

# Yenidoğanda Karşılaşılan Etik Sorunlar

## ETHICAL DILEMMAS DURING NEWBORN PERIOD

Malik Ejder SATILMIŞ\*

\* Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD, İSTANBUL

### Özet

4 etik ilkenin problemleri yenidoğanlara uygulanması, bu bebekler için karar verme esnasında ve hatta verilen kararların doğruluğu hakkında bir çok tartışmanın ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Problemleri yenidoğanlara yaşam desteğinin başlanması, kesilmesi veya gerekli cerrahi tedavinin yapılıp yapılmaması kararının verilmesi için çoğunlukla bebek için en iyisi ilkesi kullanılmaktadır. Anensefali bebeklerde olduğu gibi, bu ilkenin işlevini yitirdiği nadir durumlarda ise mantıklı aile ilkesi kullanılmaktadır. Bu ilkelerin ortaya çıkmasında, bir çok problemleri bebek örneklerinden ve yargıya intikal eden meselelerden oluşan bir tarihsel süreç etken olmuştur.

Sonuçta biz, bebeğin yaşama hakkına saygıyı bu durumdaki en önemli etik ilke olarak görmekte ve ne sıkıntıya katlanırsa katlanınsın, bebeğe yapılması gereken her türlü müdahalenin yapılması gerektiğini savunmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Yenidoğan, Ötenazi

T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003, 11:30-40

### Summary

Application of 4 ethical principals to the newborns who are in poor conditions results in appearance of a lot of discussion during decision making and even after making the decision for testing whether these decisions are true or false.

Best interest principal is mostly used for making decision about stopping, starting the life support or about doing or not doing the necessary surgical treatment for newborn in a poor condition. In rare cases such as anencephalic babies, instead of this principal rational parent decision making is used. An historical period composed of numbers of distressing babies examples and arguments in courts results in appearance of these principals.

At the end we believe that respect for living right of newborn has primary importance and baby should take all of the necessary medical intervention which could be done despite every distress.

**Key Words:** Newborn, Euthanasia

T Klin J Med Ethics, Law and History 2003, 11:30-40

Yenidoğan, potansiyel olarak engelli (handicap) bebeklerin tedavisi hakkındaki etik tartışmalar günümüzde çok artmıştır. Farklı fikirlerin ileri sürüldüğü bu konuyla ilgili olarak çeşitli ülkelerde, aile ve hekimler hakkında birçok olay yargıya yansımıştır. Temel tartışma konularını, hayatı tehdit eden durumlar ve ciddi özürsüzlüklerde (disabilities) cerrahi işlemin yapılıp yapılmaması meselesi oluşturmuştur. Bu konuda Alison Davis'e göre iki ana fikir bulunmaktadır (1). Bunların ilki, hangi bebeğin tedavi edileceği kararının *hayat kalitesi* ilk planda düşünülerek verilmesi gerekeceği, ikincisi ise *yaşamın değerinin* herşeyden önce düşünülmesini ve bütün bebeklerin ileride geliştirecekleri özürsüzlükler (handicap) veya o andaki özür-

süzlükleri (disabilities) düşünülmesinin içinde bulunduğu tıbbi duruma göre tedavi edilmesi gerektiğini savunan düşüncedir (1). Bu çalışma, daha çok bu iki temel düşüncenin pratikte nasıl uygulandığını ve uygulamanın etik ilkelerle olan alakasını göstermek amacını gütmektedir.

### Kısa Tarihçe

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşireler, kritik durumdaki bir yenidoğana yaşam desteğinin başlanması, devam edilmesi veya durdurulması kararını sık sık vermek zorunda kalırlar. Yaşam desteğine başlanması kararı hemen verilmelidir ama desteğe devam edilmesi veya kesilmesi kararı için günlerce veya haf-

tararca süren inceleme ve tartışmaya ihtiyaç duyulabilir (2).

Çocukları hakkındaki bütün kararları öncelikle aileler ve özellikle baba verir. Baba çocuğunu hastaneye götürmezse çocuk sağlık hizmetlerinden yararlanamaz. Ailenin seçimi yirminci yüzyıldan önce fazla önemli değildi çünkü tıp, çocukluk hastalıklarını iyileştirmede çok yetersizdi. Sonraları tıptaki ilerlemeler çocukluk çağı hastalıklarının tedavisini büyük oranda mümkün kıldı. Bu sebeple, hekim, hasta ve aile arasında yeni bir ilişkinin kurulması sağlandı. Yine de uzun bir süre çocuk hakkında tıbbi karar vermede *ailevi karar verme modeli* hüküm sürdü. Bu modele bir örnek olarak 1960'ların sonuna doğru John Hopkins Hastanesinde gerçekleşen '*Baby Doe*' örneğini verebiliriz. Burada bebek *Down sendromu* ve buna eşlik eden *duodenal atrezi* olmasına rağmen cerrahi girişim yapılmamış böylece de kodein verilmek suretiyle açlıktan ölmeye bırakılmıştır. Bu kararı aile ve hekim birlikte vermişlerdir. 1983 te *Down sendromu* ve *intestinal atrezili* ikinci bir '*Baby Doe*', Bloomington,Indiana'da (ABD'de) açlıktan ölmeye bırakılmıştır. Bu olay büyük bir tartışmaya sebep olmuş ve hastanelerin engelli (handicap) bebeklerin tedavilerini kesmemelerine yönelik bir federal kuralın çıkmasına sebep olmuştur. Daha sonra çocuklar için ailevi karar verme modeli geçici olarak, aile, çocuk ve hekim arasındaki ilişki sonucu verilen kararın devlet idaresinin gözetimi altında kararlaştırılması modeli ile yer değiştirmiştir. Buna göre, yenidoğanlar için, kötü prognozlu olsa bile her türlü bakımın yapılmasını savunan bir dönem başlamıştır. Yenidoğan bakım araştırma komiteleri kurulmuş ve yenidoğan bakımının her şartta en üst düzeyde olmasına çalışılmıştır. Bu arada, bunun sosyal sonuçları da görülmüş ve toplumdaki engelli (handicap) kişiler, bunların bakımı ve en önemlisi onların hayat kaliteleri gözlemlenmiştir. Teknoloji ilerledikçe bebek için, hatta 23 haftalık bile olsa, *herşeyi yapma ilkesi* gitgide zayıflamıştır. Şu andaki yaklaşım, bütün ergin olmayanlar için '*best interest*' yani tıbbi karar vermede, aile ile pediatriistlerin birlikte bebek için en iyi olanı seçmeleri yaklaşımıdır (3).

## Tartışma Konuları

Bu çalışmada, yenidoğanda karşılaşılan en yaygın 3 etik sorun tartışılacaktır:

1. 26 haftadan önce doğan bebekler
2. ciddi nörolojik harabiyet edinen bebekler.
3. ciddi konjenital malformasyonla doğan bebekler.

Son olarak da 4 etik ilkenin(otonomi, yararlılık, zarar vermeme ve haklar) bu konular üzerine uygulanması tartışılacaktır.

