

ÖLÜMLE YÜZLEŞMEK

YOĞUN BAKIM İLE DEĞİŞENLER

Aylin Dikmen Özarslan

Tuğhan Utku



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

ÖLÜMLE YÜZLEŞMEK

YOĞUN BAKIM İLE DEĞİŞENLER

Editörler

Aylin Dikmen Özarslan

Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi
Sosyoloji Bölümü

Tuğhan Utku

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ÖLÜMLE YÜZLEŞMEK YOĞUN BAKIM İLE DEĞİŞENLER

Copyright © 2019

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-782-8

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A
Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Şişhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



YAZARLAR

Dr. Orçun il

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Doktora ğrencisi*

Yrd. Doç. Dr. Aylin Dikmen
zarslan

*Mimar Sinan Güzel Sanatlar
niversitesi
Sosyoloji Bölümü*

Prof. Dr. Yalım Dikmen

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşı
Cerrahpaşı Üniversitesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı Yoğun Bakım BD*

Uzm. Dr. Elif Erdoğan

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşı
Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji Anabilim Dalı
Yoğun Bakım Bilim Dalı*

Dr. Gevher Gökçe

*Mimar Sinan Güzel Sanatlar
niversitesi
Emekli ğretim yesi*

Prof. Dr. Dilek zcengiz
*ukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı*

Doç. Dr. Tuğhan Utku
*Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Sibel Yardımcı
*Mimar Sinan Güzel Sanatlar
niversitesi
Sosyoloji Bölümü*

İÇİNDEKİLER

Başlarken	1
<i>Aylin Dikmen Özarslan, Tuğhan Utku</i>	
Ölümün Kısa Toplumsal Tarihi: Kamusal Alandan Yoğun Bakım Ünitesine Ölüm Deneyiminin Değişimi	7
<i>Aylin Dikmen Özarslan</i>	
Biyopolitika ve Ölüm.	26
<i>Sibel Yardımcı</i>	
Beyin Ölümü Bağlamında “Boşa Çaba”	40
<i>Tuğhan Utku</i>	
Kişisel Bir Hak ve Sorumluluk Olarak İyi Ölüm, Onurlu Ölüm ...	51
<i>Gevher Gökçe</i>	
Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları	76
<i>Yalın Dikmen</i>	
Yaşam Sonu Kararların Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi ..	91
<i>Orçun Çil</i>	
Yaşam Sonu Kararlarının Hukuki Yönü	101
<i>Dilek Özcengiz</i>	
Yaşam Sonu Bakımı	115
<i>Elif Erdoğan</i>	

hayati tehlike anlamına gelmekteydi. Bu dönemde ölüm ani ve çok yaygındı. Buna karşın Baudrillard'ın ifade ettiğine göre yabanıl toplumlarda biyolojik anlamda bir ölümden söz etmek mümkün görünmemektedir. Dahası ölüm bir son olarak algılanmamaktadır aksine bir toplumsal ilişki biçimidir. Bu bağlamda Baudrillard yabanıl akılda, simgesel açıdan canlılar ile ölümler arasında bir ayrım yapılmadığını, görünen ile görünmeyenin birbirini dışlamadığını belirtmektedir. Böylece ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak toplumsal hayatın içinde konumlanmıştır.⁹

Tarım toplumlarında daha çok bulaşıcı hastalıkların ön plana çıktığı görülmektedir. Ancak burada, ölüme ilişkin algı ve tutumlarda değişikliğe neden olacak önemli bir farkın altını çizmek gerekir; bu dönemde ölüm, büyük oranda ani olmaktan çıkmış, en azından birkaç saat ya da birkaç gün öncesinden öngörülebilir bir olay haline gelmiştir. Bu da Kellehear'ın işaret ettiği gibi, ölmekte olan kişinin çevresindekilerle konuşabileceği, dua edebileceği ya da bu olayı ritüelleştirebileceği, hatta belki son anda ölüme direnç gösterebileceği bir vakit anlamına gelmekteydi. Ayrıca, ölüm artık bir yandan, avcı-toplayıcı toplumlarda olduğu gibi, öte dünyaya yolculuk olarak algılanmaya devam ederken bir yandan da bu dünyaya ait deneyim haline gelmiştir.¹⁰ Ölümün yaklaşığının anlaşılması ile ölümün gerçekleşme anı arasındaki süre kişinin kendi ölme sürecine katılmasına olanak sağlamıştır; böylece kişi kendi cenaze ve gömülme töreni ile ilgili planlara katılabilme, akrabalarına veda edebilme, vasiyetlerini belirleyebilme olanağı bulmuştur. Dahası bu durum “ölümün toplumsallaşması”na yol açmıştır.¹¹

