

**T.C  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÖLÜME GÖTÜREN SÜREÇTE VE ÖLÜMDE  
HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EBRU ÇEVİK  
Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı**

**ŞANLIURFA 2005**

T.C  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DEONTOLOJİ VE TIP TARİHİ ANABİLİMDALI

ÖLÜME GÖTÜREN SÜREÇTE VE ÖLÜMDE  
HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBRU ÇEVİK

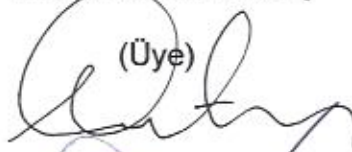
Doç. Dr.Şahin Aksoy

(Jüri Başkanı ve Danışmanı)



Doç. Dr.Nurten Aksoy

(Üye)



Doç Dr. Muharrem Bitiren

(Üye)



Prof.Dr. Salih Zeki Ziylan

Enstitü Müdürü



## TEŐEKKÜR

Tezi hazırlama sürecinde özveri ve sabır ile bilimsel katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Şahin Aksoy'a, akademik yaşantım boyunca güven verip yol gösterici olan Sayın Doç. Dr. Nurten Aksoy'a, tez konusundaki kaynaklara ulaşmamı sağlayan arkadaşlarıma, bana çalışmalarım boyunca maddi ve manevi her konuda yardımcı olan anneme teşekkürlerimi sunarım.

Ebru ÇEVİK

<b>İÇİNDEKİLER</b>		<b>Sayfa</b>
		<b>1</b>
<b>1. GİRİŞ</b>		
1.1. Problemin Tanımı		1
1.2. Araştırmanın Amacı		6
<b>2. MATERYAL ve METOD</b>		7
<b>3. GENEL BİLGİLER</b>		7
<b>3.1. ÖLÜM KAVRAMININ FARKLI DİSİPLİNLERCE DEĞERLENDİRİLMESİ</b>		7
<b>3.1.1. DİNLERDE ÖLÜM</b>		7
3.1.1.1. Musevilik		8
3.1.1.2. Hıristiyanlık		10
3.1.1.3. İslamiyet		13
3.1.1.4. Budizm		17
<b>3.1.2. FELSEFE LİTERATÜRÜNDE ÖLÜM</b>		18
<b>3.1.3. TIP AÇISINDAN ÖLÜM</b>		24
<b>4. BİR MESLEK OLARAK HEMŞİRELİK</b>		30
4.1. Hemşirelik Tarihi ve Hemşirelik Eğitimi		31
4.2. Hemşirenin Sağlık Ekibindeki Yeri		33
4.3. Hemşirelik Etiği		35
<b>5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖLÜM ALGISI</b>		41
5.1. Ölüme Yaklaşan Birey ve Ailenin Tepkileri		43
5.2. Ölüme Tepkilerde Hemşirelik Yaklaşımları		46
5.3. Ölümcül Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadığı Güçlükler		49

<b>6. ÖLÜME GÖTÜREN SÜREÇTE HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLAR</b>	<b>53</b>
6.1. Tanının Söylenmesi	55
6.2. Ötanazi ve Hekim Yardımlı İntihar	63
6.2.1. Ötanazi Çeşitleri	63
6.2.2. Pasif Ötanazi	65
6.2.2.1 Tedavinin Reddi	69
6.2.2.2 Tedavinin Boşunallığı (Futility)	74
6.3. Ağrı Yönetimi	80
6.4. Bir Alternatif Olarak Hospizler	87
<b>7. ÖLÜMDE HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLARI</b>	<b>93</b>

<b>7.1. Canlandırma Uygulamayınız İstemi (Do Not Resuscitate) ve Yaşamın Sonu İçin Vasiyet (Living Will)</b>	<b>94</b>
<b>7.2. Organ ve Doku Aktarımı</b>	<b>100</b>
<b>7.3. Postmortem</b>	<b>102</b>
<b>8. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	<b>104</b>
<b>9. ÖZET</b>	<b>112</b>
<b>10. ABSTARCT</b>	<b>113</b>
<b>11. KAYNAKLAR</b>	<b>114</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.</b>	<b>123</b>

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı

Ölümün anlamını açıklayabilmek güçtür. Ölüm konusunda tek ve belirli bir görüşle karşılaşılmamış, insanlık tarihi boyunca, insan düşüncesinin gelişimine uygun olarak bu konu çeşitli görünüm almıştır (1). Farklı kültürlerde ve toplumlarda ölümle ilgili değişik inanışlar ve dini yorumlamalar vardır. Ölümü bazıları her şeyin bitişi olarak kabul ederken, bazıları da onu ruhun bedenden ayrılması olarak yorumlamaktadır. Mistik anlayışa göre ölüm yeni bir hayatın başlangıcıdır; bir yok oluş, ayrılma değildir ve ölüm sonrası hesap verme zamanıdır. Tek Tanrılı dinlerin çoğunda ise ölüm, "Tanrıya kavuşma" demektir (2,3). Ruhun varlığına inanmayanlar ölümü mutlak bir son ve yok oluş olarak görür. Ruhun varlığına inananlar ölümü, ruhun beden ile ilişkisinin kesilmesi ve dünyadaki gelişimini tamamlamış, yaşamının gereğini yerine getirmiş olan ruhun Tanrıya ulaşma gününü beklemesi olarak tanımlarlar (3,4,5).

Tüm canlıların paylaştığı kaçınılmaz bir son olan ölüm, bireyin psikolojik ve fizyolojik anlamdaki son evresidir (4). Tıbben ölüm, birdenbire oluşan değil, aksine sürekli olarak ilerleyen ve yaşamsal önemi olan organların devre dışı kalmasıyla çeşitli hücre gruplarının giderek yok olması şeklinde gelişen bir olaylar dizisinin sonucu olup geri dönüşsüzdür (6). Amerikan Tıp Derneği tarafından ölüm, dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin geriye dönüşsüz durması olarak tanımlanır. Harvard Üniversitesi'nde kurulan bir komitenin hazırladığı rapora göre de ölüm, belirli kriterleri olan beyin fonksiyonlarının geri dönüşsüz sonlanması olarak benimsenmiştir (4).

Ölümcül hastalıklar içinde akut hastalıkların oranı gittikçe küçülürken, kronik hastalıkların oranı artmış, bu durum yaşamı uzatıp ölümü geriye itmiş, diğer bir deyişle ölüm süreci de uzamıştır (7,8,9). Bu yüzden günümüz çağdaş tıbbının ve insanın en önemli güncel sorunlarından biri ölümcül hastalıklardır. Eski zamanlarda insanların çoğu,

evlerinde ve ailelerin yanında ölümler, günümüzde ölümlerin büyük bir kısmı hastanede olmakta; bu da hastanelerde ölümcül hasta bakımının önemini artırmaktadır (4,9,10).

Bir çok insanın ölüm süreci ve ölüm anına ilişkin deneyimi yoktur. Fakat sağlık elemanlarının çoğunluğu bir insanın son anlarında birlikte olmuş yada ona bakım vermiştir. Hekim ve hemşireler ölüm sürecini gözlemlemeye bir çok kişiye göre daha yakındırlar (2,8). Ancak bilim ve teknoloji alanındaki hızlı ilerleme sağlık çalışanlarına abartılmış bir güç duygusu aşılıyarak ölüm gerçeğini, bakış açılarının dışına çıkarmalarına yol açmıştır. Ölüm tıbbi ve teknolojik tedavi girişimlerinin ardında göze çarpmayan bir yerlere itilmiştir (9,11,12). Ölüme ilişkin bütün kültürlerde varolan birbirinin içine geçmiş inançlar sağlık görevlilerinde de vardır. Doktorların hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin daha çok tıbbi kararlar almalarına karşın, hastaya bakım sorumluluğunda olan hemşireler, mesleklerinin gereği hastalarla ölüm gerçeğini daha iç içe yaşarlar ve bu alanda hastaya yardım etmede benzersiz konumdadırlar (13). Hemşirelik sanatı, bireyi bir bütün olarak ele almak, onunla amaçlı bir ilişki kurmak, alıcının yaşadıklarının anlamını kavramak ve bu doğrultuda bilimsel temelli bir bakım sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik sanatı yalnızca teknik işlemleri değil çok yönlü bakım sunmayı da içerir (14).

Yaşlılık ve hastalık gibi ölüm de birçok kültürde görmezden gelinen, yadsınan bir olgudur. Hemşirelik eğitiminde en büyük yoğunlaşma hastalıklar ve onların tedavisi üzerine iken ölüme ilişkin az şey öğretilir. Doktorlar ve hemşireler yaşamı kurtaran kişiler olarak görüldüklerinden, ölümlerle karşılaştıklarında kişisel bir başarısızlık duygusu yaşarlar ve kendilerine güvenleri sarsılır (9,13).

Bireye ölümcül hastalık tanısının konulması ile başlayan yoğun ve uzun süreli sağaltım ve bakım, fiziksel olduğu kadar duygusal ve sosyal yönlerden de bir çok güçlüğü beraberinde getirmektedir. Sağaltımın etkili olup olamayacağı konusundaki belirsizliğin yanı sıra, yoğun sağaltımın



yan etkileri, hastanın acı çekmesi, sık ve uzun sürelerle hastaneye yatma gereksinimi, ailenin yaşadığı ekonomik güçlükler, aile düzeninin değişmesi, bazen hastanın sağaltımının sürdürüldüğü şehre göç etmek zorunda kalınması ve bazen de evlilikle ilgili sorunlar aile bireylerinin ruh sağlıklarını etkileyebilen diğer stres etmenleri arasındadır. Bu bağlamda sağlık ekibi hastanın ve ailesinin hastalığın duraklama yada terminal dönemde olmasına bağlı değişebilen duygusal gereksinimlerini belirleyerek uygun girişimlerle ele alabilmelidir (15).

Ölümcül hastalık ve terminal dönem yalnızca tıbbi değil, toplumsal, dini ve etik boyutu olan bir süreçtir. Tanım olarak Etik, insan eylemine dair değerlendirmeler ortaya koyabilmek için izlenen sistematik bir yoldur. Felsefi etiğe dayanan ve özel bir etik olmayıp özel durumların etiği olarak tanımlanan tıp etiği, bizlere insanın düşüncesini anlayıp değerlendirebilmede yol göstermektedir. Tıbbi alanda etik ikilem yaşanan bir durumu değerlendirmeye yöneldiğimizde tıp etiği, 1. Özerklik, 2. Yarar sağlama, 3. Zarar vermeme ve 4. Adalet ilkelerini gözeterek, hasta merkezli bir yaklaşımla en uygun kararın oluşmasının yolunu açmaya çalışır. Karar gerektiren fakat tartışmaya açık durumlarda bu konudaki etik görüşlerden ve etik tartışmalardan haberdar olmak, hekim, hemşire ve hasta yakınları için kolaylık sağlayabilmektedir. İşte bu amaçla ölümcül hastanın, yakınlarının ve onlara bakım sunan sağlık alanı elemanlarının paylaştıkları sürece yönelerek etik sorunları çözmeye çalışmaları gerekmektedir (11,15,16). Ölüme yardımın mümkün olup olmadığı, ölüm anının tespiti, hastalığa rağmen yaşatılan kişinin yaşam kalitesi, ağrının ne ölçüde dindirilebileceği gibi konular bugün tartışılmakta ve bu sorulara cevap aranmaktadır. Konunun bu denli çok boyutlu olması hukuk, tıp ve değer yargıları içerisinde tartışılması gerekliliğini ortaya çıkartmaktadır (1). Bunun yanında dünyadaki değişimler doğrultusunda insana olan evrensel bakış açısının geçirdiği değişimler de, tıp uygulamalarında karşılıklarını bulmaktadır. Bugün Biyoetik kapsamında ele alınmakta olan ve etik değerler yönünden tartışmalar uyandıran tıbbi müdahalelerin (genetik

çalışmalar, yapay dölllenme, organ aktarımları, ötanazi v.d.) tüm insanlık tarafından benimsenebilmesi için, kimi zaman geleneksel etik değerlerin yeniden gözden geçirilmesi yada yorumlanması gerekmektedir. Bu çerçevede yeni tıbbi uygulamaların benimsenmesi ve genelleştirilmesiyle doğacak sonuçların, insan onur ve saygınlığına ait evrensel değerleri zedeleyebileceği kaygısıyla söz konusu tıbbi müdahalelere kuşkuyla yaklaşılmaktadır (17).

Meslek yaşantısı boyunca bir hemşire çeşitli etik sorunlarla karşılaşır. Hemşireliğin uygulandığı her alanda birbirine benzemeyen etik durumlar ortaya çıkar. Hemşirenin günlük çalışmaları sırasında ortaya çıkan bu olayları kavrayabilme yeteneği olmalı ve hemşire bunları çözümlenecek biçimde bir eğitim almalıdır (18). Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik, uygulama alanında bir çok konuda hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirir. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar vermek ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadırlar. Levin'e göre hemşire olmak, uygulamanın her boyutunda etik sorumluluğu üstlenmeye istekli olmayı gerektirir. Hemşireler, hasta ve ailesi ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları, savunuculuk, danışmanlık ve eğitici rolleri gereği, sağlık alanında moral değerlerin gelişmesinde anahtar kişilerdir. Bu nedenle, hemşirelerin etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları zorunludur (19). Hemşirelik sanatı, kişisel değerlerle mesleki değerlerin farkında olunması mesleki değerlere dayalı bir bakım sunulmasıdır. Eşitlik, saygı, gizlilik, adalet vb. ilkelere dayalı, bireyin yeganeliğini dikkate alan bir bakım sunmak, hemşireliğin etik ve moral yönünün gerçekleştirilmesinin temelini oluşturur. Hemşirenin bakım sunmada, etik ve moral kararlar vermesi ve bu kararlarda mesleki ilke ve değerlere sadık kalması gerekir (14).

Klinik uygulamalarda karşılaşılan etik ikilemlerin çoğu, doğru davranış biçimi ile ilgili inanç ve değer yargılarındaki çelişkilere bağlıdır.

Genellikle hemşirelerin çalıştığı ortamlar, karmaşık problemlerin çözümü için disiplinlerarası iş birliğine izin verecek şekilde düzenlenmemiştir (18). Hemşireler, çalıştıkları kurumun politikalarından da kaynaklanan etik çıkmazlar yaşayabilmektedirler. Yerel veya ulusal düzeydeki sağlık bakım politikaları hemşirenin güvenli ve etkili bakım vermesini etkileyebilir (19). Hemşirelik gibi başkalarının yaşamını ve iyiliğini etkileyen mesleklerin gelişmesiyle birlikte mesleğe özgü etik standartlara gereksinim duyulmaktadır. Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. Hemşireliğin doğasında insan yaşamına, onuruna ve haklarına saygı vardır. Hemşire bakım verirken bireyin değerleri, gelenekleri ve inançlarına saygı duyulan bir ortam sağlar, yani hemşirenin insan hakları ve onuruna saygılı bakım verme yükümlülüğü vardır (20). Bütün bunların yanında ölümcül hastalıkların tedavisinde bakımın önemli olması, yaşanan etik sorunların çözümüne ilişkin ülkemizde belirli etik standartların geliştirilmemesi, hemşirelik eğitiminde etik sorunların çözümüne ve hemşirelerin kendi kültürel değerlerini tanımalarına olanak sağlayan etik eğitiminin verilmemesi gibi nedenler de hemşirelerin ölümcül hastalık tanısı almış bireye bakım verirken karşılaştığı etik sorunları daha da karmaşıklığa sokmaktadır. Ölüme götüren süreçte ve ölümden sonra hemşirelik bakımı, hemşirenin tüm rollerinde olduğu gibi profesyonel olmayı gerektirir. Bu süreçte hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlerken teorik, pratik bilgi ve becerinin yanında belli etik birikime de ihtiyaç duymaktadır. Hemşirenin verdiği bakım ölümcül hastalık sürecinde hatta sonrasında da devam etmesi gereken sürekliliğe sahip olmalıdır. Hemşirelik mesleğinde etik standartları oluşturan uluslararası hemşire birliklerinin yanında kendi kültür ve değerlerimize uygun etik standartların geliştirilmesi gerekliliği de son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin etik bilgisi olması karşılaştığı etik sorunlara yaklaşımını ve kendi değer yargılarını ve bakım verdiği toplumun kültürel özelliğini tanımasına yardımcı olacaktır.

Ölümcül hastalık sürecinde diğer hastalık süreçlerinden farklı olarak yaşanan kendine özgü sorunlar bulunmaktadır. Konunun niceliksel

boyutunun yanında sağlık çalışanları ve hastalar açısından bambaşka niteliksel özellikleri vardır. Çünkü lml hastalıklar ve ölüm fiziksel olduğu kadar psiko-sosyal ve etik açıdan bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Ülkemizdeki yasal ve ahlaki düzenlemelerin de yaşamın sonuna ilişkin kararlarda etkili olmadığı bilinmektedir. Tüm bu sıraladığımız nedenler lml hastalık sürecinin ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Problemin bu denli karmaşık olması tez konusunun seçim aşamasında bizim bu konuya yönelmemizi sağlamıştır. Öncelikle bu tez de lme farklı disiplinlerin bakışı ele alınacaktır. Dinlerin, felsefenin ölüme bakışının ardından, hemşirelik mesleğinin sorumluluklarına ve sağlık çalışanlarının lml algılayışına yer verilecek, daha sonra da ölüme götüren süreçte ve ölümde hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar irdelenecek ve sonuç bölümünde de bu sorunlara çözüm nerileri sunulmaya çalışılacaktır. Bu tezin hazırlanma aşamasında sağlık çalışanlarının lme ve lml hastalık sürecine teknik açıdan bakması karşılaşılan güçlüklerden biriydi. Çünkü lml hastalık süreciyle ilgili varolan kaynakların bir çoğu fizyolojik sorunları ele almaktaydı. Ayrıca hemşirelik etiği ile ilgili kaynakların sınırlı olması tezin hazırlanma aşamasında karşılaşılan diğer bir glkt.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma lme götüren süreçte ve ölümde hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

lml hastalık tanısı almış hastalar, sağlık çalışanlarının sıklıca karşılaştığı hasta gruplarıdır. Gelişen teknolojiler sağlık hizmetlerinin uygulanmasında yeni sorunları da beraberinde getirmiştir. Ayrıca hemşirelik hizmetlerinin gelişimi ve değişimi hemşirelik uygulamalarında da etik standartların geliştirilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları, hemşirelerin ölüme götüren süreçte ve ölümde

karşılaştıkları etik sorunları gözler önüne sermesi ve bu konudaki eğitim gereksinimini ortaya çıkarması açısından önem taşımaktadır.

## **2. MATERYAL ve METOD**

Bu araştırma ölüme götüren süreçte ve ölümden hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara çözüm önerileri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veri toplama; çeşitli üniversite kütüphane ve internet taraması ile konuyla ilgili tıp, hemşirelik, etik, hukuk, felsefe, teoloji ile ilgili kitaplardan yararlanılarak, konuyla ilgili ulusal ve uluslararası bilimsel makale ve tezlerin incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

## **3. GENEL BİLGİLER**

### **3.1. ÖLÜM KAVRAMININ FARKLI DİSİPLİNLERCE DEĞERLENDİRİLMESİ**

İnsanların yaşamın başlangıcı ve sonu ile ilgili olaylara bakışını şekillendiren farklı disiplinler vardır. Ölümü algılamada, anlamlandırmada, ölüme verilen tepkide ve ölümcül hastalık sürecinin nasıl yaşandığında ahlaki değerler etkilidir. Yaşanılan etik sorunların çözümünde kullanılan etik ilkeler değerlerden köken alır. Bu değerlerde dinlerin ve felsefenin katkısı yadsınmaz. Bu yüzden biz tezin bu bölümünde tıbbın ölüm algısını daha iyi anlayabilmek için öncelikle dinlerde ve felsefede ölüme bakışı ele almayı uygun gördük.

#### **3.1.1. DİNLERDE ÖLÜM**

Dinler toplumların ahlaki yapısının oluşmasında etkilidir. Ahlaki değerler etik bakış açılarının belirlenmesinde rol oynamaktadır. Dinlerin yaşam ve ölüme ilişkin öğretileri, söylemleri, uygun gördükleri ve yasakları inananların yaşam tarzlarını oluşturmaktadır. Hemen tüm dini sistemlerde,

ölümle ilgili konular ve uygulamalar geniş yer tutar. Dinler, mensuplarının huzurlu, mutlu, uyumlu ve psikolojik yönden sağlıklı bireyler olmasını en önemli amaç ve fonksiyonları arasında kabul ettiğinden dolayı, mensuplarına ölüm kaygısıyla baş etmelerine yardımcı olabilecek reçeteler sunarlar. Doğru ve güzel olanı öğütlemek dinlerin konusudur. Günümüzde etkisini sürdüren dinlerin dışında tek Tanrılı semavi dinleri oluşturan Musevilik, Hıristiyanlık ve İslamiyet dinleri bulunmaktadır. Tek Tanrı, kitap, peygamberlik, melekler, öldükten sonra dirilip hesap verme, hayır ve şerrin Allah'tan olduğu temel kaidelerinin ana prensipler olarak belirlendiği dinlerdir. Etik sorunların çözümünde farklı bakış açılarının oluşmasında inançların etkili olması nedeniyle tezin bu bölümünde ilahi dinlerde ölüm teması ve Tanrısız dinlerden biri olan Budizm de ölüm olgusu işlenmeye çalışılmıştır.

### **3.1.1.1. Musevilik**

Musevi inancına göre ölüm beddua değildir, doğaldır. Musevi inancının temelini topraktan gelip toprağa dönme anlayışı oluşturur. Musevi inancına göre beden ve ruh ayrı ayrı ölür. Bedenin ölümünün ardından ruh, yaşamaya devam eder (21).

Museviler ölümden sonra yargılanma konusundaki inançlarını ancak M.Ö II: yy'da geliştirmişlerdir. Bundan önce insanı ölümden hemen hemen yok olan ruhsal-bedensel bir varlık olarak görmekteydiler. Geride kalan pek de önemli olmayan bir 'gölge'ydi. Bu gölge dünyanın temeli altında "Sheol" adında derin bir çukura inerdi ve burada hem adiller hem de adil olmayanlar bulunurdu. Bu fikir Yunan mitolojik inancıyla bir benzerliğe sahiptir. Daha sonraları Daniel Kitabı'ndan kısa bir metinle belirlenen bir kavram değişikliği ortaya çıktı: "Ve yerin toprağında uyuyanlardan birçoğu, bunlar ebedi hayata ve şunlar utanca ve ebedi nefrete uyanacaklar." Bu değişikliği neyin meydana getirdiği bilinmemekle birlikte, artık ölümden sonra dirilmeye ve ölümlerin yargılanmasına olan

inanç Musevi inancının bir parçası olmuştu. Daha sonra Tanrı'nın Musevi halkına zulmedenleri cezalandıracağına inanılmaya başlandı. Bu, daha sonra 'kıyamet' kavramına dönüştü (22).

Musevi dinine göre ölüm hayatın sonu değildir. İçinde yaşadığımız dünya bizi başka bir dünyaya götüren koridor gibidir. Diğer yaşama, gelecek dünyaya insanların yargılanıp ruhlarının yeniden canlanacağına inanmak Musevi inancında vardır. Tüm Musevilerin gelecek dünyada payı olduğuna inanılır. Fakat kişinin değeri ölümünde kalanları bir o kadar üzücü kılar. Özellikle de ailesi, arkadaşları, cemaati için üzüntü çok daha fazladır. Musevi geleneği ölüye saygıyı koruyarak yas tutanların acılarını rahatlatmak üzerine oluşmuştur. Onlara göre yaşam, bize Tanrı tarafından verilmiş en değerli hediyedir. Ve bu hediye de Tanrı'dan başka kimse tarafından geri alınamaz. Onun için intihar etmek veya başkalarını öldürmek Yahudi dininde en ciddi günahdır. Verdiği canı geri alabilen sadece Tanrı'dır. Bu yüzden tüm semavi dinlerin dediği gibi Musevilikte de kişi hasta da olsa, acı çekiyor da olsa, onun ölümünü çabuklaştıracak hiçbir şey yapılmamalıdır. Sahip olduğumuz bir bedenimiz varolduğu gibi bir de ruhumuz vardır. Bedenimiz ölünce tekrar toprağa dönüşür. Yani kısaca yok olur. Ruhumuz ise yaşamaya devam eder. Musevi inancına göre, dünyada yaşanan hayat, bir sonraki yaşam için yapılan hazırlıktır. İnsanın hayatı, kişi onu faydalı bir şekilde sokana kadar, olumlu hale getirene kadar boştur. Ölümle yok olan bedenimizden kurtulan varlığımız tekrar yeni bir hayata başlar. Hemen olmasa da bir süre sonra bu varlık tekrar başka bir hayat yaşayacaktır. Kişi bu seferki hayatında, bir öncekinde yaptıklarının ödülleri veya cezalarıyla karşılaşacaktır (23).

Tüm İlahi dinlerde olduğu gibi Musevi dininde de ölüm yaşamın bir parçası olarak görülmektedir. Bu da bize gösteriyor ki yaşamın bir parçası olan ölüme müdahale ile ilgili öğretilerin ortak bir yönü vardır o da ölümün ne zaman olacağına Tanrı'nın karar verdiğidir. Yine ölümden sonra yaşam inancı İslamiyet ve Hıristiyanlıkta olduğu gibi ceza ve ödül ile

özdeşleştirilmekte ve asıl ölenin beden olduğu, ruhun ölümsüz olduğuna inanılmaktadır.

### 3.1.1.2. Hıristiyanlık

Hıristiyan geleneğinde sağlık ve hastalık, yaşam ve ölüm birbirinden ayrılmaz bir şekilde üst bir seviyeye yerleştirilmiştir. Günümüzde temel değer haline gelmiş olan “sağlık” ve “sağlıklılık” kavramlarına Hıristiyan yaklaşımı bütünüyle farklıdır. Özellikle ortaçağdaki Hıristiyan inancında “Christus medicus” (hekim olarak İsa) ve “passio christi” (İsa’nın acı çekmesi) hem hekim, hem de hasta için kılavuz işlevi görerek, hastalığa ve sağlığa kavuşturmaya dair görevlere ve erdemlere temel oluşturmaktadır. Tedavi bedene ait arızaların giderilmesine indirgenmeyip, şifa ile kurtuluş birbirleriyle bağlandırılmaktadır. İnsanın cennetten kovuluşu (homo constitus) ile dünyadaki yaşamında (homo destitutus), hastalık, acı ve ölüm birbirleriyle ilişkilidir. Bunlar ancak insanın yeniden dirilişinde (homo restitutus) mutlak olarak yenilenecektir. Sağlık, hastalık ve tedavi bu kurtuluşa ulaşan gelişmeyi önceden yaşatmaktadırlar. Bu yaklaşımın bir örneği olarak Hildegard von Bingen hekim “misericordia”sını (merhamet, acıma) tüm şifa çabalarının üzerinde tutuyordu. Bu düşüncelerin egemen olduğu ortamda “ölüm”ü kabulleniş duyguları güçlüdür, ölümün kaçınılmaz olarak önlerinde durduğunu kabullenip kendilerini buna hazırlamaktadırlar (24).

Hıristiyan filozoflarından Augustine ve Pascal’a göre ölüm, dikkatinizi Tanrı’ya yönelttiği ve Ona bağlılığımızı anımsattığı ölçüde değerlidir (25). Bu söylemler ölümü düşünmenin, olumlu yönlerini vurgulamaktadır.

Can ve ruh hakkında, bir insanın ölürken tamamıyla bilinçsiz olduğu sonucu çıkarılabilir. Tanrı’ya karşı sorumlu olanların eylemlerinin Onun tarafından hatırlatılacak olmasına karşın, İncil’de, ölüm durumu süresince



herhangi bir bilince sahip olduğumuzu gösteren hiçbir şey yoktur. Buna ilişkin aşağıdaki açık ifadelerin aksini söylemek zordur:

- “İnsan ölünce (İnsaninki) nefes (ruh) çıkıp gider, kendisi toprağa geri döner; aynı günde (anda) düşünceleri yok olur” (Ps. 146:4).
- Ölüler hiçbir şey bilmezler... onların sevgisi, nefreti ve onların kıskançlığı şimdi yok olmaktadır” (Ecc. 9:5,6). “Ölüler diyarında hikmet yoktur (Ecc. 9:10) düşünce yok ve bundan ötürü bilinç yok.
- Eyüp ölüm esnasında, “sanki hiç olmamış gibi” olduğunu söyler (Job 10:18). O, bizim doğmadan önce sahip olduğumuz ölümü boşluk, bilinçsizlik ve varlığın tümüyle yok olması olarak gördü.
- İnsan hayvanlar gibi ölür (Ecc. 3:19). Eğer insan bir yerlerde bilinçli olarak ölümden yaşamayı sürdürürse, hayvanlarda da olmalıdır. Yine de Kutsal Yazılar ve hem de bilim, bu konuda sessiz kalmaktadır.
- Tanrı, “bizim toprak olduğumuzu anımsar. İnsana gelince, onun günleri ot gibidir: bir kır çiçeği gibi, öyle gelişir...sonra yok olur; ve onun yeri artık onu tanımaz” (Ps. 103:14-16) (26).

Açıkça söylenen yaygın kavram olan, doğru olanların çok büyük mutluluğa gidecekleri ve ölümlerinden sonra doğruca cennette ödüllendirilecekleri hususunun İncil’de gerçekten bulunduğu hakkında, bizim için yeterli kanıt üretilmiştir (26).

İnsanın varoluşunun belli bir zamanda ölmesi gereken bir şey olarak Hıristiyan yorumunda, hayata son vermeye, ölmeye ve ölümün zapt edilmesine, hayatla ölüm arasındaki karşıtlığın onlar için varsaydığı ciddi bir mesele gözüyle bakılır. En azından Hıristiyanlık’ta , kainatın bir parçası olarak insan hayatının nihai kaynağı açıktır. İnsan olarak hayatlarımız ezeli ve ebedi yaşamını sürdüren Tanrı sayesinde varolur ve gelişir. Hıristiyanlık’ta, insanların kendilerini Tanrı’dan ayrı, bu nedenle de özerk varlıklar olarak kanıtlama girişimlerine Tanrı’yı hiçe sayma günahı gözüyle

bakılır. Bu nedenle Hıristiyanlık'ta insanlar esas olarak Tanrı'nın sonsuz yaşamından türerken, ölmesi gereken bir şey olurlar (27).