Bu etik meselelerin tartışılması sırasında bazı önemli ilkeler gözönünde bulundurulacaktır;

1. en yeni bilgilere dayanan doğru teşhis ve prognozun belirlenmesi
2. 'siz kendinizin tedavi edilmesini isteyeceğiniz gibi başkalarını tedavi ediniz' ilkesinin bebeklere uygulanması zordur (2). Bebeğe sevgi, dokunma, güzellik, iletişim, güzel yiyecek ve içeceklerin tadını alması gibi hisleri yaşayabileceği aktif ve mutlu bir yaşamı vermek realistik bir yaklaşım mıdır? (2)
3. tedavi ilkelerinin kurallara ve halkın ortak fikrine uygun olması.

### 1. 26 Haftadan Önce Doğan Bebekler *Yaşama Şansları*

Yapılan bir çalışmaya göre, mekanik ventilasyon, intravenöz beslenme, ilaç tedavisi, fizyolojik monitörleme ve kan ürünleri transfüzyonundaki gelişmeler yaşama yüzdelerini, 25. haftada doğanlar için %64, 24. haftada doğanlar için %39, 23. haftada doğanlar için %14'e kadar çıkardı.Tabi bu durum üniversite hastanelerinde yeterli eğitimi almış personel ve uygun teşhisat ile gerçekleştirilmiştir ama genel popülasyona baktığımızda Hollanda'da 25. haftada doğanlar için %14.6 sürvi, 24. ve 23. haftada ise hiç sürviye rastlanmamıştır. Yakın zamanda ABD de yapılan çalışmada, 23. haftada doğanlardan 28. güne kadar yaşayanlar %5, 24. haftada doğanlar için ise %36 olarak bulunmuştur (2).

### *Engelli Olarak Yaşama Şansları*

Bu konudaki asıl endişe, 26. haftadan önce doğup yaşayanlardaki ileri derecede özürlü olma

oranının yüksekliğidir. Yapılan çalışmalarda, Liverpool'da 25. haftada doğup yaşayanların %45 inde serebral palsi, görme kaybı, duyma kaybı, epilepsi, veya gelişme geriliği ve bunların da %25 inde bu durumların kombinasyonları görülmüştür (2). Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa'daki büyük yenidoğan merkezlerinde, 26. haftadan önce doğup yaşayanların %10'undan daha fazlasında özürülük gözlemlenmiştir. Bu prematüre bebeklerde özürülükten sorumlu olan asıl patolojiler, periventriküler lökomalazi, parankimi içeren intraventriküler kanama, kanama sonrası hidrosefalus ve retinopati (2).

### ***Yaşamlarının Getirdiği Mali Külfet***

Hemen hemen bütün organları yeterince gelişmemiş olduğu için, uzun haftalar süren yaşam desteği gerekir. Cleveland, Ohio'da 1980lerde yapılan bir çalışmaya göre, 750 gr (kabaca 26 haftadan önce doğan bebeklere denk gelen ağırlık) ın altında doğan bebeklerin yaşamaları için ortalama 158800 dolar (72110 ile 524110 arasında değişen) para harcandığı bulunmuştur. Bunların %10 undan daha fazlasının tedavi ve destek gerektiren ciddi özürülüklerinin olduğunu ve annelerin büyük bir çoğunluğunun genç, desteksiz, sosyal açıdan zayıf olduklarını da düşündüğümüzde mali külfetin ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (2).

### ***Annenin Bilgilendirilmesi ve Tutumunun Bilinmesi***

Anne, 23, 24, ve 25. haftalarda bir doğum yapmadan önce prognoz ve tedavi olanakları konusunda bilgilendirilmeli ve onun bu konudaki istek ve tutumu öğrenilmelidir. Burada, iki anne adayının karşılaştırmasını yaparak durumu biraz daha açıklayabiliriz. 10 yıldır çocuk doğurmak için çareler arayan ve sonunda da in vitro (IVF) koşullarda hamile kalan iyi eğitilmiş, evli, 39 yaşındaki bir anne ile, 17 yaşında bir partide kullandığı bir uyuşturucunun etkisi altında hamile kalan, çocuğunu aldırarak için çok geç kaldığı için doğuran bir anne kesinlikle aynı kategoride düşünülmemelidir. 39 yaşındaki kadın için artık bu son şanstır ve çocuğun yaşaması için her sıkıntıya katlanır, aynı zamanda da serebral palsili veya kör olan çocuk da bu durumdan fayda sağlar. 17 yaşındaki kadının

durumu ise bunun tam tersidir (2). Görüldüğü üzere, annenin durumu, bebekle ilgili verilecek kararı yakından etkilemektedir.

### ***Doğumda Bebeğin Değerlendirilmesi***

Bu yazıda, doğum esnasında bebeğin ne durumda olduğunu anlayabilecek tecrübede ve gerekirse de yaşama döndürme işlemi yapabilecek kabiliyette en az bir tane pediatristin olması gerektiği savunulmaktadır. Bebeğin zamanında doğup doğmadığının kadın doğumcular tarafından yanlış olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bebek, transparan kırmızı, jel gibi görünen derisiyle yeterince gelişmemiş olduğu anlaşılıyor ve asfiksi, enfeksiyon veya doğum trauması nedeniyle yeterli bir solunum yapamıyor ve yine sadece çok yavaş bir kalp hızına sahipse, bu durumdakilerin hepsi maksimum tedaviyle bile bir kaç gün içinde öleceği için yaşama döndürme işleminin yapılmaması savunulmaktadır. Eğer bebeğin spontan hareketleri var veya nefes almak için efor sarfediyorsa, bebeğe tam yaşam desteğinin verilip cevabın değerlendirilmesi gerektiği söylenmektedir. Eğer tedavi başlanacaksa, tamamiyle herşeyin yapılması ve hemen hemen her zaman trake entübasyonu ve mekanik ventilasyonun gerektiği ifade edilmektedir. Ama durumlar değişirse yoğun bakımın kesilmesi gerekebileceği düşünülmektedir. Bu durumun genelde, respiratuar distres sendromu, pnömotoraks, intraventriküler kanama, septisemi, nekrotizan enterokolit veya bronkopulmoner displazi gibi komplikasyonların gelişmesi durumunda yapılabileceği, çünkü bunların yaşam ve uzun süreli morbidite üzerinde çok büyük etkiler gösterdiği belirtilmektedir. Sürfaktant tedavisi ve kronik akciğer hastalıklarının daha iyi tedavi edilebilmesinin, bu erken doğumlar için bile gelecek vadettiği belirtilmektedir. Akciğer hastalığı olan bebeklerin hangilerinin kronik akciğer hastalığına dönüşeceği önceden tam olarak anlaşılamadığı için, sadece akciğer hastalığına bağlı olarak yaşam desteğinin kesilmesi uygun görülmemektedir (2).