Ölüme ilişkin algı ve tutumlarımızın zaman içinde değiştiğine dikkat çeken ve ölümün toplumsal tarihinin izini sürmeye girişen Philippe Ariès, ölümün bu toplumsallığına vurgu yapmakta ve tarihin büyük bölümünde ölümün toplumsal bir olay olarak, kalabalıklar içinde deneyimlendiğine işaret etmektedir. Ariès'e göre eskiden, “halk içinde doğulduğu gibi, halk içinde ölünyordu”. Hasta yaklaşan ölümünü beklemek için yatağa uzandığında etrafı ailesi, çocukları, akrabaları ve tanıdıkları ile sarılıyordu. Hatta sokakta, son kutsal ayini yapmak için şarap ve ekmek taşıyan papazı görenler, ölmekte olan kişiyi tanımasalar bile, peşine takılıp ölüm döşeğinin bulunduğu odaya giderlerdi. Böylece ölenin odası “kamusal bir alan”a dönüşmekteydi.¹²

Benzer şekilde Spellman da, modern öncesi dönemde “tek başına veya yabancıların yanında” ölmenin oldukça nadir karşılaşılan bir durum olduğunu aktarmaktadır. Bu dönemde tedavi için etkili ilaçlar

ifade etmektedirler. 1970’li-80’li yıllarda, “nerede yaşam varsa orada umut vardır” (ya da çıkmadık candan ümit kesilmez) ifadesi, dogmatik özellikler taşıyan tartışılmaz bir aforizma haline gelmiştir. Diğer bir deyişle insanlar, hemen hemen tüm kritik durumlar için “modern” tedaviler ve yoğun bakım arayışında olmuşlardır. Hem tıbbi alanda ve genel olarak toplumda, tedavi etmeye yönelik bu azim kutsanmıştır.⁵⁰ Kuşkusuz bu kutsamanın temelinde yaşamın değerli ve kutsal olduğu mottosu yatmaktadır. Ancak bunun yanında tıbbın endüstriyel kimliği hatırlamak gerekmektedir.

Ölümün yapı sökümlü, sadece ölümün kontrol altına alınması ile sınırlı kalmamış giderek bütün yaşama yayılmıştır. Diğer bir deyişle bütün yaşam, ölüme yol açabilecek nedenlere karşı bir mücadeleye dönüşmüş, bütün yaşam tıbbileşmiştir. Böylece tıp artık insanların bütün yaşamlarını kontrol altına alma gücünü ele geçirmiştir ki Illich bu durumu, tıbbın radikal bir tekele dönüşmesi olarak ifade etmektedir. Modern tıp toplumun, hastalık ve ölümle ilgili geleneksel bilgi, algı ve tutumlarla ilişkisini keserek sağlığın korunması ve böylece ölümün ertelenmesi konusunda tek yetkili olarak kendini dayattığında ve insanları kendi başlarına bir şey yapamaz duruma getirdiğinde radikal tekel haline gelmektedir.⁵¹ Profesyonelleşen ve tekel haline gelen tıp, sağlığın bir metaya ve sağlık hizmetlerinin de büyük bir endüstriye dönüşmesine yol açmıştır. Bu sistem içinde doğal ölümün yerine konan, hastanede gözetim altında ölüm imgesi bir meta olarak sunulmaktadır. Bu yapıda Illich’e göre kişi ancak sadece üretici olarak değil tüketici olarak da işe yaramaz hale geldiğinde ölümü uygun görülmektedir. Hatta Illich bu bağlamda ölümü, “tüketici direnişinin son biçimi” olarak görmektedir.⁵² Bu direnişi kırmak büyük oranda yoğun bakım tıbbına düşmektedir ki bu durumda hastanın ne pahasına olursa olsun hayatta tutulması çabası çoğu zaman distanazi olarak nitelendirilebilecek bir ölme sürecine yol açmaktadır.

Fakat Baudrillard, ölümün metalaşması fikrine karşı çıkmamakla birlikte ölüm sürecinin uzatılmasının ekonomik kar güdüsüyle açıklanmasına katılmamaktadır. Çünkü hayatta tutmaya yönelik terapinin temel özelliği Baudrillard’a göre maliyetlerinin artması fakat sağladığı avantajların giderek azalmasıdır. Diğer bir deyişle “üretken olmayan canlıların hayatta kalmaları sağlanmaktadır”⁵³ ki bu özellikle yoğun bakım tıbbı açısından geçerlidir. Fakat Baudrillard bütün bu gelişmeleri, toplumsal denetimin genişletilmesi ile anlayabileceğimizi savunmaktadır. Buradaki temel amaç, yaşama ve ölüme ait tüm alanların denetim altına alınabilmesi böylece insanların yaşama ve

olduğuna dair bir teori değil, bir iktidar teorisinin başlangıcı olabilir ancak. Fakat bunun koşulu, iktidarın bir töz, bir yerlerden akan bir sıvı olmadığını kabul ederek, onu sadece – başaramasalar bile- iktidarı sağlama rolü ve işlevini üstlenen, bunu konu edinen bir dizi mekanizma ve usul olarak anlamaktır. İktidar bir usuller bütünüdür.³

