olup olmadığıdır. Modern etikte böyle bir farkın olmadığı kabul edilmektedir. Uygulamada tedavinin kesilmesi tedaviye hiç başlanmamasına göre sıklıkla daha zordur. Bu sonuç 504 YBÜ hekiminin yanıtladığı bir ankette ortaya konulmuştur. Bu çalışmada katılımcıların %93'ü bazı durumlarda yaşam desteğini vermediğini söylerken, sadece %77'si bazı durumlarda tedavi desteğini kestiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Melltorp ve Nilstun İsveç'te hekimlerin %50'sinin yaşam desteğini kesmek ile yaşam desteği vermemek arasında fark olduğunu düşündüğünü göstermişlerdir.^{1,3}

"The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee" tarafından yapılan 600 kişinin katıldığı ankette yoğun bakım çalışanlarının %43'ü tedaviyi başlatmamanın kesmekten daha kolay olduğunu, %26'sı ise tam tersini belirtmiştir. Bu çalışmada hemşirelere karşı hekimlerin, özel çalışan hekimlere karşı akademisyenlerin, daha fazla tedavinin kesilmesi veya verilmemesi taraftarı olduğu görülmüştür. Din, cinsiyet, medeni durum da bu kararı etkileyen durumlardır.^{1,15}

Fransa'da yapılan bir çalışmaya göre tedaviyi kesmek veya hiç vermemek kararı YBÜ'ne yattıktan 2 gün sonra %40.5 oranında verilmiş, 10 gün içinde ise bu oran %78.5 olmuştur. Tedavinin kesilmesi kararı verilenlerde organ yetmezliği daha fazla, tedaviye hiç başlamama kararı verildiğinde

ise respiratuar sistem kaybı daha fazla görülmektedir. Withholding terapide (withdrawal olmadan) %56 mortalite görülürken withdrawal kararı verildiğinde (withhold olmadan) mortalite %90'ın üzerinde bulunmuştur.¹⁹

Avrupa'da aileler ABD'dekilere göre yaşam desteği konusundaki karara daha az katılmaktadır. Asch ve ark.nın 879 YBÜ hekimi üzerinde yaptıkları çalışmada, ABD'de hasta yakınlarının desteğinin kesilmesini istemelerine rağmen hekimlerin 1/3'ünün devam ettirdiği, %80'den fazlasının tek taraflı olarak eğer hasta ölümcül durumda ise desteği azalttığı ortaya çıkmıştır.^{1,2,3,19}

Tedavinin kesilmesi kararını kim vermeli sorusu hakkında toplumun, hekimlerin, hemşirelerin görüşünü araştıran bir araştırma Sjökvist ve ark. tarafından İsveç'te yapılmıştır. Bu çalışmada hekimlerin %61'inin hukuki açıdan onay veremeyecek durumdaki hastalarda mekanik ventilatör desteği konusunda kendilerinin son kararı verdiği belirtilirken, hukuki açıdan ehil olan hastalarda bu oranın %27'ye düştüğü ve %41'inin hasta ve hekimin birlikte karar vermesi gerektiğini savunduğu görülmüştür (Tablo 3).¹

Ötenazi

Ötenazi literatürde iyi ölüm demektir. Uzun bir süre öldürme lütfü olarak kullanılmıştır. "Bir hastayı mekanik ventilatörden ayırmak ile mekanik ventilatörde iken sedatif dozunu arttırmak arasında etik açıdan fark var mıdır?" sorusunda olduğu gibi yaşam desteğinin kesilmesi ve ötenazi arasında fark olup olmadığı konusu halen tartışmalıdır. Çünkü her iki durumda da hasta açısından son nokta benzerdir. Ötenaziye karşı olan görüşlerin yanı sıra, yaşam desteğini kesmenin hasta açısından bakıldığında ötenaziye kıyasla daha acı verici olduğunu ve daha az etik olduğunu savunan gruplar da vardır.^{9,20}

Ötenazide hekim aktif veya pasif olarak hastanın ölüm kararına uymaktadır. Hastanın bilinci açıktır. Hasta ölümü istemektedir ve hekim bu sürece katılmaktadır. DNR'de ise hastalık sürecinin sonunu ve kardiyak fonksiyonları geri dönüşsüz bozduğu noktaya ulaştığında resüsitasyon

Tablo 3. Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998).

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

endikasyonunun olmadığı kararını tanımlamaktadır.^{2,3}

Ötenazi bahsi içinde aktif ötenazi; hayatı kısaltacak veya hayata son verecek maddelerin hastanın acı ve ızdıraplarını tümünden gidermek üzere, bilerek kullanmasıdır. Pasif ötenazi ise; insan yaşamının devam edebilmesi için zorunlu bir kısım tedavinin durdurulması, geri çekilmesidir. Kişi aktif olarak öldürülmeyip, adeta ölüme terk edilmektedir. Bu hastanın özerkliği ile meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Ötenazi; primer olarak hayatı sonlandırma niyeti ile davranmaktır. Üç tipte olabilir:

Volenter ötenazi: Kişinin maksatlı olarak öldürülmesidir. Burada kişi öldürülmeyi istemektedir.

Hekim yardımcı ötenazi (Physician assisted death): İstemli ötenazi ve hekim yardımcı intiharın birlikte alındığı bir kavramdır. Avustralya kuzeyi ve Hollanda'da izin verilmektedir.

Nonvolenter ötenazi: Hasta dışındaki herkesin onayıyla öldürmedir.