## **2. Ciddi Nörolojik Harabiyet Edinen Bebekler**

### ***Premature Bebekler***

Premature bebeklerde nörolojik yetersizliğin en önemli iki nedeninin intraventriküler kanama ve

periventriküler lökomalazi olduğu belirtilmektedir. Doğru ve kesin prognozun belirlenmesi için dikkatlice ve defalarca yapılan klinik inceleme, yüksek frekansta kranyal Ultrason ve bazı durumlarda nörofizyolojik çalışmalar, özellikle de EEG nin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (2).

### ***Intraventricüler Kanama***

Intraventricüler kanamaların, geniş bir alanı kapsamış olsalar bile, eğer beyin parankimini içermiyorsa ve sonucunda hidrosefalus oluşmuyorsa prognozlarının çok iyi olabileceği düşünülmektedir. Ultrasonla görülen parankimdeki ekodens alanların enfaktüse karşılık geldiği ve bu durumun kanamanın parankime uzantı yapmış olmasından dolayı kaynaklandığı (4. derece intraventricüler kanama) ifade edilmektedir. Tek taraflı olarak parankime uzantı yapan intraventricüler kanamalarda, çoğu bebeğin hemiplejik olmasına rağmen fonksiyon kapasitesi ve zekasının normal olabileceği savunulmaktadır (2).

### ***Periventriküler Lökomalazi***

Geniş iki taraflı kistik PVL'lerin çok kötü prognoz olduğu ve hepsinde de serebral palsi görüldüğü ifade edilmektedir. Yine buna ilaveten bebeklerin çoğunun kör, epileptik ve zeka geriliği olan çocuklar olduğu söylenmektedir. Bu ciddi PVL ile yaşayan çocukların çok acıklı ve kederli olarak yaşadıkları vurgulanmaktadır. Buradaki yaklaşımın, yoğun bakım yaşam desteğinin erkenden kesilmesi konusunda aileye tavsiyede bulunmak olduğu ifade edilmektedir (2).

### ***Zamanında Doğan Ama Doğumda Asfiksi Edinen Bebekler***

Kadın doğumdaki gelişmelere rağmen, az sayıda bebeğin fetal hipoksiden sonra beyin harabiyeti geliştirmeye devam ettiği söylenmektedir. Erken dönemde yapılan entübasyona ve mekanik ventilasyona, hipovolemi, asidoz ve hipogliseminin tedavisine rağmen az sayıda bebeğin convülsiyon, kas tonusunun bozulduğu ve şuursuzluğun eşlik ettiği ensefalopati geliştirmeye devam ettiği ifade edilmektedir. Yoğun bakımın ise sadece, ilerde spastik kuadripleji, mikrosefali, zeka geriliği, körlük ve epilepsi geliştirmeye devam

edecek bebeklerin yaşamasını sağladığı belirtilmektedir (2).

### ***Prognozun Belirlenmesi***

Farklı aşamalarda prognozun belirlenmesi mümkündür. Bu yazıda verilen bilgiye göre, zamanında doğan ama kendi kendine solunum yapma yetisini kazanmayan bebek, hayata geri döndürme çalışmalarına rağmen 30 dakika içinde mutlaka ciddi bir serebral palsy ve zeka geriliği geliştirecektir (yaşamı durumunda). Bu sebeptir ki, 30 dakikalık yaşama döndürme çabalarına rağmen bebek hala nefes almaya başlamadıysa, bebeğe yapılan müdahaleye son verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ensefalopatinin klinik ve nörofizyolojik olarak incelenmesinin, prognoz hakkında bilgi edinilmesini sağladığı ifade edilmektedir. Beyin sapı reflekslerinin olmadığı bir kaç gün süren derin koma hali ve EEG deki düzensizlikler bebeğin ciddi bir özür (handicap) edineceğini veya öleceğini göstereceğinden bu durumdakiler için yaşam desteğinin kesilmesi önerilmektedir (2).

### **3. Ciddi Konjenital Malformasyonla Doğan Bebekler**

#### ***Down's Sendromu***

1970'lerde İngiltere'de, *duodenal atrezili Down's sendromu* bebeklere hayat kurtarıcı cerrahi genelde yapılmıyordu ama bebek dehidrasyon ve aspirasyondan ölene kadar sıkıntılarını azaltmak için uyutuluyordu. Bu durum tabii ki aile ve hekimin aynı fikirde olması durumunda yapılmıyordu. Bu eylem, Down's sendromlu bebeklerin hayatlarının *sınırlı, manasız* olduğu ve yaşamaları için gereken cerrahinin eziyetine katlanmalarına gerek olmadığını savunan düşüncenin ürünü olarak ortaya çıkmıştı. Daha sonra bu tutum değişti ve Down's sendromlu kişiler toplumun daha büyük bir parçası oldu. Çoğu insan, tamamiyle desteksiz yaşayamamalarına ve uzun bir ömür sürememelerine rağmen Down'lı çocukların da *sevgi ve mutluluk* gibi duyguları yaşadıklarını kabul etti. 1990 larda, *kalbinde anormallik olmayan ama sadece duodenal atrezileri olan bu bebekler için duodenal atrezi ameliyatı, tartışma konusu bile yapılmadan gerçekleştirilmeye başlandı*. Şimdiki tutum ise,

*buyle basit bir ameliyat için bu bebeklerin mutluluklar yaşama şanslarının ellerinden alınmaması yönündedir (2). Down's sendromlu bebeklere yaklaşımdaki zamanla değişen bu tutum değişikliği, onlarla ilgili olan etik tartışmaların ürünü olarak insanlığın düşünce bakımından çığır atmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.*

### ***İngiltere'de Kanuni Yaklaşım***

İngiltere'de Down'lı bebeklere cerrahi yaklaşımı, bu konuda ortaya çıkan kanuni vakaların etilediği düşünülmektedir. Bu durumu 1981 de Londra'da bir aileyi örnek göstererek açıklayabiliriz. Bu aile, duodenal atrezisi olan Down's sendromlu bebeklerine cerrahi reddetmiştir ama bu durumun mahkemeye intikal etmesi sonucunda, mahkeme ameliyat kararı almış ve ameliyat sonrasında bebek evlatlık olarak başka bir aileye verilmiştir. Yine başka bir örnekte Down's sendromlu bir bebek, hayatını tehdit edecek hiç bir anormalliği olmamasına rağmen, aile tarafından reddedilmiş ve dihidrokodein verilmek suretiyle üç gün içinde ölmüştür. Pedyatrist suçlanmış ama sonra berat etmiştir. Pek çok pediatrist bu olayı, otopsi sırasında hayatı tehdit eden ciddi bir patolojinin bulunmasına bağlamıştır. Sonuç olarak İngiltere'deki kural Down's sendromu özür lülüğünü, hayat kurtarıcı tedavi uygulamaksızın bebeğin ölümüne izin verilmesine yeterli bir sebep olarak görmemektedir (2). Bu şekilde bu vakaların, down'lı bebeklerin İngiliz toplumunda daha fazla yer tutmasını sağladığını düşünebiliriz.