Bu usuller bütününe özelliği eylem alanlarını yapılandırması, böylece tutum ve davranışların yönlendirilerek, muhtemel sonuçların “düzene konmasıdır”.⁴ “Bir iktidar ilişkisini tanımlayan” der Foucault, “doğrudan ve aracı olarak başkaları üzerinde değil; başkalarının eylemleri üzerinde eylemde bulunan bir eylem kipi olmasıdır: eylem üzerinde potansiyel veya fiili eylem, gelecekteki ya da şu andaki eylemler üzerindeki bir eylem”.⁵ Demek ki, iktidar üzerine buradan hareketle yürütülecek bir çözümleme, iktidarın mevkiini tayin etmeye değil, nasıl işlediğini ve eylemler üzerinde nasıl etki ettiğini anlamaya çalışacaktır. Bu da bizi iktidarı baskı ve zor mekanizmalarıyla eşitlemeyen bir kuramsallaştırmaya götürür.

Kralın Kellesi Hala Uçurulamadı!

Cinselliğin Tarihi’nin yukarıda söz ettiğim birinci cildi *Bilme İstenci*’nde, araştırmalarının amacını anlattığı bir bölümde Foucault iktidar çözümlemelerinde “kralın kellesinin hala uçurulamamış” olmasını eleştirir.⁶ Ona göre iktidar hala yalnızca baskıcı yönüyle düşünülmekte, yasa (veya yasak) şeklinde okunmakta ve bu yasa, “hep kılıçtan söz etmektedir”. Başka bir ifadeyle, kendisine karşı çıkanlara mutlak bir tehditle, yani ölüm tehdidiyle karşılık verdiği, işleyişinin buna dayandığı düşünülmektedir.⁷ Oysa bu, iktidarın ancak bir yönü, Foucault’nun terminolojisini kullanacak olursak bir kipidir. Hükümrana özgü bu “egemen iktidarın”⁸ ayırıcı özelliği yaşam ve ölüm üzerinde hak iddia edebilmesidir ve kökeninde Romalı aile reisinin çocukları ve köleleri üzerinde uygulayabildiği *patria potestas* yatar: daha açık bir ifadeyle, aile reisinin “verdiği” yaşamı geri alabilme hakkı. Klasik kuramcılarda bu hak daha yumuşamış bir şekilde karşımıza çıkacaktır: Hükümran bu hakkı uyrukları üzerinde koşulsuz olarak değil, ancak kendi varlığı tehlikeye düştüğünde kullanabilecek, yani onlardan varlığını koruması için kendilerini tehlikeye atmalarını isteyebilecektir. Öte yandan varlığını tehdit eden bizzat kendi uyruğu olduğunda, o kişinin yaşamı üzerindeki tasarrufunu yine dolaysızca kullanabilmekte ve ceza olarak onun canını alabilmektedir. Foucault bu kullanımın daha geniş bir “tasarruf hakkı” bağlamında değerlendirilebileceğini yazar: Hükümran “ürünleri, malları, hizmetleri, emeği” zorla ele geçirdiği gibi, yaşama

“yokluğu bir hülya haline getirmenin ve [onun] önceki sistemlerde onu tanımlayan haliyle yekpare bir musibet olmasını engellemenin yoludur. Böylelikle azlık-olayı [ikiye] ayrılmış olur. Musibet-azlık ortadan kalkar ama bireyleri öldüren azlık ortadan kalkmaz, hatta kalkmamak durumundadır.”⁵⁴ Bir kez daha nüfusun belirli bir kesiminden feragat edilmesi söz konusudur. Bir kez daha bu, nüfusun bütününe iyiliği adına istenir.

Sonuç Yerine: Kim Yaşatılmaya Değer?

Öyleyse Foucault’nun iktidar analizlerinde izini sürdüğü modern iktidarın işleyişi ölümü tümüyle dışarıda bırakmamaktadır. İster *Cinselliğin Tarihi* ve *Toplumu Savunmak Gerekir*’deki gibi nüfus üzerinde bir müdahalenin aracı olarak görülsün, ister *Güvenlik, Toprak, Nüfus*’taki gibi kendi haline bırakılan ekonomik işleyişin geçici etkilerinden biri sayılsın, ölüm biyoiktidarda içkindir. Bir bütün olarak nüfusu hedef alan yaşatma çabası, hiçbir zaman nüfusun bütününe kapsamaz. Aksine nüfusun belirli bir kesiminin, ‘bütünün’ iyiliği için elenmesini getirir. Bu noktada akla gelecek soru, bu elemenin hangi ilkeler uyarınca nasıl çalıştığı, kimlerin yaşatılmaya değer bulunduğu veya bulunmadığıdır. Foucault bu soruyu doğrudan ele almaz ve sonraki yıllarda verdiği derslerde öncelikle neoliberalizm tartışmasına, daha sonra Antikçağ’a dönerek kendilik tekniklerine odaklanır.