Ünlü Hıristiyan varoluşçu Paul Tillich, "bizim kaderimiz ve dünyamızdaki her şeyin kaderi, bir gün sona erecek olmalıdır" sözleriyle başladığı "Ebedi Şimdi" adlı makalesinde, Hz. İsa'nın "Ben hem alfa, hem omegayım" sözünün tefsirini yapmaya girişiyor. Dünyanın ve hayatın bir başlangıcı ve sonu olmalıdır; ebediyet ve sonsuzluk bir ve aynı şeyler değildir. Ölüm korkularını nasılsa dünyaya bir daha gelecekleri ve sonsuz bir gelecek umuduyla yaşayacakları şeklindeki inançla aşmaya çalışanlar, aslında ebedi zamandan gelip ebedi zamana döneceğimizi, bize kendimize ait sınırlı bir sürenin verildiğini inkar etmektedirler. Oysa bu inançtaki yerini sonsuzlukla değiştiren ebediyet, geçmiş ve geleceğin ötesindedir...Zamandan sonra zaman yoktur fakat zamanın ötesinde ebediyet vardır. Zamanın tüm tüketici gücünü aşabilen tek güç ebediyettir. "O, olmuş, olan ve olacaktır; başlangıç ve sondur. O, bize geçmişe karşı bağışlayıcılık, geleceğe karşı cesaret verir. O, bize kendi ebedi mevcudiyetiyle sakinlik verir" (28).

Hıristiyanlık inancı Allah'ın bir hediyesi olan hayattan vazgeçilemeyeceğini, öbür taraftan ölümün kaçınılmaz olduğunu, doğum gibi ölümün de yaratıcının planladığı şekilde gerçekleştiğini, bu yüzden ölüm anının gelişini hiçbir surette hızlandırmadan ölümün tam bir sorumluluk ve onur ile kabul edilmesi gerektiği, herkesin insani değerler ışığında kendisini bu olguya hazırlaması icap ettiği esasını prensip olarak benimsemiştir (29,30).

Hıristiyanlara göre de yaşam ve ölüm ayrılmaz bir bütündür. Çünkü ölüm yaşamın sonu değil bir diğer yaşama geçiş çizgisi olarak görülmektedir. Hz. İsa'nın yaşam ve ölüme dair öğretileri de gerçek yaşamın ölümden sonraki yaşam olduğunu öğütlemek ve bu gerçek yaşamı ödül-ceza kavramlarıyla anlatmak üzerinedir. Tek Tanrılı dinlerin

tümünde olduğu gibi Hıristiyan inancı da ölümü doğal bir süreç olarak görmektedir.

### 3.1.1.3. İslamiyet

Dinlerin öğretilerinden en önemlisi sundukları ölümsüzlük inancıdır. Bu durum İslam dini açısından ele alındığında, İslam dininin ortaya koyduğu sistemin, tasavvuftaki 'ilahi aşk' kavramının ortaya çıkmasına zemin sağlaması, ölüm kaygısıyla baş etmede etkili bir faktör olmuştur. Tasavvuf tarihine bakıldığında, mutasavvıfların ölümle ilgili olarak olumlu bir tutum takınmış oldukları görülür. Örneğin , Mevlana'da olduğu gibi, mutasavvıflar tarafından ölüm, 'Şeb-i Aruz' (düğün gecesi) 'sevgiliye kavuşma', 'asıla dönüş', 'hayata dönüş' olarak değerlendirilmiştir (31).

"Ölümden sonra hayat" veya "öldükten sonra dirilmek" v.s. ifadeler, ilk bakışta, tuhaf görülebilir. Fakat bu ifadelerle, genellikle, "bu hayattan sonra mahiyetini tam olarak tasavvur edemediğimiz başka bir hayat"ın anlatılmak istendiği kesindir. İslam inancında ölüm, Musevilik ve Hıristiyanlıkta da olduğu gibi adeta bir geçiş noktası gibi düşünülmektedir.

Ölümsüzlük, İslam filozofları arasında da geniş bir tartışma konusu olmuştur. Farabi, maddeden ayrılmış ve "Faal Akıl" ile birleşmiş olan "nefs" in ölümden sonraki hayatından ayrıntılı bir şekilde bahseder fakat nefsin ölümsüzlüğünü ispat etmek için bir takım deliller ortaya koymayı gerekli görmez. İbn Sina ise ölümsüzlük konusuna iki açıdan bakar. Ruhun, yahut filozofun deyimiyle "nefs" in ölümsüzlüğü; cesetlerin, haşrin olması yeni bir yaratma fiili olduğu, İslam dünyasında genellikle savunulan bir fikir olmuştur. Bu fikri, eserlerinde en ayrıntılı bir şekilde işleyenler arasında İbn Rüşd de vardır. İbn Rüşd, Kur'an'ın monist (tek tanrı) anlayışına sadık kalmaktadır. İbn Rüşd'e göre ölüm "nefsin faaliyetine son verir, varlığına değil". Kelam bilginlerinin çoğunluğuna göre ruh, suyun yaş ağaca nüfuz etmesi gibi bedenle iç içe olan latif bir varlıktır. Ehli sünnete

göre ruh bakidir, yok olmaz. İslam bilginleri; “Allah, ruhlar öldüklerinde onları vefat ettirir” (ez-Zümer, 39/42) ayetini ‘cesetleri ölünce’ şeklinde anlamışlardır (32).

Her canlı için ölüm kaçınılmaz bir gerçektir. Canlılar doğar, büyür ve ölürler. Kur’an’ı Kerim’de ölümle ilgili pek çok ayet olup bazıları şunlardır:

- “Her canlı ölümü tadıcıdır” (Al-i İmran, 3/185).
- “Onlar için bir ecel tayin ettik ki onda hiç şüphe yoktur” (el-İsra, 17/99).
- “Biz senden önce de hiçbir beşere dünyada ebedilik vermedik. Şimdi sen ölürsen, onlar baki mi kalacaklardır” (el-Enbiya, 21/34).
- “Yer yüzünde bulunan her canlı fanidir” (er-Rahman, 55/26).
- Allah’ın diriliği ve ölümü yaratmasının sebebi İslam inancına göre şöyle açıklanır: “O, hanginizin daha güzel amel yapacağını denemek için ölümü de dirimi de takdir edip yaratandır” (el-Mülk, 67/2).
- Ölüm ancak Allah’ın belirlediği zaman vuku bulur. Ölüm konusundaki kader yazgısı ayette şöyle ifadede denir: “Allah’ın emir ve kazası olmadıkça hiçbir kimseye ölmek yoktur. O, vadesiyle yazılmış bir yazıdır” (Al-i İmran, 3/145) (33,34). İslam dininde ölüm Tanrı’nın istediği zaman gerçekleşir. Bu bağlamda yaşama hakkından vazgeçme en büyük yasaklardan biridir.

Kuran’ı Kerim’de ölüm ve hayatın birlikte yaratılmış olduğunun anlatılması, dolayısıyla, Ehl-i Sünnet’in çoğu ölümün sırf yokluktan ibaret bir iş olmayıp hayat gibi bir varlığa sahip, varlığa ait bir iş, varlığı bulunan bir olay olduğunu kabul etmişlerdir. Yani ölüm ile hayatın karşılıklı cansızlıkla canlılık, yoklukla varlık, yaratılmakla yaratılmamak gibi bir yokluk ve meleke bir zorunluluk veya zorunsuzluk karşılığında ibaret olmayıp hareket ve durgunluk, birleşme ve ayrılık, kalkmakla yatma,

açıklıkla gizlilik, gelişle gidiş, acı ile tatlı gibi zıtların değişmesi türünden olması gerekeceğini söylemişlerdir. Bunun ruhun veya maddenin ebediliği teorileriyle de bir ilgisi vardır. Ölen hayattan ve varlıktan büsbütün ilişkisi kesilerek yok olup gitmiyor, ömrünün kazancına göre iyi-kötü veya karışık bir şey halinde diğer bir varlığa aktarılarak acı veya tatlı başka bir hayata, yüce veya zelil bir yer almak üzere başlangıçta yaratan varlığa doğru ayrı bir aleme dönüyor (35).

İnsanda ölüm ve yok olma korkusunu yenebilecek veya azaltabilecek şey, ölümlle insanın yok olmayacağı, yani ruhun ölümsüzlüğü fikridir. İslam dininde ölümlle insanın yok olmayacağı, tekrar dirilerek ahirette ebedi olarak yaşantısına devam edeceği inancı vardır. Ahirete iman, ölüm ötesinde bir hayat olduğuna inanmaya çağırarak, insanın istikbaline ışık tutar. İnsan yeniden dirilip devamlı olma ve daha mutlu olma ümidiyle yaşar. Ahirete inanmayan insan ise, bu hayatın sonunda ebediyen yok olacağını düşünerek, ölüm yaklaştıkça korku ve sıkıntı içine düşer. Ölümün ötesinde bir hayat düşüncesi ve insanın asla yok olmayacağı inancı, ölüm korkusunu azaltmada ve yaşamı anlamlı kılmada en önemli sayılabilecek bir esastır. İslam Dininin ahiret hayatı ile ilgili açıklamaları, ölüm korkusu ve endişesi içinde yaşayan insan için bir teselli olmaktadır (26). Ahiret, bu dünyadan sonraki sonsuz alemdir. Allah, içinde yaşadığımız bu dünyayı ve üzerinde olan bütün varlıkları geçici bir zaman için yaratmıştır. Bir gün gelecek, bu dünyadan ve üzerinde bulunanlardan hiç eser kalmayacaktır. Allah'ın takdir ettiği gün gelince, insanlarla beraber bütün canlı ve cansız varlıklar yok olacaktır. Bundan sonra yine Allah'ın takdir ettiği gün gelince, bütün insanlar yeniden dirileceklerdir Buna inanmak da Müslümanlığın temel esaslarından biridir (36). Kur'an-ı Kerim'de Allah insanları hep ölüm ötesine, yani ahirete hazırlar. Zaten hayatla ahiret arasındaki geçit kapısı ölümdür. Hayat bir dünyadır. İkisinin arasındaki perde ölümdür. Ama nefis, ahireti görmediği, bilmediği, tanımadığı için o tarafa yokluk olarak bakar, ölümden korkar. Kur'an-ı Kerim'de şöyle denir: "Mutlak hükümler olan Allah, yüceler yücesidir ve

onun her şeye gücü yeter. O ki, hanginizin daha güzel davranacağını sınamak için ölümü ve hayatı yaratmıştır (Mülk Suresi) (37,38).

Ölüm ötesi hayat olgusu, ölüm olgusuyla birlikte bireyin düşünce dünyasına yoğun olarak giren ve tamamen onun inanç düzeyiyle yakından ilgili olan bir konudur. Bireye kendi kapasitesini aşan olaylar karşısında doğrudan realiteyi kavraması zor geldiği için ölüm ötesi hayat tesellilerine inanması psikolojik olarak daha kolaydır. Bu açıdan bakıldığında ölüm ötesi hayat inancı, bireyin psikolojik fonksiyonlarını koruması anlamında savunma mekanizması olarak da değerlendirilebilir. Dolayısıyla bu mekanizma, doğru zamanda ve doğru şekilde kullanılırsa ruh sağlığını koruyucu önemli bir fonksiyon icra edebilir. Öte yandan ölüm ötesi hayata inanmanın önemli bir yönü de bireyin bu inanca dayanarak, karşı karşıya kaldığı zorlukları daha kolay aşma imkanına sahip olmasıdır (39).

İslam dinine göre; ruhun ve canlılığın en önemli göstergesi insanın nefes almasıdır. İnsan nefes almaya devam ettiği sürece canlıdır, diridir. Nefes alıp verme sona erdiği zaman insanın ruhu çıkmış ve o kişi ölmüş demektir. Ölü kişi nefes alıp vermez, konuşmaz, görmez, işitmez ve hareketsiz bir durumdadır. Dolayısıyla, bugün tıbbın beyin ölümü olarak belirttiği durum ile İslam'ın ruhun bedenden ayrıldığı dediği durum aynı şeydir. O nedenle böylesi kişi tıbbi göre de ölmüştür. Makineye bağlı olarak kalbin ve dokuların yaşamasına gelince, yerinde bir deyimle bu bir bitkisel hayattır. İnsani hayat, yani canlı insan yaşamı değildir. Bu türlü dokusal ve hücrel yaşam bütün ölen insanlar da farklı bir biçimde devam ediyor. İnsan bedeninin çürüyüp toprağa karışması da o hücrelerin bir çeşit yaşamasıdır. Esasen bütün dünyamızda canlı varlıklar öldükten sonra da hücrel hayatını devam ettirmekte ve şekilden şekle dönüşmektedirler. Sonuç olarak nefes alış-verişi sona eren, görme, işitme ve hareket yeteneklerini yitiren insan ölmüş demektir. Bu durum ile tıbbın beyin ölümü dediği durum aynı haldir (40).

İslam inancında Hz. Muhammed'in ölümüne ilişkin yorumlamaları da bu dünyayı ve ahireti yani her iki dünyayı önemsemek gerektiği üzerinedir. Hadis-i Şerif'te "Hiç ölmeyecekmiş gibi bu dünya için yarın ölecekmiş gibi öbür dünya için çalışınız" diyerek inananlara her iki dünya için emek vermelerini öğütlemektedir. İslam dininde de diğer ilahi dinlerde olduğu gibi ölüm yaşamın bir parçasıdır ve ölüm bir köprü olarak görülmelidir öğretileri yer almaktadır. Ayrıca Müslümanlara ölümü düşünmenin zararları değil yararlarından bahsedilmekte yine ölümden sonraki yaşamın bu dünyada yaşanılanlara ilişkin hesap verme zamanı olduğu öğütlenmektedir.

#### **3.1.1.4. Budizm**

Budizmin yaklaşımına göre yaşam ve ölüm bir bütündür, ölüm yaşamın bir diğer bölümünün başlangıcıdır. Ölüm, yaşamın bütün anlamını yansıtan bir aynadır. Bu bakış Budizmin en kadim okulunun öğretisinin merkezini oluşturur. Budizmin bakış açısına göre tüm varoluşumuzu, birbiri içine geçerek devam eden dört gerçekliğe ayırabiliriz: (1) yaşam, (2) ölüm, (3) ölüm sonrası ve (4) yeniden doğuş. Bunlar "dört bardo" olarak bilinir: (1) bu yaşamın doğal bardosu, (2) ölümün acı veren bardosu, (3) dharmatanın parlak bardosu ve (4) varoluşun karmik bardosu. Öğreti şunu açıkça ortaya koyar ki; öldüğümüz zaman zihnin de yok olacağına inanırsak, ölümden sonra neler olacağına ilişkin ve zihnin doğasının daha derin gerçekliğinin boyutları hakkında hiçbir bilgi ve düşüncemiz olmadan kalakalırız. Böylece henüz yaşıyorken zihnimizin doğasını tanımak, hepimiz için yaşamsal bir önem taşır. Ancak o zaman, ölüm anında gerçek zihnimizin varlığını kendiliğinden ve güçlü bir biçimde gösterdiğinde buna hazırlıklı oluruz ve onu 'doğal olarak' tanıyabiliriz. Öğreti bu karşılaşmayı 'bir çocuğun annesinin kucağına koşması' olarak tanımlar ve o durumda kalarak en sonunda kurtulmuş, özgürleşmiş oluruz der (41).

Budizmin ölüme bakışı ilahi dinlerden farklı olarak ölümü zihnin gücünün kullanılmasıyla daha kolay atlatılacağı şeklindedir ve Budizmde ölümden sonraki yaşamın da varolan yaşamdan farklı olmayan sadece bu yaşamın derecesinin değiştiği bir aşama olarak tanımlanmaktadır.

Görüldüğü üzere semavi dinlerin ölüme ilişkin ifadelerinde ortak paydalar bulunmaktadır. Ölüm, ilahi dinlerin bir çoğunda ahiret inancıyla bütünleşen bir kavram olarak yerleşmiştir. Dinlerin yaşam ve ölüm merkezli yasakları ile emirleri Tanrı gücünü pekiştirmeye yönelik olmuş ve bununla iki dünya inancı sağlamlaştırılmıştır. Bu inancın da ölümcül hastalık süreçlerinde dini yorumlamalarda kederci bakış açısının geliştirmesi ve bu bakış açısının sürece olan katkıları açısından olumlu olduğu düşünülebilir.

### **3.1.2. FELSEFE LİTERATÜRÜNDE ÖLÜM**

İyi ve güzel olana ulaşma çabası her dönemde insanların özellikle de filozofların kafasını kurcalamıştır. Filozofların ölüme ilişkin yorumlamaları yaşadıkları dönem toplumlarına ışık tutmuş bugün de tutmaya devam etmektedir. Zamanla gelişen düşünceler bir öğüt olmaktan çok, toplumun ahlaki kurallarına katkıda bulunmaktadır. Ölüme götüren süreçte ve ölümden karşılaşılan etik sorunları ve bu sorunların çıkış noktasını daha iyi anlayabilmek için bu bölümde felsefenin ölüme olan yaklaşımını ele almayı doğru bulduk.

Kısa sayılmayacak tarihi boyunca, insanın ölüme yönelik ilgisinin merkezinde, onun anlamı ve mahiyeti, ölüm sonrası, ölümlerin ruhları ve yaşayanlarla ilişkileri gibi dinsel-metafizik bir nitelik taşıyan konular yer almıştır. Ölüm, peygamberlerin olduğu kadar filozofların, şair ve edebiyatçıların, büyücülerin, Şamanların ve sihirbazların en temel ilgi konularından biri, belki de en önemlisi olmuştur. Kuşkusuz ölüme yönelik ilgi ne sadece buldukları toplumun bu seçkin kişileri ile ne de onların



etkinlik alanıyla sınırlıdır. Kutsal kitaplar, felsefe yapıtları, şiirler, efsaneler, büyü ve sihir metinleri...ölüm bu metinlerin dünyasını aşar. O, her insan tarafından bir şekilde dikkate alınmak ve en azından 'başkasının ölümünde' kendisinin yada başkalarının acıları ile yaşanmak durumundadır. Zira ölüm, bütün öbür beşeri fenomenlerden çok daha apaçık ve daha kesin bir fenomendir. Ölümün bulunmadığı bir dünya ise efsanelerin imkan ufku içinde kalır (42).

Tüm teknolojik başarısına rağmen modern batı toplumu, ne ölüm sırasında ne de ölümden sonra olanlar hakkında gerçek bir bilgiye sahip değildir. İnsanlara, ölümü yadsımaları ve ölümün yok oluş olduğu öğretilmektedir. Bu nedenle dünyanın büyük çoğunluğu ya ölümü yadsıyarak yada ölüm korkusu içinde yaşar. Ölüm hakkında konuşmak bile hastalıklı bir şey olarak düşünülüyor ve bir çok insan ölümden bahsetmenin bile yaşamlarını zorlaştıracak bir risk olduğuna inanıyor. Diğerleri de ölüme saf, pervasızca bir rahatlıkla bakıyor, bilinmez bir nedenle ölümün normal olarak yaşanacağını ve kaygılanacak bir şey olmadığını düşünüyor. Biri, ölümü kendisinden kaçılması gereken bir olay olarak gören, diğeri ise ölümün bir şekilde kendi kendine hallolacağını düşünen bir yaklaşım (39).

Geleneksel felsefede de ölümlle uğraşmak hastalıklı bir tutum olarak görülür. Sağlıklı bir insan ölüm olgusuyla uğraşmaz. Ölüm düşüncesi daha yüksek ve tinsel değerlere yönelmenin bir aracı olarak işlev görmelidir. Augustine ve Pascal'a göre ölüm, dikkatimizi Tanrı'ya yönelttiği ve Ona bağlılığımızı anımsattığı ölçüde değerlidir. Varoluşçular ise, insanın ölüm bilincini ne göz ardı edebileceğini ne de ölüm bilincinin insanı umutsuzluk ve endişeden kurtarabileceğini düşünürler. Sokaktaki insanın günlük etkinlik ve zevklerindeki eğlence arayışı, varlığının derinliklerinde yer alan endişeyi başarısızlıkla gizleme çabasından başka bir şey değil. Benzer biçimde yüksek değerlere ulaşma çabası içindeki düşünürün durumu da farklı değil. Oysa insan ölüm bilincini yoğun olarak geliştirmeli. Sağlıklı

olan budur. Ölüm bilincine azimle bağlanmadıkça yaşamın onanması olanaksızdır. Yaşamın anlam ve değer kazanması, ölümün gölgesinde yaşayan ve ölüme mahkum bir varlık olduğu gerçeği ile hesaplaşan insanla olası. Yaşamın yüce değeri ölüm bilincine bağlıdır. Ölüm korkusu gerçek bir korku değil. Bir tür 'endişe' ve bu endişenin derin temelleri var. Varoluşumuza bir temel bulamıyoruz. Tüm bulduklarımız yaşamdan çıkarılıyor; yaşamın dışından değil. Ölümü, yaşamın bir diğer yüzü olarak görmeliyiz. Ölümle açıkça yüzleşmek yaşamın anlamını yakalamaktır. Ancak böyle yaparsak gerçekten yaşarız (25)

Stoa felsefesinde ölüm korkusunun yenilmesine ilişkin yaygın olan felsefe; ölüm korkusundan kaçmamak ve ölümü sürekli olarak düşünmek gerektiği şeklindedir. Spinoza ise tam tersini söyler "ölümü düşünceden sil ve gözlerini hayata çevir". Farabi'ye göre de "cahiller ölümden korkarlar, çünkü onların değerli buldukları yegane şey dünya hazlarıdır" (24). Yine Stoacılar ölüm korkusuyla ilgili şunları söylemişlerdir: Ölüm bizim için bir hiçtir; ya yaşıyoruz yada ölüyoruz; yaşıyorsak ölümden korkmaya gerek yok; ölmüşsek yine korku anlamsız çünkü korku yaşamın getirdiği iyi şeylerin de yok oluşu (25).

Varoluş iki karşıt kutuptan oluşmaktadır. Aydınlık ve karanlık, pozitif ve negatif gibi her şeyin iki farklı yönü bulunmaktadır ve her şey karşıtıyla anlaşılacaktır. Gece gündüz ile, varlık yokluk ile bilinmektedir. Hayatın karşısında da ölüm vardır. hayatın değeri ve anlamı da ölümle anlaşılacaktır. Bu hayatın bir gün biteceği ve bu dünyadan ayrılma düşüncesi insanın hayatını etkilemekte, insanı hem düşündürmekte hem de endişelendirmektedir (38).

Ölüm düşüncesinin kurtarıcı ve sağaltıcı etkisinin yanında hepimizin yakından tanıdığı korkutucu bir yanı da vardır. Varoluşçu psikoterapistlere göre, insandaki temel bunaltı, asıl olarak bu ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır. Kendilerine varoluşçu denilen filozofların ileri sürdükleri temel tezler de, farklı isimler altında, çoğunlukla aynı kapıya,

ölüm korkusuna çıkar. Örneğin Jaspers, “varlığın kırılğanlığının farkına varmaktan”, Kierkegaard “varolmama korkusundan”, “gelecekteki imkanların imkansızlaşmasından”, Tillich “ontolojik bunaltı”dan söz ederek ölüm korkusunun nedeni anlatılmaya çalışılmaktadır (28).

Batılının ölüme karşı tavırları, Antikite’den Ortaçağ’a ve oradan günümüze kadar bir çok değişmeler göstererek gelmiş; bu değişim kendisini ölüm anlayışından mezar yapımına ve gömülme törenlerine, vasiyetlerin içeriklerinden matem gösterilerinin anlamına kadar çeşitli biçimlerde belli etmiştir. Örneğin Ortaçağ insanı için hayat, ona verilen kısa bir icra olanağıdır. O, hayatın kısalığının ve içerisinde her zaman ölümü taşıdığı farkındadır; bu nedenle hayata karşı bir aşk duygusu beslemektedir. Oysa günümüz insanı, muhtemelen ömrünün uzaması yüzünden ölümün kesinliğini ve hayatın narinliğini hissetmeden varoluşsal bir kötümserlik yaşamaktadır. Örneğin geleneksel toplumların insanı, evcil bir ölüm anlayışını benimseyip herkesin ölümlü olduğu fikrini kolayca içine sindirmişken, Ortaçağların başlarından itibaren Batılı kendisini ölümün içerisinde görmeye, kendi ölümünü keşfetmeye başlamıştır. 18. Yüzyılla birlikte bu kez ölümü yüceltmış, onun endişe veren ve insanı mahveden bir şey olduğunu düşünmüş ve kendisinden ziyade başkasının ölümüyle ilgilenir olmuştur. Kendi ölümünden kaçış ve başkasının ölümüne odaklanma, 19. ve 20. Yüzyıllarda beraberinde mezarlık “tapınısı”nı, ölümün romantik ve retorik tarzda ele alınmasını getirirken, günümüzde ölümden olabildiğince uzaklaşma, ölümün yasak hale dönüşümü gündeme gelmiştir. Örneğin 18. Yüzyılın ikinci yarısında vasiyetlerden mümince hükümler çıkarılarak bugünkü biçimlerine, yani serveti paylaştıran hukuki belgeler olma biçimlerine bürünmüşlerdir. Yine örneğin 18. Yüzyılda yeni bir toplum kavrayışı gelişmiş ve bu gelişim, milliyetçiliğin entelektüel ifadesi olan pozitivizme yol açmıştır. Sonra gelen 19. Yüzyıla “isterik matem dönemi” adının verilmesine neden olan, ölü “tapınısı”nı aşırı ve duygusal bir doğaya büründüren Hıristiyanlık değil, işte bu pozitivizmdir (28).

Ünlü filozof Martin Heidegger (1927), zamanın anlamını ancak ölüme yaklaştığımızı bildiğimiz zaman anlayacağımızdan bahsederek ölümü düşünmenin insan hayatı için olumlu yönlerini vurgular. C.G. Jung (1959) hayatı akan bir nehre ve önünde sonunda durması kesin, kurulu bir saate benzettiğini belirterek hayatın anlamının ve değerinin en çok son nefese yaklaşıldığı zaman anlaşıldığını kaydeder. Antik Yunan filozoflarından Epikür ölümü hayatın tadını kaçıran bir durum olarak görür ve psikolojinin amacının, insanı ölüm korkusundan kurtarmak olduğunu söyleyerek ölümün, materyalist anlayışı ifade eden açıklamasını yapar ve şöyle der “en kötü acı olan ölüm bizim için hiçbir şey ifade etmez. Zira ölüm varken biz yokuz, biz varken ölüm yok” (3,25,38). Buna karşılık Eflatun, ölümü, bir yandan tenin ruhtan ayrılarak kendi kendine kalması, diğer yandan ruhun tenden ayrılarak kendi kendine var olmaya devam etmesi olarak tanımlar. (3). Yine Freud; “Ölüm psikolojisini açık yürekle ele almanın işlerin gerçek durumunu daha iyi değerlendirebilme, yaşamı daha katlanabilir kılma gibi bir ödülü vardır” diyerek ölümü düşünmenin yararından bahsetmektedir.

Ölümün anlamı var mıdır? Eğer yoksa hayatta kalmanın da kesinlikle bir anlamı yoktur. Çünkü anlamı böyle bir rastlantıya bağlı olan bir yaşam, nihai anlamda yaşanmaya değmez. Bir çok filozofun da dediği gibi; eğer her şey yok olacaksa, eğer ölüm yok olmaks, hayatın ne anlamı olabilir? Yaptığımız ve yapacağımız her şey yok olacaksa, dünyada her şey anlamsız demektir. Dolayısıyla hayatın anlamı ile ölüm birbirine bağlıdır. Hayata anlam vermek için ölüme anlam vermek gerekmektedir (38) İslam filozoflarından Kindi'ye göre, “özünü Yararıcıdan alan ruh, basit, mükemmel ve yücedir”. Ruh ölümsüzdür. Onun bu dünyadaki varlığı gelip geçicidir. Bu dünya sadece köprüden ibarettir. İbn Sina'nın ölüm sonrasına ait öğütleri şöyledir: “Bilmelisin ki, ahiret hayatı ile ilgili bir takım şeyler vardır ki, onların nelerden ibaret olduğunu din bildirmiştir. Dinin bu konuda bildirdiklerini kabul etmenin dışında yapılacak şey yoktur; çünkü onlar başka bir yolla ispat edilemez” (32). İslam

filozofları da ölümü ve yaşamı anlamlı kılmamanın yolunu İslam inancının temeli olan ahiret inancıyla özdeşleştirmişlerdir.

Yaşam ve ölüm insanların kafasını kurcalayan en önemli konudur. Aslında, ölüm bütün korkuların kaynağıdır. İşte bu yüzden, insanlar ezelden beri çeşitli yollar ve araçlarla bu korkuyu yenmeye uğraşırlar. Her toplumda görülmüş ve görülen türlü ayinler, törenler, ölümlerin mumyalanması gibi etkinliklerin yanı sıra mitolojik veya töresel inançlarla felsefi kavramlar hepsi ölüm olayı ile başetmeye yönelik çabalardır. Ölüm düşüncesi çağlar boyunca yaşama eşlik etmiş, insanlar onu yaşamın ayrılmaz bir parçası olarak görüp kabullenmişlerdir. Ancak 19. yüzyıldan sonra, hızla gelişen pozitif bilimsel düşünce ile teknolojik ilerlemelerin sağladığı güçlülük duygusu, bu teslimiyetçi tutumu az çok değiştirmiştir. İnsanlar artık ölüm düşüncesiyle değil, ölümü düşünmeden yaşamayı öğrenmek istemektedirler (Richter 1993). Eissler'in (1980) dediği gibi, "ölüm konusu, bilim ve teknolojinin ileriye yönelik büyük hamleleriyle gözleri kamaşmış toplumların yapısına ve düşüncesine aykırı" dir. Bugün artık geçerli bir nedeni olmadan ölümden korkanlar ruh hastası sayılıyorlar. Freud (1915), aslında kimsenin kendi ölümüne yada onunla eşdeğer sayılabilecek bir yok olma durumunda bulunduğuna inanmak istemediğini, hepimizin bilinç dışında ölümsüzlüğümüze inanmış olduğumuzu söyler (43). Tolstoy ölüm korkusunun nedenini şöyle ifade ediyor: "Korkuyu doğuran şey, cismani ölüm ile hayatın kesintiye uğrayacağı fikri değil, belki bu ölümün onlara kendilerinin sahip olmadıkları gerçek hayatın zaruretini hissettirmesindedir. Bunu için hayatı anlamayanlar ölümü hatırlamak istemezler. Bu korkunun nedeni, onların ölümü boşluk ve karanlıktan ibaret görmeleridir. Ölümü boş ve karanlık görmeleri ise hayatı görmemelerinden ileri gelir" (3).