### ***ABD'de Kanuni Yaklaşım***

Amerika'daki kanunlar ve yönetimin bu konuyla daha yakından ilgilendiğini söyleyebiliriz. 1983'te literatüre geçen bir vakaya göre, trakea-ösağageal fistülü olan Down'lı bebeğin Bloomington, Indiana'da ameliyatsız ölüme terkedilmesi, ulusal itirazların oluşmasına bunun da özür lülüklelerinden dolayı bebeklerin ölüme terkedilmesine karşı çıkan bir federal direktifin ortaya çıkmasını sağladığı ifade edilmektedir. Buna uymayan hastanelere federal kaynağın kesilebileceği de söylenmiştir (2).

Daha sonraki bir diğer federal kanun ise, bebeğin durumunu iyiye götürecektir tedavi için uygun tıbbi yargının hekimler tarafından verilmesine izin vermiştir. Bu düzenlemeye göre;

1. bebek kronik ve dönüşü olmayan coma durumunda ise
2. bu tedavi ile sadece ölüm kısa bir müddet için uzuyorsa
3. bu tedavi bebeğin yaşamını kurtarmak adına boşuna ise

tedavinin kesilmesi ihmal olarak görülmüyordu (2). Böylece ABD'de down'lılara yaklaşım, son şeklini almıştır.

### ***Spina Bifida ve Hidrosefalus***

Spina bifida ve hidrosefaluslu yenidoğanlar için Prof. John Lorber'in seçici cerrahi tedavisini öne sürdüğü ve opere edilmeyen bebeklerin de genelde uyutulup kısa bir süre hayatta kalmalarının sağlandığı belirtilmektedir. Spina bifida, hidrosefalus ve diğer malformasyonları bulunan bazı bebeklerin, şimdilerde aktif olarak tedavi edilmemelerine rağmen, pek çok pediatrist ve çocuk cerrahlarının, Lorber'in kriterlerini önemsemeyerek her vakayı aktif olarak tedavi ettikleri belirtiliyor. Bu uygulamanın da, desteksiz ve mutlu bir yaşam için prognozun geçmişte düşünüldüğüne göre daha iyi olmasına dayanılarak geliştiği ifade ediliyor (2). Görüldüğü gibi, bu bebekler için Lorber'in ileri sürdüğü kriterlere riayet eden hekimlere karşı, bu durumdaki bebeklerin hepsi için de aktif tedavinin yapılmasını savunan hekimlerin varlığı, yakın zamandaki bakım standartlarının daha da gelişmesine dayandırılmıştır.

### ***Trizomi 18***

Down's sendromlu bebeklerin genelde aktif tedavi almalarına rağmen, daha ciddi kromozomal bozukluğu olan bebekler için bu durumun tersi düşünülmektedir. Buna paralel olarak, malformasyon çalışmalarının babalarından biri olarak kabul edilen Prof. David Smith'in, Edward's sendrom (trizomi 18)'lu bebeklere cerrahi işlemin yapılmaması ve bu bebeklerin yoğun bakım hayat desteğini almamaları gerektiği düşüncesini örnek gösterebiliriz. Bu düşüncenin temel dayanağı, bu bebek-

lerin hepsinin ciddi kalp hastalıklarına sahip olmaları, ileri derecede zeka geriliği geliştirmeleri ve %90'ının 12 aydan önce ölmesi olarak belirtilmiştir. Bu yaklaşımın halen bir çok yerde kabul edildiği ileri sürülmektedir. Bu sendromun tipik klinik bulguları nedeniyle, doğumhanede bile tanı koyulabilmekte ve bir kaç gün sonra sonuçlanacak olan kromozom analizinden önce tartışma ve karar verme işleminin başlanabileceği belirtilmektedir. Cerrahi işlemin çok ağrılı olması, aynı zamanda bebeklerin ömrünün çok kısıtlı ve kötü olması nedeniyle bu bebeklerin ömürlerini uzatmanın mutluluklarını uzatmak anlamına gelmeyeceği belirtilmektedir. Daha önceden kayıtlara geçen bir olayı örnek olarak verebiliriz. Burada bebek trizomi 18 ve trakeo-ösafageal fistüllü olarak dünyaya gelmiş. Duodenal atreziye göre daha kompleks bir cerrahi işleme ihtiyaç duyan TOF için gerekli cerrahinin yapılmasının doğru olmadığı kararı, tıbbi personel tarafından verilmiş. Bebeğin salivası, nefes almasını engellememesi için ağız ve farenksten temizlenmiş ama mekanik ventilasyona ihtiyaç duyulmamış. Bebeğin aynı zamanda ciddi bir kalp rahatsızlığı da varmış. Bebeğin ailesinin, Roman Katoliği olmasına rağmen yaşam kutsaldır ve her ne pahasına olursa olsun korunmalıdır düşüncesinde olmayıp, bebeğin gereksiz yere eziyet çekmesini engelleme düşüncesinde oldukları ifade ediliyor. İntravenöz besleme yapılmamasını kabul ettikten sonra, farenksinin temizlenmesi ve bebeği rahat ettirmek için yapılan diğer müdahalelerin bu durumda etkisiz olduğunu düşünerek morfin verilebileceğini düşündükleri belirtiliyor. Bebeğe bir doz morfin verildiği ve iki gün içinde öldüğü ifade ediliyor (2).

Umutsuz prognozu olan daha pek çok konjenital malformasyon bulunmakta ama bunların bazıları tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler sayesinde artık umutsuz vaka olarak düşünülmemektedir. Bizce yaşam desteğinin kesilmesi yönündeki karar, tedavi ve prognoz en yeni bilgiler ışığında kesin olarak umutsuz olduğu belirlendiğinde verilebilir.

### **Werdnig Hoffman Hastalığı**

Yine bu durum için verilen bir örnekte, doğumdan hemen sonra solunum için mekanik

ventilasyona ihtiyaç duyan sarkık bir bebeğin konjenital nöromusküler bir hastalık için incelendiği ve klinik inceleme, sinir iletimi çalışmaları, elektromiyografi ve kas biyopsisi sonucunda spinal musküler atrofinin yenidoğan döneminde görülen ciddi bir formu olan Werdnig Hoffman hastalığı tanısı koyulduğu belirtiliyor. Deneyimlere göre, durumda daha iyiye gitmenin sözkonusu olmadığı ifade ediliyor. İki aylık bir dönemde yapılan ventilasyonun kesilmesi denemelerinin hiç birinin başarıya ulaşmamasının, aile ve hekimin, mekanik ventilasyonun verdiği işkencenin artık durdurulması kararını almalarına neden olduğu belirtiliyor. Bebeğin, kaslarını yerçekimine karşı hareket ettiremediği ama gözlerinin açık ve belirgin yüz ifadelerinin olduğu belirtiliyor. Mekanik ventilasyon kesilmeden önce intravenöz morfin verilerek bebeğin eziyet çekmeden öldüğü ifade edilmektedir (2). Buradaki örnekte, bebek hakkındaki kararın, etik açıdan tartışılacak şekilde bir yaklaşım sonucu alındığı görülmektedir.