Fakat Foucault’nun biyopolitika çözümlemesini dönüştürerek yeniden kurgulayan Giorgio Agamben, Judith Butler, Achille Mbembe gibi isimler bu soruyu da dikkate almışlar ve farklı açılardan kimlerin ölüme bırakılabildiğini sorgulamışlardır. Agamben *Kutsal İnsan* kitabında hem dünyevi hem ilahi hukukun dışında bırakıldığı için çifte dışlamaya maruz kalan *homo sacer* örneğini verir.⁵⁵ *Homo sacer*’in yaşamı öyle kıymetsizdir ki, onu öldürmek cinayet sayılmaz (tıpkı gaz odalarında yakılan insanlarınki gibi). Demek ki hukukun dışına terk etmek, öldürülebilir kılmanın araçlarından biridir (gaz odalarında yakılanların öncelikle vatandaşlıktan çıkarıldıklarını hatırlamak da burada uygun olacaktır⁵⁶). Butler bu sürecin temsil mekanizmalarındaki karşılığına bakar. 11 Eylül ertesinde ABD’nin Ortadoğu’da yaptığı askeri müdahalelerden ve bu müdahalelerin medyadaki temsil biçimlerinden yola çıkarak, toplumsal kavranabilirlik çerçevelerine daha baştan dahil edilmemenin bazı kesimleri nasıl insan-dışılaştırdığını ve onları öldürülebilir kıldığını tartışır.⁵⁷ Mbembe, “nekropolitika” kavramını geliştirdiği çalışmasında öldürülebilirliğin bir yandan sömürgecilikle, diğer yandan günümüzde teröre karşı yürütülen savaşlarla ilişkisini kurar.⁵⁸

Yaşamı tanımlama kurgusu, bizatihi yaşamın kendisinin tanımı referansı ile yapılabileceği gibi "ölüm" üzerinden de yapılabilir. Bu ikili kavram birlikteliğinin diyalektik ilişkisi, kendileri içinde bir diğerinin tanımını bulmayı olanaklı kılar. Ölümün tanımlanması yaşamın derinden kavranmasını da gerektirir. Modern toplumlarda, ölümlülük ve sonluluk durumunun doğallığını ikame etmeye çalışan kavram bedensellik çatısından gizli "ölümsüzlük" ve "sonsuzluk" algısıdır. Sisypheos'un kaderini bir ömür sürdüren insanın; ancak yaşadığı ölebileceğini kabullenmesi gerekir.

Modern kabul, ölüm ile insan ya da bir başka deyişle yaşam arasına araçlar koyar. Bu durum da ölümün doğallığını bozduğu gibi, insanı ölüme karşı yabancılaştırır. Ölmek için yapılması ya da yapılmaması gereken ön koşullar tanımlanır, kavram zamana endekslenerek "sıralı" bir hale dönüştürülür. Ölüm yaşlı insanların bedeninde "ötekileştirilmiş"tir.

Her kültürün ölüme ilişkin açıklamaları, doğru olduğuna üyelerince inanılan kökleşmiş bir *ölümlülük tezi* vardır. Beden, bedenin bozulmaması, ölümün olanaksızlığı, geciktirilmesi ve nihayetinde reddine kadar giden bir algı değişikliği (bozukluğu) yaşamaya başlar modern insan. Ölüm; rasyonelleşme, tıbbileşme, bireyselleşme ve sekülerleşme sayesinde görmezden gelinmektedir, ölüm hayattan adım adım dışlanır.

M. Foucault kullandığı; **"insan bedeninin anatomo-politikası"** ve **"tür-bedenlerin/nüfusun biyopolitikası"** kavramları ile "canlı bir varlık olarak insan üzerinde "yaşatma" iktidarının sürekli korunmasının" gündeme geldiğini böylelikle tarihte ilk kez iktidarın tamamen yaşatmaya endekslili ve ölümü reddeden bir anlayışı kurumsal yönden profesyonelce *üstlendiğini*; Klasik hükümlerliklerde görülen - **"öldüren"** ya da **"hayatta bırakan"** iktidar yerine Çağdaş hükümlerliklerde - **"yaşatan"** ya da **"ölüme bırakan"** iktidar türüne geçiş olduğunu açıklar.