Ölüm korkusunun psikolojik açıdan bireyin tüm korkularının yada ürküntülerinin birleşme noktasında yer aldığı söylenebilir. Araştırmacılar, ölüm korkusunun bütün bireylerde var olan bir korku olduğu konusunda

hemen hemen görüş birliği içindedirler. Bu bağlamda bireyin normal hayat akışı içinde ölüm aklına gelmez. Ancak kendinde veya çevresinde ölüme sebep olabilecek bir takım olaylara şahit olduğu zaman bu korkuyu hisseder. Ölüm olgusu birey için mutlak bir gerçek olduğu halde, psikolojik yapısındaki narsist eğilimden dolayı duygusal olarak ölümlü kolay kolay kabullenemez. Bu sebeple ölüm onun için hala korkutucu ve ürpertici bir olgu olmaya devam eder. Ölüm olgusuyla ilgili yapılan psikolojik araştırmalar, ölüm korkusunun çok boyutlu bir korku olduğunu ortaya koymuştur. En çok üzerinde durulan boyutları ise, bilinmezlik ve yalnızlık korkusu, yakınlarını yitirme ve ölüm anında ıstırap çekme korkusu, kişisel kimliğini kaybetme ve ölüm sonrası cezalandırılma korkusu, geride kalanlar için endişelenme ve yok olma korkusu ile değer verilen insanları kaybetme korkusudur. C.G.Jung'a göre, ölüm korkusunun temelini yaşama korkusu oluşturur. Bu bağlamda ölümden çok korkan bireyler, aynı zamanda yaşamaktan da çok korkarlar. Ona göre yaşama korkusunun sebebi de bireyin, kendini hayata tam anlamıyla bağlayıp psiko-sosyal uyum sağlamamasıdır. Buna karşın dinin, yaşam sonu olarak algıladığı ölüm ve ölüm ötesi ile ilgili açıklamaları, bireyin ölüm karşısındaki gerginliğini giderici bir çözüm önerisi olabilir. Öte yandan Freud ve savunucuları, dinin bizzat varlığını inkar ettikleri için ölüm ötesi inançları da, bireyin bu dünyadaki sıkıntılarını aşmak için kendi hayal dünyasında icat ettiği muhayyileler olarak değerlendirilmektedir (44).

İnsanlık tarihi boyunca zamana ve topluma göre değişmekle birlikte, ölüm doğal bir olgu yerine, kötü olaylarla ilişkilendirilmiş ve sıklıkla bir tür cezalandırılma gibi kabul edilmiştir. İnsan bilinç altında kendi ölümüne inanamaz, ölümlü reddeder. Bu inkar yaşamı sürdürebilmek için gereklidir. Ancak ölüm gerçeğinden farklı olarak, ölüm düşüncesini zaman zaman yaşamak kişiyi geliştiren, yaşama ve insanlara bakışını olumlu etkileyen bir süreçtir. İnsanlar kendi ölümlerini iki şekilde inkar eder. İli 'özel olduğuna' inanmak, ikincisi ise 'ilahi bir gücün varlığına' inanmak. (45).

Ölüm olgusu felsefede geniş bir şekilde yer almaktadır. Biz tezin bu bölümünde ölümü düşünme boyutlarını ve ölüm korkusunun nedenlerini filozofların söyledikleri çerçevesinde ele aldık.

### 3.1.3. TIP AÇISINDAN ÖLÜM

Bilimsel gelişimin paralelinde bir çok tanım gibi ölümün de tanımında değişimler olmuştur. Çünkü teknolojik gelişimler tıbbi yaşam destek sistemlerini getirmiş dolayısıyla da ölümü geciktirmek mümkünleşmiştir. Yaşamın sonuyla ilgili karşılaşılan etik sorunlar da başı çeken ölüm tanımlamasında yaşanan tartışmalar, gelişerek ve şekil değiştirerek ölüme götüren süreci zorlaştırmaktadır. Bu yüzden ölümün tanımlanmasına ilişkin tıpta yaşanan değişimleri incelemenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tezin bu bölümünde tıp açısından ölüm ele alınacaktır.

Ölümün en basit tanımı şu şekilde yapılabilir: Ölüm tüm yaşam fonksiyonlarının iki merkezi olan kalp ve beyinin işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak son bulması olayıdır. Bilim adamları tarafından yapılan ölüm tanımlamalarında da ortak görüşler vardır. Bunlar: bilincin tam ve sürekli olarak kaybolması, solunumun sürekli olarak kesilmesi, dıştan gelen tüm uyarılara karşı tüm tepkilerin ve reflekslerin yok olması, tüm kaslarda gevşeme görülmesi, beden ısısının tümüyle kaybolması, beyin tüm faaliyetlerinin yok olmasıdır.

Hemen hemen tüm ölüm tanımları en azından bir noktada, yani ölümün kalıcı olduğunda uzlaşır. David Lamb'ın belirttiği gibi: Geçerli bir ölüm kavramının özü, döndürülemezliğinin bilinmesidir. Kriterler ve testler öyle bir şekilde düzenlenmelidir ki, tanımda belirtilen koşullar sağanmışsa organizmanın mekanik bir yardımla yada böyle bir yardım olmaksızın eski haline dönüşü mümkün olmamalıdır (46). İşte bazen ölüme götüren

süreçte ölümün tanımlanması konusunda ortaklığın olmaması ölümün tanımlanmasında da farklılıklara yol açmaktadır.

Ölüm doğumla başlayan biyolojik bir olaydır. Birdenbire oluşan değil, aksine sürekli olarak ilerleyen ve yaşamsal önemi olan organların devre dışı kalmasıyla çeşitli hücre gruplarının giderek yok olması şeklinde gelişen bir olaylar dizisinin sonucu olup geri dönüşsüzdür. Eskiden beri kabul gören kalp ve solunum durmasının yerine ölümün belirleyicisi olarak beyin ölümünün hukuki kavramlar arasına sokulması, gereklilik kazanmaktadır (6).

Solunumun durması ve kalp tepe atımının olmaması ölümün kriterleri olarak tanımlanır. Kalbin durmasının beyne kan taşımaya engel olması beyinde hasar oluşturur ve solunum sistemini kontrol eden hücrelerin ölümüne neden olarak, solunumu durdurur. Bazı hastalarda ise önce solunum, sonra kalp tepe atımı durur. Beyin hücrelerinde düzelmeyecek hasar gelişmiş, koma hali ve geriye dönüşsüz solunum yokluğu gelişmiş ise bu durum beyin ölümü olarak tanımlanır. Beyin ölümü; kornea, pupilla ve okülo-vestibüler reflekslerin bakılmasıyla saptanabilir (10,46).

Ölümün, “organizmanın fonksiyonlarının tümüyle, kalıcı olarak durması” biçimindeki, çoğunluğun aklına uygun tanımı üzerinde oldukça geniş bir mutabakat vardır ama sorun, bunun gerçekleştiğini gösteren kriterin ne olduğu sorulduğunda ortaya çıkar. Bu konudaki açıklamalar iki ana gruba ayrılır: bunlardan biri, ölümün, beynin tüm fonksiyonlarının sona ermesiyle oluştuğunu savunur. Amerika Birleşik Devletlerinde bu görüş Tıpta ve Biyomedikal Araştırmalarda Etik Sorunları İnceleme Başkanlık Komisyonu’nun Temmuz 1981’de yayınladığı “Ölümün Tanımlaması” adlı raporda benimsenmiş olmasının da etkisiyle, yaygın olarak kabul görmektedir. Diğer ana görüş ise ölümün, omurilik soğanının fonksiyonunun sona ermesiyle oluştuğudur. Bunların ikisi de beynin bir bütün olarak organizmanın işleyişindeki rolüne yoğunlaşır; ikisi de beynin



tümünün yada omurilik soğanının ölmesi halinde, hayati fonksiyonların, yani organizmanın işleyişini sürdürebilmesi için işler durumda olması gereken, organizma parçalarının artık işlevini yerine getiremeyeceği görüşüne dayanır. Omurilik soğanı ölümünü savunanlar, omurilik soğanının ölümünden sonra üst beyinde varlığını sürdüren herhangi bir elektriksel aktivitenin bilincin kanıtı olmadığını, bunun daha ziyade tırnakların yada saçların uzamaya devam etmesine benzeyen bir şey, yani artık makineye bağlı olmayan birkaç dişlinin kendi kendine dönmesi ve dönseler de onlarla birlikte hiçbir şeyin dönmemesi, olduğunu iddia ederler. Tüm beyin ölümünü savunanlar ise bundan bu kadar emin değildir ve üst beyindeki elektriksel aktivite dişlisine bağlı olarak dönen başka dişliler bulunabileceği ihtimaline karşı, bu dişlinin de tamamen durmasını beklemeyi tercih ederler (47).

Ayrıca fiziksel ölüm, organizmanın yok oluşu demektir (48). Doğumla kazanılan şahsiyetin ne zaman sone ereceği meselesi önemlidir. Genellikle kabul edilen şahsiyetin ölümle sona ereceğidir. Medeni Kanun'a göre şahsiyet tabii ölümle sona erer. Nitekim, Medeni Kanun'un 27. maddesi "Şahsiyet ...ölümle sona erer" hükmünü getirmiştir. Bununla birlikte, şahsın ölümü ile esas itibariyle ölenin şahsına sıkı surette bağlı olmayan ona şahsiyeti sebebiyle tanınmış haklar grubuna girmeyen haklar devam eder (49).

Tıp bilimi bugün ölüm anını tespitte şahsı yeniden yaşatma imkanlarındaki gelişmeler sebebiyle, kesin bir kıstas verememektedir. Ölüm olayının hangi anda meydana geldiğini tespit görevi doktorlardadır. Türk Tabipler Birliği 18.4.1968 tarihli kararında ölüm anının tespiti için şu şartların varlığı aranmaktadır:

- İki taraflı midriasis
- Bütün reflekslerin tam kaybı (derin hissiyatın kaybolması),

- Solunum ve dolaşım spontan çalışmasının durması ve ancak reanimasyon tedbirleri ile sağlanması; reanimasyon tedbirleri yeterli sürece uygulandığı halde, normal solunum ve dolaşımın sağlanamayacağına dair karar verilmesi;
- Beynin fonksiyon yapmadığının EEG metoduyla tespit edilmesi, EEG'nin aktif bir belirti göstermemesi ve yeniden canlandırma metoduyla da aktif hiçbir belirti göstermemekte devam etmesi;
- Ölüm tespiti için bu kriterlerin tek tek değil, bütünün göz önüne alınması (49).

Yüksek Sağlık Şurası da 24.11.1969 tarihli kararında, ölümün tespitinde beyinsel ölümü benimsemiştir (49). 1981 yılında ABD Başbakanlık Komisyonu Tıbbi ve Biyomedikal Etik Problemler Araştırma Komitesi beyin ölümünü; dolaşım ve solunum fonksiyonlarının geriye dönüşümsüz kaybı ile tüm beynin (korteks, spinal kord, beyin sapı) bütün fonksiyonlarının kaybıdır şeklinde tanımlanmıştır (46).

Serebral yanıtlardaki akut veya kronik depresyon (çöküntü) anlamına gelen koma hali, persistan tablo göstermekte ise iki sonuç doğabilir. Birincisinde koma irreversibl, yani hastanın geriye, hayata dönüşmesi imkansız ise serebral ölüm (beyin ölümü) kararı verilir. Şu halde klinik ölüm tanısı beyin ölümüne bağlıdır. Geriye dönülmez koma halinin ikincisi, vejetatif durum yani bitkisel hayat, tıbbi destek ile yaşamı ifade eder. Hastaya sağlanan yaşam desteği, hastayı klinik ölümden alıkoymaktadır. Hasta dış dünyaya kapalıdır. Bilinç yerinde olmayıp duyu organları ve bir bütün olarak nörolojik sistem fonksiyon kaybı içindedir. Dolaşım sistemi arresti (durması) yoktur, kan dolaşımı yerinde ve kalp çalışmaktadır. Ancak hasta konuşamamakta, duymamakta, hareket edememektedir. Tabii yoldan beslenmesi imkansız olup derin koma hali söz konusudur (29).

İrreversibl olarak beyin fonksiyonları ve bilhassa beynin diğer organların çalışmalarını ve ruhla beden arasındaki koordinasyon yolundaki fonksiyonlarının son bulması halinde insan ölü sayılmalıdır. Beyin ölümü dediğimiz ölüm tarifi ilk defa 1959 yılında 23.Uluslararası Nöroloji Kongresinde Claud- Bernard Hastanesinden H. Mollaret ve M. Goulon Tarafından “Coma Depasse” adı altında takdim edilerek tıbbi literatürde yerini almıştır. Bu tanımlamadan dokuz yıl sonra Ağustos 1968 tarihinde Ad Hoc Committee of Harvard Medical School’un tanımı kriterine göre “beyin ölümü” tüm merkezi sinir sisteminin (MSS) yani korteks, spinal kord ve beyin sapının fonksiyonlarını geri dönüşümsüz olarak yitirmesidir. Bu durumda bütün refleksler kaybolur ve bu tablo İzo-Elektrik EEG bulgusu ile desteklenir. İngiltere’de de Ekim 1976’da Medical Royal Colleges fakültelerin konferansı sonunda buna benzer beyin ölümü tanı kriterleri tespit edilmiştir. 1981 yılında USA Başkanlık Komisyonu Tıbbi ve Biyomedikal Etik Problemler Araştırma Komitesi tarafından yapılan tanımlama ile bu konudaki tartışmalar bir sonuca bağlanmıştır (50).

Harvard komitesinin “Beyin Ölümü” kriterleri;

- Hastanın dıştan uygulanan stimullara yanıt vermemesi,
- Spontan solunumun olmayışı,
- Pupiller, korneal, yutma reflekslerinin olmayışı,
- Düz yada izoelektrik EEG’dir (50,51, 52).

Beyin ölümü tanımı Türk Hukuku bakımından da 29.51979 t. ve 2238 s. “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun” ile 28.8.1993 tarih. ve 21674 sayılı. Resmi Gazetede yayınlanan “Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği” ile yasal çerçeveye oturtulmuştur. Bu Kanun’un uygulanması ile ilgili olarak tıbbi ölüm hali, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulamak suretiyle biri kardiyoloji, biri nöroloji, biri nöroşirurji ve biri de anestezioloji

ve reanimasyon uzmanlarından oluşan dört kişilik hekimler kurulunca oybirliği ile saptanır (29).

İfade etmek istediğimiz ölümün tanımlamalarında yaşanan anlaşmazlıkların ölüm sürecini güçleştirdiğidir. Bu konudaki yasal düzenlemelerdeki boşluklar sağlık hizmetlerinde bir çok etik problemin yaşanmasına neden olmakta, hastalar son günlerindeki yaşam mücadelelerinde hekimin isteği doğrultusunda uygulamalara tabi tutulmaktadır. Bize de en makul gelen ölüm tanımı, beyin ölümüdür. Çünkü beyin ölümü geri dönüşüzdür ve bugüne kadar beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastanın hayata döndüğü görülmemiştir. Spontan solunumun olmaması yaşam desteği ile solunumun sağlanması ile kişinin yaşama geri döndüğünü söylemek güçtür. Ayrıca uygulamalarda yaşam destek sistemlerinin hasta yararına uygulandığı da tartışılır. Öyle bile olsa yaşam destek sistemlerinin devreye sokulması konusunda kararlar hastaların değil hekimlerin olmaktadır. Bu da hasta özerkliğinin ihlal edildiğini göstermektedir. Kimi zaman kliniklerde yaşam desteği işlemleri hekimlerin bu konudaki el becerilerini geliştirmek için uygulanabilmektedir. Tabi ki beyin ölümü gerçekleşmemiş yada hasta isteği ile yapılan işlemler bunun dışında tutulmalıdır.

Bu bölümde dinlerde, felsefede ve tıpta ölümün değerlendirilmesini ele aldık. Sağlık çalışanlarının bunları bilmesi yaşadıkları etik sorunlara bakış açısında bilimsel temellerin oluşmasını sağlayacaktır. Sadece kültürlerin, kişisel değerlerin yada kurumsal politikaların etik sorunlarda çözümleyici olması bir çok yanlışı ve anlaşmazlıkları da beraberinde getirmektedir. Bunun için kişisel tercihler yerine en akılcı yolların yaşamın sonunda verilen kararlarda etkili olmasının gerekliliği açıktır.

#### **4. BİR MESLEK OLARAK HEMŞİRELİK**

Hemşirelik mesleğinin amacı sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız duruma gelmesini sağlamaktır. Sağlıklı bireylerin sağlıklarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri, hastalarında hastalıkları ile baş edebilmeleri ve yeniden sağlıklarına kavuşabilmeleri için onlara gerekli bilgi, beceri, güç kazandırmak hemşirenin temel işlevlerindedir. Ülkemizde 1994 istatistik kayıtlarına göre toplam yataklı tedavi kuruluşu sayısı 1024 olup, 1994 yılında bu kurumlardan taburcu olan hasta sayısı 3.623.196 olarak saptanmıştır. Hastanelerde ortalama kalış gün sayısı 6.6'dır (53). Bu da bize hemşirelik bakımının hastanın iyileşmesine olan katkısını düşündüğümüzde ülkemizde hemşirelik hizmetlerine olan ihtiyacı göstermektedir.

Yaşamın başlangıcında olduğu gibi yaşamın sonunda da verilen sağlık hizmetlerinde yeterli ve etkili bir bakımın gerekliliği açıktır. Ölüme götüren süreçte ve ölümden önce hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları ele almadan önce hemşirelik mesleğinin işlevleri ve sağlık hizmetlerinde var olma nedenlerini anlatmak amacıyla bu bölümde hemşirelik tarihi ile eğitimi, hemşirenin sağlık ekibindeki yeri ve hemşirelik etiği ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

##### **4.1. Hemşirelik Tarihi ve Hemşirelik Eğitimi**

Hastalıkların olduğu günden bu yana hemşirelik vardır. Hemşirelik tarihi kadının sağaltıcı rolü ile başlar. Yazılı tarihin başladığı günden beri kadınların bu görevi yaptıkları bilinmektedir. İlkçağlardaki kültürlerde çeşitli tıbbi uygulamalar yapılmaktaydı ancak hemşirelik ve tıp farklı meslekler olarak uygulanmamaktaydı. Ortaçağda Avrupa'da dinsel etkiler altında var olan hemşirelik aynı zamanda dinsel öğretileri yayma gibi bir misyona da sahipti. 16. yüzyılda kiliseye olan inancın yitirilmesi hemşirelik mesleğinin gelişimini de olumsuz etkilemiş, kilisenin gücü hemşirelik mesleğinin

üzerinden çekilmiştir. Endüstriyel gelişimin hızlanması, kentleşme; özgürlük, insan ve kadın hakları adına gelişen fikir ve olaylar ile savaşlar hemşireliğin yeniden doğuşuna temel oldu. Bu değişim ortamında yetişen Florence Nightingale (1820-1910) beklenen lider oldu. Nightingale hemşirelik mesleğinin statüsünü iş konumundan meslek konumuna yükseltti, hemşirelik bakımının niteliğini geliştirdi ve hemşirelik eğitiminin kurucusu oldu. Dünyada 19. yüzyılın ikinci yarısı modern hemşirelik eğitimi anlayışının yaygınlaşması; 20. yüzyıl ise, hemşireler için sosyal hareketlilik dönemi olmuş ve özellikle bu yüzyılın ortalarında mesleksel bilinçlenme hareketleri başlamıştır.

Ülkemizde hemşirelik mesleği bir takım sosyal nedenlerle uzun süre doğma ve yaşama olanağı bulamamıştır. Kadın haklarındaki gelişmelere paralel olarak hemşirelik mesleğinin ülkemizdeki gelişimi gerçekleşmiştir. Bütün sağlık mesleklerinde olduğu gibi hemşirelik mesleği de tıp mesleğinden doğarak hekimlik mesleğinin geçirdiği gelişim süreçlerinden etkilenmiştir. Selçuklular döneminde hasta ve yaralılara bakan şifacı ve aşıcı ebe kadınlar olmuşsa da hemşireliğin gelişimi bu dönemde pek mümkün olamamıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde savaşlar nedeniyle hemşireliğe ihtiyaç duyulmuş bu gerekçe ile 1854 yılında Florence Nightingale ülkemize gelerek hemşirelik mesleğinin uygulanmasına başlanmasında etkili olmuştur. O zamanın Sağlık Bakanı Besim Ömer Paşa hemşirelik bakımının gerekliliğine inanarak dünyadaki gelişmeleri izlemiş 1911'de Gönüllü Hasta Bakıcılar Kursu'nu açmıştır. Altı aylık bir eğitimden sonra bu kursa katılan kadınlara sertifika verilmiştir. 1920 yılında Amiral Bristol Sağlık Lisesi hemşirelik eğitime başlamıştır. 1925 yılında ise yine Besim Ömer Paşa tarafından Kızılay Hastabakıcı Okulu açılmıştır. daha sonra sağlık hizmetlerindeki değişimler hemşirelik eğitiminde de yaşanmış uzun yıllar hemşirelik eğitimi Sağlık Kolejlerince yürütülmüştür. Hemşirelik Yüksekokullarının 1955'de kurulan Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu ile başlaması hemşirelik eğitiminin hem lise ve hem de üniversite düzeyinde verilmesini sağlamıştır. Ardından

1961 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu lisans düzeyinde hemşirelik eğitime başlamıştır. 1968 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda lisans üstü eğitim vermeye başlanmıştır. 1985 yılında ise Gülhane Askeri Tıp akademisi Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. 1990'lı yılların başında hemşirelik eğitime bir de 2 yıllık ön lisans programları eklenmiştir. Bir yandan sağlık kolejleri ön lisans programına dönüştürülürken bir yandan da hemşirelik eğitimi sağlık meslek liseleri şeklinde bir süre eğitim devam etmiştir. 1996 yılında hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olması çalışmaları sonuç vermiş Sağlık Kolejleri kapatılıp hemşirelik eğitimi ön lisans programları da Sağlık Yüksekokulları olarak değiştirilmiştir. Ancak 2000 yılında o dönemin Sağlık Bakanı yeniden sağlık meslek liselerini açarak hemşirelik eğitiminde çok başlılığı yeniden sağlamıştır. Ayrıca ülkemizde hemşirelik kanunu 1954 yılındaki kanundur. Bu kanunun değişmesi ve hemşireliğin değişen rollerine uygun görev tanımlamaları için yeni bir yasaya ihtiyaç vardır. 15 yıldır mecliste bekleyen yeni hemşirelik yasa tasarısının uygulamaya geçirilmesinin gerekliliği ortadadır.

#### **4.2. Hemşirenin Sağlık Ekibindeki Yeri**

Ekip çalışması; aynı amaç için bir araya gelmiş bir grup çalışanın aynı hedefe yönelik ortak çalışmalarını ifade eder. Sağlık ekibi ise bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalık halinde de iyileştirmek için bir arada çalışan sağlık profesyonelleri ile hasta ve ailesini de içine alan bir gruptur. Her disiplinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de ekip anlayışı ile çalışma hem hizmeti alanlar ve hem de bu hizmeti verenler için verimliliği artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hemşire, ekibin vazgeçilmez üyelerindedir. Çünkü hemşirelik sağlık hizmetlerinin her alanında gereklilik arz eden bir meslektir. Bireyin durumuna göre verilen hemşirelik bakımının niteliği, etkinliği ve ekibin lideri değişebilir ama hemşirelik

bakımı sağlıklı ve hasta bireyi ele alması ve hastanın yakınında yer alması sebepleriyle her zaman ihtiyaç duyulan bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinde ekip anlayışı ülkemizde aslında olması gerekenlerdendir. Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanamaması, hemşirelik eğitiminin farklılığı, sağlık politikaları, hemşire ihtiyacının fazla olması, hemşireliğin kadın mesleği olması, hemşirelerin kendilerini geliştirmemesi ve geleneksel hekim modelleri gibi daha sayabileceğimiz bir çok nedenler sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelik mesleğinin ülkemizde ekibin içinde yeterince yer alamamasının nedenlerindedir.

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin Hemşirelik Etik Kurallarında hemşirenin, hemşirelik bakımının yükseltilmesinde aktif rol oynaması gerektiği belirtilmiştir. Avrupa Topluluğu'na göre her 10 bin kişi başına düşen hemşire sayısı 42 olması gerekirken ülkemizde bu sayı Sağlık Bakanlığı'nın 1998 verilerine göre 7.1'dir (54). Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. Ülkemizde de bu gereksinimin sayısal ifadesi de ortadadır. Kaliteli bir hemşirelik bakımının verilmesi ile hemşirenin sağlık ekibinde etkinliği artacaktır dolayısıyla öncelikle hemşire sayısının yeterli olması gerekmektedir.

Sistem teorisi, parçaların bir araya gelmesinden oluşan, bir bütünün nasıl çalıştığını açıklayan bir teoridir. Sistemde birbirleriyle etkileşimde olan farklı yada aynı işi görebilen parçalar vardır. Bütün parçaların ortak amaçları, sistemin en büyük amacına hizmettir. Sistemin parçaları öyle bir beraberlik içinde çalışırlar ki birindeki etkilenme, değişim yada aksama başka parçaların çalışmasına yada sistemin tümüne yansır. Örneğin tüm meslekler toplumda bir sistemi oluştururken, tıp ve hemşirelik toplumun sağlık sisteminin birer alt sistemleridir. Sistem teorisine göre de parçalardan birindeki aksaklık yada sıkıntı diğerini etkileyecektir ve bütünün, yani sağlık sisteminin etkinliğine yansıyacaktır. Diğer bir deyişle hemşirelik alt sistemindeki aksaklıklar, çözümlenemeyen sorunlara neden olup tüm sağlık sisteminin çalışmasını da olumsuz yönde etkileyecektir .



Hemşirelik bakım üzerine kurulmuş bir sağlık disiplindir. Sağlık hizmetlerinde hekim de hasta için vardır hemşire de. Hemşirelik mesleğinin üzerine sinmiş öyle algılamalar vardır ki hemşirenin sağlık meslek grupları arasında ayrı bir disiplin olarak var olmasını engellemektedir. Hemşirenin “doktorun sağ kolu” olduğuna inanılan bir anlayış hemşirelerin bakım rollerinden uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Geleneksel sağlık modeli anlayışı hekimin ataerkil bir ailede olduğu gibi “baba” rolünü üstlenmesini gerektirirken hemşireden de “itaatkar anne” rolü yapması bu durumda da hastanın “çocuk rolüne” bürünmesi beklenmektedir. İşte bu durum hemşirenin değişen ve gelişen rollerini yerine getirmesini olumsuz etkilemektedir. Ebette hemşirenin bağımlı fonksiyonları da vardır. Hekim istemi doğrultusunda hemşirenin tedavideki uygulayıcı rolü gibi. Ancak hemşirelik bunlardan çok öte bir şey, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir.

Bakım, diğer insanlarla ilişkinin diğerlerin yaşamlarını ve dünyalarını nasıl algıladıkları konusundaki ilgiyi de kapsayan biçim olarak da tanımlanır. Bakımdaki deneyimler üzerine yapılan bir araştırmada dört ilişki biçimi belirlenmiştir: Hasta için var olmak, hastaya saygı göstermek, hastayla birlikte hissetmek, hastaya kendini yakın hissetmek. Bakımın tüm bu biçimlerinin, diğerleriyle olan ilişki biçimleri için önemli bir rol oynadığı görülür ve bu, bakım fenomeninin bir sürü bilinmeyen açılarını ortaya koymaktadır. Öncelikle bakım tüm insanlar tarafından aynı ölçüde duyumsanan insansal varlığın doğal durumudur. Bakım doğal insani bir duygudur ve tüm insanlık için geçerli olan bir değerlendirmedir. İkincisi, bakım diğerleri karşısındaki bakım için bir ön koşuldur. Bakımın bu açısını bir araştırmacı, gerçek bakım süreçlerinden ve davranışlarından önce bakımın insansal gelişim ve büyümenin yapısal niteliği olarak görülebilecek kavramsal göz önüne getirilecek kadar tanımlar. Başkalarına bakım vermeden önce bakım üzerine bilgi sahibi olmak gerekir. Üçüncü açı ise, bakımı ahlaki ve sosyal ideallerle, birimlerden korunma ve sevgi gereksinimiyle özdeşleştirir. Bakım bu ideallerle çok yakın bağlantıdadır.

Bakım, etik bir yükümlülüktür, basit, sıradan bir davranış biçimi değildir. Etik yükümlülüğün anlamı, insanlar arasında oluşan verimli durumlardaki özel sorumluluklarla ifade edilir (55).

Hemşirelik sanatı, bireyi bir bütün olarak ele almak, onunla amaçlı bir ilişki kurmak, alıcının yaşadıklarının anlamını kavramak ve bu doğrultuda bilimsel temelli bir bakım sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik sanatı yalnızca teknik işlemleri değil çok yönlü bakım sunmayı içerir (14). Bugün dünyada iş ve hastalık merkezli bakımın yerini hasta ve sağlıklı birey, aile, toplum almakta, insan ön plana çıkmaktadır (54). Tüm bu nedenler insana yakışır bir sağlık hizmeti verilmesinde; sağlığın korunmasından tedaviye uzanan bir yelpazede hemşirelik mesleğinin önemini ortaya koymaktadır.

### **4.3. Hemşirelik Etiği**

Hipokrat'tan günümüze değin tıbbi uygulamalarda belirli etik ilkeler benimsenmiştir. Tıp etiği sağlık çalışanlarına mesleklerini icra ederken hasta için en doğru kararın verilmesinde yol gösterici olmaktadır. Bilimsel süreçte yaşanan gelişmeler farklı etik sorunları ortaya çıkarmakta bunun yanında sağlık disiplinlerinin de yaşanan değişimler de her disiplinin kendine özgü etik standartları olması gerektiğini göstermektedir. Ülkemizde hemşirelik etiği tıp etiği'nin kapsamında yer almakta bu da hemşirelerin yaşadıkları etik sorunların çözümünde kimi zaman ihtiyaca cevap olamamaktadır. Tıp etiği'nin genel sorunlarının yanında hemşirelerin yaşadığı mesleğe özgü değer sorunlarına rastlanabilmektedir. Ayrıca uluslararası hemşire birliklerinin hemşirelik etik kodları hemşirelere rollerine uygun etik kurallar önermektedir. Kaldı ki Türkiye'de kendi kültürel özelliğimize yönelik tıp etiği standartları bile yoktur.

Hemşirelerin uğraşı alanı olan bazı konular 'insan hakları' ve 'etik' açısından önemli sorunlara ve tartışmalara neden olmaktadır.

Günümüzde, sağlıklı bir gebelikten sonra, yine sağlıklı bir çevrede doğmak ve yaşamını sürdürmek doğuştan kazanılan, devredilemez bir insan hakkı sayılmaktadır. Artık sağlık çalışanlarının görevi yalnızca insanların ağrı ve sızılarını dindirmek, hastaları iyileştirmek değildir. Sağlıklı yaşamın bir insan hakkı olması, sağlık çalışanlarının uğraşı alanlarına toplumsal yaşamın sorunlarını da getirmektedir. Çağdaş tıp teknolojisi ve tıp görüşünün etik alanına getirdiği ve tüm sağlık çalışanlarının büyük duyarlılıkla ilgilenmeleri gereken tartışmalar vardır (18,20,56).