### **Tanatoforik Dwarfizm**

Kısa uzuvları, küçük göğüsü olan, mekanik ventilasyonsuz yaşayamayan bir bebek için, klinik inceleme, radyografik ve genetik çalışmalar sonucunda tanatoforik dwarfizm tanısı koyulduğu belirtiliyor. Ventilasyon desteği olmaksızın yaşama prognozunun umutsuz olduğunun belirlenmesinin ardından da bir doz morfin verilerek bebeğin ventilasyondan kesildiği ifade ediliyor (2). Yine hayatın çok kısa ve kalitesinin kötü olması nedeniyle, yaşam desteğinin verdiği eziyetin sonlandırılması ilkesine göre bir karar verildiğini görmekteyiz.

## **Yenidoğanda Görülen Problemlerin Dört Etik İlke Açısından Değerlendirilmesi**

### **1. Yararlılık**

Bu etik ilke, *kendinizin nasıl tedavi edilmesini isterseniz siz de diğerlerini tedavi ediniz* kuralıyla yakından ilgilidir. Kişinin durumunda bir düzelme sağlamak ve az da olsa ona mutluluk sağlayabilmek gerçekçi olacaksa, bunun yapılması savunulmaktadır. Burada bebek açısından bu ilke değerlendirildiğinde, bebeğin normal hayatın zevkini alabilmesi için küçük te olsa sağlıklı bir yaşam

şansının olması, hiçbir şansının olmamasından daha iyi olacağı sonucuna varılmaktadır. Bu nedendir ki, 25 haftalık bir prematürenin ve hatta zeka geriliği geliştirmesi düşünülme- yen ama ka- nama sebepli tek taraflı parankimal enfaktüsten dolayı hemiplejik serebral palsi geliştirmek için çok yüksek bir risk taşıyan bebekleri bile kurtar- mak için yapılabilecek herşeyin yapılması savu- nulmaktadır. Geniş bir alanı tutan çift taraflı kistik PVL li bebeklerin hayatlarının hem çok sınırlı hem de bu sınırlı yaşam süresinin çok fazla eziyet verici olduğu ifade edilmektedir. Erken dönemde uzun ağlamalar, aşırı hassasiyet ve beslenme zorluğu- nun, daha sonra görmenin azalması ve 6. ayda körlük oluşumunun, eğer aktif fizyoterapi ve splint kullanılmazsa da son dönemde extremite ve spinal deformatelerin gelişmesi ile seyreden durumun ortaya çıktığı belirtilmektedir (2). Burada bebeğin içinde bulunduğu durumun göz önünde bulunduru- lması ile, yapılacak tedavinin faydalarının ve verdiği eziyetin karşılaştırılmasının yapılması ge- rektiği savunulmaktadır.

## 2. Zarar Vermeme

Uzun süren yoğun bakım ve intravenöz bes- lenmenin, defalarca tekrarlanan trakenin entübasyonu işleminden, ven ve arter girişlerinin açılmasından, plöral drenler ve lumbal punkturdan dolayı eziyet çekilmesini sağladığı ifade edilme- ktedir. Yapılan cerrahi ve yakın aile üyelerinden izole olarak yaşanılmasının da bu eziyete katkıda bulunan diğer unsurlar olduğu söylenmektedir. Bu durumun, trizomi 18, yaygın kistik PVL, tanatophoric dwarfismli bebeklere veya 23 haftalık prematürelere uzun süre yoğun bakım uygulanma- sına veya cerrahi işlem yapılmasına, karşı bir tu- tum oluşumuna sebebiyet verdiği belirtilmiştir. Anne açısından da bu ilkeyi değerlendirmemiz gerekmektedir. 16 yaşında eğitimsiz bir kızın, daha kendisinin bile okula gitmesi ve hatta büyümesi gerekirken, özürlü bir çocuğun sorumluluğunu alması ile karşılaşacağı sıkıntılar göz önünde bu- lundurulmaktadır. İstenmeyen özürlü bir bebeğin yaşamasının, bu annenin üzerine çok büyük bir yük bindireceği ve eğitim geleceğinin etkilenmesini sağlayacağı söylenmektedir (2). Hem anne hem de

bebeğin katlanmak zorunda olduğu sıkıntılar açı- sından bu ilke değerlendirilmelidir.

## 3. Özerkliğe Saygı

Bu ilkenin, 23 haftalık bir prematüreye veya herhangi bir yenidoğana uygulanması sözkonusu değildir. Bu ilkeyi, insan yaşamına saygı ifadesi ile değiştirmemiz gerekir. Yenidoğan bebeklerin ken- di kararlarını ifade etmesi diye bir şey düşünülemez. Bu sebeple yenidoğanlar, büyük çocuklar ve ergin bireylerden farklıdır; çünkü büyük çocuklar ve ergin bireyler yaşam ve sıkıntı arasındaki farkı bilerek, hangi tarafın ağır basacağı kararını verebilirler. Bununla ilgili, olarak Akut myeloblastik lösemili ortayışlı bir bireyin, kemote- rapi ve kemik iliği transplantasyonu istemeyip başka alternatifleri düşünbilmesi örneği verilmiş- tir (2). Yeni doğan bunu yapamaz ve bizim de yenidoğanın aklında ne olduğunu hayal etmemiz imkansızdır. Bu çalışmada, bütün insanların temel özelliğinin yaşama içgüdüğü olduğunun unutul- maması gerektiği ve aynı zamanda 23 haftalık bebeğin bile sıkıntı ve ağrısını ifade edebilme ye- teneğine sahip olduğu vurgulanmaktadır (2). Ö- zerklığe saygı ilkesinin, aile için de göz önünde bulundurulması gerektiği ifade edilmiştir (2). Yo- ğun bakımın başlaması veya kesilmesi kararını veren ailenin kesin doğru olup olmadığı, bunun da düşünülmesi gerektiği çünkü hekimlerin değil aile- nin bu alınan kararın sonuçları ile yaşamaya devam edeceği vurgulanmaktadır (2). Bu ilkeyi duruma tatbik ederken, hem aile hem de bebek göz önünde bulundurulmalıdır.

## 4. Adalet

### Ailenin Karar Verme Hakkı:

Evrensel insan haklarından birinin de yaşama hakkı olduğu ve haksız olarak öldürülmemek oldu- ğu belirtilmektedir (3). Bu sebeple, ailenin çocuk hakkında verdiği kararın, kesin bir hüküm olma- ması gerektiği savunulmaktadır (2). Gerekli tıbbi tedavinin aile tarafından reddedilmesi, kanunların devreye girerek karar verme hakkının ailenin elin- den alınmasını sağlamaktadır (2). 1925 te ABD de çıkan bir kanuni açıklamayla, tıbbi olarak gerekli tedavinin ve hayat kurtarıcı tedavinin verilmesi kararlarının alınmasında ailenin karar verme hak-

kına sınırlamalar getirilmiştir (3). Tıbbi olarak gerekli demek, tedavi eden hekimin verdiği tıbbi kararlar, tedavinin bütün durumların (bebeğin hayatını tehdit eden) iyiye gitmesini ya da düzelmesini sağlaması demek olduğu, bunun dışındaki kararların verilmesinde ise ailenin hükmünün esas alınması gerektiği savunulmaktadır. Hayatı tehdit eden durumları tanımlaması gereken kişinin hekim olduğu belirtilmektedir (3).