Bu bağlamda, ölüm ile insan arasına giren araçların başında tıp gelmektedir. Kendini, zanlı ve kurban ikilemi içerisinde bulan tıp, tam da kendisinden beklendiği gibi; bedeni koruma, gençleştirme (yaşlanmasına izin vermeme), hastalıkları yok etme ve sonuçta ölümsüzlüğe ulaşma görevini üstlenirken; artık ölümü doğal bir süreç kabul etmeyen "ölümsüz" muhatapları ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Ölümsüzlük algısı, sadece ölümün olmaması değil, aynı zamanda onu inkar etmek anlamına da gelir.

Modern kliniğin doğuşundan önce, uyku (Hypnos) ile ölümün (Thanatos) ikiz kardeşliğinden de anlaşılacağı gibi, iyi olmama (hastalık) durumunda kadim topluluklarda iyileştirme yöntemi olarak

kullanılmasının sakıncaları konusunda tartışmalar vardır. Terim “tek yönlü” bir kavram olup karar vericiden (doktor) muhatabına giden bir mesaj niteliğindedir. Bu gerekçe ile hasta yakınları ile konuşulurken terimin hatalı olarak hekim-hasta güvenini zedeleyecek, tartışmaya görüşmeye kapalı nitelikte oluşunun altı çizilmektedir. Ayrıca kavramın net tanımının yapılmasında yaşanan güçlük, farklı öncelikler kullanarak sunulan tanımlar ile giderilmeye çalışılmaktadır. Fizyolojik futulite; “tedavi fizyolojik hedefleri sağlayamaz”,¹⁹ Nicel futulite; “tedavinin %1 den az başarı şansının olması”¹⁸. Bu anlamda organ bağışına dönmeyecek beyin ölümü uygunsuz olarak boşa çaba statüsünde değerlendirilir.

Avrupa Konseyi Biyoetik Komitesi (DH-BIO) tarafından, hasta hakları hakkında çalışmaları esnasında, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi, ETS No. 164, 1997) ile güvence altına alınan ilkelerin uygulanabilmesini kolaylaştırmak amacıyla kaleme alınmış olan **“yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz”**da; “yaşamın son döneminde tıbbi karar alma süreci, tıp etiğinin uluslararası düzlemde kabul görmüş nitelikteki ilkeleri olan özerklik, yararlı olma, zarar vermeme, adil olma ilkeleri açısından değerlendirilir” şeklinde tanımlanmıştır.

Bu bağlamda, özellikle ve tam da beyin ölümü durumuyla ilgili olarak konu, salt hasta ve hasta yakını haklarının ötesinde, tıbbi zorunluluklar içermektedir. Yaşamsallıkla ilgisi olmayan bir “ölüm” tablosunda ne yapılıyorsa o şekilde davranılması gerekliliği söz konusudur. Üstelik konu, sadece muhatabı olan kişiyle ilgili olmanın daha ötesindedir; mevcut YB yatağını kullanmaya potansiyel aday diğer hastalar, organ paylaşımı yapmaya potansiyel aday hastalar ve kuşkusuz ilgili tüm aile fertleri dahil olmak durumundadır.

Sonuç Yerine

Tarihsel süreç içerisinde sosyolojik dinamikler çerçevesinde, toplumların ölüm algısı ve verdikleri karşı tepkiler değişim göstermiştir. Çok daha doğal kabullü ve bu yönde uyumlu, bir anlamda kendi içinde barışık ilişkinin daha çok çatışmacı ve varlığının reddi yönündeki dönüşüm, öncelikle hastanenin (kliniğin) inşası ile ivme kazanmış, bu konudaki dil ve karşı dil başka bir konuma evrilmiştir. Hastaneler içinde yoğun bakım ünitelerinin inşası ile birlikte ise, ölüm baştan ve yeniden tanımlanır olmuş, konudaki algı önemli şekilde değişmiştir.



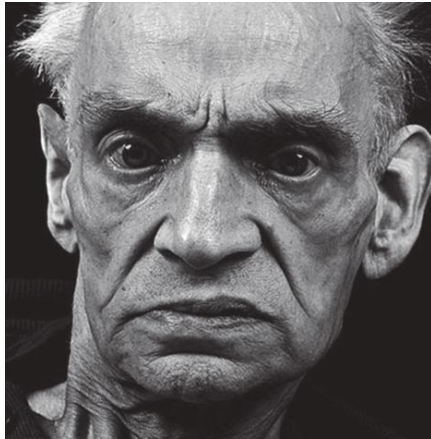
Resim 4. Irish Wake, İrlanda'da geleneksel ölü nöbeti, anonim, 1873, Kaynak: Irish Central.