Tarihsel sürece baktığımızda, gerek ilkel devrede gerekse antik devrede, tıp ve hasta bakımı işleri ile görevli olanlarda, yüksek ahlaki değerler aranmıştır. Düşünürler ve yol göstericiler etik kuralları değişik yapılar içinde topluma benimsetme çabası içinde en çok dinsel öğretilerden yararlanmışlardır. Bu anlamda dinsel anlayışın hemşirelik üzerine etkisi büyük olmuştur. Uzun yıllar hemşirelik, kendisini dünya zevklerinden uzaklaştıran grup tarafından yapılmıştır. 16.yy'da başlayan dinsel kavramlara ve kurumlara karşı reform hareketleri başlayıncaya kadar hemşirelik uygulamaları her türlü ahlaki anlayıştan yoksun, kaba, cahil kişiler tarafından yürütülmüştür. 1840 yılında Elizabet Fry hayırsever hemşireler örgütünü kurmuştur. Bu örgütün başlıca amacı, bu başıbozukluğun önüne geçmeye ve mesleğe özgü etik kurallar içinde hemşirelik bakımı vermeye yönelmektir. Ancak hemşirelikte günümüze yansıyan deontolojik anlayış modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale ile başlamıştır (18).

Klinik uygulamalarda karşılaşılan problemlerin çoğu, doğru iş ile ilgili inanç ve değer yargılarındaki çelişkilere bağlıdır. Genellikle hemşirelerin çalıştığı ortamlar, karmaşık problemlerin çözümü için disiplinlerarası iş birliğine izin verecek şekilde düzenlenmemiştir (2). Hemşirelerin yaşadığı etik sorunların sağlık hizmetinde ekip anlayışın yerleşmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (57).

Dinç'in araştırmasında, araştırma kapsamına alınan 200 hemşireden 64'ü etik sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %31.25'i sosyal güvencesi olmayan ve tedavi masraflarını karşılayamadığı için hastaneden kaçmak isteyen hastalar ile ilgili, %18.75'i doktor istemine karşın tedaviyi reddeden hastalar ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede etik yaklaşımlara ilişkin puanların hemşirelerin mezun oldukları okula göre farklılık göstermediği saptanmıştır (54).

Profesyonel kişinin her girişimi bir etik aktivite olma özelliğine sahiptir. Çünkü profesyonel kişi kendi değerleri, bilgi ve becerileri ile başka insanların değer, bilgi ve becerilerine ulaşarak onların yaşamlarını değiştirir. Hemşirenin amaçladığı değişim ise hastanın otonomisini kazanmasıdır. Profesyonel bir hemşire için ikilem durumlarında etik davranışı sağlayan bir takım değerler vardır. Bunlar özgecilik, eşitlik, profesyonel davranış, estetik, özgürlük, adalet ve gerçekçiliktir. Hemşirelik gibi başkalarının yaşamını ve iyiliğini etkileyen mesleklerin gelişmesiyle birlikte mesleğe özgü etik standartlara gereksinim duyulmuştur (20).

Etik davranış kodu, hemşirelik faaliyetlerinin gelişimi ve rehberlik için genel prensipler sunar. Günümüzde geçerliliğini koruyan Hemşirelik kodları Uluslararası Hemşireler Birliği'nin 1973 yılında Mexico City toplantısında kabul edilmiştir. Uluslararası etik kodlara dayalı olarak hemşireler, sağlığı yükseltme, hastalığı önleme, hastayı iyileştirme, acıyı dindirme sorumluluğunu üstlenmelidir. Bu etik kodlarda ayrıca, hemşirenin, diğer bir görevlinin bakımı sırasında bireyin yaşamının tehlikeye girdiği durumlarda uygun önlemleri almasından bahsedilmektedir (4,57,58).

Hemşirelik sanatı, kişisel değerlerle mesleki değerlerin farkında olunması mesleki değerlere dayalı bir bakım sunulmasıdır. Eşitlik, saygı, gizlilik, adalet vb. ilkelere dayalı, bireyin yeganeliğini dikkate alan bir bakım sunmak, hemşireliğin etik ve moral yönünün gerçekleştirilmesinin temelini

oluşturur. Hemşirenin bakım sunmada, etik ve moral kararlar vermesi ve bu kararlarda mesleki ilke ve değerlere sadık kalması gerekir (14).

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik, uygulama alanında bir çok konuda hasta için en doğru karar vermeyi gerektirir. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadır. Levin'e göre hemşire olmak uygulamanın her boyutunda, etik sorumluluğu üstlenmeye istekli olmayı gerektirir. Hemşireler, hasta ve ailesi ile uzun süreli ilişkiye izin veren konumları, savunuculuk, danışmanlık ve eğiticilik rolleri gereği, sağlık alanında moral değerlerin gelişmesinde anahtar kişilerdir. Bu nedenle, hemşirelerin etik ile ilgili temel kavramları, teorileri, ilkeleri, etik problemleri ve etik karar verme modellerini anlamaları zorunludur (19).

Hemşireler, sağlık politikalarından kaynaklanan etik çıkmazlar yaşayabilirler. Lokal veya ulusal düzeydeki sağlık bakım politikaları hemşirenin güvenli ve etkili bakım vermesini etkileyebilir. Sağlık bakımı ekip yaklaşımını gerektirdiğine göre bu alana ilişkin değer sorunlarında karar verilmesi de ekip yaklaşımını gerektirir. Hemşirenin hastanın otonomisini sağlama, savunuculuk, eğiticilik, ve danışmanlık rolleri gereği etik kurullarda da bu yüzden önemli bir yeri vardır.

Hemşire sağlık alanının önemli bir çalışanıdır. Hemşirenin bazen hastaya bütünüyle sadık olmaması, bulunduğu kurumun kuralları ve hekimden aldığı direktifler nedeniyledir. Bütün bu durumlar hemşirelerin ahlaki değer yargılarını bozabilirler. 1950'de Amerikan Hemşireler Birliği'nin çıkardığı yasada hemşirenin görevinin hekimin direktifine uymak olduğu belirtilir. Bu yasa 1976 yılında geliştirildi ve hemşirenin hastanın bir avukatı gibi olması gerektiği bildirildi. Ancak hemşire bir taraftan sağlık kurumuna ve hekime, diğer taraftan da hastaya sadık olmak durumunda olup bazen bunlar arasında seçim yapmak gibi zor bir duruma girebilir (55).

Etik bir karar vermek için en önemli görev, hastanın ve hemşirenin değer yargıların itinalı bir şekilde olarak göz önünde bulundurmasıdır. Her hemşire eğitim, kültür, din ve yaşantısıyla zaman akışında oluşmuş kendi değer sisteminden etkilenir. Aynı şekilde hasta da hemşirenin değer sistemiyle ayrılık gösteren bir değer sistemine sahiptir. Hemşirenin ahlaki ve ahlaki olmayan değerleri bilmesi, işteki yaşantısında kişisel, mesleki ve kültürel değerlerin göreceli önemini belirlemesine yardımcı olur. Değer yargıları birbiriyle çatışmaya girerse hemşire diğer bireylerin değerlerine saygı göstermeli ve hastanın haklarını, mesleki sorumluluklarıyla ilişkili bir duruma getirmelidir (59).

Hasta hemşire ilişkisini tanımlamak için “savunma” kavramından yararlanır. Hak savunması temelindeki model olan bu yorum, hemşireyi sağlık sistemi içerisinde hastanın haklarının savunucusu olarak görür. Hemşire hastasını hakları konusunda bilgilendirir ve bu haklarını anlamasına dikkat eder. Hak ihlallerini bildirir ve hasta haklarının ihlallerini engellemeye çalışır. Bu yorum, hemşireyi, hastanın ahlaki hak ve insan hakları için hakem rolünde görür. Değerler temelinde oluşturulmuş model olan diğer yorum ise hemşireyi, hastaya değer yargılarıyla uyumlu olarak gereksinimlerini, ilgi ve kararlarını açıklamasına yardımcı olan kişi olarak görür. Üçüncü yorum da kişiye saygı modeli hastayı saygı görme hakkı olan bir vatandaş olarak görür. Hemşire, hasta avukatı rolünde hastanın onurunu, özel yaşam ve karar verme hakkını savunabilmesi için öncelikli olarak hastanın temel değerlerine dikkat etmek zorundadır. Hasta artık karar veremeyecek durumda ise hemşire, hasta savunucusu olarak onun sağlığı için onun adına hastalığın gerektirdiği şekilde veya yasal hasta vasilerinin kararları doğrultusunda hareket eder. Hasta yakını olmadığına hemşire, tüm bilgi ve vicdanına göre hastanın çıkarlarını savunur (59).

Etik karar verebilme yetisi, profesyonel bakım kalitesine ulaşmaya önemli oranda katkıda bulunur. Bu yetinin geliştirilmesine olanak sağlamak için çoğu eğitim programları müfredatlarında etik dersine yer vermiştir. Etik

dersi, hemşireyi ahlaki ve sorumlu davranmaya ve iş yaşantısında etik karar verecek duruma getirmeyi amaçlar. Bu amaca ulaşmak için öğrenci hemşire, kişisel değer yargıları ve düşüncelerini çeşitli etik kavramlarla ve bundan oluşan etik davranışa olan istemlerle uyum oluşturmak zorundadır. Bu nedenle hemşire, etik karar verebilir ve onları hastaların bakımında yaşama geçirebilir. Hemşire etik kararlar için bir ilişki çerçevesi kullanmasıyla, değer çatışmalarını tespit etme, diğer insanlar için değerlerin anlamını araştırma ve çatışmaları çözme yetisini geliştirir. Bu yetilerin gelişimiyle hemşire hemşirelik pratiğindeki değer çatışmalarının çözümünde ana figür olur. Bu da sonuçta, sağlık bakımının genel kalitesinin iyileştirilmesini sağlar (59).

Hemşirelik insana bakım veren bir meslektir. Sağlığı korumak ve geliştirmek sadece tıbbi ihtiyaçlara cevap vererek olamaz. Sağlık hizmetlerinde görevleri gereği hasta ile birebir yakın ilişkide bulunan hemşireler hastanın duygusal gereksinimlerinin daha çok farkındadırlar. Bu yüzden ölüme götüren süreçte ve ölümden hemşirelerin hastanın yaşamıyla ilgili kararlarına ilişkin onun değerleri doğrultusunda hareket etme yükümlülüğü vardır. Bu açıdan yaşamın sonunda verilen sağlık hizmetlerinde hemşirelerin de aktif rolü vardır.

## **5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖLÜM ALGISI**

Günümüz endüstri toplumlarında ölüm sıklıkla hastanelerde yaşanmaktadır. Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli sıklıkla ölümcül hastalığı olan hasta ve ailesiyle karşılaşırlar. Ancak sağlık personeli için ölüm, başarısızlığı çağırıştırılmaktadır. Çünkü onlar sürekli yaşatma mücadelesi içindedirler. Ölüme götüren süreçte ve ölümden karşılaşılan etik sorunlar; sağlık personelinin, ailenin ve bireyin ölüme tepkilerindeki farklılıklardan köken alır. Biz tezin bu bölümünde sağlık hizmetlerinde ölüm algısına bu yüzden yer verdik.

Ölüm hastanenin taşıdığı amaçlarla çelişen bir kavramdır. Hastane tanımlamalarında ölümün adı geçmez. Her şeyin sağaltım hedefine yöneltildiği günümüz hastanelerinde ölmekte olan hasta hekimlerce başarısızlıklarının canlı bir ifadesi olarak görülür; ölümün kendi hizmet saatleri içerisinde yaşanmaması arzu edilir. Klinikteki rutin işleyle ayağa takılan bir taş gibi algılanır ölüm. Çünkü hekimler aldıkları eğitimde her ne pahasına olursa olsun hastayı yaşamda tutmaya programlanmışlardır. Hayatta tutma girişimleri anlamını yitirdiğinde bile mağlup olmayı kabullenmeyerek mücadele etmeyi sürdürürler. Çünkü hasta ve acı çeken insana yardımda bilebildikleri; kendilerine öğretilen tek strateji budur. Tıklım tıklım amfilerde; ağzına kadar dolu pratik salonlarında birer hekim-öğrenci iletişimi; böyle bir iletişimde tıp işleyleindeki etik sorunları ayırt ediş ve ele alış yaşanmamaktadır (11).

Ölme süreci toplumca hastanelere taşınmış olmasına karşın, hastanelerin kendilerini tanımlarken “ölüm” kavramından uzak durdukları görülür. Almanya’da hastanelerin işleyleini belirleyen yasada (Krankenhausgesetz-KHG) hastaneler şöyle tanımlanmaktadır: “Hekimlik ve hastabakıcılık hizmeti verilerek hastalıkların, ızdırabın yada bedensel zararın tanılıldığı, sağlatıldığı, yatırıldığı yada doğuma yardımın gerçekleştirildiği, bu hizmetleri almaya gereksinimi olan kişilerin bakıldığı kurumlar...” 4.4.1955 tarihi ülkemizdeki Hastaneler Talimatnamesinde de “Hastaneler, yatırılarak ve ayaktan hasta muayene ve tedavi eden ve gerekli sıhhi ve fenni şartları haiz bulunan müesseselerdir” tanımı yer alır. Talimatnamenin 3. maddesi hastanelere “hastalıkları tıbbi, cerrahi ve sair vasıtalarla şifa bulabilecek veya salah kesbedilecek bilumum hastaların kabul olunacağını” belirtir (60). Bu tanımlamalarda aslında hastanelerin önemli bir işlevi olan ölmekte olana bakımdan söz edilmediği görülmektedir. Rakamlar günümüzde ölme sürecinin hastanelere taşındığını gösterirken, bu ortamda anılan sürecin olabildiğince görülmez, işitilmez olması için çaba harcanmakta olduğunu fark etmek güç değildir. Hastanelerde hastalar ölmez; “ex” olurlar; ameliyat masasında ölmez;



“bıçak altında kalırlar”. Genellikle ölmekte olan alelacele tek kişilik bir odaya taşınır; boş bir oda bulunmadığında yatağı paravanla çevrilir (24).

Almanya Federal İstatistik Dairesi daha 1975 yılında kaydedilmiş 749.250 ölüm olgusunun 407.809'unun hastanelerde yaşandığını belgelemiştir. Yine bu ülkede ilerleyen yıllarda 10 insandan ancak birinin evinde ölebildiği saptanmıştır. Lamerton da 1980'li yıllarda İngiliz halkının %60'ından çoğunun hastanelerde öldüğünü, aynı zaman kesitinde bu oranın New York'ta %72'ye yükselmiş olduğunu belirtir (24,32,61).

Modernlikle birlikte yalnızca tüm yaşam değil tüm ölüm biçimleri de tıbbileştirilmiştir. Her türlü ölümün mutlaka tıbbi bir nedeni vardır. Yaşamın ve ölümün tıbbileştirilmesi, “ecel”in anlamını da sislendirmektedir. “Ecel”, geleneksel dünyada ölümün tüm nedenlerini açıklayan bir nosyon iken, ölüm nedenleri ve hele hele ölümün nihai olarak olmasa bile önlenebileceği, ertelenebileceği hakkında bir bilinç oluştuğunda giderek anlamı sislenmeye başlamıştır. İlk önce kaza, cinayet, intihar nedeniyle ölümler, “ecelle ölüm” kapsamında çıkmış, daha sonra bu listeye nedenleri ve tedavileri konusunda tıbbi bir tanım geliştirilen hastalıkların sonucu olan ölümler eklenmiştir. Modern zamanlarda ölümün yok sayılmasına neden olan etkenlerden birisi de “ecel”in anlam kaymasına uğraması ve önemini yitirtmesidir. Geleneksel dünyada “ecel” her an kapıyı çalabilecek bir konumdadır, modern zamanlarda ise, çoğu zaman hastalık kılığında gelir; bilime ve tıba inanç, modernlerde “ecel”in yenilebileceği umudunu yayar. Beslenen her umut, “ecel”i kapıdan kovar ama bir yandan da ölümcül hastalıklar karşısında yeni tavırlar ortaya çıkmasına neden olur. Umudun ayakta kalabilmesi için ölümü çağrıştıran hastalıkların ve hastaların yaşamdan uzakta kalmaları gerekmektedir. “O uğursuz hastalıklara yakalananlar, tıbbin kurtarıcı keşiflerine yetişememiş zavallı, şanssız kimselerdir” hepsi bu kadar. Yok, bu kadar değil; şimdilerde buna ek olarak henüz çok diplerden gelen bir dalga halinde de olsa bu fikir, tüm ölümler için genelleştirilmektedir: “Tüm ölenler, ölümün

çaresinin bulunacağı güne yetişemeyen zavallı, şanssız insanlardır". Ölüme bakışlarını besleyen ana düşünce damarından bu fikirler geçen biz modernlerin, ölümcül hastalıklar etrafında ürkütücü metaforlar geliştirmemiz oldukça anlaşılır bir durumdur (28).

### 5.1. Ölüme Yaklaşan Birey ve Ailenin Tepkileri

Son yüzyıl boyunca tıp bilimi yaşamı uzatma konusunda oldukça önemli bir mesafe kat etmiştir. Ancak, yoğun bakım, sonucu olumlu olamayacak pek çok hastada "ölümü geciktirerek" hem hastanın hem de ailesinin acısının uzamasına sebep olmaktadır.

Ölüm genellikle bir sonu, kişinin biyolojik varlığını yitilmesini belirtmektedir. Zaman içerisinde bir noktada hastanın ölüyor olma korkusunun yerini alır. Ölüm korkusu ani bir gerçek değildir, daha çok kişinin çaresizliğinin bir yansımasıdır. Ölüm korkularının, hastalık ve sakatlığın oluşturduğu gerçeklerden daha kuvvetli olduğu kabul edilmektedir. Ölüm olgusu, bireye, sınırlı bir geleceği olduğunu kavratıldığı zaman, bu durum, hasta ile ilişkisi olan kişilerde de (sağlık personeli, aile bireyleri) benzer bir etki yapmaktadır. Ölüm sürecinin, durumla ilgili tüm bu kişilerin rolleri, değer yargıları ve beklentilerine yeni bir bakış açısı getirme işlevi olarak hizmet ettiği de söylenebilir. Yani ölüm olgusu toplumsal bir olgu olarak algılanır (5).

Bilinçte ölüm korkusu olarak algılanan şey, aslında bir nesne yitimi korkusudur. Tıpkı çaresiz küçük bir çocuğun onun varoluşunun temel desteği olan ana-babasının veya onlarla eşdeğerdeki kişinin korumasını yitirmekten duyduğu temel korku (primer korku) gibi bir korkudur. Benlik ve kimlik gelişimi Beden-Benliği (Body-Ego) gelişimi üzerinden oluşur. Her hastalık, Beden-Benliğinin ve dolayısıyla bütünüyle varoluşun değişmezliğini, kalıcılığını tehdit eder. Ayrıca, acı duygusu, zayıflık ve korku duygularıyla birlikte olduğundan, yaşamdan çok ölümü çağırır.

Bu, bütün kültürlerde var olan, evrensel bir durumdur. Ani gelen öldürücü hastalıklar veya kazalar dışındaki hastalıkların hemen hepsinde bu duygu az çok yaşanır ama kişinin bedensel yada ruhsal bütünlüğünü zedeleyen, işlevlerini bozan kronik ve ilerleyici hastalıklarda daha da yoğun yaşanıp, çeşitli ruhsal karmaşalara yol açar. Zira, bu gibi hallerde kişi her gün ilerleyen bir “yok olma” durumuyla karşı karşıya, başka bir deyişle ölümle yüz yüzedir. Kanser veya öldürücü sistemik organ hastalıklarında bunun adı açıkça ölüm olurken, kesinlikle öldürücü olmayan ama sakat bırakan, kişinin yapısal ve işlevsel bütünlüğünü bozan hastalıklarda yaşanan da bir “yok olma” durumu ve duygusudur. Cismen var olsa bile olması gereken şekilde var olmadığından, bu da “yok olma” ile eşdeğer sayılır. Bu türden bedensel hastalıklar ile ruhsal işlevleri önemli ölçüde bozan ruh hastalıkları da bu gruba girerler. İşte bunlar zor hastalıklar olarak tanımlayabileceğimiz durumlardır. Hastanın kendini etkileyebildiği gibi çevresini de etkiler, onlarda da çeşitli karmaşık duygular ve tepkiler doğururlar. Hastalıkla baş etmede yalnız hasta değil, hastanın yakın çevresi ile hastanın tedavisini üstlenmiş hekim ve sağlık personeli de zorlanırlar (62).

Ayrıca terminal dönem hastaları aşırı halsizlik, şiddetli ağrı, çarpıntı, solunum güçlüğü, izolasyon, hareketsizlik ve hastalık korkusu gibi hastalıklarına özgü nedenlerle stres altındadır. Bunlara bir de hastane ortamındaki tanımadıkları makineler, rahatsız edici alarmlar, alışmadıkları gürültü ve sesler, nahoş kokular ve uzun süren parlak ışıklar da eklenince hastalar fiziksel, psikolojik ve çevresel kaynaklı stres yaşarlar. Bu da hastalarda uykusuzluk ve duygusal yük oluşturur. Bu kadar yoğun stres altındaki hastalar, sağlık personeline de öfkeli davranabilmektedir (63).

Bedenin uzmanı olan hekim ve gündelik yaşamında onu çevreleyen yakınları.....Bu yıllarca böyle sürmüş; hasta da iyileşme ümidi yada en azından daha uzun yaşayabilme beklentisi ile bu tutuma razı olagelmiştir. Sürdürülen savaş gözle görülür şekilde anlamını yitirdiğinde, yaşam sona

ermekte olduğunu iyice hissettirildiğinde hastaya yardım etmekte olanların (hekim, hemşire, hasta yakını) alıştıkları bu tutumda hala ısrar ettiklerini görürüz. Oysa artık tutumlarını değiştirmeleri gerekir. Çünkü ölmekte olanın yaşamdan ve yardım edenlerden beklentileri tamamıyla değişmiştir (11).

Çeşitli bilimsel araştırmalar ölmekte olanın beklenti ve arzularının özünde dört boyutun olduğunu ortaya koymaktadır. Bir başka deyişle bu arzular varlığımızın dört unsurunu kapsar, yani sosyal, bedensel, ruhsal, spiritüel unsurlara ilişkindir:

- Ölmekte olanın öncelikle önem verdiği; varlığımızın sosyal boyutunun ifadesi olan yalnız ölmek istemeyiştir.
- İkinci önemli arzusu bedenine ilişkindir ve şöyle ifade eder. Ağrı çekmeden ölmek istiyorum!
- Arzuların üçüncüsü varlığın psikolojik boyutuna yöneliktir. Bitirmem gereken işler var.
- Bu gruptaki arzular anlam sorusuna odaklanmıştır. Hasta bu dünyadaki yaşamın anlamı ve ölümden sonrası hakkındaki sorularını yöneltebilmeye olanak bulmayı ümit eder (11,64).

Bu arzuların, beklentilerin tepkisel olarak ifadesi ise şunlardır:

**İnkâr (Yadsıma, Reddetme):** Gerçeği kabul etmek istemez. İlk tepki “bir yanlışlık olmalı, bu doğru değil” şeklindedir. Tanının hatalı olduğunu yada tahlil sonuçlarının karıştığını düşünür. Tanının yanlış olabileceği ümidi ile doktor doktor dolaşır, tetkikleri yeniden yaptırır.

**Öfke (Kızgınlık):** Neden ben? Sorusunu sorar. Daha yapması gereken çok şey varken, ölmeyi haksızlık olarak görür. Yakın çevresindeki herkes öfkeden payını alır. Sağlıklı insanlara öfke duyar. Öfke patlamaları sonrası; suçluluk, utanç ve gözyaşı görülebilir.

**Pazarlık:** Ölümü erteleme çabaları içindedir. Geçmiş yaşantılarındaki iyi davranışlarından dolayı ödül bekler. Tanrıyla aralarında gizli bir anlaşma yapar. Sevdikleri kişileri son bir kez görüp ölmek yada kendilerine bahşedilecek fazladan bir günü Tanrıya adayacağına söz verir.

**Depresyon:** Semptomlar artıp, kendilerini güçsüz hissettiklerinde durumun gerçekliğini anlamaya başlarlar. Kaçırılan fırsatlar, başarısızlıklar üzüntüyü artırır. Birey artık “evet ben” demektedir.

**Kabul Etme:** Birey durumunu kabullenmiş, sakinleşmiştir. Kaderi konusunda üzgün yada kızgın olmadığı bir döneme girmiştir. Kendisini yorgun ve zayıf düşmüş hisseder. Çevreye olan ilgisi azalmıştır. Yalnız kalmayı tercih eder. Sözel olmayan iletişim kurar. Sessizce geçirilen anlar oldukça anlamlıdır. Dine eğilim artmıştır (5,65,66).

## 5.2. Ölüm Tepkilerde Hemşirelik Yaklaşımları

Son yüzyılda hızla ilerleyen tıbbi tedavi ve teknolojiler, bir yandan insan yaşamını kurtarma başarısını artırırken, öte yandan ölümü bir düşman, sağlık çalışanı için bir başarısızlık, üstelik de bedelini başkasının ödediği kişisel bir başarısızlık durumuna getirmiştir. Sağlık bilimleri; hastalıkları anlatırken, hasta öyküsü almanın ve hasta çizelgesi doldurmanın bin bir yöntemini öğretirken, hasta yavaşça sahnedan silinmiş, o ve çevresi hastalık ve ölüm için yalnızca bir fon durumuna gelmiştir. Dini inançlar, kültürel geçmiş, ölüm ve kayıp deneyimleri aile içi iletişim ve baş etme biçimleri hasta ve ailenin ölümüne karşı tepkilerini etkileyebilir. Ancak elbette ki yapacaklarımız vardır. Her birey, yaşam ve ölüm konularında kişisel inançlara sahiptir. Ölüm kavramını birey, aile ve sağlık personelinin sosyokültürel ve psikolojik durumu etkiler. Hastanın ölümüne ilişkin tepkilerinin neler olabileceğini bilmek önemlidir.

Ölümcül hastalık süreci ve ölüm yaşamın en ağır tecrübelerindendir. Ölümcül hastalık sürecinde hasta ve ailesi ölümüne ilişkin

yukarıda ifade ettiğimiz tepkileri verir. Sağlık personeli için de aynı durum söz konusudur ancak sağlık personeli özellikle de hemşireler hasta ve ailesiyle kurmaları gereken profesyonel ilişki ile bu sürecin sancılarını azaltabilirler. Ölümcül hastalık sürecinde bakım hastanın rahatlatılmasına, yaşamın niteliğine, saygın bir biçimde ölmesine izin verilmesine ve aile bireylerinin desteklenmesine yoğunlaşır.

Ölümcül hastalık tanısı konmuş hastalar, çevrelerinde becerikli ve iletişimi açık tutabilen personele gereksinim duyarlarken, hemşireler ve doktorlar ölümcül hastayla konuşmayı çok zor bir konu olarak görmektedirler. Ölüm yaklaştıkça doktor, hemşire ve ailenin, hastadan uzaklaştığı dikkati çekmektedir. Aile, hastadan uzaklaşma yoluyla kendini yasa alıştırmaktadır. Çünkü aileler için fizyolojik ölüm olayından önce duygusal olarak hastayı “yok” kabul etme olayı yaşanmaktadır. Doktor ve hemşireler ise, yapacak bir şey olmadığını savunarak, hastadan uzaklaşma yoluna giderler. Aslında aile, doktor ve hemşirelerin temeldeki duyguları, ölüme yenilmenin öfkesi, başarısızlık ve yetersizlik nedeniyle suçluluktur. Doktorlar arasında, hasta ve ailesinin ruhsal sorunlarıyla bir psikiyatri uzmanının uğraşması gerektiğini savunanların sayısı oldukça yüksektir. Oysa böyle bir düşünce, hastayı ruh ve beden olarak ikiye ayırmak demektir. Psikiyatri uzmanına, ancak hastada yada aile bireylerinden birinde patolojik bir durum ortaya çıktığında başvurmak gerekir. Bunun yanında, özellikle onkoloji kliniklerinde bir psikiyatri uzmanının bulunması gerektiği, bu uzmanın, doktor, hemşire ve hasta aileleri ile grup çalışmaları yapmasının yararlı olacağına inanılmaktadır (67).

Ölümü kabulleniş aşamasına kadar her evrede hemşire hastayı farklı ele almalıdır. Bu aşamaları tek tek bilip hastanın bulunduğu aşamaya göre onu anlamak ve doğru yaklaşımda bulunmak ölümün kabullenilmesine yardımcı olmak demektir. Bunun için de hemşire ölüme verilen tepki aşamalarında kısaca şu şekilde davranmalıdır:

**İnkâr:** Beklenmedik bir haberden sonra hastanın diğer savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi için tampon görevi görür. Hasta ile ölüm üzerine konuşur ancak bu durumla yüzleşmeye hazır olduğunda hasta ile konuşulmalıdır. Hasta ölüm yada ölüm sonrası hakkında konuşmaya başladığı zaman artık inkarı kullanmıyor veya geçici olarak durumu kabul etmiştir.

**Öfke:** Sağlık personeli açısından baş etmesi güç bir aşamadır. Hasta ve ailesi öfkelerini herkese ve her alana yöneltebilir. Bu aşamada hemşire empati kurarak umulmadık bir anda yaşama veda etmek zorunda kalan birey ve ailesini anlamalıdır. Hastanın/ailenin sürekli şikayetçi olması, isteklerde bulunması aslında bir yardım çağrısıdır. Önemsendiğini ve anlaşıldığını hissetmek öfke duygusunu azaltabilir.

**Pazarlık:** Hasta Tanrıyla gizli bir pazarlığa girer ve günahkarlık duygusu hissedebilir. Hemşire bu suçluluk duygusunu artıracak tavırlarda bulunmamalı, eleştirmemelidir.

**Depresyon:** Hasta ve ailesi sevdiklerini kaybetmek, onlardan ayrılmak üzeredir. Bu sıkıntılarını ve üzüntülerini ifade etmeleri sağlanırsa durumu daha rahat kabullenebilirler.

**Kabul Etme:** Sağlık personeli hasta ve ailesinin düşünce ve tutumlarını sonuna kadar desteklenmelidir. Hasta ve ailesinin daha çok yardıma ve desteğe ihtiyacı vardır (45,67).

### **5.3. Ölümcül Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadığı Güçlükler**

Doğal nedenlerden dolayı ani olarak ölmek, yaşlılıktan dolayı ölmek ve saygınlığını kaybetmeden ölmek, bir çok insan tarafından "iyi ölüm" olarak adlandırılır. Bu ölümler ani bir koroner rahatsızlıktan, büyük kazalardan dolayı meydana gelebilir. Fakat kronik hastalıklarda eğer prognoz kötüyse ölüm sürecine ulaşmak uzun zaman alır. Ölümün

doğasını tartışmak, üzüntü ve yoksunluk duygusunu kontrol etmek oldukça güçtür. Üzüntü ve yoksunluk duygusu yaşamla olduğu kadar ölümlle de yakından ilişkilidir. Ölümü bekleyen, üzüntü ve yoksunluk yaşayan bireyle yaşamın kısa bir anını birlikte geçiren hemşire acaba ne hisseder? Ölümle bir çok kez karşılaşmak, bu duygulara alışmak anlamına gelmez. Hem hastanın hem de ailenin üzüntü ve yoksunluk duygularını anlayarak, empati kurarak yardım etmek hemşirenin sorumluluğundadır. En zor olan ise bunu başarabilmektir.