Tıbbi olarak gerekli ve hayatı tehdit eden terimleri birbirlerinden farklı anlamlar ifade edebilir. Bunun için iki ayrı çocuk ele alınmıştır (3). İki durumda da aile dini inanışları nedeniyle kan transfüzyonunu kabul etmemiştir. Çocuklardan 10 yaşında olanı bir motorlu araç kazası geçiriyor, dalağı zarar görüyor ve kan transfüzyonu ile acil cerrahi işlem yapılmazsa ölmesi kaçınılmaz oluyor. Bu durumda transfüzyon, çocuk için hayatı kurtarıcı ve çocuk için en iyisi ilkesine de uygun olarak tanımlanmaktadır. İkincisi 29. haftada doğan 2 günlük bir prematüre ve kronik anemisi mevcuttur. Hemoglobinin çok düşük bir düzeye inip bebek cançekişir duruma gelmeden önce yapılan kan transfüzyonunun, hayat kurtarıcı olmadığı, bunun tıbbi olarak gerekli olan ve bebek açısından en iyisi ilkesine uygun olan bir tedavi olduğu belirtilmektedir. Beyin harabiyeti, görme ve duyma bozuklukları, akciğer ve bağırsak harabiyetinin yenidoğandaki aneminin riskleri olarak bilinmektedir (3). Çocuğa yapılan kötü muamele ve ailenin çocuğa bilerek zarar vermesi durumunda, istatistiklere göre ailenin verdiği tedavi kararının, genelde çocuk açısından en iyisi ilkesine riayet etmediği ifade edilmektedir (2).

1979'da ABD yüksek mahkemesi, çocukları için ailenin karar verebilmesi hakkını onaylarken bir de karar vermede, çocuk için en iyisi ilkesini geliştirmiştir. Bu kanuni kararın, bu ilkeyi ortaya atarken kriterleri belirleyemediği için, karar vericiler ve hekimler için bir rehber olamadığı ifade edilmektedir. Tıbbi personelin kendi profesyonel deneyimleri ve etik sınırlar içerisinde ailenin verdiği kararları denetlediği belirtilmektedir. Çocuk için en iyisi ilkesine göre verilen kararların, tedavinin getireceği fayda ve sıkıntılar göz önüne alınarak verilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Eğer

bu denge bir yönde ağır basıyor ve herkes de aynı fikirdeyse ortada herhangi bir problemin olmadığı, dengenin ne tarafa doğru kaydığı ve yine ailenin ne taraftan yana tutum izleyeceği belirli olmadığı durumda da, sorunların başladığı ifade edilmektedir (3).

Burada bir 'Baby K', örnek olarak ele alınmıştır. Bu bebeğin annesinin kararının tıbbi personeli sıkıntı içerisine düşürdüğü literatüre geçmiştir. 'Baby K' anensefali ile doğmuş, solunum sıkıntısı geliştirmesi üzerine ventilasyona alınmış ve bu arada teşhisi kesinleştirilmiş bir bebektir. Sık sık nüks eden solunum sıkıntısı atakları geçirmesi nedeniyle, yaşamda tutulması için ventilasyona ihtiyaç duymuştur. Tıbbi personelin bu atakların tedavisini yapmada çok büyük sıkıntılar yaşadığı belirtilmektedir. Anensefalik bebeklerin korteksleri ve normal hislerinin olmadığı, hayat kaliteleri çok kötü olduğu için de çoğu zaman sadece beslenme ve hidrasyon ile kısa zamanda ölüme terkedikleri ifade edilmektedir. Hastane tarafından istenen bu olay tıbbi bakım standardı olarak tanımlanmaktadır. Annenin dini inanışının, 'nasıl olursa olsun yaşamak yaşamamaktan daha iyidir' şeklinde olması diğerlerinin aksine, bebeğinin yaşaması için gereken her türlü tıbbi müdahalenin yapılmasını istemesini sağlamıştır. Ocak 1993'te, hastane, federal mahkemeye başvurarak bebek ve aileyi kendilerine eziyet verdikleri gerekçesiyle suçlamıştır. Burada bebek için en iyisi ilkesinin işlevini kaybettiği çünkü bebek anensefali olduğu için mekanik ventilasyon, kan testleri ve bunun gibi girişimleri hissetmediği ve yine bu müdahalelerin uzun süreli prognozda bir iyileştirme yapmasının da söz konusu olmadığı ifade edilmektedir. Mahkeme, 1973 Federal Rehabilitation Act ilkelerine göre, 'Baby K' yı özürlü (handicap) bir bebek olarak sayıp her türlü tıbbi müdahalenin yapılarak, acil tıbbi tedaviden istediği kadar faydalanabileceğini söylemiştir. Başka bir çok kişinin ise, bu kararın temelinde ailelerin kendi tıbbi tedavi kararlarını verme haklarının korunması olduğunu düşündüğü ifade edilmektedir. Burada bebek için en iyisi ilkesi yerine mantıklı aile ilkesinin işlevsel olarak görülmesinin daha mantıklı olacağı belirtilmektedir (3). Bizim düşüncemize göre, mantıklı bir aile aynı durumda



ne yapardı sorusu, bu ilkenin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Yine başka bir örnekle, ailenin hem bebek için en iyisi ilkesine hem de mantıklı aile ilkesine uymayarak yani mantıksız olarak nitelendirilen bir karar verdiği gösterilmeye çalışılmıştır. Buna göre 1992'de hastanede, hidrosefaluslu, yüzünde deformite olan, çenesi yapışık ve diğer bir çok kozmetik arızaları olan bir bebek doğmuştur. Bu bebek suni bir hava yolu olmadan yaşayamazdı ve uzun süre hayatta kalabilmesi için ventriküloperitoneal şanta, trakeotomiye ve gastrostomiye ihtiyacı vardı. Bunların hepsinin yapılması gerektiği halde, ailenin bunlardan sadece şantın açılmasına razı olması mantıksız bir karar olarak nitelendirilmiştir. Zaten ailenin hamileliği sonlandırma teşebbüsleri olduğu ama çok geç kaldıkları için bunu yapamadıkları biliniyormuş. Ailenin sadece şant yapılması isteğinin tıbbi olarak uygun olmadığı düşünülmektedir. Bebek yoğun bakım ünitesinin dışında ve cerrahi yapılmadan yaşayamayacaktı. Yoğun bakım ve cerrahinin getirdiği ağrı ve sıkıntının yarardan daha ağır bastığı düşünülmektedir. Yani ailenin istediği gibi şant açılması değil, hekim yaşam desteğinin kesilmesi yönünde görüş belirtmiş ve sorunun çözülmesi için etik danışmaya ihtiyaç duyulmuştur (3).