Geride kalanlar açısından baktığımızda ise gidenle vedalaşma ve onun son dileklerini yerine getirme fırsatı sunan, çocukların bile sürece dâhil edilerek ölüm gerçeğine aşinâ kıldığı, birlikteliğin yalnızca güçlendirilmekle kalmadığı, aynı zamanda yarının toplumsal düzeninin bugünden inşa edildiği bir âyindir buradaki ölüm döşeği; giden için olduğu kadar, geride kalanlar için de hayatın bir evresinden diğerine *geçiş töreni*dir. Nitekim, Kellehear, “*her ölme süreci yarının toplumsal düzeninin varoluşsal gerçekliğini hazırlar*” der, “*hazırlıklar sadece yaşamda düzeni sağlamaz aynı zamanda o düzene olan inancı da yeniler. Toplumsal ve kişisel uyuma giden topluluk yolu budur.*”³⁴ Bu bağlamda, kendi ölüm sürecini yönetmek, ölmekte olanın yalnızca *hakkı* olmakla kalmaz, aynı zamanda *sorumluluğudur* da; bu süreci toplum adına *iyi ve faydalı* kılacak şekilde yönetmeli, ve tam da bu nedenle, elindeki bu son güç ve fırsatı iyi değerlendirmek üzere hazırlıklı olmalıdır. Dolayısıyla, bu toplumsal düzen içinde *iyi ve onurlu* bir ölüm, kişinin ölmekte olduğunun bilincine vardığı anla, son nefesini verdiği an arasındaki *ölüme hazırlık sürecini* kapsamaktadır, o hâlde, önceden geleceğinin işaretlerini veren bir ölüm olmalıdır.

Tam da bu nedenle, Orta Çağ Avrupa'sında asıl *kötü ölüm*, hastalığın neden olduğu ıstıraplı bir ölüm süreci değil, aksine -günümüzün “ideal”i olan uykuda ölüm gibi- hiç hissettirmeden olup biten âni ölümdü. Nitekim, kendisini bekleyen kaderi zamanında ve herkesten önce fark etmemesi durumunda, ölecek olan kişiyi bu *tehlikeden* koruma -yani *nuncis mortis* (ölüm habercisi) olma-sorumluluğunun manevi arkadaşına ve yüksek dereceli papazlara ait bir belge aracılığıyla görevlendirilen hekimlere ait olduğunu yazar Philippe Ariès.³⁵ Modernleşme öncesi, Ralph Houlbrooke'un

Konuyu kişisel özgürlük bağlamında ele alan ve bu konudaki kararın hastanın özerkliğine, yararına ve hayatının kutsallığına *ne şekilde* saygı gösterileceğiyle ilişkili olduğunu söyleyen Dworkin'e göre, bu saygı hastanın arzusunu, hayattan ne beklediğini, bir başka ifadeyle *hayatına nasıl bir nitelik yüklediğini* anlamaktan geçer. Hastalık karşısında insanların farklı tepkiler göstermesinin, kiminin daha fazla acı çekmeden ve saygınlığını kaybetmeden ölmeyi, kiminin ise bütün acılara rağmen daha uzun yaşamayı tercih etmesinin kendi hayatına yüklediği anlam ve amaçla ilişkili olduğunun altını çizen Dworkin, burada önemli olanın hayatın sonunun, hayatın bütününe ve ölen kişinin karakterine ne şekilde etki edeceği olduğunu söyler; çünkü hayat tıpkı edebi bir eser gibi, bir bütün oluşturmaktadır.⁵⁵ O hâlde, *son*, eserin bütününe etkilemiş olacaktır ve nasıl olacağı konusundaki karar hakkı, kendi hayatının hikâyesini yazan insana ait olmalıdır.⁵⁶ Bu, kuşkusuz ötanazi tartışmasının ötesinde, kurtulma şansı olmayan hastaların, eziyetli bir tedavi süreciyle *niteliksiz* bir hayatı sürdürmek zorunda bırakıldığı durumlarda da hatırlanması gereken bir düşüncedir; huzur içinde ölmeye izin vermek de, en az şifalandırmak ya da acıyı dindirmek kadar etik ve insanî bir duruştur ve aynı zamanda tıbbın sorumluluklarından biri olmalıdır; ki, bazen acının dinmesinin, ölümden başka çaresi de yoktur.

*Klinik ölümd*e, ölüm sürecine tanık olanlar, hatta ölüm döşegini çevreleyenler hastanın yakınlarından çok, doktorlar, hemşireler ve diğer hastane personelidir; ve bu nedenledir ki, meslekî olduğu kadar, insana ve hayata dair bilgiyle de donatılmış olmaları gerekir; özellikle genç doktorları kastederek, “*onlar hayatı uzatmayı öğreniyorlar*” der.