Had tedavi ve bakım çabalarına karşın bir çok hasta, yoğun bakım ünitesinde ölür ve ölme genellikle uzun bir süreç olarak yaşanır. Tıbbi tedavi, yaşamı tehdit eden hastalıkla mücadeleyi hedeflemiştir. Bu nedenle hekimlerin çoğu, hastanın ölümünü kişisel bir yenilgi olarak görürler. Kendi mesleki yeteneklerinden kuşku duyarlar çünkü hastalığı iyileştirmeleri, ölümü engellemeleri için kendilerine verilen yetkiyi bu isteğe yanıt verecek şekilde kullanamamışlardır. Ölme süreci başladığında ve yoğun bakımdan vazgeçildiğinde, hastaya yöneltilen ilgi kaybolur. Gözler, yoğun bakım yardımına gereksinimi olan diğer hastalara çevrilir. Burada hemşirelere kıyasla hekimlere, bulunulan mekanda hastayla aralarına mesafe koyabilmekle duygusal anlamda da uzak durma olanağı doğar. Hemşireler, diğer meslek gruplarına kıyasla, hastayla en doğrudan iletişimde bulunan kişiler olduklarından, tedavi ekibi içerisinde kilit rol oynarlar. Hastaya bakımın yoğunluğu nedeniyle, zorunlu olarak hastayla oldukça yakın, kişisel bir ilişki kurulur ki bu, kişiyi kolaylıkla hastanın kaderi ile aşırı özdeşleşmeye sürükleyebilir. Bu öyle ileri bir boyuta ulaşabilir ki; hastalığın gidişinin umut vermediği durumda hemşire de, yürüttüğü bakım etkinliğinin, hastanın çektiği acıların uzamasına katkıda bulunduğu duygusunu doğurabilir (68).

Hekimin aldığı eğitime uygun olarak, fen bilimlerinin nesnelliğiyle belirlenen bakış açısı doğrultusundaki davranışı, organ işlevlerinin işler tutulmasına odaklanmıştır. Özellikle sınırdaki olgularda, hekimin hastalığa



odaklanmış bakış açısının, hemşirelerle, onların hasta yakınında olmalarından ötürü çeliştiği gözlenir. Hemşireler yaşam kalitesi, hastanın hakları, çektiği acının ölçüsü, insaf, merhamet ve ölümün anlamı kavramlarının, yaşamda tutmak ve bilime hizmet etmekten daha üstün tutulmasından yanadırlar. En kötüsü hemşire ile hekim arasındaki ilişkinin güvensizlik ve öfke tarafından belirlendiği durumlardır ki böyle durumlarda, iyi bir ikili olma niteliği taşıyacak bir işbirliği güçleşir yada olanaksız hale gelir (68).

Ölümü yaklaşan hastaya hizmet vermek hemşire için bir stres kaynağıdır. Terminal dönemdeki hasta hem ölüm korkusu hem de çaresizlik nedeniyle ağır stres altındadır. Her şeye öfke duyabilir. Hemşire hastaya yaklaşmaya çalıştıkça hasta reddedebilir ve düşmanca davranabilir. Terminal dönemdeki hasta şok, inanmama ve inkar dönemlerinin ardından öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evreleri yaşar. Bu dönemde hasta ve ailesi öfkelerini hemşireye yansıtabilir. Bu da hemşire için önemli bir stres etkenidir. Ayrıca terminal dönemdeki hastaya bakan hemşire ölüm belirtilerini ve hastalardaki ani değişimleri izlemek, doktoru uyarmak, doktor olmadığında birkaç dakika içinde müdahale etmek sorumluluğunu taşır. Dolayısıyla bu işlemler için sürekli dikkat etmek, uyanık olmak, ritim izlemek zorunluluğu vardır. Doğal olarak hemşire için bu durum da önemli bir stres etkenidir (69).

Ölümü yadsıma yolları onu Azrail'in eyleme dönüştürmede, canavarlaştırmada, şeytanlaştırmada Drakula öykülerinde yaşanır. Böylece ölüm, kişiselleştirmekle ondan kaçıp kurtulmak da çare aranır. Yaşlılık ve hastalık gibi ölüm de birçok kültürde görmezden gelinen, yadsınan bir olgudur. Hemşirelik eğitiminde en büyük yoğunlaşma hastalıklar ve onların tedavisi üzerine iken ölüme ilişkin az şey öğretilir. (13).

Sağlık personeli, hasta ve ailesiyle kurulacak iletişimin nasıl olacağı konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri için, onlardan soyutlanma

yoluna giderler. Ökdem'in 125 hemşire üzerinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin ölümü kabullenme de, ölüm haberini hasta yakınlarına bildirmede ve hasta yakınlarıyla karşılaşmada güçlükleri olduğu saptanmıştır. Hemşireler, ölümcül hastaya verilen hemşirelik hizmeti konusunda okulda aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ve bu konuda eğitim gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir, Oysa hemşirelik eğitiminin, hemşireyi ölecek hasta ile sözel ilişki için yeteri kadar hazırlaması gerekmektedir. Hastanın içinde bulunduğu durumu tanımayan, kendi duygularının farkında olmayan, anlamlı ilişki için kendini hazır hissetmeyen hemşire, çaresizlik duymakta ve hastasına destekleyici bir bakım vermede başarısız olmaktadır (67).

Özaltın ve Işıl 1994 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümlerinden 285 öğrenciye örnek vaka okutulmuş vakadaki bir hastanın ölümünün ardından hemşirenin davranışlarını değerlendirmelerinin istendiği araştırmada "diğer hastaları teselli etme" davranışı en fazla yeterli görülen davranış seçilmiştir. Yine bu çalışmada öğrencilerin ölüme ilişkin bilgilerinin eksik olduğu ortaya konulmuştur (13).

Sağlık personeli ölüm karşısında eğitimlerinde hiç de hazırlıklı olmadıklarından başarısızlık ve yetersizlik kavramları içinde bocalarlar. Sonuçta hastaya aşırı empati yaparak onu aileden biri şeklinde benimsemenin yanı sıra, yalnızca hastalığı ele alarak hasta ve ailesinden uzaklaşma yada hasta ve ailenin onlarda görmek istediği "kurtarıcılık" rolünü üstlenme gibi yanlış yaklaşımlara yönelerek sık sık hayal kırıklığı yaşarlar. Sağlık ekibi elemanlarındaki stres, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını, aile ilişkilerini, ekip içi ilişkileri de olumsuz yönde etkiler. Stresli koşullarda sürekli olarak çalışan bireylerde görülen duygusal yorgunluk, giderek

“tükenmişliğe” yol açabilir. Yorgunluk, hayal kırıklığı, öfke, olumsuz benlik kavramı, isteksizlik ve genel bir ümitsizlik duygusu gibi yapılan işle bağlantılı bulgular olarak tanımlanan tükenmişlik, kısmen bireyin kendi gücü kısmen de meslektaşların, ailenin ve arkadaşların desteği ile durulabilir yada gerçek bir değişim sağlanabilir. Buna ek olarak, hemşirelik ve tıp eğitiminde ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım konuları da ele alınmalı, öğrenci okulu bitirmeden bu konu ile yüz yüze gelmeli, ölüm konusundaki bireysel duygularının bilincine ulaşmalıdır (15). Ölümcül hastalığı olan hastalara bakım veren sağlık personeli ve bu bağlamda hemşirenin ayrıcalığı olmalıdır. Bu ayrıcalık, bakım verdiği hastanın gelişimsel gereksinimlerinin karşılanabilmesine yöneliktir.

Ölümcül hastalık sürecini hastayla birebir yaşayan hemşire profesyonel davranamayabilir Ölüme götüren süreçte ve ölümden hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlara duyarsızlaşması da bu yüzden görülebilir. Sağlık hizmetlerinde ölüm algısı ölümcül hastalık sürecinde hemşirenin hastaya yardım etme konumunu da hastanın acı çekme durumlarında güçleştirmektedir. Öte yandan hemşire hastanın haklarını koruma ve hastayı yaşamda tutma konularında kurumsal politikalardan da kaynaklanan sorunlar yaşayabilmektedir. Tüm bunların önlenmesi yaşanan sıkıntıların tanımlanması ve çözümcü yaklaşılması ile mümkün olacaktır.

## **6. ÖLÜME GÖTÜREN SÜREÇTE VE ÖLÜMDE HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLAR**

Baş çelişkilerden biri, tıbbın sınırları sorusundan doğar. Çözümsüz görülen durumlarda yaşamı uzatma sorusu, kliniklerde tartışma konusu oluşturur. Hastanelerde bir tedavinin sürdürülmesi, sınırlandırılması yada sona erdirilmesi soruları hep sorulur. Yaşam destek ölçütlerinin türü ve kapsamı her olgu üzerinde ayrı değerlendirilmelidir. Son sorumluluk tedaviyi yürüten hekim olmakla birlikte karar, süreçte yer almış olanların

birlikte üstlenebilecekleri bir karar olmalıdır. Hasta ve yakınlarıyla yakın ilişkide olmaları sayesinde hemşireler, hastanın arzuları, tutumu, geçmişi ve durumundaki değişiklikler hakkında yüzeysel olmayan görüşe ve daha çok bilgiye sahiptirler. Önemli olan, alana ait uzmanlık sorumluluğunu, ahlaki sorumluluktan ayırabilmektir. Hemşire akademisyenlerinden Marianne Arnadt, bu bağlamda sorumluluk konusundaki sınırlandırmaları hukuka havale etmenin tehlikesinden söz etmektedir. Ahlaki sorumluluğun, yasal sorumlulukla özdeş tutulamayacağı atlanmaktadır. Ahlaki sorumluluk konusunda konunun muhatapları kendilerinden sorumludurlar. Bu; hekimler, hemşireler, hastalar ve yakınları için de aynı ölçüde geçerlidir. Bu nedenle özel bir durum doğduğunda karar verebilmek için, birlikte karara varılmalıdır. Ortak kararlar, ortak görüş gerektirir. Böyle görüş birliklerinin güç olması, kişinin kendisini bu zeminin dışında tutmasını gerektirmez. Ortak kararlarda tıp tekniği ve tıp bilimi bir yana, bakım konusu diğer yana konulmamıştır. Burada gözetilen şey “özerklik” yani her insanın kişiliğine duyulan saygıdır. Hekimler ve hemşireler arasındaki sorunlar yanında, bakım ekibinde, bakım anlayışındaki farklılıklardan kaynaklanan sıkıntı ve stres anları vardır. Hemşirelerin tümü, bütüncül bir bakım anlayışına sahip değildirler. Çoğu, tıbbi-aygıtsal etkinliğin ön planda olduğu “tıbbi bakım modeli”ne göre yetiştirilmişlerdir. Bazı etkinliklerinin farklı değerlendirilmesi hiyerarşi oluşumuna, bu da ekipte gerilimlere yol açmaktadır. İş görmedeki beceri, sosyal becerinin üstünde tutulmaktadır. Güçlükler ekibin üyelerinin yenilikler getirmek istedikleri ancak bunun diğerlerinin değişimlere açık olmayan anlayış ve tutumları karşısında sonuç vermediği durumlarda ortaya çıkar (68).

Ölüme götüren süreçte ve “ölmeye hak kazandığı” iddiasında olan kişiler için ise sağlık çalışanları ve hastalar çözüm yollarını ileride bulacaklardır. Yoğun bakım ünitelerinde ölüme giden yolun uzun oluşu ve bu yolda kişilerin “işkence görür” gibi tıbbi muamelelere tabi tutulması bir korku sebebidir (51). Hekimlerin geleneksel yaşamı kurtarma görevi ölümcül hastada tıbbın güncel bilgi düzeyine göre hastanın

kurtarılamayacağı kesinlik kazandığında, geçerliliğini yitirmektedir. Buna göre hastanın yaşı, geçmişteki hastalıkları ve anlaşıldığı kadarıyla yaşamdan beklentisi göz önünde bulundurularak, iyileşme umudu varsa, gereken tüm tedavi ve bakım olanakları sağlanacaktır. Tıp açısından umutsuz bir duruma kesin gidiş gözlemlendiğinde ise, hep bireysel olayı göz önünde bulundurarak tedavinin azaltılmasından tedavinin sona erdirilmesine kadar varabilen tedavi değişiklikleri üzerinde düşünülmelidir. Tıbbi uzmanlık ve kişisel deneyim böyle bir durumda o kadar büyük bir önem taşıyor ki, bu nedenle bu gibi önemli kararlar özellikle tek bir kişi tarafından değil, ekibin tüm üyeleri tarafından verilmelidir (70).

Herkes, koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Bu yüzden hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir. Hemşireliğin doğasında insan yaşamına, onuruna ve haklarına saygı vardır. Hemşire, bakım verirken bireyin değerleri, gelenekleri ve inançlarına saygı duyulan bir ortam sağlar yani hemşirenin insan hakları ve onuruna saygılı bakım verme yükümlülüğü vardır. Bunun için ölüme götüren süreçte hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlar hemşirelik mesleğinin icrasında önem taşımaktadır. Çünkü bireyi bütüncül olarak ele almak gerekmektedir. Etik sorunlar sadece hekimleri ilgilendirmemektedir. Sağlık hizmetleri ekip işidir ve varılan sonuçlar hastayı yaşamda tutma yada tutamama olsun, hemşirenin de duruma bakışı tedavi planını etkilemektedir. Ölüme götüren süreçte yaşamı uzatmak yada yaşam kalitesini yükseltmek esaslarına dayanan bir çok etik sorun yaşanmaktadır. Konunun muhatapları sağlık çalışanları, hastalar ve yakınlarıdır. Geleneksel etik değerler yaşamın sonundaki etik çıkmazlara cevap verecek nitelikte olmadığından ülkemizde karşılaşılan etik sorunlarda hekimlerin değerlerine göre yön almaktadır. Ölüme götüren süreçte her sorunun kendine özgü özellikleri ve farklı çözümleri bulunmaktadır.

Biz bu bölümde ölüme götüren süreçte hemşireleri ilgilendiren, karşılaştıkları etik sorunları; tanının söylenmesi, ötanazi, tedavinin boşunluğu, canlandırma uygulamayınız talimatı, ağrı yönetimi ve bir alternatif olarak hospizler başlığında ele aldık.

### 6.1. Tanının Söylenmesi

Hasta olmak ve hastaneye yatmak, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerinin arttığı, olağan dengesinin altüst olduğu bir dönemdir. Hastanın duygusal gereksinimleri arasında durumuna ilişkin bilgi alma gereksinimi önemli yer tutmaktadır. Kimi hastalarda bu gereksinimin yeterince karşılanmayışı kaygının yükselmesine neden olmaktadır. Hastalara tanı, tedavi ve yapılan işlemler konusunda açıklamalar yapılması zorunluluğu artık kabul edilmiş olmasına karşın ölümcül tanının söylenip söylenmemesi konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır (67). Bu görüşlerden biri; hasta adına karar veren paternalistik (babacan) tutum olan, hastanın yerine onun üzüleceği endişesiyle tanıyı söylememek gerektiği olurken, diğeri hastanın özerkliğini düşünerek bilmek isteyen hastalara ölümcül bile olsa tanının söylenmesi gerektiğidir.

Başaranın araştırmasında hastaların %67.9'unun, hemşirelerin %78'inin, doktorların %80'inin ölümcül tanının söylenmesi gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir Conboy-Hill'in de yaptığı bir araştırmada hastaların %90'ının hastalıklarının ciddi olup olmadığını bilmek istedikleri, buna karşın doktorların %90'ı ise, hastaların ölümcül olan hastalıklarına ilişkin bilgiyi almaya dayanamayacaklarını ileri sürerek, hastaların sorularını yanıtlamaktan kaçındıkları belirtilmiştir (67).

“Haber kötü bile olsa, her zaman hastaya gerçek söylenmeli midir?” Sağlık profesyonellerinin, bu etik sorunla klinik uygulamalar sırasında pek çok kez karşı karşıya kalmaları, kaçınılmaz olmaktadır. Klasik görüşler,

“umudunu yitirir ve zararı olur“ düşüncesiyle, kötü tanının hastaya söylenmesi taraftarı değildir. Kötü tanı konduğunda, sağlık çalışanı genelde hastasıyla göz göze gelmekten kaçınır, gereksiz ayrıntılar üzerinde durur, bir türlü konuya giremez. Bu suskunluğun gerekçesi olarak, “hastanın bunu kaldıramayacağı” yada “moralinin bozulacağı” savları ileri sürülse bile asıl neden sağlık personelinin ve ailenin, yaklaşan ölüm karşısındaki yetersizlikleri ve bundan kendilerini korumaya çalışma içgüdüleri olabilir. Sağlık profesyoneli ölmekte olan hastasının karşısında, hiçbir şey yapamamanın verdiği rahatsızlığı duymakta ve bu da onu hastasından uzaklaştırmaktadır. Eğitimleri boyunca hastalıkları iyileştirmeye ve hastayı yaşatmaya yönelik bir program içinde eğitilen hekimler, hemşireler için, tedavi olasılığının olmadığı durumlarda hastayla ve ailesiyle karşı karşıya gelmekten kaçınmak, gerçeği açıklamak yada açıklamamak konusunda çaresiz kalmak doğaldır (29). Oysa iletişimin %60’ı beden dili ile yapılır; %30’u ses tonu ve tonlamayla ilişkilidir. İletişimde kullandığımız sözcüklerin etkisi ise ancak %10’dur (16). Bazı uzmanlar, hastaya her şeyi açıkça söylemeyi doğru bulmaktadırlar. Hastaya tanı ile ilgili açıklamaların yapılması, ileride ortaya çıkabilecek sorunları, hastanın ailesi, iş vereni ve iş arkadaşları ile çözümlenmesine olanak verecek ve böylece hasta kendisini hastalığın sonucuna daha iyi hazırlayacaktır. Hastaya yetersiz bilgi iletilmesi ise hastayı öfkeli edilecek verilen bilgiyi inkar etmesine neden olacak, hastanın anksiyetesini sıkıntısını ve ağrısını artıracaktır. Çünkü hastalar kendilerine iletilen sözel bilgiden çok, sözel olmayan davranışlardan etkilenirler. Değişik uzmanlar bu tür etkilenmenin hastayı yıpratıldığı görüşünde birleşmektedirler. Carrwright’ın yaptığı bir çalışmaya göre, terminal dönemdeki hastaların %50’sine hastalıklarının ciddi olduğu doktor yada hemşireler tarafından söylenmediği halde durumlarının farkında oldukları, yalnızca %15’ine doktoru tarafından açıklama yapıldığı, geri kalan hastalara ya hiç bilgi verilmediği yada yanlış bilgi verildiği ortaya çıkartılmıştır (67).

İdeal olan, doktorun ölümcül tanı haberini aceleci olmayan ve dürüst bir biçimde, gerçekçi umut ve karar ile vermesidir. Hasta bu dönemde anksiyete içindedir. Bu durum bilgiyi kavramasını engeller. Bu nedenle klinik bilginin tekrarlaması uygundur. Hastanın anlayabileceği bir dille iletişim kurulmalıdır ve eğer gerekirse bilgilendirme birkaç oturumda yapılmalıdır (71,72).

Ölümcül hastaların tanı ve tedavilerinde etik karar verme aynı zamanda sağlık personelinin sorumluluğunu da gerektirmektedir. Bu kararlar alınırken en son bilimsel yöntemler uygulanarak sorumluluk üstlenirken; insan olarak hastanın kişisel ve insani değerlerine de saygılı olmak etik bir yükümlülük olacaktır. Sonuçta hasta için tedavi açısından “en doğru olan” seçilmelidir. En önemli noktalardan biri de hastaya empati ile yaklaşmaktır. Bu arada tanı konusunda, hastaya gerçeğin nasıl söyleneceği söz konusudur. Acaba gerçek hastaya mı yoksa yakınına mı söylenmelidir? Burada ideal olan, hekimin tanıyı aceleci olmayan gerçekçi bir umut ile hastaya bildirilmesidir. Anksiyete içinde olan hastanın bilgiyi ilk anda kavraması mümkün olmayabilir. Klinik bilginin hastanın anlayabileceği bir dille iletişim kurarak söylenmesidir. Hasta tedavi konusunda da aydınlatarak bilgilendirilmelidir. Aynı zamanda hastanın “hastalığını öğrenme ve hastalığı hakkında bilgilendirilme hakkı” vardır. Hasta yakınlarının bir bölümü hastanın tanı ve tedavi konusunda bilgilendirilmesini istemezler. Hastaya tam bir tedavi uygulanması açısından, tanının uygun ortam ve dilde söylenmesi, hasta haklarının ihlalini de ortadan kaldırır. Bu arada yazılı bilgilendirme formu da zorunlu olarak uygulanmış olur (72).

Tanıyı, yakında gelecek olan ölümle eş tutmadan, ümit kapısı açık bırakarak, doğal bir davranışla ve kısa bir konuşmayla açıklamak uygundur. Hasta konuşmaya teşvik edilmeli ve hastalığının her döneminde ilgi ve bakımın süreceği konusunda hastaya güven verilmelidir. Hastanın iyimserliği, kötümserliği, umudu, umutsuzluğu onun sorunudur. Sağlık



çalışanlarının görevi hastası için en iyisini yapmak, tedavi seçeneklerini sunarak kendi hayatıyla ilgili kararlar almasına yardımcı olmaktır. Tanıyı öğrenmek sevilen birinin ani kaybına benzer biçimde katastrofik bir krize yol açar. Ağrılı ölüm, sakatlık, beden görüntüsünde bozukluk, başkalarına bağımlı olma, kişiler arası ilişkilerde bozulma korkusu ortaya çıkar. Kanserli hastaların yaklaşık %50'si hastalığa normal duygusal tepki davranışı göstermektedir. Hastaların diğer bölümünün çoğunda depresyon en belirgin psikiyatrik bozukluktur. Kanser merkezlerinde majör depresyon prevalansı %5.8'dir. Bu oran, diğer tıbbi hastalıklarda belirtilen oranlarla benzerlik göstermektedir. Uyum bozukluğu oranı ise %25'tir (72).

Tıp tarihi, kötü prognozlu hastalıklarda gerçeğin söylenmesi konusunun hekimleri daima meşgul eden bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Genellikle gerçeğin maskelenmesi, durumun hasta yerine yakınlarına açıklanması, tümüyle susulması yada yanıltıcı bilgi verilmesi tutumları yeğlenmiştir. İngiliz hekim ve etikçi Thomas Percival 1803'de yaşamı tehdit eden gerçeğin hastaya temkinle, gerekirse maskelenerek açıklanması gerektiğini şu sözleriyle savunmuştur: "Hekim hastanın umut duymasına ve kendisini iyi hissetmesine hizmet eder. Onun görevi bu konuda yargıçlık rolü üstlenmek değildir". Halen günümüz hukuku da, ölümcül hastalık tanısı koyan hekime, aydınlatma ödevinde, ayrıcalık tanımakta, gerçeğin hastaya ağır bir zarar vereceği düşünülüyorsa, tanıyı açıklamama hakkı vermektedir (66). Türkiye'de paternalistik tutum hala devam etmektedir. Öte yandan, ülkemizin kültürel ve sosyal alt yapısı ile İslam dininin getirdiği 'kaderci' dünya görüşü de hastanın bilgilendirilmesi ve tedaviye katılımı ile ilgili "koruyucu kollayıcı" tavrın hala değişmemiş olmasını etkileyen öğeler arasında sayılabilir. Eğitim düzeyi bilgilenme talebinin en önemli belirleyicisidir. Kuşkusuz karşı görüşte olan, zaten ölümcül bir hastalığa sahip kişilere "üzücü şeyler" söylemenin doğru olmadığını öne süren görüşün hekimler ve hemşireler arasında yaygın olması da bir neden olabilir (73).

Ölümcül hastalık tanısını söylemede ideal olan, hastanın ne zaman ne ölçüde bilgilendirilmek istediğinin anlaşılmasına çalışılmasıdır. Pompey, bu konuda yazarken Tevrat'ta bilgelik öğreten Kohelet'in "Her şeyin bir zamanı vardır" sözünün hatırlanmasını ister. Hasta için tanı girişimleriyle yorucu, hırpalayıcı geçmiş bir günün sonunda, çalışmanın sonuna yaklaşılacak saatlerde yada kliniğin en yoğun saatleri içinde ayrılmış daracık bir zamanda, konuyu görüşmek uygun olmayacaktır. Illinois Üniversitesi (ABD) Tıp Fakültesi'nde tıp etiği profesörü olarak görev yapan, bu konudaki yayınları son derece dikkat çeken E: Loewy de "Gerçek teklif edilmeli ama dayatılmamalıdır" der. Hastalar gerçeği tam olarak öğrenmek kadar hiç öğrenmemek hakkına da sahiptirler. Doğru bir yaklaşım için izlenecek en güvenli yol "kademeli aydınlatma"dır. Bu, bireye özgü algılama ve baş etme kapasiteleri dikkate alınarak açıklamada bulunmak anlamını taşır. Böyle bir tutumda, gerçeği adım adım açıklama yolunu seçen hekim, hastanın durmasını istediği noktayı daha iyi anlayabilecektir (66).

Almanya Hastane Yöneticisi Hekimler Cemiyeti Başkanı Dr. Hermann Hoffmann, kötü bir tanıda katı gerçekçiliği insanlık dışı bulurken, kutsal yalana da sığınamayacağını belirtir. Almanya cerrahi cemiyeti Başkanı Dr. Schriefers'in sözlerinden alıntı yaparak, onun "Belki gerçek olanın tümü söylenmeyebilir ama hekim ne söylüyorsa doğru olmalı ve doğru kalmalıdır" sözlerini hatırlatır. Kendisinin 40 yıllık meslek deneyiminin vardığı doğru da şudur: "İnsanın elinden her şeyini alabilirsiniz ama umudunu asla!". Pompey de gerçeğin umutla bağlantılandırılmasının önemine işaret eder ve umutsuzlukla birleşen (acı) gerçeğin öldürücü olduğunu söyler (66). Bok'a göre kötü haberlerin açıklanması ile ilgili hasar ve riskler hekim ve hemşirelerin inandıklarından daha enderdir ve haber verilmesi sonucundaki yarar daha değerlidir. Acıya daha kolay katlanılır, ameliyattan iyileşme daha çabuktur, tedavi ile işbirliği gelişir. Bilmediğiniz şeyin sizi incitmesi daha anlamlı değil midir? Bok

bunu, “Hastanın bilmediği ama şüphelendiği şey ,onu mahvedecek kadar üzer” diye açıklamaktadır (58).

Beklenti ve umut, hastalığa reaksiyonda anahtar rol oynadığından, klinisyen, tanı, prognoz ve tedavi seçeneklerini tartışmadan önce hastanın ruhsal yapısını anlamaya çalışmalıdır. Uzun süredir semptomatik olan ve hastalığın belirtilerinden acı çeken bir hasta, tanıyı kolayca kabul edip hatta gerçeği duymaktan rahatlarken, semptomu olmadan tesadüfen kanser olduğu belirlenen veya tanısı çok kısa bir sürede gerçekleştirilmiş bir kişi tam anlamıyla ruhsal bir bozguna uğrayabilir. Gerçeği söylemek önemli olmakla birlikte, daha önemlisi gerçeğin ne zaman ve nasıl söyleneceğidir. Bu, eğitim ve deneyim gerektiren bir klinik davranış ustalığıdır (74).

Sağlık ekibinde tanının söylenip söylenmemesiyle ilgili ortak bir tutum sergilendiğinde hastanın sağlık ekibine güveni tam olarak kazanılmış olur. Maalesef ülkemizde bu konu ile ilgili yasal, ahlaki düzenlemeler yetersiz ve hasta özerkliğini koruyan nitelikte değildir. İdeal bir hemşirelik bakımı, hemşirelerin hasta savunucusu rolleri ve hasta ile kurdukları yakın iletişim nedeniyle hemşirenin, hastanın tanısını bilmek isteyip istememesini, gözlemlemesini sağlamaktadır. Ülkemizde bu durum hekimlerin ölümcül hastalık tanısına bakışı, kişisel özellikleri gibi durumlardan etkilenerken profesyonel olmayan uygulamalarla yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinde ekip anlayışının yerleşmemiş olması da hastalara tanının söylenip söylenmemesine ilişkin hemşire görüşlerinin alınmasını engellemekte, kimi zaman hemşireler de zaten bu sorumluluğu paylaşmaya gönüllü olmamaktadır. Gerçek hemşirelik bakımını uygulayan hemşirelerin hekimlerle tanının söylenip söylenmemesine ilişkin düştüğü anlaşmazlıklarda da uygulamaların yetersizliklerinden dolayı “hastanın özerkliğini savunma”, “hekime itaatsizlik” olarak değerlendirilebilmektedir.

Hastaların soruları karşısında sağlık personelinin cevap verme sorumluluğunu hissetmesi, sık rastlanan bir yaklaşımdır. Atılan tenis

topunun iadesi zorunluluğu gibi, ortaya atılan her soruya hemen bir cevap iade etmek gerekemeyebilir. Hastanın ne hissederek ve nasıl bir cevap bekleyerek soruyu sorduğunun değerlendirilmesi önemlidir. Sorunun geçiştirilmesi, atlatılması değil, sorunun amacının keşfedilmesi gereklidir. Bazen hasta sorduğu sorunun cevabını biliyor, onaylatmak istiyordur. Bazen soruyu iletişimi başlatmak için soruyor, yanıtını önemsemiyordur. Hastalara durumlarının ağır olduğunu söylemek inanılanın aksine durumunu ağırlaştırmamaktadır. Hasta inkar döneminde ise ve bu bilinçdışı savunmasına sığınma gereksinimi yaşıyorsa durumu hakkında ne söylerseniz söyleyin mesajlarınıza kulağı kapalı olacak yada mesajlarınızı kendi isteğine göre yorumlayacaktır. Eğer durumu soran hasta inkar dönemini aşmış ise, durumu ile ilgili dürüst-açık gerçekleri konuşan güvenebileceği-destek alabileceği biri ile iletişim kurmaya çalışıyordur. Hastanın duygularını ifadesini sağlamak, daha çok dinleyici olmak, abartılı olmadan ümit gereksinimini karşılamak gibi hemşirenin sorulan soruyu cevaplamaktan öte, yardım etme sorumluluğu söz konusudur. Ölümcül hastalığı olan bireye durumunun kötü olduğunu söylemenin hastada korku, bunaltı yaratıp kendini öldürmeye yönlendirebileceği görüşü abartılı bulunmaktadır. Bu hastaların intihar girişimleri durumları bildirildikten sonra yaşadıkları umutsuzluktan çok, hastalık nedeni ile çekilen fiziksel acılar, yalnızlık, duygusal izolasyon, değersizlik, yetersizlik duygularından kaynaklandığı belirtilmektedir (69).