'Baby K' nin annesi, çoğu ailenin aksine dini inanışının belirlediği değer yargıları ile, hayatın herşeyden değerli olduğunu ve bebeğin yaşam kalitesinin yeterli olduğunu ve yine zarar zarar dengesinin yarar yönünde olduğunu düşünerek bebeğin yaşaması için her şeyin yapılmasını istemiştir. Bu karar mantıklı aile ilkesine riayet etmektedir. Hidrosefalik bebeğin annesi ise mantıksızdır, çünkü oturmuş bir değer yargısı içerisinde gerekli kararı verebilme yeteneğine sahip değildir.

*Goldworth* hem aile hem de hekimin farklı bilgi temelinde, karar vermeye katkıda bulduklarını ama ailenin daha dominant olduğunu söylemiştir. Kötü muamele ve ihmal ile bebek için en iyisi ilkesinin aile tarafından benimsenmediğinin gösterilmesinin, aile tarafından aile bütünlüğünün neye bağlı olduğunun bilinmemesinin, mantıklı karar verme kapasitesinin olmadığının göstergesi olarak görülmektedir. Tıbbi personel ve hastanenin yap-

maya mecbur olduğu görevlerden bir tanesinin de ailenin bu kapasiteye ulaşmasına yardım etmek olduğu ileri sürülmektedir (3).

*Mantıklı karar veren aile* karar verirken, bazı durumlarda çocuk için en iyisi ilkesinden başka ilkeleri kullanabilir. Bu durumlara örnek olarak, üç olayı gösterilebiliriz. Bunlar:

1. *ikizlerden birinin feda edilmesi*
2. *anensefalik bebeğin organ verici olarak kullanılması.*
3. *yaşayan organ verici*

**1. İkizlerden birinin feda edilmesi:** Lakeburg Siyam ikizleri olayında, aynı hayati organları kullanan ikizler, 20 Ağustos 1993'te Philadelphia'nın çocuk hastanesinde ayrılmışlardır. İkizlerden birinin hayatı, diğerinin yaşama şansını arttırmak amacıyla feda edilmiştir. Tıbbi personel, ortaklaşa kullandıkları kalp yetersiz olduğu için cerrahi yapılmıyorsa ikisinin de öleceğine inanmıştır (3). Bu durumda, bebekler için en iyisi ilkesi yerini, faydacı ilkesine bırakmıştır. Eğer feda edilen bebek için en iyisi ilkesini tatbik etmeye çalışılırsa, fayda görmediği halde ameliyat geçiriyor ve aksine eziyet çekerek ölüyor buna göre de ameliyat bu bebek için en iyisi değildir sonucuna varılır. Aile, yaşayan bebeğin ameliyat ve ameliyat sonrası çektiği eziyet ile sonunda elde ettiği faydayı karşılaştırdığında faydacı ilkesine riayet ederek ameliyatı seçmiş. Yine bu da bir mantıklı aile kararı olarak görülmektedir.

**2. Anensefalik bebeğin organ verici olarak kullanılması:** Anensefalik bebeğin organ verici olarak kullanılması durumunda da yine çocuk için en iyisi ilkesi göz önünde bulundurulmamaktadır. Verilen bu örneğe göre, 'Baby T' anensefali ile 1992 de güney Florida'da doğmuş ve ailesi bebeğin kalbini ve diğer organlarını bağışlama kararı almış (3). Bebek korteksi olmadığı için ölü olarak kabul edildiğinde (bitkisel hayat veya korteks beyin ölümü gibi), bu durumun kanuni olacağı ama beyin sapı fonksiyonunun ve çarpan bir kalbinin olmasının, onun kanuni olarak ölü olmadığını göstergesi olduğu belirtilmektedir (3). Çocuk için en iyisi ilkesi, bebeğin ne doğal yoldan ölmesini ne de organ verici olarak kullanılmasını savunmamakta-

dır. Bu durumda bebek canlı da ölü de olsa bu ilke uygulanmaz. *Burada olay, bebek için değil diğerleri için en iyisidir.*

Burada da Lakeburg ikizlerinde olduğu gibi  *faydacı ilkesi* söz konusudur. 'Anensefalik bebeğin doğal yoldan ölüme terkedilmesi ve böylece organlarının diğerlerini kurtarmak için kullanılması etik midir?' sorusuna mahkeme bu bebeğin yaşayan organ vericisi olarak kullanılmasını reddederek cevap vermiştir (3). Organ bağışında anensefaliğin kullanılmasının çok istisnai bir durum olarak kabul edildiği belirtilerek, bu istisnai durum, bu bebeklerin hem şuurulu olmadıkları hem de hiçbir zaman şuurulu olamayacakları düşüncesiyle açıklanmaya çalışılmaktadır (3).

**3. Yaşayan organ verici:** Bebek için en iyisi ilkesinin uygulanmadığı bir diğer durum da, annenin doğacak bebeğinin organ verici olması amacıyla hamile kalması olarak düşünülmektedir. Verilen örneğe göre, 1990'da 17 yaşında lösemiden dolayı kemik iliği transplantasyonuna ihtiyaç duyan bir çocuğun annesi, doğacak bebeğinin verici olması amacıyla hamile kalmış. Tıbbi etik açısından bu olaya yaklaşımın gayet negatif olduğu ifade edilmektedir. Bu olaya çocuk için en iyisi ilkesi tatbik edildiğinde görülmüş ki, doğan bebek tıbbi işlemde dolayı eziyet çekecek ama fayda elde edemeyecek (tıbbi açıdan fayda) ama ablasının hayatta kalmasını sağlayarak ailenin korunmasını sağlaması bir fayda olarak düşünülebilir (3). Bu durumda da görüldüğü gibi faydacı ilkesi görev yapmaktadır. Yapılan işlem doğan bebek için en iyisi değil büyük çocuğun faydası yönündedir. Mantıklı bir aile küçük çocuk için riski ölçtüğünde, bu riskin büyük çocuğun elde edeceği faydanın yanında önemsiz olduğuna karar verebilir.

### **Aile ve Hekim Arasında Yaşam Desteğinin Kesilmesi Konusunda Tartışma:**

Hekimin prognozdan emin olması durumunda, tedavinin kesilmesi kararını aileye sunması gerektiği ifade edilmektedir. Bu tartışmanın, aileye 'bebeğin ölmesi için yaşam desteğinin kesilmesini istiyor musunuz?' şeklindeki bir soruyla yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bebeğin tıbbi

geçmiş, şimdiki durumu, prognozu, eğer bebek şuurlyuysa devam eden yoğun bakımla oluşan korkunun ve ağrının aileye söylenmesi ve daha sonra da yoğun bakımın, sağlığını tekrar kazandırmayacağı tam aksine sadece bu sıkıntılı yaşamı veya gelecek ölümü biraz daha uzatacağının söylenmesi önerilmektedir. Yoğun bakım tedavisi faydasız olduğu için, tıbbi kararın, bu tedavinin kesilmesi ve çekilen eziyetin artık bitmesi olduğunun aileye iletilmesi istenmektedir. Sonra da ailenin cevabının beklenmesi gerektiği ve çoğu zaman da ailenin, sorumluluğu hekime bırakarak bu kararı kabul ettiği ifade edilmektedir. Bebek ventilatöre bağlı ise, endotrakeal tüpün, monitörleme aletlerinin çoğunun ve intravenöz aletlerin çekilerek bebeğin ailenin kolları arasında tutulmasına izin verildiği belirtilmektedir (2).