Resim 7. Kronik obstrüktif akciğer hastası Jens Pallas [62] ölümünden önce, 1 Aralık 2003.

olamamakta ve bunun kaçınılmaz sonucu olan ölümün ertelenmesi ile bir çok açıdan zararlı olabilmektedir. Ayrıca, tüm sağlık sistemlerinde sınırlı bir kaynak olan yoğun bakım olanaklarının bunlardan yarar görmesi mümkün olmayan hastalara ayrılması hastalar arasında adaletsizlik ve sağlık harcamaları açısından büyük bir yüke neden olmaktadır.

Hastanelerin başka bölümlerinde uygulanan sıradan tedaviler ile karşılaştırıldığında olağan dışı kabul edilen bu uygulamaların, bunlardan gerçekten fayda görebilecek hastalara kullanılması ve geri dönüşsüz (terminal) durumların saptanarak bu durumda uygulanacak tedavilere sınır getirilmesi önemli bir tartışma konusudur. İngiltere’de “General Medical Council” tarafından yayınlanan etik kılavuzda “etik ve yasal prensipler açısından yaşam destek tedavileri ile ilgili karar verme süreci ölümü hızlandırmak olmamalı, bunun yerine her zaman yaşamın uzatılması öncüllenenmelidir. Ancak olası zararları veya hastanın isteklerine rağmen yaşamı uzatmak için de bir zorunluluk yoktur” şeklinde görüş bildirmiştir.⁹ Amerika Birleşik Devletlerinde yoğun bakım tıbbi ile uğraşan uzmanlık dernekleri ise ortak bir açıklama yaparak ölüm veya ağır sakatlıkla kalma riski yüksek olan hastalara yaşam destek tedavilerine devam edilmesinin uygun olmadığı, bunun yerine hastalar ve ailelerine konfor sağlamayı amaçlayan alternatif tedavilerin sunulması gerektiğini belirtmişlerdir.¹⁰ Bu tip etik belgeler hemen hemen tüm ülkelerin tıp otoriteleri tarafından yayınlanmış olmakla birlikte ülkemizde bu konuda bir mevzuat oluşması tüm yoğun bakım hekimleri tarafından beklenmektedir. Aslında antik çağlardan beri bilinen “futility” (beyhudelik) kavramı yoğun bakımların gelişmesi ile birlikte ayrı bir önem kazanmıştır. Bu kavram, farklı şekillerde açıklanmaya çalışılmıştır. Beyhude tedaviler için yapılan başlıca tanımlar Tablo 1’de özetlenmiştir.¹¹

Tablo 1. Beyhude Tedavi Tanımları.

Fizyolojik beyhudelik	Fizyolojik amacına ulaşmayan tedaviler
Kantitatif beyhudelik	Başarılı olma şansı %1’den küçük olan tedaviler
Kalitatif beyhudelik	Kötü yaşam kalitesi, şuur kaybı ile sonlanan tedaviler
Ölümün kaçınılmazlığı	Hastanın yakın gelecekte öleceği gerçeğini değiştirmeyen tedaviler
Ölümcül hastalık	Altta yatan hastalığın ağırlığı nedeniyle haftalar-aylar içinde ölümün gerçekleşecek olması

varılması daha uygun olabilir. Etik kurullar tarafından yapılabilecek etik konsültasyonların özellikle bu konularda fayda sağlayabileceği öngörülebilir. Tüm bu senaryolarda önemli olan bireyin özerkliğine saygı çerçevesinde kararların alınabilmesi hususudur. Verilen bilgiler doğrultusunda olabildiği konularda tıbbi vasiyet ve canlandırmama konusunun etik ve yasal dayanaklara sahip olduğu açıktır.