“Her türlü koşulda hasta yararına öncelik verilmelidir” biçimindeki ilkede meydana gelen değişimin temel nedenlerinden biri, kuşkusuz hasta haklarının öncesine oranla yüzyılımızda daha önem kazanmasıdır. Sağlık çalışanlarının hasta yararı için aldıkları bir karar, aynı zamanda hastanın kendi üzerinde karar verme hakkını ortadan kaldırmaktadır. Böylelikle sağlık uğraşlarında “Paternalizm” gibi etik sorunların varlığı ortaya çıkmaktadır. Daha açık biçimde benzer etik sorunların; sağlık çalışanlarının, bilimsel, teknik bilgi ve becerilere dayanarak hasta adına aldıkları kararların, hastanın değerler bütünlüğüne ve “özerkliğe saygı”

ilkesine bazen tezat oluşturmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İşte “yararlılık ilkesi” ve “paternalizm” bu ve benzer biçimdeki yeni boyutlarıyla tekrar tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık alışanları, ikilemde kaldıkları herhangi bir olayda etik bir tutum ve davranışta bulunma kaygısı içinde olma durumlarında, buyk bir olasılıkla yararlılık ilkesini yerine getirme zorunluluğu duyacaklardır. Çünkü, Tıp etiği’nde “yararlı olma” temel bir değer olarak kabul görmektedir. Sağlık alışanları genellikle yarar ve zarara ait çeşitli etkenleri dengelemede neye ağırlık verileceği konusunda uzlaşmamaktadırlar. Çünkü, yarar ve zararın ne olduğu hakkında her zaman nesnel bir kanıtın olmaması nedeniyle, neye ağırlık verileceği sık sık tartışmalara neden olmaktadır. Klinikte, sağlık çalışanları ve hastaların meslek yükümlülüğünü farklı değerlendirmeleri sonucu benzer çelişkiler ortaya çıkmaktadır (75).

Paternalizmi ahlaken saygın kılan tek özellik, insanlara saygı denen Şeyin vazgeçilmez bir ögesini oluşturduğu yolundaki iddiasıdır. Ancak neyin onların iyiliğine olduğu konusunda onlarla uzlaşmazlığa düştüğümüzde; yada uzlaşmazlığa dşmediğimiz ama onların kendi iyiliklerini en st düzeye çıkarmayı istemedikleri durumlarda ortaya çıkar. Bu vakalarda eğer kişilerin tercihleri maksimal düzeyde otonom ise başkalarının iyiliğini paternalist bir Şekilde düşünmenin, onlara birer kişi olarak gösterilmesi gereken saygıyla bağdaşmadığı görülür (47).

Genellikle hekimlerin yararlılık ilkesi, hemşirelerin ise özerkliğe saygı ilkesine öncelik tanıdıkları belirtilmiştir (59). Tüm dünyada terminal dönemdeki hastalara “gerçeği söyleme” gündemdeyken, ülkemizdeki duygusal yaklaşımlar insanları “pembe yalan” saydıkları tiyatro sahnesine itmektedir. Oysa hastanın geleceğiyle ilgili planlarda değişiklik yapma isteği, son günlerinde nerede ve kiminle olmak isteği ön planda olmalıdır. Tabi tüm bunlar tanısını kötü de olsa bilmek isteyen hastalar için geçerlidir. Hastanın ‘bilmeme hakkı’nın da var olduğu düşünülerek, hastanın tanısını bilmek isteyip istemediğine, hastanelerin rutin anamnez formlarında yer

verilerek bunun önceden saptanmasının yararlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu formda hastaneye başvuran her hastaya “ölümcül hastalığınız olduğunda bunu bilmek ister misiniz?” şeklinde bir soru sorulup hastanın tanısını bilmek isteyip istemediği saptanabilir.

## **6.2. Ötanazi ve Hekim Yardımlı İntihar**

Euthanasia eski yunanca iki sözcükten oluşur. Eu; iyi, güzel; Thanatos; ölüm anlamına gelir. Yani ötanazinin kelime anlamı iyi, güzel veya acısız, rahat ölüm demektir. Bilim dilinde ötanazi ise; bugünkü tıp biliminin acılarını dindiremediği ve devasını bulamadığı, ölüme mahkum hastaların ızdıraplarını dindirmek için istek üzerine ölmesine izin vermek, yaşatılması için çaba harcamamaktır. Bunun dışında yaşama şansı olan ve acı çekmeyen bir hastayı bile öldürmek insani anlamda ötanazi, değil cinai anlamda bir ötanazidir (29,62,76).

### **6.2.1. Ötanazi Çeşitleri**

#### **Aktif Ötanazi**

Aktif ötanazi de kişinin hayatının sonlandırılması direkt bir girişimle yapılmaktadır (6,10,77). Aktif ötanazi, bir hastanın doğrudan bir uygulama yapılarak öldürülmesidir yani kendini öldürmeye karar veren fakat bunu yapabilmek için fiziksel yetilere sahip olmayan hastalar için söz konusudur (29,30,78). İyileşmeyeceği ve dayanılmaz acıların ölümüne kadar süreceği tıbben kanıtlanmış, durumu kendisi ve yakınları tarafından bilinen, hukuken ehliyeti tam bir kişinin kendi, bilinçli ve özgür iradesi ile verilmiş kararı üzerine kendisini tedavi eden hekim tarafından acısız bir biçimde yaşamının sonlandırılmasıdır (29,62,79).

### **Pasif Ötanazi**

Pasif ötanazi, hayatı uzatmaya yönelik desteğin çekilmesidir (6,29,77). Pasif ötanazi, “izinli ölüm” dür, uzayan ölüm sürecine tıbbi müdahalenin yapılmayışı yada yaşam desteğinin çekilmesi sonucunda ölümün kaçınılmazlığına izin verilmesidir (29,30,78). Yaşam sürdürücü tedavilerin uygulanmaması yada sona erdirilmesidir (29,79,80).

### **İstemli Ötanazi**

Kişinin hayatının sonlandırılması kararı kendisinin şuurlu ve istemli beyanı ile olursa buna istemli ötanazi denir (29,30,81). İstemli ötanazide, hastanın yazılı yada sözlü açık isteği vardır. Hasta istek belirtemeyecek durumda ise, varsa daha önceden yazılı olarak belirttiği istek dikkate alınmaktadır. Ötanazi isteğinde bulunan hastanın, yeterliliğinin olması ve isteğini tekrar tekrar dile getirmesi gibi koşulları vardır. Hastanın yeterliliği, hukuk (yaş, medeni durum) ve tıp kendisinde ne olduğunu, önerilenlerin ve sonuçta karşılaşılabilecek durumların farkında olması, seçim yapabilmesi ve bu seçimi ifade edebilmesi açısından ölçütlerle değerlendirilmektedir (10,62,78).

### **İstemsiz Ötanazi**

Kişinin hayatının sonlandırılması kararı kendisinin bu konuda daha önceden bilinen herhangi bir beyanı yoksa ve kişinin bu uygulamayı istediğine dair bilgi bulunmadığı durumda verilmişse buna istemsiz ötanazi denir (6,10,77). İstemsiz ötanazi’de hastanın isteminin olması mümkün değildir. Hasta ya doğuştan yada sonradan olan herhangi bir olay nedeniyle istekte bulunma yetisine sahip değildir. Bu durumda mahkeme tarafından saptanan bir yasal temsilci yada kurum karar verme hakkına sahiptir (62,78,81). Kısacası istemsiz ötanazi yeterli olmayan bir kişiye vasisinin izni ile ötanazi uygulanmasıdır (29,30,79).

### **İstem Dışı Ötanazi**

Kişi hayatının sonlandırma kararını vermemesine rağmen uygulanan ötanazi'ye istem dışı ötanazi denir (6,10,77). Gönülsüz ötanazi'de ise, hastanın kendi ölümü ile ilgili onamı alınmadan yada yaşama isteğini belirtmesine karşın ötanazi uygulanması söz konusudur (29,30,78). Yeterli bir kişiye rızası alınmadan ötanazi uygulanmasıdır. Etik açıdan kabul edilmezliği açıktır (29,62,79).

### **Hekim Yardımlı İntihar**

Hekim eylemi olduğu halde ötanazi'den tamamen farklı bir durum vardır bu da hekim yardımlı intihardır. Hekim yardımlı özkıyımda hastanın yaşamının niteliği dikkate alınmaz ancak hasta özkıyım kararını kendi fiziksel yetileri olduğu halde, bunu hekim yada hemşireden tıp bilgilerini kullanarak gerçekleştirmesini ister (10,30,80).

Biz bu bölümde çoğunlukla ölümcül hastalarda gündeme gelen pasif ötanazi'yi ve pasif ötanazi'den köken alan etik sorunları ele alacağız.

### **6.2.2. Pasif Ötanazi**

Pasif ötanazi hastanın bir müddet daha yaşamasını sağlayan yaşam destekleyici tedaviyi sunmayarak veya yaşam destekleyici tedaviyi sona erdirerek ölümü hızlandırmak olarak kabul edilmektedir.

Yaşamın dokunulmazlığı tezi, tıp biliminin sahip olduğu yaşamı uzatma olanakları karşısında yoğun biçimde sorgulanmaktadır. Bu konuda belli başlı iki görüş vardır. Birinci yaklaşım; her durumda yaşamın korunması gerektiğini öne sürmektedir. İkinci yaklaşım ise; birincinin tam tersidir, kişinin yaşamının niteliğinin katlanılmaz hale geldiğini belirleme hakkı olduğu temelinden yola çıkarak, kişi kendi bedeni ve kendi ölümü üzerinde söz sahibi olması gerektiğini savunur. Bu yaklaşım kişinin



özerkliğini gerek devlete gerekse toplumsal değer yargılarına karşı korumaya yönelik bir yaklaşımdır. Kişiler yaşamlarının sonuna ilişkin kararları kendileri vermek istemektedirler. Hem tıp, hem de hukuk bu duruma bir çözüm üretici nitelikte olmalıdır.

Fransa Onurlu Ölüm Hakkı Birliği, kronik ağrılı hastalığı olup, yaşam kaliteleri iyice azalan hastaların yaşam sürelerini uzatmaya çalışma durumunu “terapötik şiddet” olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler hastanelerde respiratöre bağlanır, enfeksiyondan korumak için giriş, çıkış ve ziyaretçiler yasaklanır. Bu durum çoğu zaman gerek hasta gerekse yakınları için çekilmesi zor, insanlık dışı bir yaşam haline gelir. Bu nedenle, her insanın, yalnız ve acılı hastane deneyiminden kaçınarak, “onurlu ölüm hakkını” isteme hakkına sahip olduğu düşünülmekte, ölüm hakkının ise yalnızca terminal dönemdeki ve tedavi şansı olmayan kişilere uygulanması önerilmektedir (78).

Pasif ötanazinin kabulünde başvuru gerekçelerinin ilki ahlaki sebeplere dayandırılır. Tıbbi etik bakımından tıp elemanlarını en az rahatsız eden ötanazi türünün pasif ötanazi olduğu konusunda tereddüt yoktur. Tıbbın zaruri görmesi şartıyla dini felsefenin de pasif ötanaziye olan yaklaşımı karşı çıkma tarzında değildir. Yaşam desteğine bağlı olarak sürdürülen bir ömrün yol açtığı maliyetin katlanılmaz boyutlara ulaşması halinde de pasif ötanazinin uygulanması gereği çıkar yol olarak görünmektedir. Aksi düşüncenin, masrafların ödenebildiği tıbbi gerçeklere ve insan iradesine hiç bir değer atfetmeksizin hasta yakınlarının iradesi ile yaşamın her şeye rağmen sürdürülmesini sağlama adına, tıbbın bir tüketim malı gibi değerlendirilmesine yol açacağı ileri sürülmüştür. Böylece, tıp, karşılanamaz ölçüde pahalı hale getirilebilecektir. Bu durum tıbbi, bedelini ödemeye hazır hasta ve yakınları ile hastane yönetimi tarafından tayin edilen şartlarda gereğini yerine getirir hale sokacaktır ki bu sonuç bizatihi tıbbi etik ile bağdaşmaz görünmektedir. Diğer taraftan pasif ötanaziye taraftar olanlar haklı olarak, yaşam kalitesi üzerinde

durmuşlardır. Yaşamada kantitenin (sürenin) değil kalitenin önemli olduğu, pasif ötanaziye haklı kılan vakalarda ise yaşam kalitesinden bahsedilemeyeceği ileri sürülmektedir. Bu hale gelmiş bir hastayı “belki iyi olur beklentisi” içinde beklemek “mucize beklemek” olur ki bu da tıbbın işi olmaması gerekir (78).

Amerikan Hemşireler Birliği Etik Komitesi ise besin ve sıvının çekilmesine ilişkin bir rehber oluşturmuştur. Bu konuda kriterler belirlenip, rehber oluşturulmuş olsa da defektli yeni doğanın hangisinde besin ve sıvının çekilip çekilemeyeceğine ilişkin sorunlar ve tartışmalar sürmektedir. Parenteral beslenen hastalardan besin ve sıvının çekilerek ölmelerine izin verme konusunda hemşireler üzerinde yapılan kalitatif bir çalışmada; insan yaşamının kutsallığını kabul eden ötanaziye karşıt hemşirelerin çoğu, ölüm konusundaki dini inançlarını belirtmişler, aktif ötanaziye “Playing God-Tanrıçılık Oyunu” olarak ifade etmişlerdir. Ötanaziye destekleyenler ise hasta otonomisinin önemli olduğunu savunmuşlardır. Hekimin ve hemşirenin temel görevi, hasta yararına, en iyi hangisiyse ona göre davranmak olmalıdır. Bu açıdan bakıldığında, hasta yararına ise pasif ötanaziye yani, ölüme izin verilebilir. Bu görüş Dünya Tıp Assamblesi tarafından da benimsenmiştir (78).

Ötanaziye karşı çıkanlar yaşamın özel değerinden söz ederek ölme hakkına karşı çıkarlar. Bu değer, Tanrı kaynaklı, diğer bir deyişle dini bir bakış açısıyla yüklenmiş bir değer olabileceği gibi, doğa ve toplum kaynaklı, laik bakış açısıyla yüklenmiş bir değer de olabilmektedir. Birincisi yaşamın kutsallığından söz ederken, diğeri yaşama hakkının dokunulmazlığından söz eder. Bu iki yaklaşımda yaşamdan yada yaşama hakkından kişinin kendi iradesi ile vazgeçmesini olumlamaz, reddeder; dolayısıyla ölme hakkı diye bir hak tanınmaz, ötanaziye şiddetle karşı çıkar (62).

İslam dinine göre de nefes alış-verişi sona eren, görme, işitme ve hareket yeteneklerini yitiren insan ölmüş demektir. Bu durum ile tıbbın

beyinsel ölüm dediği durum aynı haldir. O nedenle, makine ile kalbin çalışır vaziyette tutulması ve dokuların yaşamlarını sürdürmeleri ve bitkisel hayata girmeleri, ölüm olayını engellemez. O kişinin ölmüş olduğu hükmünü değiştirmez. Buna göre, bitkisel hayata geçen bir kişiden makine ile verilen hayat desteğini kesmek dinen caizdir. Ancak burada bir uzman hekim heyetinin beyinsel ölümün gerçekleştiğine dair karar vermeleri gerekir. Bunun dışında ihtiyaten birkaç gün makul bir süre hayat desteğine devam edip beklemeleri ve böylece ölümün kesin olarak oluştuğuna dair kanaat hasıl olması lazım gelir. Tabi bu durum kişinin ailesine bildirilir. Onlar manen tatmin edilir. Bu durumda makine kapatılır, hayat desteği kesilir ve ölüye normal işlemler yapılır. Bu şartlar altında bitkisel hayata giren bir kimseden hayat desteğini kesmek caiz olur, dini bir sakınca ortaya çıkmaz (40).

Hasta savunuculuğunun bir diğer amacı da hasta haklarını korumaktır. Bu durumda hemşire ve hekimin görevi, hastaya ötanazi hakkı verildiğinde, hastanın bu hakkını kullanmasına yardımcı olmaktır. Hasta yaşamının sonlanmasını isterken, hemşire yada hekim yaşamın sonlanmasına karşı olabilir. Burada önemli olan, yaşamın sürdürülmesinde hemşirenin ve hekimin değerlerinden çok, hastanın kendi isteğinin dikkate alınmasıdır. Hekim ve hemşirelerin klinik uygulamalarında bu konudaki kararları ötanazinin yasallaşması durumunda yada izlenmesi gereken genel politikalarından etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle hemşire ve hekimlerin bu konuda söz sahibi olabilmeleri için yaşam ve ölüm konusundaki kendi değer ve tutumlarını gözden geçirme ve inceleme sorumluluğuna sahip olmaları gerekmektedir. Kendi değerlerinin, tutum ve inançlarının farkında olan hemşire ve hekim, kendi ölümlerine karar vermek için bireylerin haklarını ve uzayan yaşamın sürecini ve anlamını değerlendirirken, objektif olmayı ve duruma o birey açısından bakabilmeyi başarmada daha iyi düzeyde olacaktır (78).

Ülkemizde ötanazi Türk Ceza Kanununda kasten adam öldürmek gibi suçtur, aktif ötanazi 448. maddeye göre cinayet, pasif ötanazi ise 454. maddeye göre ihmal suçundan işlem görür (62,78,80).

Toplum düzeninin bireyin çaresizlik içine düşmesini engelleyecek, onurlu ölümden önce onurlu yaşamı sağlayacak şekilde olması gerekmektedir. Onurlu ölüm olabilmesi için, onurlu yaşam ön şart olarak sağlanmalıdır. Sağlık ekibine, bireye onurlu yaşamı sağlayacak koşulların hazırlanmasında önemli bir görev düşmektedir. Hekim ve hemşireler hem doğrudan sağlık hizmeti vererek hem de danışman olarak bu sorumluluğu taşımaktadır. Bu sorumluluk, devlet politikalarını etkilemekten, doğrudan ölüm-yaşam kararlarını vermeye uzanan geniş bir yelpazedir. Hekimler, hemşireler karar vericileri etkileyebilecek bilgi, deneyim, mesleki olgunluk ile en iyi değerlendirmeyi yapan, sağlık sisteminin vazgeçilmez elemanlarıdır. Çalıştığı ortamı, gereksinimleri bilen bir ekip ancak doğru kararın verilmesini sağlayabilir. Nitelikli ekiplerin çalıştığı ortamlarda “oksijen olmadığı için”, “ambulans olmadığı için”, “ambu olmadığı için”, “dializ makinesi olmadığı için” hasta kaybedilmez (82).

Ölüme götüren süreçte ve ölümden pasif ötanazi, tedavinin reddi ve tedavinin boşunluğu başlıklarında da tartışılmaktadır. Bu yüzden biz pasif ötanaziyle benzeşen ve farklılıkları yönünden bu iki kavramı pasif ötanazi kapsamında ele aldık.

#### **6.2.2.1. Tedavinin Reddi**

Bazen yaşamın öyle anları vardır ki; önünüzde iki yol söz konusudur. Ancak her iki yolun sonunda da varılan yer aynıdır. Tıpkı ölüme götüren süreçte tedavinin uygulanması yada uygulanmaması durumlarında ölümün kaçınılmaz olduğu gibi. Üstelik tedavi desteği bazen kalan yaşam süresinin acı içinde ve hastane koşullarında geçirilmesini gerektirmektedir. Bu da bir çok ölümcül hastalık tanısı alan bireyin

yaşamın son günlerini kendisinin planlama isteği doğrultusunda tedaviyi reddetme sonucunu doğurabilmektedir. Tedaviyi reddetme hakkı hasta hakları ve tıp etiği ilkelerinde yerini özerklikten almaktadır. Ancak sağlık ekibinin yaşamı koruma ödevi hastanın özerkliği ile çatışabilmekte ve bu da yaşamın sonunda karşılaşılan bir etik sorun olarak gündeme gelebilmektedir.

Dünya Hekimler Birliği'nin hasta haklarını içeren Lizbon Bildirgesi'nde (1981) "hastanın saygın bir şekilde ölme hakkı" bulunduğu kabul edilmiş ancak bununla birlikte tedaviyi kabul yada reddetme hakkına yeterince bilgilendirilmiş olması koşulu ile sahip olduğu vurgulanmıştır (83). Bazı yazarlar, aynı zamanda kişinin kendi hayatına ve bedenine sahip olduğu varsayımından yola çıkmakta ve bunun uzantısı olarak kişinin kendine ait olan bu şeyleri dilediği zaman kullanım dışı bırakma hakkına da sahip olduğunu düşünmektedirler (6,77).

İnsanın kendi bedeni üzerinde tasarruf hakkının olup olmaması tıp etiğinde geçmişten günümüze tartışıla gelmiştir. Bu tartışmanın nedeni yaşamın dokunulmazlığına olan dinsel veya ahlaki inançtır. Kişinin son günlerinde nerede ve kiminle olacağına karar verme hakkını yaşamın kutsallığı gibi bir yaptırımla engellemek pek akıllıca bir gerekçe gibi görünmemektedir. Ölümcül hastalık süreci yaşayan yeterince bilgilendirilmiş erişkin bir hasta için tedaviyi reddetme hakkını sağlamak ahlaken, hukuken ve tıbben mümkün olmalıdır. Çünkü yaşama hakkı gibi yaşamı istediği gibi yönetme hakkı da bireye verilmelidir. Bu, intihar ve aktif ötanaziden ayrı tutulması gereken bir durumdur. Bilakis tedavinin reddi yaşama dair hastanın başka planları olduğunu da gösterebilir. Yaşamın son günlerini sıkıcı bir hastane rutinleriyle, sağlık personeliyle geçirmektense, her zaman bildiği, sevdiği ve güvendiği birileriyle geçirmek isteği anlaşılabilir değildir. Yaşamın son anlarında hastaların beklentileri farklıdır. Fiziksel olarak ağrıyı dindirmek ve yeterli bir hemşirelik bakımı bu ihtiyaca cevap verebilecektir. Palyatif bakım hastanın tedaviyi reddettiği

durumlarda da evde bakım hizmetlerinin geliştirilerek hastanın ihtiyacına yönelik hizmet almasını sağlayabilmektedir.

Hastanın tıbbi tedavi alıp almamasına karar vermek oldukça zordur. Bu karar etik ve yasal içeriklidir. Hemşirelere “yaşamı korumaları ve sürdürmeleri” öğretilir ancak hastanın yaşam kalitesi göz önüne alınarak ölmesine izin vermenin daha uygun olduğu zamanlarda olabilir. Hasta haklarından biri olan “hastanın özerkliği” ilkesi sağlık personelinin, yeterli hastanın herhangi bir tıbbi tedaviden vazgeçme kararına uymasını gerektirir. Tedavinin uygulanmasının yada kesilmesinin yaratabileceği sonuç hastanın ölümü olsa da, bu ilke değişmez. Hastanın yeterliliği, kişinin karar verme yetisi o kişinin anlama, iletişim kurma ve akıl yürütme yetenekleri ölçülerek değerlendirilir. Yeterli hastanın yaşam sürdürücü tedaviden vazgeçme hakları mahkemelerce onaylanmıştır ve genel olarak tıbbi etikçiler tarafından kabul edilmiştir. Tedavinin hastanın isteği üzerine uygulanmaması, zararlı bir tedavinin sunulması değil, bir tedaviden vazgeçmiş olduğu şeklinde değerlendirilebilir (30,51).

Hastanın değerlerine dayanan tedaviden vazgeçme kararı, gönüllü ötanazi ve yardımcı intiharla ilişkilendirilmemelidir. Hastanın arzu etmediği, ona yarardan çok yük getiren tedaviyi reddetmesine hem etik açıdan hem de yasal açıdan izin verilmektedir. Yeterli bir hastanın yaşamını destekleyen tedaviyi reddetmesine yada mevcut tedaviyi sonlandırma isteğine saygı gösterilmelidir. Çoğu sağlık çalışanı hastanın yaşamını destekleyen tedaviyi reddetmesi durumunda onun ölümünden sorumlu tutulabileceği düşüncesiyle ret kararına saygı göstermeye çekinmektedir. Hatta bu çekince ciddi ağrı ve acı içinde olan hastaların taleplerini karşılamayı engelleyebilmektedir. Bu tür etiğe uygun olmayan tutum ve davranışlara baş vurmadan önce hastanın tedaviyi reddetmesinin nedenleri keşfedilmelidir. Bu nedenle sağlık çalışanı hastanın tedaviyi reddetmesinin nedenlerini onunla konuşmalı ve hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek, onu anlamaya çalışmalıdır. Makul sebepler söz konusu

olduğunda hekim, reddedilen tedavi yaşamı koruyacak bile olsa, hastayı zorlamamalıdır. Aksine hastaya kabul edilebilir olası tedavi seçeneklerini açıklayarak uzlaşmalarına yardımcı olarak alternatif tedavi planı için çaba göstermelidir. Bazı tedaviyi ret kararlarının yanlış bilgiye dayandığı bilinmektedir. Bu nedenle hekim öncelikle hastasının bilgilerini kontrol etmeli ve ilave bilgilendirme yapmalıdır. Hastanın ret kararının nedenlerini araştırmak, alternatifler geliştirmek ve yanlış anlaşılmalrı önlemek kararın tekrar gözden geçirilmesine yardımcı olmakta, dolayısıyla hatalı kararlar önlenmektedir. Bununla birlikte hastanın yaşamı destekleyen tedaviyi reddetmesi hastanın palyatif bakımı reddetmesi olarak algılanmamalıdır. Hastanın bakımına ve ağrı, acısını dindirerek rahatını sağlamaya devam edilmelidir (84).

Yaşamı destekleyen tedavileri reddetme ve intihar arasındaki fark ahlaksal sorumluluk alanıyla ilgilidir. Ölmeye yardım ile tedaviyi çekme yada esirgeme arasındaki farkta olduğu gibi, ahlaksal sorumluluk “yapma ve yapmama öğretisiyle” açıklanabilmektedir. Ancak yaşamı destekleyen tedavileri reddetmek yaşamı sonlandırmak için bir araç gibi görünse de, bireyin yaşam kalitesi için yarar sağlamayan müdahaleleri sonlandırmada ki niyet farklıdır. Çoğunlukla hastanın tedaviyi reddetmesindeki amacı, ona fayda sağlamayan tedavilerin sıkıntılarına daha fazla katlanmak istememesinden kaynaklanmaktadır. Tedavinin kendisine olduğu gibi ailesine daha fazla yük getirmesini engellemek de bir sebep olabilmektedir. Hasta sonucunda ölümün olacağını bilmesine karşın, bu onun ölmeyi istediği anlamına gelmemektedir. Bu noktada tedaviyi reddetmek intihardan ayrılmaktadır. Çünkü intiharda niyet “ölmek”tir (81).

Tıbbi uygulamalar sırasında her hastanın yeterince aydınlatıldıktan sonra tedaviyi reddetme hakkı vardır. Kamu yararı dışında hiç kimseye isteği ve bilgisi dışında tıbbi müdahale yapılamaz. Bu husus kendi hakkında karar verebilme yeterliliğinde olan erişkinler için geçerli olmakla birlikte, yetersiz yetişkin hastaların ve küçüklerin tedavilerinde kendileri

adına onam verecek yada reddedecek vekil karar vericilere ihtiyaç vardır (10,85). Sağlık Bakanlığınının 1-8-1998'de yayımladığı "Hasta Hakları Yönetmeliği" 24. Maddenin 1. Fıkrası ile karar verme yeteneğine sahip reşit bir hastanın bilinci açık olduğu takdirde, ölümcül bir hasta olsun olmasın tedaviyi reddetme hakkı vardır; diğer bir deyişle belirtilen şartlar varsa hasta ölümünü hızlandırabilecek hatta kendisini ölümden kurtarabilecek bir tedaviyi reddedebilecektir. Fakat rıza alınmış ve tedavi başlanmış ise, hayatı veya hayati organlardan birini tehdit eden acil bir durum varsa, aynı maddenin son fıkrasına göre rızanın geri alınması mümkün değildir. Ölümcül bir hastalığa sahip hastanın tedaviye rıza göstermemesi halinde ise hekimin tedaviye başlamaması suç oluşturmamaktadır (63,84).

Ölümcül hastalık tanısı almış bireyin bütüncül olarak değerlendirilmesi hemşirelik bakımı gereğidir. Hastanın yeterliliğinin değerlendirilmesinin yanında onun ihtiyaç duyduğu iletişimle desteklenmesi tedaviye olan yaklaşımda uygun karar vermesini sağlayacaktır. Hastanın yeterince bilgilendirilip aydınlatıldıktan ve işbirliği için razı edilmeye çalışıldıktan sonra karar vermesi sonradan yaşanabilecek pişmanlıkları önleyebilmektedir.

Hastalar bazen bağımlılıklarını, yetmezlikleri nedeni ile kısıtlamaları, kabullenmezler. Servisin düzeni-çalışma planı hastanın hizmete katılan değil, hizmeti alan kişi olarak görülmesini ve olabildiğince odasında kalmasını gerektiriyor ise etkin bir yaşam edilgin bir yaşama geçmiş demektir. Alışkanlıklarının değişimini kabullenmeyen hastalar kendilerini kısıtlanmış, engellenmiş, yetersiz dolayısı ile depresif hissedebilir, bu duyguları sonucunda akıl almaz şekilde "tedaviyi, işbirliğini" reddedebilir, kendine zarar verebilir. Böyle bir durumda hemşirenin sorumluluğu moral verme, teselli etmeden daha geniş kapsamlıdır. Hastalara "öğüt verme", gereksinimi karşılayan bir yaklaşım değildir. Bu hastaların kayıpları için "keder yaşama ve duygularını ortaya koyma-kaybı kabullenme ve telafi



etme” konularında yardıma ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Hastanın duygularını açıklamasına yardım eden açık uçlu sorular, hemşire tarafından hastalara yönlendirilmelidir (65). Hastanın tedavisine uyumunu sağlamak ve duygularını ifade etmesine olanak tanınmak için, öncelikle hastanın güveninin kazanılması, bunun için de hastayla dürüst ve samimi, bir ilişkinin kurulması, yapılan her bir işlemin hastaya açıklanması ve hastaya en iyi bir şekilde bakım verebilmek için, deneyim ve bilginin paylaşılması yararlı olabilir (86,87).

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin Hemşirelik Etik Kurallarında hemşirenin, hemşirelik faaliyetlerinde ve diğer alanlarda kendinden başka görevlilerle ortaklaşa yardım için ilişki halinde olması ve her zaman çevresi ile bağlantısını iyi kurması gereğinden söz edilmektedir. Bu kural hemşirenin doktor istemini yerine getirme yükümlülüğünü de kapsamaktadır. Buna karşın temel sorumluluğu, hemşirelik bakımına ihtiyacı olan hasta bireye yönelik olan hemşirenin hastanın tedaviyi reddetme hakkını göz önünde bulundurması etik yaklaşımın bir gereğidir. Bu konuya ilişkin örnek duruma hemşirelerin yarısından fazlasının katıldığı ancak çalışma süresi uzadıkça doktor istemine karşın tedaviyi bırakıp hastanın isteğine katılanların azaldığı saptanmıştır. Çalışma süresi daha fazla olan hemşirelerin geçmişte çoğunlukla hastane bünyesine bağlı ve hekim isteminin sorgulanmaksızın kabul edildiği hemşire okullarından mezun olmalarının bunda önemli rol oynadığı düşünülebilir (56).