### **Ölüm Sıkıntısını Azaltılması İçin Morfin Kullanılması:**

Eğer bebeğin ventilasyonunu keserek eziyetinin sonlandırılması kararı verildiyse, solunum yetmezliğinden ölüyor olan bebeğin ölümünün kısılması ve sıkıntılarının azalması için morfinin verilebileceği düşüncesi ifade edilmektedir. Morfinin (yüksek dozda) solunumu baskılayıcı etkisi olduğu ve morfin verilip ventilasyon işleminin kesilmesinden önce bütün değerlendirmelerin ve karar verme işleminin gerçekleşmesi gerektiği belirtilmektedir. Morfinin, doğal sebeplerden ölen kişinin eziyet çekmesini azaltmak amacıyla verildiğinden emin olunması gerektiği ifade edilmektedir (2).

### **Ailenin Yaşam Desteğinin Devamı Konusundaki Israrı:**

Tıbbi personelin bile tedavinin kesilmesi kararını alıp aileye bu konuda bilgi vermelerine rağmen ailenin bunu reddederek tedaviyi devam ettirebilme yetisine sahip olduğu savunulmaktadır (2). Bizim düşüncemiz, aile zeka geriliği olan koadriplejik çocuğun sorumluluğunu üstüne alıyorsa buna söylenecek fazla bir şeyin olmaması gerektiği yönündedir. Daha önce de anlatıldığı gibi bu kararlar, mantıklı aile ilkesine göre, değer yargıları ve dini inanışları temelinde alınmaktadır.

### Kaynakların Dağılımındaki Adalet

Burada tartışılmak istenen düşünce, kaynaklardan herkesin uygun bir şekilde faydalanıp faydalanamamasıdır. Sağlık kaynaklarının sınırlı olduğu bir yerde, çocuklardan biri çok pahalı bir tedavi alırken bu miktarda para ile diğer birçok kişinin fayda görebileceği düşüncesi ortaya atılabilir. Bu daha çok üçüncü dünya ülkelerinde önemli yer tutmaktadır. Bu yazıda, teçhizat ve personelin yeterli olduğu bir hastanede, sadece doğan bebek üzerinde düşünülerek karar verileceği ve diğer hastaların sıkıntısının dikkate alınmayacağı belirtilmektedir (2). Bütün teçhizat ve personelin tam kapasitede diğerleri için çalıştığı bu sebeple de bazı bebeklerin yoğun bakım alamadığı durumlarda, hekimler bu bebekleri de düşünmek zorunda kalabilirler. Bazı bebeklerin yoğun bakıma kabul edilip bazılarının kabul edilmemesi kararının, prognozlarının göz önünde bulundurulması gerektiği çünkü iki bebeğin de çok nadiren aynı anda hastaneye geldiği ifade edilmektedir (2). Bu düşüncenin açıklanması için iki ayrı örneğin karşılaştırması yapılmıştır (2). Buna göre, kötü prognozlu 24 haftalık bir bebek için yoğun bakım hazırlanmışken, 28 haftalık daha iyi prognozlu bir bebek hastaneye geldiğinde birinciye verilen yoğun bakımın kesilip ikinci bebeğe başlanmasının doğru olmadığı savunulmaktadır (2). Buna göre, bakımın tıbbi olarak gerekli olup olmadığının belirlenmesi, verilen kararda esas alınması gereken düşünce olarak savunulmaktadır (2). Daha önce anlatılan 'Baby K' olayının da, kaynakların dağılımı ilkesi açısından tartışılması gerekmektedir. 'Bu kadar zaman, enerji ve paranın, uzun dönemde hiçbir fayda kazanması beklenmeyen bir bebek için ayrılıyor olmasına rağmen, diğer kronik hastaların, son dönem hastaların veya akut durumdaki hastaların parasızlık nedeniyle reddedilmesi etik açıdan doğru olur muydu?' sorusunun zaten o zamanda çok önemli bir tartışma konusu olduğu ifade edilmektedir (3).

### Sonuç

Sonuç olarak, biz topluma büyük bir mali külfet getireceği, aileye her yönden büyük çapta sıkın-

tılar sağlayacağı düşünülerek, bu bebeklerin tedavilerinin kendilerine verdiği eziyetin onların yaşamaları için elde edecekleri faydadan fazla olduğu düşüncesi maskesi altında, problemlerini yeni doğanların ölümüne terkedilmesine karşı olduğumuzu belirtmek istiyoruz. Bu konu üzerindeki tartışmaların ülkemizde yeterli düzeyde yapılmadığını düşünerek, kişilerin bu konuya dikkatini çekmek istiyoruz. Bebeğe verilen yaşam desteğinin kesilmesini, gereken cerrahinin yapılmamasını ya da morfin verilerek ölümüne terkedilmesini *istemsiz ötanazi* olarak görmekteyiz. *Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. Maddesine göre ötanazi yasaktır* (4). Bizce, buna göre bebek anensefali bile olsa tamamen ölüdür tanısı koyulmadıkça yapılabilecek hertürlü müdahale yapılmalıdır. Bu durum kaynakların dağılımı ilkesi açısından da, gelişen ülke olan Türkiye'de ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. Ama şu düşünülmelidir ki insan en kötü şartlar altında bile yaşamak için elinden geleni yapmaktadır yani yaşama isteği bir temel içgüdüdür. Bu açıdan düşünüldüğünde, ne sıkıntıya katlanırsa katlanırsın bebeğe yapılabilecek her türlü müdahalenin yapılması gerektiğini savunuyoruz.

### KAYNAKLAR

1. Davis A. All Babies Should Be Kept Alive As Far As Possible: Principles of health Care Ethics. Edited by Raanan Gillon. John Wiley and Sons Ltd, 1994: 629-41.
2. Whitelaw A, Thoresen M. Ethical Dilemma Around Time of The Birth. Principles of health Care Ethics. Edited by Raanan Gillon. John Wiley and Sons Ltd, 1994: 617-27.
3. Cooper R, Koch K.A. Neonatal and Pediatric Critical Care: Critical Care Clinics, Volume 12, Number 1, January 1996: 149-64.
4. Hasta Hakları Yönetmeliği, RG'de yayın, 1 Ağustos 1998.

**Geliş Tarihi:** 13.06.2002

**Yazışma Adresi :** Dr.Malik Ejder SATILMIŞ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deontoloji AD,  
Tıbbiye Cad. No 49  
81326 Haydarpaşa, İSTANBUL