Opioidlerin ağrıyı kesmek ve hayatın sonunda verilmesi öldürme değildir (çift etki doktrini).^{2,9,20,21}

DNR'nin tam karşılığı Türk Hukukunda yer almasa da ötenazi bahsinde geçen ve özellikle pasif ötenazi konusunda hastanın tedaviyi reddetme, yaşam sürdürücü tedaviyi kabul etmeme hakkı olarak kullanılan tanımlamalar DNR uygulaması-

Tablo 4. Hasta Hakları Yönetmeliği
(Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998)

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 13- Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.

nın bu kapsama gireceği ve muhtemel cezai uygulamalarında bu doğrultuda olacağı düşüncesinde birleşmektedir. Aktif ötenazi hallerinde failin Ceza Kanununun kasten adam öldürmeye ilişkin maddelerine göre cezalandırılması gerekir. Yukarıda da bahsedildiği gibi DNR talimatını uygulayan bir hekim pasif ötenazi yapan bir hekim ile aynı gruba girecektir ve hukuki sorumlulukları da benzer olacaktır (Tablo 4).^{16,20}

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin %50'si ötenazi konusunda yasal düzenlemeye gidilmesini isterken, %39'unun buna karşı olduğu, %11'inin bu soruyu yanıtsız bıraktığı görülmüştür. Ankete katılan hekimlerin yalnızca %17'si ötenazi isteğiyle karşılaştıklarını belirtirken, %39'u ötenazinin ülkemizde yasak olsa da gizlice uygulandığına inandıklarını belirtmişlerdir.²⁰

Günümüzde Hollanda dışında hiçbir ülke aktif ötenaziye yasalaştırmamıştır. ABD'de pasif ötenaziye ılımlı yaklaşılırken hekim yardımlı intihar 23 eyaletin dışında cezalandırılmaktadır.²⁰

Resüsitasyon uygulayan hekimlerin karşılaştığı diğer problemler; KPR uygulanırken hasta yakınlarının bulunması, ölüm haberinin hasta yakınlarına bildirilmesi, yeni ölen kişide eğitim ve araştırmaya (tıp öğrencisinin entübasyon denemesi gibi) izin verilmesi konularıdır. Ölüm haberi hekim (senior doctor) veya resüsitasyon uygulayan ekibin lideri tarafından tecrübeli bir hemşire ile birlikte verilmelidir. Yeni ölen kişide eğitim amaçlı uygulama yapmak dini inanca göre ölüye saygıdan dolayı hoş karşılanmayabilir.

Sonuç olarak tıbbi gelişmeler ile anestezi uzmanları ameliyathane ve YBÜ'lerinde ileri tıbbi destekleri uygulayabilmektedirler. Ancak resüsitasyon sonrası yaşamsal fonksiyonların anlamlı olarak dönmediği veya prognozun kötü seyrettiği durumlarda etkisizlik (futility) söz konusudur. DNR ve ötenazi ile ilgili yasal düzenlemeler her ülkenin kendi koşullarına göre belirlenmelidir. Anestezi uzmanları, KPR sonrası prognoz, koma, bitkisel yaşam, beyin ölümlü gibi klinik durumlarda etik problem yaşamamak için medikal ve hukuksal anlamda yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Erkeköl FÖ, Numanoğlu N, Gürkan ÖU, Kaya A. Yoğun bakım ünitelerine ilişkin etik konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-16.
2. Waisel DB, Truog RD. The end-of-life sequence. *Anesthesiology* 1997;87:676-86.
3. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine: Indications for medical intervention. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p.13-45.
4. Cullen DJ. Cardiopulmonary resuscitation. In: Morgan GE Jr, Mikhail MS, Murray MJ, Larsson CP Jr, eds. *Clinical Anesthesiology*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p.912-5.
5. Kayhan Z. Klinik Anestezi: Kardiyak arrest ve kardiyopulmoner canlandırma. 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004. p.355-73.
6. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-33.
7. Adams RD, Victor N, RopperAH. Principles of Neurology: Coma and related disorders of consciousness. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1997. p.344-66.
8. Kayhan Z. Klinik Anestezi: Yoğun bakım-sorunlar ve tedavi. 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004. p.890-3.
9. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine: Quality of life. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p.107-51.
10. Köroğlu E. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000'den çeviren Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2001. p.7-32.
11. Ramazanoğlu A, Döşemeci L. Erişkin hastalarda beyin ölümü tanısı. *Anestezi Dergisi* 1997;1:1-7.
12. Oh TE. Brain Death. In: Bertsen AD, Soni N, Oh TE, eds. *Oh's Intensive Care Manuel*. 5th ed. London: Elsevier Limited; 2003. p.515-21.

13. Flowers WM Jr, Patel BR. Accuracy of clinical evaluation in the determination of brain death. *South Med J* 2000;93:203-6.
14. Arslan G, Pirat A. Beyin ölümü tanısı almış organ vericilerinde yoğun bakım izlemi. *Anestezi Dergisi* 2004;12:77-855.
15. Haverkate I, van Delden JJ, van Nijen AB, van der Wal G. Guidelines for the use of do-not-resuscitate orders in Dutch hospitals. *Crit Care Med* 2000;28:3039-43.
16. Baştürk E. Do Not Resuscitate talimatının temel ve etik ilkeler açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2003;11:12-21.
17. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *Ann Intern Med* 1989;111:199-205.
18. Truog RD, Waisel DB, Burns JP. DNR in the OR: A goal-directed approach. *Anesthesiology* 1999;90:289-95.
19. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey. *Lancet* 2001;357:9-14.
20. Karagöz YM, Özkara E, Atılğan M, Dalgıç M, Oğuz H. Antalya'da çalışan hekimlerin ötenaziye yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2004;1:31-5.
21. Oh TE. Ethics in intensive care. In: Bertsen AD, Soni N, Oh TE, eds. *Oh's Intensive Care Manual*. 5th ed. London: Elsevier Limited; 2003. p.49-52.