#### **6.2.2.2. Tedavinin Boşunluğu (Futility)**

Terminal dönem hastaları için tedavinin bu kez sağlık ekibince yararsız olduğunun düşünülmesi yaşamın sonunda verilen kararlara futility (boşuna tedavi) kavramını getirmiştir.

Boşuna tedavi (futility); 'boş şey' anlamına gelmektedir. Bazı hastalara uygulanacak tedavinin, hastaya yararının olmaması durumunda,

yapılan tedavinin boşuna yapılmış olduğunu göstermektedir. Yaşamın sonuna doğru hastalara uygulanan tedavilerin marjinal faydaları olup, çok pahalı olmaları nedeniyle tartışmalar yaşanmaktadır. Hastalara uygulanan tedavinin belirgin faydası olmaması nedeniyle, bu masrafların boşuna yapıldığı ve kaynakların yerinde kullanılmadığı söylenmektedir. Çoğu hasta yada yakını, herhangi bir sağlık merkezine başvurduklarında, kesin tedavi istemektedir veya hastaneye yatıp çıktıktan sonra daha kaliteli bir yaşam sürmeyi beklemektedir. Terminal dönemdeki bir hastanın yapılacak müdahalelerden fayda görmeyebileceğini, hekimin hasta yakınlarına açıklaması gerekir. Hekimin bunu yapması oldukça zor olmaktadır. Eğer hekim hastaya müdahale ederek boşuna bir tedavi girişiminde bulunacak olursa, bu girişim hasta yakınlarını yanıltmaktan öteye gitmeyecektir. Hekim hastaya uygulanacak tedavinin boşuna olduğuna karar vermişse, bu durumdan hasta yada yakınlarını yeterince aydınlatmamışsa ve hasta bu müdahalenin yapılmasını istiyorsa, alınan kararın bir anlamı olamayacaktır. Çünkü hasta ve yakınları aydınlatılmadıkları için, müdahale yapılmasını isteyecekler ve yapılan müdahalenin sonucunu umutla bekleyeceklerdir. Boşuna tedavi yapıldığına inanılan bir hastanın, değişik hekimlerle muhatap olması etnik, kültürel, politik görüşler nedeniyle farklı kararların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (46).

Boşuna tedavinin merkezinde hekimler yer almaktadır. Onların bu konudaki görüşleri tedavinin başlanması yada başlanmaması konusunda etkili olmaktadır. Oysa tedavinin etkili olup olmayacağı konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmeli ve son karar onların olmalıdır. Hekimlerin bu konudaki tutumu yaşamı korumak olduğunda tedavinin reddi durumunun tam tersi olarak yine hastanın özerkliği ihlal edilmiş olmaktadır. Hemşirelerin boşuna tedavi ile ilgili görüşleri tedavinin başlanıp başlanmamasını da etkili olmamaktadır. Ancak hemşirenin tedavinin yararsız olduğunu düşünmesi ölüme götüren süreçte hastaya uyguladığı bakımın yararsız olduğuna inanmasına neden olmaktadır. Bu da hemşirelerin yaptıkları işe olan inançlarını etkilemekte tükenmişlik

yaşamalarına neden olmaktadır. Sağaltımın mümkün olmadığı durumlarda bu tedaviyle ilgili karar hastanın olmalıdır. Bu kararın sağlık çalışanının vermesi hasta haklarının ihlaline neden olmaktadır. Ayrıca ölümcül hastaların tedaviden ziyade bakıma ihtiyacı vardır. Bu yüzden hemşirelik bakımı ölümcül hastalıkların tedavisinde önemli yer tutar. Hastaya bakım ve tedavinin ayrımı ve sonuçları detaylı anlatılmalıdır.

Hiçbir şeyin ölümden daha kötü bir kader sayılamayacağını ileri sürenler varsa da, katlanmak zorunda kaldıkları korkuları, acıları ve sıkıntıları göz önünde bulundurulunca ölümün bazı insanlar için bir nimet olacağı sonucuna varmaktan kaçamayacağımız pek çok durumla karşılaşacağımız bir gerçektir (82). Yaşadığımız son 30 yılda sağlık çalışanları, hastalarına eskisi gibi paternal bir yaklaşım içinde olmamaktadırlar. Toplumun gelişmesi sonucu ortaya çıkan otonomi bilinci, sağlık harcamalarında kısıntı yapılması zorunluluğu ve yaşam kalitesinin tıbbi tedavinin asıl hedefi olması gerektiği gibi yeni kavramlar, yaşam destek tedavilerinin her ne pahasına olursa olsun tüm hastalara uygulanması gerektiği fikrini tartışılır bir hale getirmiştir (61).

Yaşam destek tedavilerinin başlanmaması veya başlanmış tedavilerin kesilmesi hakkında ilk gelişmeler ABD'de meydana gelmiştir ve bu adımların belki de en önemlisi 1990 yılında Society of Critical Care Medicine (SCCM) tarafından yayınlanan konsensus raporudur. Bu raporda, yaşam destek tedavilerinin hasta veya yakınlarının isteği doğrultusunda yada hekim tarafından tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olamayacağının görüldüğü durumlarda (futility) başlanmaması veya kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu bildirilmiştir. Boşuna tedavilerin başlanmayacağı veya kesilebileceği konusunda genel bir görüş birliği varken, hangi tedavilerin boşuna olacağı konusunda nasıl karar verileceği konusunu açıklığa kavuşturmak üzere SCCM'ın Etik Komitesi 1997 yılında 'futile' tedaviler veya uygulanması önerilmeyecek tedaviler hakkında yeni bir konsensus raporu yayınlamıştır. Bu raporda kesilmesi

veya başlanmaması söz konusu olabilecek yaşam destek tedavileri 4 sınıfa ayrılmıştır. Bunlar;

- fizyolojik olarak hiç bir yararı olamayacak tedaviler,
- fizyolojik olarak yararlı olma olasılığı çok düşük olan tedaviler,
- yararlı olabilecek ancak çok pahalı tedaviler,
- sonuçları belirsiz yada tartışmalı olan tedaviler, olarak sıralanmıştır.

Etik komite bunlardan yalnızca, kesinlikle “yararsız olan tedavileri” “boşuna” olarak tanımlarken, diğer gruptaki tedavilerin boşunaliğinden bahsetmenin doğru olmadığını ancak hastaya bu tedavinin önerilmesinin değişik şartlarda uygun olmayacağını bildirmiştir. Yazık ki bu raporda da fizyolojik yararın nasıl değerlendirileceği, hangi şartlarda hangi tedavilerin önerilmesinin uygun olmayacağı, sonuca bağlanmamış; bu konularda sağlık kurumlarının kendi kararlarını vererek uygulama yönergeleri oluşturmaları ve bunları bir şekilde topluma duyurmaları önerilmiştir (61).

Jecker ve Schniderman boşuna tedaviyi tanımlamada dört ayrı alternatif ortaya koymuşlardır.

- Faydasız olan veya etkisi olmayan tedavi.
- Hayat kalitesini çok az da olsa iyileştirmeye muvaffak olmayan yada az bir tıbbi yarar bile sağlamayan tedavi.
- Hastanın amaçladığı tedaviyi sağlaması muhal olan tedavi.
- Hastanın varlığını sürdürmede hiçbir şans ortaya koymayan tedavi.

Bu sınıflama iki temel farklılığı ortaya koyar. Birisi tedavinin etkinliği, -ki bu bazı vücut fonksiyonlarındaki bir takım değişmeden başka anlama gelmez- diğeri ise tedavinin faydasıdır ve bu bizzat hasta tarafından takdir edilir. Başka bir deyişle fizyolojik ve normatif futilite arasını ayırmaya ihtiyacımız vardır. Fizyolojik futilitede değerler sadece tıbbi temelde incelenip karara

bağlanır. Halbuki normatif futilitede hükümün değeri veya kalitesi aranır. Bu ise hasta veya onun bakıcısının hakkıdır. Tıbbi hüküm hiçbir zaman değersiz sayılamaz. Hasta istiyor diye bu hükümleri yok farz etmek ise tıp mesleğinin temelini dinamitlemek anlamına gelir. Doktorun ikilemi objektiflik terimi ile belki ortadan kaldırılabilir. Sağlık çalışanlarının ana gayesi hayatın muhafazası olunca futilite hayatın artık sürdürülemediği durumlar için söz konusu olur. Hayat kurtarılabilir yada kurtarılamaz. Fakat işin içine hayat kalitesi kavramı karışacak olursa, o zaman futiliteye çok da açık olmayan serbest uçlu bir imaj yüklenir. Özellikle hayat veya ölüm şeklinde bir karar verildiğinde bu durum kendisini hissettirir. Bazı durumlarda tıbbi girişim hastayı hayatta tutabilir fakat buna rağmen o hasta hakkında yine de karar vermek gerekebilir. Bu durumda yararsızlık kararı, ölümü göze alarak verilen bir karar değildir. Aksine kabulü mümkün olmayan kalitedeki bir hayatı göz önünde tutarak verilen bir karardır. Eğer karar ölüme göre verilirse bu mutlaktır, ortadadır. Yani ölüm ve hayat fakat hayat kalitesi göz önüne alınınca ortaya suni bir düzen çıkmaktadır (60,88).

Tıbbi yararsızlığın (nafiye tedavi) tanımlanmasında tedavinin başarısı için, düşük olasılık, makul şans etkisizlik gibi nicel yaklaşım ile yararlılık ve yaşamın kalitesi gibi nitel yaklaşım gözetilen terimlerin kullanılması bazı anlam farklılıklarını yaratmaktadır. Genel kabul gören tanımıyla; hekimin, hastanın yada vekilin tıbbi müdahalenin;

- yararsız yada etkisiz olduğu,
- yaşam kalitesine minimum katkı yada çok az tıbbi fayda sağladığı,
- hastanın beklentilerine cevap verme olasılığı taşımadığı,
- makul yaşam şansı tanımadığı noktasında birleştikleri tedavi yada uygulamalar tıbbi açıdan yararsızdır.

Tıbbi yararsızlık ile ilgili olarak yaşanan diğer önemli kriz, fayda sağlamayacak olan tedavi istekleri ile tartışmalı bir amacı destekleyen

etkili tedavi istekleri arasındaki farkın karıştırılmasıdır. Bu noktada tıbbi gereksizliği ayırt etme ölçütü önem kazanmaktadır. Ayırt edici fark olarak ileri sürülen ölçüt fizyolojik yararadır. Eğer tedavi ile fizyolojik yarar elde edilemeyecekse yada hastaya fizyolojik bir yarar sağlanamayacaksa tedavi “nafile” olarak değerlendirilmektedir. Hasta yada geçerli vekilinin tedaviyi istemesi durumunda da hekim, bu tedaviyle fizyolojik bir amaç elde edilemeyeceğine ve hastaya fizyolojik bir yarar sağlamayacağına inanıyorsa bu tedaviyi sunma yükümlülüğüne sahip değildir. Ancak fizyolojik olarak “nafile” olan tedavinin hasta yada ailesine psikolojik fayda sağlayacağı düşünülüyorsa sunulmasının uygun olacağı bildirilmektedir. Bu duruma aksi görüşler bulunmaktadır. Bunlardan en sık dile getirileni, genellikle olağan dışı tedaviler kapsamında olan tedavilerin psikolojik yarar sağlayacağı gerekçesiyle kullanılmasının diğer hastaların bu kaynaklardan adil pay almalarını engelleyeceğidir. Bu görüş etik açıdan destek bulabilmektedir (84,89).

Boşuna tedavi kavramının kullanılmaya başlanması, pek çok eleştiriyi de beraberinde getirmiştir. Bunlardan ilki boşuna tedavinin farklı amaçlarla kullanılabilmesine ilişkin olmaktadır. Bir tedavinin boşuna olduğuna karar verilmesinde, sağlık çalışanlarının yada uygulama için ödeme yapan kuruluşların söz konusu uygulamanın, o hasta için çok pahalı ve gereksiz olduğu yargısı ile hareket edebileceği, bu nedenle hastanın o tedaviden mahrum bırakabileceği endişesi bu tip eleştirilerin kaynağını oluşturmaktadır. Boşuna tedavi tanımında henüz fikir bitliğine varılmamış olsa da, çeşitli kaynaklarda hekimlerin boşuna olan tedavileri vermekle yükümlü olmadığına ilişkin görüşlerin bulunması dikkat çekmektedir. Bu durum boşuna tedavi kavramının sorgulanmasına neden olan sebepler içinde belki de en yaygın olanını, yani hekimlerin yalnızca kendi kararlarından hareket ederek, bir tedavinin uygulamasına hiç başlamamasına yada durdurulmasına karar verebileceklerine ilişkin endişeyi artırmaktadır. Bu endişe doğrultusunda, hasta özerkliğinin ve hastaların karar verme sürecinde yer alması için harcanan çabaların,

boşuna tedavi kavramı ile tehdit edildiği, çünkü bu kavram ile sağlık çalışanlarının eline bir koz verildiği ifade edilmektedir. Ancak, boşuna tedavinin daha net tarif edilmesi amacıyla gündeme gelen fizyolojik boşunalık kavramı, bir organın fonksiyonundaki düzelemeye odaklı olması yani hastayı bir bütün olarak ele almaması sebebiyle tartışılmaktadır (89).

Sağlık çalışanlarının doğru ve tatmin edici bir karar vermesine müdahale edilmemelidir diyenler vardır. Hekime yaşamın sonunda söz konusu olabilecek yaşamı destekleyen tedavilerin yararsızlığı hakkında görüşünü değiştirmek üzere yapılabilecek olası kurumsal, yasal vb. baskılar hekimin haklarına saldırı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yararsız olduğunu düşündükleri tedaviyi sürdürmeye zorlanması, onların mesleki bütünlüğüyle çelişmektedir. Hastalarının ölüm sürecini uzatan, daha fazla ağrı, acı çekmesine yada ilave sıkıntılar yüklenmesine neden olan tedaviyi sürdürmek zorunda bırakılmaları onların ahlaksal, duygusal, profesyonel bütünlüğünü bozabilmektedir. Yararsız tedavinin belirlenmesi ve bildirilmesiyle ilgili olarak politikaların belirlenmiş olması sağlık çalışanlarının ahlaksal bütünlüğüne ve haklarına olası saldırıları da engelleyebilecektir (84). Futilite kavramını ortaya atanlar bir taraftan “eğer bir tedavi çok az bile olsa bir imkan veya fayda sağlayamıyorsa ‘yararsız tıbbi uğraş olarak addedilmelidir’ derken, diğer taraftan da düşünülmeden kullanılırsa pozitif bir kötüye kullanmanın söz konusu olacağını ifade etmektedirler. Bu kötüye kullanma ise, babacan yaklaşımın yeniden hortlamasını, hasta özerliğinin aşınmasını, tedavi verme görevini yanlış olarak tedavi yapmama biçimine sokma gibi unsurları içerir veya bunun yerine kendimize “tedavi yapmama” gibi hayali bir iş yüklemiş oluruz ki bu da sonunda kaynakların keyfi kullanımı ve vazifeden kaçma gibi sıkıntılı bir durumu ortaya koyar (60).

### 6.3. Ağrı Yönetimi

Ölümcül hastalık tanılarında hastalığın her aşamasında ağrı görülebilmektedir. Ağrı deneyimi hastalar için olduğu kadar hasta ailesi ve hastanın tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekibince de güç yaşanmaktadır.

Dünyada kanser ağrısından her gün yakınan hasta sayısı 4 milyondur. Ağrı yada ağrı korkusu, kanser hastasının yaşantısında özel bir rol oynar ve bu durumda da kanser ağrısı çeken bireyleri psikososyal ve fiziki yönden tanılamak ve ayrıca da özel ağrı tanımlaması yapmak gerekmektedir. Kansere bağlı ağrının insidansı, prevalansı ve şiddeti konusunda elimizde sistematik veriler olmamakla birlikte, incelemeler, aktif terapi gören hastaların 1/3'ünde ve ileri derecedeki hastaların %60 ve %90'ında orta ile şiddetli arasında değişen düzeylerde ağrıların olduğunu göstermektedir. Ağrı yada ağrı korkusu, kanser hastasının yaşantısında önemli bir yere sahiptir ve hastada bazı özel tepkilerin doğmasına yol açar. Bu tepkiler, anksiyete daha önce yaşanmış ağrı ve kültürel etmenler olarak üç ana başlık altında özetlenebilir. Bireyde anksiyeteye neden olan çeşitli etmenler vardır: Bilinmeyen korkusu, yalnızlık duygusu, ağrı sonucu oluşan güçsüzlük, benlik ve beden imgesinin tehdit altında olması gibi. İkinci olarak ağrı karşısında gösterilen tepkilerin yaşamın erken yıllarında öğrenildiği söylenebilir. Üçüncü olarak kültür ağrı karşısında gösterilen tepkileri belirleyici etmen olarak yer alır. Bu nedenle hastanın ağrısının nedenli şiddetli olabileceğini yada olmayabileceğini yargılamaktan kaçınmak ve ağrı karşısında gösterilen kültürel farklılıkları tanımak ve kabullenmek gereklidir. Hemşire yazar Mc Coffery ağrı için: "Hastanın ağrıyor dediği durum ve ağrıyor diye gösterdiği yerdir" demiştir. Kanserli hastalardaki ağrının aşağı yukarı %80 ile %90'ı analjeziklerin uygun bir biçimde kullanılması sonunda ele alınabilir duruma gelmektedir (90).

İyi bir ağrı kontrolünü engelleyen etmenler üç alanda toplanabilir: bunlar klinisyenlerin bilgi eksikliği, hasta ve ailesinin sahip oldukları yanlış



kavramlar ve halk arası söylentiler, sağlık sistemi, yasa ve politikaların yetersizliğidir. Ağrıyı anlamaya yönelik son gelişmelere rağmen bu engeller, ağrının kontrolüne ilişkin girişimlerin duraksamasına neden olmaktadır.

Çoğunlukla terminal dönemde söz konusu olabilen dayanılmaz ağrı ve acıya katlanma, buna bağlı olarak yaşam kalitesinin sıfıra yada daha aşağıya düşmesi, bazı kişilerin bu kadar kötü bir hayatı yaşamaktansa ölmeyi tercih etmesine neden olabilmektedir. Buna niyetlenen bazı hastalar da kendi yaşamlarını kolayca ve çabuk sona erdirebilmek için hekim yada hemşireden yardım isteyebilmektedir. Bu durumda hemşire; dayanılmaz ağrı ve acılar içinde olan hastasının daha fazla acı çekmemesi için onun arzu ettiği şekilde yaşamına son vermesine yardım etmek ile onun rahatını sağlayabilecek bakımı vermeyi sürdürmek arasında ikilemde kalabilmektedir (57).

Çözülme-yen ağrı yada giderilemeyen ağrı, ağrı çeken kişiyi yetersizleştirmekte ve kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Dindirilemeyen ağrı kişinin fizik aktivitesini, sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte, psikolojik gerginliğini arttırmaktadır. Ağrı ve psikolojik iyilik arasındaki ilişki son derece karmaşık ve ters orantılıdır. Yapılan çalışmalarda ağrı varlığında yeterli analjezi ile psikiyatrik semptomların kaybolduğu tespit edilmiştir. Zaman içerisinde ağrının ortadan kaldırılması tıbbın esas hedefi haline almıştır. Özellikle hayatının son günlerini yaşayan hastaların ağrısının giderilmesi ve diğer açılardan hastaya yaklaşımda etik prensipleri göz önünde bulundurmaya gerekmektedir (91).

Etik açıdan ağrı değerlendirildiğinde; bir insanı giderilebilecek bir ağrı içinde bırakmanın insan haklarına aykırı olduğu sonucuna varılmıştır. Ağrı çeken herkes ağrının giderilmesini hak etmektedir. Bu hak ise tüm dünyada insan haklarına saygıdan kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanlarının önemli bir sorumluluğu da ağrı çeken kişiye yeterli analjeziyi sağlamaktır. Bir ağrı hastasının ağrısının giderilmesi ile ilgili sağlık

hizmetlerine nasıl ulaşılabileceği açık ve kolay olmalıdır. Ağrı hastasının kendi durumuna yönelik olan girişimin özelliklerini, risklerini, yararlarını varsa alternatiflerini tam olarak bilmeye hakkı vardır. Hekim bilgi verilmemesinin hastaya daha yararlı olacağı inancına sahip ise ailenin de onayı ile bilgi vermeyebilir. Sosyal ve kültürel yapımız itibarı ile bu bilmeme hali hastanın yaşam gücünü ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Kronik ağrı hastasına ağrısının giderilmesi için planlanan sinir blokları, epidural/spinal girişimler gibi işlemlerin özellikleri, hastaya analjezik açıdan beklenen katkılar hakkındaki bilgi aktarımı anlaşılır dille, yabancı olmayan terminoloji ile yapılmalıdır. Ağrı tedavisinde ortaya çıkan duyarsızlık hiyerarşik basamakların herhangi birinde ortaya çıkabilir. Bu duyarsızlık bilinçli veya yetersizlikten, bilgisizlikten kaynaklanabilir. Örneğin, doktorun “order” vermesi ile ağrılı hastaya plasebo uygulayan bir hemşire yaptığının doğruluğu ve duruma uygunluğu hakkında yeterince bilgi sahibi olmayabilir. Aynı şekilde ağrı ve ağrı tedavisine duyarsızlık kültürel bir anlayış da olabilir. Hemşire yapılanın yanlış olduğunu bilmesine karşın, bunu söylemesinin doğru olmadığını düşünebilir (91).

Ne yazık ki tüm analjezik ilaç ve yöntemlerin ciddi yan etkileri bulunmaktadır. Etik açıdan değerlendirildiğinde ağrı çeken hastaya hekim yeterli analjezi-minimum yan etki dengesi sunabilmelidir. Yarar-zarar anlayışları birbirleri ile çelişen kavramlar olmalarına karşın, bazı tedaviler kimi uygulamalar için yararlı kimileri için zararlıdır. Bu nedenle esas hedef bakım olmalıdır. Bakım ise konforun sağlanması, fonksiyonun sağlanması ve yaşamın idamesi diğer hedeflere üstünlük gösterirler (91).

İyi sonuç elde etmek niyetiyle yapılan bir eylemin önceden tahmin edilen kötü sonucunun ortaya çıkması yada eylemin iyi ve kötü olarak değerlendirilebilen iki sonucu içermesi çift etki (double effect) olarak isimlendirilmektedir. Terminal dönemde bulunan hastaların bakımında önemli rol oynayan çift etki öğretisinde “niyet” anahtar kelimedir. Eylemin ahlaksal açıdan savunulabilmesi için hangi niyetle yapıldığı önem

kazanmaktadır. Ancak niyetin iyi olduğunun nasıl belirleneceği tartışma konusudur. Mc. Faden, iki etkisi olan eylemin yapılabilmesi için iyi uçlu etki ilkesinin kullanılmasını ve bu ilkenin uygulanabilmesi için dört koşulun aranmasını önermektedir. İlki, eylem kendi içinde ahlaksal açıdan iyi bir eylem olmalıdır. İkincisi, eylemin iyi etkisi kötü etkisinden önce meydana gelmeli ve kötü etkiyi uyarıcı olmamalıdır. Üçüncüsü, eylem iyi etki elde etmeye yönlendirilmeli, asla kötü etki elde etmeye saptırılmamalıdır. Son olarak ise, iyi etki en azından kötü etkiyle eşit öneme sahip olmalıdır (10,30,81).

Tıbbın bir diğer amacı olan hastanın ağrı, acısını dindirmek tıbbın en eski amaçlarından birisidir. Ancak bazen terminal dönemde olan bir hastanın dayanılmaz ağrı, acısını sonlandırmaya yardımcı olmak, hastanın ölümünün hızlanmasına, dolayısıyla yaşamının sonlanmasına neden olabilmektedir. Tıbbın bu eski ve önemli amacının gerçekleştirilmesi durumunda tıbbın özüne aykırı olan bir diğer durumun ortaya çıkabilecek olması, hastayı rahatlatmakla ilgili ödev ile öldürmemek yada ölüme sebep olmamakla ilgili diğer ödevin yapısını ve sınırlarını zorlamaktadır. Bu ödevlerin yapısı ve sınırları ile ilgili en uygun değerlendirme; tıbbın gücünün ne olması gerektiğine cevap bulmakla yapılabilmektedir. Özellikle yaşamı destekleyen tedavi kararları anında hissedilen tıbbın gücü; yüzyıllardır hayat kurtarmak, iyileştirmek ve ağrı, acı içinde olan hastayı rahatlatmak amacıyla kullanılmaktadır. Günümüzde aynı gücün öldürmek için de kullanılabilir olması, tıp ahlakının özünün ve hekimin temel ödevinin yapısını sarsacağı endişesini yaratmaktadır. Hekimin tıbbın gücünü hayat kurtarmakla eşit olarak öldürmek için de kullanmasının etik açıdan haklı çıkarılamayacağı iddialarına karşı ileri sürülen görüş; hastanın beklenen ölümünü hızlandırmamak için onun ağrı, acı çekmesine izin vermenin tıbbın amaçlarıyla, hekimin temel ödevleriyle, dolayısıyla tıbbın gücüyle örtüşmeyeceğidir (84).

Paul Ramsey "The Patient As Person" adlı kitabında, palyatif bakımda özel bir öneme sahip olan şiddetli ağrı ve acının direkt olarak dindirebilmesi için yapılan eylemle, dolaylı olarak hastanın ölümünün hızlanmasına neden olursa bile ahlaksal açıdan haklı çıkarabileceğini bildirmektedir. Hatta, hastanın rahatını sağlamak, acısını önlemek gibi insani ödevin olası sonucunun ölüm olmasının, eylemin aktif ötanazi olarak değerlendirilmesi için yeterli olmadığını savunmaktadır. Haklılığını yapan eylemle hedeflenen sonucun ölümü hızlandırmak olmadığı niyetine dayandırmaktadır. Asıl amaç ölmekte olan hastanın şiddetli ağrı, acısını kesmek olmasına karşın, palyatif bakımda görev yapan bazı klinisyenlerin hastanın ölümünü hızlandırma korkusu nedeniyle hastaların ağrı, acı çekmesine ve yakarışlarına seyirci kaldıkları bilinmektedir. Bu tür güç durumlarla kalan bazı palyatif bakım çalışanlarının "yaşamın sonuna gelmiş olan ve acı çeken hastalarının ağrılarını sonsuza kadar dindirmeyi düşündükleri" belirlenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bu sonuçlar, niyetin sadece kısa bir süre için ağrıyı dindirmekle sınırlandırılmayacağı, hastayı sonsuza kadar huzurlu kılmak istenebileceği, bu nedenle asıl niyetin ne olduğunun asla bilinemeyeceği endişelerini doğrulamaktadır. Bu tür endişeleri gidermek yada fırsat vermemek, dolayısıyla eylemi ahlaksal olarak haklı çıkarabilmek için, ağrı kesici dozunun klinik kullanım değerlendirilmesiyle makul doz olması gerekmektedir. Kullanılan ağrı kesici dozunun, niyetin -iyi etki elde etmek mi yoksa kötü sonuç elde etmek mi- olduğu konusunda fikir verebilmektedir. Bununla birlikte eğer kullanılan ilaç öldürmek amacıyla kullanılan bir ilaç ise, eylem ahlaksal olarak doğru kabul edilmemektedir (10,84).

Hemşirelik mesleğinin tüm etik kuralları ağrının hafifletilmesindeki hemşirenin rolüne gönderme yapar. Hastanın ağrılarını hafifletmek, hemşirenin temel görevlerinden biridir. Bunun için büyük bir empati yeteneğine sahip olmak gerekir. Temel olarak hastanın onurunu korumak ve aynı zamanda sağlığını yükseltmek de söz konusudur. Empatik davranış hasta-hemşire etkileşiminin yapı taşıdır ve belirli durumlarda

ortaya çıkar. Hemşire açısından empatik davranışın nedenleri, hastanın yerine kendisini koyabilmesi ve gereksinimleriyle ilgilenmesidir. Ölümcül hastaların ölümüne eşlik etmekle ağrıyı dindirme arasındaki büyük farklılık bazen etik bir sorun oluşturur. Henüz ölümü yakın olmayan yada ölümcül bir hastalığı olmayan kronik bir hastaya, ağrılarını dindirmede yardımcı olmak, hemşirelere nadiren etik sorunlar çıkarır. Buna karşın hemşire ölümcül bir hastayla karşı karşıya ise, sıklıkla ağrıyı dindirme ile hiçbir canlıyı öldürmeme ahlaki sorumlulukları arasındaki çatışmayı yaşar. Ölme süreci esnasında hemşirelik bakımı, her zaman ağrıları önleme ve azaltmaya yönelik olmalıdır. Ölmekte olan hastanın ağrılarını azaltmasına rağmen, beraberinde ölümü öne alma riski taşıyan hemşirelik bakım araçları da vardır. bu araçlar ağrıyı hafifletmek amaçlı kullanılmalı, yoksa ölümü erkene almak için değil. Hasta bu aracın kullanımıyla ölürse, hemşire etik açıdan hastanın ölümüyle ve bu ilacın kullanımıyla sorumluluk taşımaz (55).

Hemşireler ağrının ele alınabilmesinde sözcü olabilmek için ideal konumdadırlar. Ağrıyı gidermek için kullanılacak temel ilaçlar bulunamadığı durumlarda bile hemşireler sıcak, soğuk uygulamalar ve diğer ek tedaviler ile ağrının şiddetini azaltmak için çaba gösterebilirler. İsteyen hastalara dini desteğin sağlanması ve ağrının birey için ne anlam taşıdığına tartışılması bile hasta ve ailesinin çaresizlik ve izolasyon duygularını azaltabilir.

Ülkemizde ise ağrı yönetimi konusunda durum biraz daha karmaşıktır. Kliniklerde hiyerarşinin yavaş işlemesi hastaların uzun süre analjezik verilmeden ağrı çekmelerine neden olmaktadır. Hastanelerde servisin sorumlu hekimi ağrıyı bir üstüne, o da bir üstüne iletince geçen sürede hastanın hala ağrı çektiği göz ardı edilmektedir. Oysa empatik bir yaklaşım hastanın ağrısına hemen müdahale etmeyi gerektirir. Hemşire içinse hastanın ağrısının dindirilememesi hastayla duygusal paylaşımları olması nedeniyle çaresizlik duyguları yaşamamasına neden olmaktadır.

Gerekçe hastanın yaşamının kısalması olduğu durumlarda bile ağrının kesilmeden hastanın acısına seyirci kalınması insani bir yaklaşım değildir.