Yaşam sonu kararlarında en sık fayda ve zarar vermeme ilkeleri arasında ikilem yaşandığı gözlenmektedir. Yaşam sonu kararlarında sıklıkla tartışılan boşuna tedavi (futile treatment), tedavinin esirgenmesi (withhold), tedavinin geri çekilmesi/sonlandırılması (withdraw) kavramları bu ilkelerin çatıştığı noktaları işaret etmektedir. Tedaviyi esirgemek (withhold), hastaya tıbbi müdahalenin hiç başlanamaması/yapılmaması veya tedavi protokolüne ek bir müdahale yapılmaması anlamına gelir. Elbette ki bu noktadaki en önemli ölçüt tedavinin boşunallığı olacaktır. Tedaviyi esirgeme konusuna canlandırmama (DNR) örnek gösterilebilir. Tedaviyi sonlandırmak (withdraw) ise başlanmış olan bir tedavinin artık yalnızca ölüm sürecini uzattığı düşünüldüğünden dolayı sonlandırılmasıdır. Gelişen teknolojinin de bir sonucu olarak tedavinin boşunallığı ve yararlılığı konuları çok tartışmalı bir noktada kalmıştır. Hekimler tedavinin boşunallığını tanımlarken ikilem yaşayabilirler. Çünkü tedavinin boşunallığı kavramı beyin ölümü ve kesin ölüm gibi yasalarca tanımlanmış bir tanımlamaya sahip değildir. Hekimler kendi tıbbi deneyimleri ve bilimsel olarak ulaşılan son bilgiler ışığında, uyguladıkları tedavinin boşunallığını düşünebilir. Ancak bu düşüncelerinden yola çıkarak hastanın tedavisini sonlandırmak ya da esirgemek konularını tartışmaya açarlarsa, hekimler ötanazi eksenli suçlamalarla karşılaşma çekincesi yaşayabilirler. Anlatımı biraz daha genişletmek gerekirse Türkiye’de TTB tarafından yayınlanan etik bildirge dışında tedavinin boşunallığını ifade eden bir belgeye bu çalışma sırasında biz ulaşamadık. Bu durumda hekimlerin hukuki endişeler yaşamaları beklenebilir. TTB’nin “*Yaşamın Sonuna Dair Etik Bildirge*”sinde ise “*Hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlarda tedavi ya da uygulama tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilmektedir. Özellikle terminal dönemde agresif yaşam destek tedavilerinin hastaya durumunu düzeltme şansı tanımadığı ve fizyolojik bir yarar sağlamadığı, aksine ilave ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzamasına neden olduğu durumda öngörülen tedavinin yapılmaması etik açıdan savunulabilir. Hastaya önerilecek*

Tablo 2. Davranışsal ağrı ölçeği. (devamı)

		Skor
Ses çıkarma	Ses yok	1
	Sık olmayan (≤ 3 /dk) ve uzun sürmeyen (≤ 3 sn) sızlanma	2
	Sık (> 3 /dk) ve uzun (> 3 sn) sızlanma	3
	İnleme veya sözel yakınma (Ah!, Of! gibi) veya nefesini tutma	4

Standart ağrı yönetimi algoritması DSÖ'nün basamak ağrı tedavisine dayanmaktadır. Farmakolojik yöntemlerle birlikte non-farmakolojik yöntemlerin de (masaj, rehabilitasyon, egzersiz gibi) ağrı tedavisinde yeri vardır. DSÖ, ağrının farmakolojik tedavisinde basamak sistemini önermektedir: 1. basamakta non-opioid analjezikler, 2. basamakta zayıf opioidler ve 3. basamakta güçlü opioidler. Yaşam sonu hastalarda çoğunlukla ilk tercih opioidlerdir. Bu analjezik tedavinin yanında adjuvan tedaviler de önerilmektedir. Adjuvan tedavilere örnek olarak nöropatik ağrı tedavisi veya diğer semptom tedavileri (antidepresan, anksiyolitik gibi) verilebilir. Medikal tedavi ile başarılı olunamayan ağrılarda ise girişimsel tedaviler denenmelidir.¹³



Şekil 3. DSÖ basamak ağrı tedavisi.

Farmakolojik tedavi: Akut dispne de sıklıkla opioid uygulanması önerilmektedir. Diğer seçenekler ise nazal kanül ile oksijen desteği vermek, hastanın spesifik tanısına yönelik diüretik, bronkodilatör, kortikostreoid veya benzodiazepin uygulamaktır.

Yaşam sonu bakımı, ölüm sürecinde yaşam kalitesini öncülleyen bir bakımdır. Bu bakımın özellikle yoğun bakım hastaları için uygulanması çok önemlidir, yoğun bakımda yatan terminal hastalarda yaşam sonu kararlar verilmesi ile tedavilerin kısıtlanmasına karşın bakım hizmetleri sürdürülmesi hasta ve yakınlarının bu süreci en kaliteli şekilde atlatmasını sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West PJ. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage.* 2002 Aug; 24(2): 106-23
2. Shreves A, Marcolini E. End of life/palliative care/ethics. *Emerg Med Clin North Am.* 2014 Nov; 32(4): 955-74
3. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol.* 2003 Mar 15 ;21(6): 1133-8
4. Goodman DC, Morden NE, Chang C-H, et al: Trends in Cancer Care Near the End of Life. A Dartmouth Atlas of Health Care Brief, A Report of the Dartmouth Atlas Project. The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice 2013
5. Shimabukuro-Vornhagen A, Böll B, Kochanek M, Azoulay É, von Bergwelt-Baildon MS. Critical care of patients with cancer. *CA Cancer J Clin* 2016; 66: 496-517
6. Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. *JAMA.* 2011 Oct 5; 306(13): 1483-4
7. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE; Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med.* 2010 Sep; 38(9): 1765-72
8. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet.* 2010 Oct 16; 376(9749): 1347-53

ÖLÜMLE YÜZLEŞMEK YOĞUN BAKIM İLE DEĞİŞENLER

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY ŞUBE

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN: 978-975-277-111-1



9 789752 777637