Sağlık profesyonellerinin korkuları nedeniyle ağrısı olan hastalara yetersiz analjezik verilmesi ağrının kontrol edilememesine yol açmaktadır. Hastaya zarar verememe moral yükümlülüğü hasta bireyi zarardan korumayı önerirken, yararlılık yükümlülüğü hasta için en iyisini yapmayı desteklemektedir. Sağlık profesyonelleri zarar vermeme yükümlülüğünü yerine getirirken daha az analjezik verebilirler. Diğer taraftan yararlılık ilkesi doğrultusunda yapılan uygulama bilinen bir riski de içerir. Bu yükümlülüklerin dengelenmesi, sağlık alanında sık karşılaşılan etik sorunlardan birisidir. Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçların yan etkilerinin olduğu unutulmamalıdır. Sağlık profesyonelleri ağrının giderilmesi ve olası zararların önlenmesi arasındaki dengeyi korumalıdır (92).

#### **6.4. Bir Alternatif Olarak Hospizler**

Yüzyılımızın başına kadar insanların çoğu nerede yaşamışlarsa orada, yani evlerinde kendilerini yakın hissettikleri, güvendikleri insanlar arasında ölüyorlardı. Yıllarca yaşamış oldukları, bildirdikleri anı eşyalarla kendilerine bir dünya kurdukları, beğenilerine göre döşeyip alıştıkları, çocuklarını büyüttükleri, çiçek de yetiştirdikleri evlerinde. Bugün endüstri toplumlarında insanların büyük çoğunluğu yine evlerinde ölebilmeyi arzularken %90'ı klinik ve benzeri kurumlarda yaşama gözlerini kapamakta, bu oran giderek de artmaktadır (12,24,67) Yüzyılımızın ikinci yarısında özellikle endüstri toplumlarında gerek toplumun, gerekse Ivan Illich'i hatırlayacak olursak toplumun baskın bir parçasını oluşturan tıp alanı çalışanlarının ölümü görmezden gelen tutumlarına, ölmekte olanın yalnızlığına itilişine, ki Rest buna "sosyal ötanazi" der, bu süreçte yalnızca hırpalayıcı tıp tekniklerinden medet umuluşuna karşı çıkan, hasta insanların yaşamlarının son evresinde bu dünyadan insanca bir

vedalaşma ile ayrılabilmelerine olanak tanınmasını hedefleyen “Hospiz Hareketi” doğdu (12).

Ölümü bekleyen hastalarda, geri kalan yaşamını olabildiğince rahat ve acısız geçirmesi hasta yakınlarının beklentisidir. Bu durumdaki hastalarda hekimin bazen önerdiği, hastanın evinde yaşamını sürdürmesi yönündedir. Ancak, hastanın genel durumu zaman zaman ağırlaşmaktadır ve evinin bulunduğu yerde tıbbi bakım alma şansı yoktur. Buna karşı, hastanede bu gibi hastalara hizmet sunma olanağı yoktur. Hasta yakınları ölümü bekleyen terminal dönemdeki hastaları için hala ölümü engelleyecek bir şeyler yapabileceği umuduyla hiç olmazsa ağrılarının dindirilip, iyilik halinin olabildiğince sürdürülebilmesi için yada evin, yaşanan yerin yetersizlikleri nedeniyle hastanede kalmasını isteyebilirler. Batı dünyasında örneklerini sıkça gördüğümüz, Hospiz adı verilen kurumlarda, ölümü bekleyen terminal dönem hastaları için hastanın mümkün olduğunca rahat ölümü sağlanmaya çalışılmaktadır. Ölümü çağrıştırdığı ve hastanın psikolojisini olumsuz etkileyeceğini savunanlar olduğu kadar, profesyonel yardım verilen bu kurumların gerekliliğini savunanlarda vardır (72).

Sağlık alanında çalışmaya bir hemşire olarak başlayan, ilginç bir öyküye dayalı olarak hekim ünvanını kazanan Dr. Cicely Saunders Hospiz hareketinin dünya genelinde ateşleyecek örneğini 1967 yılında Londra'nın bir banliyösünde yaşama geçirdi. St. Christopher's Hospice, hastane benzeri bir addan özellikle kaçınarak, tarihin derinliklerinden çekip çıkardığı bir ad olan “Hospiz” sözcüğünü kullanmayı yeğlemişti. Hospizler Hıristiyanlığın reformasyon devrine dek yüzyıllarca uzun yollar üzerinde kapılarını seyyahlara, hac yolcularına, muhtaç, hasta kişilere açmış, tıbbi bakımın ön plana alınamayacağı koşullarda olabildiğince insani bakımla onların gereksinimlerini gidermeye çalışmışlardı. Dr. Saunders kurumunun kapılarını ölümlerini bekleyen hastalara açarken onlara şöyle sesleniyordu: “Burada siz, siz olduğunuz için önemlisiniz ve yaşamınızın son anına dek

önemli olacaksınız. Size yardım edebilmek için elimizden gelen her şeyi yapacağız, yalnızca huzur içinde ölebilmemiz için değil, son ana dek yaşayabilmeniz için". İnsanlığa yönelik bir çılgılığı andıran soruları ise dünya üzerinde geniş bir yankı uyandırıyor. Dr. Saunders soruyordu: "İnsanlar yaşamlarının sonunda dayanılmaz ağırlar çekmek zorunda mıdır? Yalnızlık ve artık anlamını yitirmiş araç gereç tıbbi yaşamın son evresine damgasını vurmak zorunda mıdır?". Sorusunu palyatif tıbbi zemin sağlayarak tıpta geniş bir ufuk açacak uygulamaların özeti niteliğinde, tek cümleyle ve kararlılıkla yanıtlıyordu: "Hayır, ölüm bambaşka olabilir, insanca ve onurlu..." (12).

Hospiz düşüncesinin bilimsel tıbbi uyarlanmasıyla oluşan ve "palyatif tıp" adını alan yaklaşım World Health Organisation (WHO) ve European Association for Care (EAPC) tarafından ilerlemiş ve dizginlenemeyen bir hastalıkta, umulan yaşamda kalış süresi iyice azaldığında yaşam kalitesinin korunması, mümkünse yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla kapsamlı, bütüncül aktif olarak ele alınması olarak tanımlanmakta ve bu yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır (12).

Hospizlerin İlkeleri;

- Ölümü bekleyen insan ve en geniş anlamıyla yakınları hospiz hizmetinin ulaşacağı adresin adıdır.
- Hizmet ekibi, işbirliği içinde çalışan uzman kişilerden oluşmuştur. Bu ekipte mutlaka hekim, hemşire, hastabakıcı, sosyal hizmet uzmanı ve din adamı yer alır.
- Hizmet, gönüllü kişilerle birlikte yürütülür.
- Hospiz ekibi palyatif bakım konusunda özel bilgi ve deneyim sahibidir.
- Kesintisiz hizmet Hospizlerde esas alınır. Hizmet haftanın yedi günü yirmi dört saat boyuncadır (93).



Ancak güçlü bir palyatif bakımın özkıyım ve aktif ötanazi istemlerini geriletmediği bilinmekte, bu tür girişim ve istemlerin, daha etkili ağrı tedavisi istemini ifade etme biçimi de olabildikleri bilinmektedir. Bu gerçekler ışığında onkoloji, hayatta kalma süresinin uzatılması kadar, hastalığın yada tedavilerin yol açtığı yükleri indirgemeyi hedefleyen “yaşam kalitesi” kavramını bakışı içerisine yerleştirmeye yönelmiştir. İlk kez 1958 yılında Amerikalı sosyo-ekonomist John Kenneth Galbraith tarafından ortaya atılmış bu kavram, toplumsal gelişmenin salt ekonomik kriterlerle değerlendirilmesinin yanlışlığını, sosyal ve kültürel boyutun bu değerlendirmeye eklenmesinin önemini vurgulamak için seçilmiş ve kullanılmıştı (66).

Özellikle terminal dönemde hedef, semptom kontrolü ile desteklenen yaşam kalitesinin, yaşamı uzatma çabalarının önünde yer alması doğrudur. Eser, bedenen ve ruhen yıpranması çok ilerlemiş bir yaşlının, şifasız bir hastalığın sonuna varmış olanın, kaçınılmaz olarak tükenmekte olan yaşamını yapay yöntemler yada günler ölçüsünde uzatabilmek için müdahalelerde bulunmanın, tıbbın anlam ve ödevi ile bağdaşmadığını belirtmekte, bu durumun hekime müdahalelerinin sınırlarını hatırlatmak için yine meslektaşlarınca geliştirilmiş ölçütleri hatırlatmaktadır. Burada hekimden beklenen, anlamını yitirmiş tedavi denemeleri yerine pasif bir tavidir. Ancak pasif tavır temel hastalığa yöneliktir. Hastanın temel bakımı, kendisini iyi hissetmesi için gerekenler, temel hastalığın gidişine etkileri ne olursa olsun aksatılmaz, aynı özenle yerine getirilmeye devam edilir (66).

Rest, ölmekte olanla bakım veren arasındaki ilişkiyi “çok ince bir doku” olarak tanımlar. Bu ilişkiyi destekleyip güçlendirebilmek istekli, duyarlı davranışlarla mümkündür. Sevgi dolu bir yürek ve yardıma hazır iki el, başlangıç için gerekli fakat yeterli değildir. Son evrede palyatif bakım konusunda donanımlı bir hizmeti hastaya ulaştırmak, onunla iletişimi açık tutmanın yollarını sonuna kadar denemek, bunun için kullandıkları

sembolik dili, sözlü sözsüz iletişimdeki unsurları tanımak, bu iletişime insan sıcaklığını mutlaka eklemek, ortaya konacak çabaların dayanaklarını oluşturmalıdır (66).

Tanatoloji Eski Yunan'da Ölüm Tanrısı Thanatos'un adından türemiş, bilimsel zemine oturuş geçmişi son otuz yıla dayanan disiplindir. 1960'lı yılların başında özellikle psikiyatr, psikolog ve sosyologların ölmek ve ölüm konularına eğilmesiyle bu süreci yaşayan hasta ve yakınlarının yaşadıkları güçlükler, bilim eliyle de araştırılmaya ve tanımlanmaya başlandı. Bu araştırmalar toplumun bağrından doğmuş Hospiz hareketinin amaç ve arayışının haklılığını ortaya koyarken; bu alanda verilen hizmetlerin daha güçlü desteklerle buluşmasının da yolunu açmış oldu. Ölmekte olanların ve yakınlarının durumlarını iyileştirmeye yönelik çabalar önem kazandı. Bugün klinik tanatoloji; ölmek; ölüm ve yas kavramlarını hastayı merkez alan bir tıp yaklaşımıyla inceleyen öğreti olarak tanımlanmaktadır. Klinik tanatolojinin hedefleri şu 4 maddede özetlenmiştir:

- Şifasız hastalar ve ölmekte olanlara ait bedensel, ruhsal ve sosyal sorunları saptamak,
- Şifasız hastalar; ölmekte olanlar ve yakınlarına yönelik bakım ve ilgiyi iyileştirmek,
- Tedavi eden, bakım ve refakat edenleri eğitmek,
- Toplumun aydınlatılması, tanatolojik uygulama, araştırma ve öğretimin kurumlaştırılması (24).

Ölümcül hastalık süreci; yaşam desteği verildiğinde sadece ölümün gerçekleşmesinin gecikeceği, sağlık durumunda düzelmenin olmayacağı, kaza geçirmiş veya herhangi bir hastalık nedeniyle içinde bulunulan dönemdir. Bu dönemde vücutta, irreversibl değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, hayati önem taşıyan organlarda meydana gelen ve yaşamla bağdaşmayan farklılaşmalardır (46). Ölümcül hastalık,

büyük bir olasılıkla kısa sürede ölümü beklenen, tedavi edilmeyen yada geriye dönüşsüz olan durumu anlatmaktadır. Çoğunlukla şiddetli ağrı, acı ve sıkıntı veren semptomlar ölümcül hastalık sürecinde görülmektedir (84).

Palyatif bakımla ise, hastaya acı, rahatsızlık veren ve temel fonksiyonlarını engelleyen ancak tedavi edilemeyen fiziksel yada fiziksel olmayan durumları hafifletmek için yapılan tıbbi, cerrahi yada diğer müdahaleler anlatılmaktadır. Hastanın ağrı, acı, sıkıntısını gidermeyi hedefleyen rahatlatıcı bakım veya hastaya fiziksel, duygusal ve sosyal desteği de kapsayan palyatif bakımda etiğe uygun bakım sistemini oluşturmak önemlidir. Palyatif bakım ve ağrıyı dindirmenin altında yatan etik değerler ise, sağlık çalışanlarına ölmekte olan hastanın bakımında yol gösterici olmaktadır. Bunlar:

- Hastanın esenliği; hastaya yükten ziyade yarar sağlamaktır. Bu nedenle sağlık çalışanları ölmekte olan hastasının esenliğine saygı göstermek için onu ağrı ve acıdan kurtarmalı, onu mutlu eden şeyleri yapmasına olanak tanınmalıdır.
- Hastanın kendi hakkında karar verme hakkı; hastanın palyatif bakımı ve ağrı kontrolü ile ilgili istekleri, ihtiyaçları doğrultusunda belirlenmektedir. Bunun için hasta ile daha öncesinde palyatif bakım, ağrı kesmenin türü, yöntemi konusunda konuşulmalı, hasta aydınlatılmalı ve hastanın ilerisi için karar verme hakkını kullanmasına olanak tanınmalıdır. Hastanın karar verme kapasitesinin önem kazandığı değer, hastanın ilerisi için emirlerini yada dileklerini de içermektedir. Hastanın kendi kaderini belirleme hakkı olarak da tanımlanan bu hak, hastanın intiharına yardım ricalarını haklı çıkarmamaktadır.
- Sağlık çalışanları ölmekte olan hastanın ağrı ve acısını hafifletme ve bakım sürecinde şefkat, anlayış gibi insani değerlerin gereğine uygun davranma yükümlülüğüne sahiptir. Şefkatli davranma

yükümlülüğü ölmesine yardım etme yada öldürme taleplerini karşılamayı kapsamamaktadır (84).

Hukuki, geleneksel görüşlerin ve uygulamaların dışında, hastalığın iyileşeceğiinden umut kesilen, uzun yıllar şifası bulunmayan ağır ve ıstırap verici bir hastalığı çeken, yaşlanma nedeniyle yaşamaktan bıkmış olan ve bütün moral değerlerini yitirmiş bulunan bir kişi için son yıllarda bazı rahatlama denemeleri yapılmaktadır. Bu şekilde oldukça rahat anlamda ve hastaya ölümün geleceği hissettirilmeden, yaşamının son anına kadar oldukça yüksek bir moral ortamı sağlanır ki, bu da bir cins ölüme rahat gidiş yoludur. Walter Cane'e göre, bu konuda hekim üç şey yapabilir;

- Her çeşit araçla hastayı geçici bir iyileştirmeye sokar,
- Hastanın acısını arttırabilecek her şeyden kaçınır,
- Hastanın moralini yüksek bir düzeyde tutmaya çalışır.

Bu noktalarda hekime yardımcı olabilecek kişiler, bu konuda bir enstitüde yetiştirilmiş hemşirelerdir. Gerek hekim, gerekse bu tip kişiler, hastanın odasının ve hasta yatağının hasta için uygun olmalarını sağlarlar. Ayrıca bazı maddelerle oda havasının tazelenmesi, yatağın temiz bulunması, yatakların devamlı değişecek şekilde otomatik olması gerekir. Hastanın yatakta rahat hareketi en önemli durumu olup devamlı yatma ile olan yatak yaralarının oluşmaması çok önemlidir. Yatak yaraları, bu hastalarda dayanılmaz bir acı meydana getirdiğinden temizlik sağlanması ve yatak tabakası kıvrımlarının özel bir madde ile yapılması ile durum giderilebilir. Yine bu tip hastalarda dil kuruması da nemlendirme ile önlenir. Bütün bunlardan başka, hastayı rahatlatıcı olarak sedatifler ve analjezikler verilebilir. Ayrıca narkotiklerde uygun oranlarda verilirlerse, hastanın kısa yaşamında, ıstırabını azaltarak moral yükseltir. Ayrıca ölüme çok yaklaşmış bir hastaya da moral ve dini telkinler yapmak, sessizlik sağlamak, umut vermek en önemli durumlardır (94).

Ülkemizde hospizlerin olmadığı aşıkardır. Bu kurumların olmaması bizim ülkemizde böyle bir ihtiyacın olmadığı anlamına gelmemektedir. Ölüme götüren süreçten hastaların fizyolojik yarar sağlayamadığı durumlarda onlara ihtiyaçları olan bakımı hospizler verebilmektedir. Çünkü terminal dönem hastalarının tedaviden çok bakıma ihtiyaçları vardır. Bu da hemşirelik mesleğinin özel icra edilme alanlarının oluşmasını gerektirmektedir. Ayrıca hemşirenin aynı zamanda hastanın huzur içinde ölmesini sağlama gibi bir ahlaki yükümlülüğü de bulunmaktadır. Hospizler ölüme doğal bir şekilde baktıklarından tıbbın ısrarla yaşamda tutma çabalarına ve bu çabalarda hastanın çektiği acılara bir alternatif olabilirler.

## **7. ÖLÜMDE HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIKLARI ETİK SORUNLARI**

Bir kişinin ölüm anında yanında olmak deneyimi bireye duygusal ve ahlaksal anlamda pek çok sorumluluk yüklemektedir. Hastanın ölüm anında sağlık çalışanları açısından da sorgulanması gereken özellikte uygulamaların varlığı söz konusudur. Ölüme götüren süreçte yaşanan etik sorunların yanın da ölüm anında da sağlık çalışanları etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Ölüme götüren sürecin uzun olması hasta ve hemşire arasında, hekimlerden farklı olarak yaşanan duygusal ilişkiye neden olmaktadır. Ölüme engel olma çalışmaları da ölüm anının giderek doğal yaşanmamasını sağlamaktadır. Hemşireler için bir hastanın ölmesi “ex” olmanın ötesinde bir anlama sahiptir. Bu yüzden biz tezin bu bölümünde ölümde hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları ele aldık.

### **7.1. Canlandırma Uygulamayınız İstemi (Do Not Resuscitate) ve Yaşamın Sonu İçin Vasiyet (Living Will)**

Canlandırma uygulamayınız istemi; CPR (Kardiyo Pulmoner Resüstasyon) uygulamasının, yarar sağlamayacağı hastaya, CPR'ın uygulanmaması yani hastanın tekrar yaşama döndürülmemesidir.

1987 yılında New York Eyaletinde ilk kez Kardiyopulmoner Yaşam Desteği Vermeye İlişkin Kanun (ACT of Cadiopulmonary Resuscitaon – CPR), kabul olunmuş, bu suretle 30 yıldan beri bilinen ve göğüse kapalı masaj yapma tekniği ile ani ve beklenmedik kalp durmalarına (cardiac arrest) uygulanan destek terminal dönem, yani iyileşmeyecek beklenen ölüm hallerinde de devreye sokulmuştur. Böylece yaşam desteği tüm hastanelik hastalar bakımından yaşamın doktor yardımıyla sürdürülmesini sağlamıştır. Buna göre, tıbbi etik açısından, yaşam desteğine son verme kararı verilmesine razı olmayan bir hastaya, yaşam desteği verilmesini prensip olarak kabul ettiği varsayılmaktadır. Hasta bilinci yerinde ve karar verme yeteneğine sahipse iradesi iki şahit önünde alınmak suretiyle resüsite etmeyin kararı verebileceği öngörülmüştür. Bu yoldaki iradenin hastadan alınmadığı hallerde ise iki doktorun bu konudaki kararı, kanuni mümessil veya mirasçılarının onayına sunulmaktadır. Doktorların resüsite etmeyin kararına ilişkin öngörüler, hastanın terminal durumda olması, geriye döndürülemez koma halinde bulunması hali ile sınırlı verilmektedir. Terminal hastalık kavramı bir yıl içinde ölümü beklenen halleri ifade etmektedir. Yaşam desteğinin çekilmesi kararına ilişkin rızanın hastadan alındığı hallerde bunun hastaya ani zarar vereceği kanaatini taşıyan doktorlar terapik bir istisna tanıyarak mirasçılarının rızasına da başvurabilirler. Akut tedavi hallerinde resüsite etmeyin kararının her üç günde bir gözden geçirilmesi gerekir. 1989 yılında çıkan Amerikan “Hastanın Kendisi Hakkında Karar Verme Hakkı -The Patient Self-Determination” Kanunu ile hastaların, bakımları konusundaki haklarını korumaları amacına hizmet edecek şekilde “hastane etik komitelerine”

katılmaları ve bu görevde hiç olmazsa kısmen yer almaları sağlanmıştır (29).

Tedavi ve bakımı konusunda bireyin yaşarken yaşamının sonuyla ilgili verdiği direktifler “yaşamın sonu için vasiyet” olarak adlandırılır. Yaşamın sonu için vasiyette birey ileride yaşamın sonuyla ilgili kararları veremeyecek bir durumda olursa tedaviyi istememe veya tedavinin belli ölçütlerini belirleme olanağı bulacaktır (30,34).

Canlandırma acil bir uygulama olması nedeniyle çoğunlukla hastanın canlandırmayı reddedip reddetmediğine bakılmaksızın yapılır. Eğer kronik bir hastalığının son döneminde olan hasta kalbi ve solunumu durduğunda canlandırma yapılmaması ile ilgili dileğini bildirmiş ise acil ortamında da yapılmamalıdır. Canlandırma yapmama emri olarak isimlendirilen bu dilek, kişinin kalbi ve solunumu durduğunda herhangi bir müdahalenin yapılmaması ile ilgili dileğini bildirerek imzalamış olduğu belgedir. Hastanın kalbi yada solunumu durduğu anda yapılmaması ile ilgili hükmü; canlandırma işlemiyle hastaya sağlanacak yararın, hastanın sürdürmekte olduğu yaşamının sıkıntılarından fazla olması durumunda geçerli sayılmaktadır. Eğer canlandırma hastanın katlanmak istemediği bir yaşamın uzamasına neden olacaksa veya hastanın canlandırma yapılmaması ile ilgili “emri” varsa canlandırmanın yapılmaması etik açıdan haklı çıkartılabilmektedir (81).

Ülkemizde DNR’a ilişkin bir sağlık politikası yada yasa bulunmamaktadır. Ancak böyle olması ülkemizde uygulamada DNR’ın var olmadığını göstermemektedir. Özellikle terminal dönemdeki hastalara kliniğin sorumlu hekiminin kararı, hasta yakınlarının isteği yada en muhtemel solunum cihazı yetersizliği gibi nedenlerle DNR uygulandığı bilinen bir gerçektir. Hekimlerin bu konudaki tutumunun hastanın haberi bile olmaksızın DNR uygulanmasına neden olabilmektedir. Hemşirelerin ise bu konuda görüşlerinin alınmaması sadece “sözel order” olarak

hekimlerce DNR uygulatılması konunun hasta hakları ihlali açısından önemini göstermektedir.

Çoğu ülkede 'resüsite edilmeyecek' kararının yolları ve kuralları belirlenmiş ve doktor tek başına böyle bir karar vermek durumunda bırakılmamıştır. Ancak ölümün medikal tanımı yapılmış olmasına rağmen, 'resüsite edilecek-edilmeyecek' kararının verilmesi koşullarını düzenleyen medikal, hukuki, etik, kurallar tanımlanmamıştır. DNR kararı resüsitasyon endikasyonunun olmadığı tanımlanmaktadır. Bu kararın resüsitasyonun başarıyla yapılabildiği koşullarda ve tanının kesin olduğu, ölümün beklendiği bir durum tanımlanmaktadır. Bilinci kapalı olan ve santral sinir sistemi ağır zedelenmesi olan hastaları kardiyak ve solunum sisteminin afonksiyonu durumunda; ventilatöre bağlamama veya defibrile etmeme kararını tanımlanmaktadır. Çünkü solunum ve kardiyak fonksiyonların belli bir süre önceden kestirilemeyen bir süre dış destekle devam ettirilebilmesi, bunu ne zaman ve hangi hastaya uygulanacağı konusunu değil de ne zaman uygulanmayacağı konusunu karar haline getirme zorunluluğu doğurmaktadır. Çünkü beklenen ölümlerde dış destek sadece doğal süreci belirsiz bir süre ve yaşama dönme olmadan, bilinç açılmadan, sürdürme olanağı yaratmaktadır. Bu noktada kararın bir doktora bırakılması doğal olarak mümkün değildir (48).

DNR talimatının uygulanabilmesi için, uygulanan tedavinin "boşuna" olduğuna inanılması, CPR sonrası hastanın yaşam kalitesinin düşük olması gerekmektedir. CPR'ın "boşuna" olacağını düşünerek uygulamamak, paternalistik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. 1989 yılında ABD'de kabul edilen, Hastanın Kendisi Hakkında Karar Verme Hakkı Yasası (PSDA: Patient Self Determination Act)'na göre; hastanın yapılacak müdahale konusunda aydınlatılıp kendisi hakkında verilecek olan kararı vermesi beklenir (46).

Hekimin 'canlandırma uygulamayınız' istemi akla pek çok etik soruyu beraberinde getirir. İlk soru, "bu kararı kim verir?". Çoğu zaman bu



kararı hekim verir. Oysa, Bandman bu kararın sağlık personeli tarafından verilmemesini, hasta tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Akla gelen diğer sorular, “bu yolla hekim hastanın daha hızlı ölmesine neden olabilir mi?” “Hastanın resüsite edip edilmeyeceğine hemşireler nasıl karar verecekler?”. Pek çok ülkedeki hastanelerde bu konuda hazırlanmış bir rehber yoktur. Resüsite edip etmeme kararı çoğu zaman hemşirelerle tartişılmamaktadır. Bu soruların, kurumsal etik komitelerin oluşturulmasıyla açıklığa kavuşmasının kolaylaşabileceği düşünölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1960’lı yılların ortalarında ölmekte olan tüm hastalara kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmaktaydı. Ancak bazı hastalara bu işlemin yararının olmayacağına inanıldığından, hekim ve hemşireler, “walk slowly to bed-yatağa yavaşça yürü” görüşünde birleşmişlerdir. Hasta ve ailesiyle herhangi bir anlaşma yapılmaksızın, hekim ve hemşire tarafından bu uygulama sıklıkla yapılmıştır. 1970’lerde dava edilme korkusu hemşire, hekim ve hastane yöneticilerini tedirgin etmiş, bu kararı vermek zor gelse bile hekimlerin “resüsitasyon endikasyonu yoktur” istemini vermesi zorunlu kılınmışır (78).

Bir hastanın resüsitasyonunu etkileyen çok sayıda faktör vardır. Ancak ülkemizde ‘resüsite edilecek-edilmeyecek’ kararının verilmesi koşullarını düzenleyen medikal, hukuki, etik kurallar tanımlanmamışır. Sağlık alışanları ölmekte olan hasta için standart bir prosedür izlememekte ve resüsitasyon konusunda koşullara ve eriştikleri ‘olgunluk’ düzeyine bağlı kararlar vermektedirler

Hastanın kalbi yada solunumu durduğu anda canlandırma yapılmaması ile ilgili hükmü; canlandırma işlemiyle hastaya sağlanacak yararın, hastanın sürdürmekte olduğu yaşamının sıkıntılarında fazla olması durumunda geçerli sayılmaktadır. Eğer canlandırma hastanın katlanmak istemediği bir yaşamın uzamasına neden olacaksa veya hastanın canlandırma yapılmaması ile ilgili “emri” varsa canlandırmanın yapılmaması, etik açıdan haklı çıkarılabilir. Hasta yada vekili

tarafından verilebilen “canlandırma yapmama emrinin geçerliliği için bazı koşullar bulunmaktadır. Bunlar; canlandırmama” emri için verilen onamla ilgili kuşku olmamalıdır. Hasta terminal dönemde bulunmalıdır. Hastanın sakatlığı yada hastalığı ciddi ve geriye dönüşsüz olmalıdır. Hasta geriye dönüşsüz bilinç ve fonksiyon kaybından acı çekiyor olmalıdır. Hasta muhtemelen kardiyak yada solunum arresti geçirebilecek olmalıdır. Hastanın “canlandırmama emri” yaşamı destekleyen diğer tedavilerin çekilmesini istediği anlamı taşımamaktadır. Sadece “canlandırmama” işlemini içermektedir ve canlandırma işleminin gereksizliği kanıtlanmış olmalıdır. Hekimin hastasının dolaşım ve solunumunun asla düzelmeyeceğini düşünmesi durumunda “canlandırma yapmama” iznine sahip olmasına karşın, ailenin bu durumdan haberdar edilmesi ve anlaması sağlanmalıdır. Gerek hekimin “canlandırmama” kararı vermesi yada hastanın “canlandırmama emri”nin gereğinin yerine getirilmesi durumunda hastaya en iyi bakımın sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Alternatif bakım yöntemleriyle hastanın rahatını sağlama esası gerçekleştirilmelidir (84).

Rapoport, dört ayrı hastanenin yoğun bakımlarına yatırılan 6.290 hastada DNR kullanımını ve bu talimatların kaynak kullanımı üzerine etkisini araştırmışlardır. Çalışmada hastaların %12.8’inde bu talimatların kullanıldığını ve ölümlerin yarısının bu talimatların yazılmasından sonra meydana geldiği bulunmuştur. Resüsite etmeyin talimatları çoğunlukla ya ilk 24 saat içinde yada yatıştan 72 saat sonra verilmiştir. Yaşı 72’den büyük olan hastaların %20’sinde resüsitasyon uygun görülmezken, bu oran yaşı 41’den aşağı olan hastalarda %7’nin altında kalmıştır (61).

Resüsite etmeyin talimatlarına hekimlerin yaklaşımları araştırıldığında, hekimlerin bu konuya diğer sağlık çalışanlarına göre daha sıcak baktığı ve genel olarak hastanın durumunun ağırlığı, hastanın hastalık öncesi bilinç seviyesi, yaşı, muhtemel prognozu ve beklenen

yaşam kalitesi gibi faktörlerin bu kararların verilmesinde etkili olduğu sonuçlarına varılmıştır (61).

Özellikle kötü prognozlu olgularda, bazı reanimasyon çabalarında, hemşirelerin aklından uygulanmakta olanların anlamı ve amacına dair sorular geçer. Bu durumda hemşire, hekimin kararını ve etik tutumunu, itirazsız paylaşmak durumundadır. Bir reanimasyon esnasında etik kriterleri aydınlatacak olanak yoktur. Burada ahlaki davranış, bakımdaki yeterlilikle sınırlanmıştır. Hiç bir hemşirelik etkinliğinde eylem, bu denli el becerisi ve teknik kullanım becerisine indirgenmemiştir. Elbette reanimasyon, hemşirelerin üstesinden gelmesi gereken bir iştir, ancak bu uygulamanın yaşam ve ölüm arasındaki sınırdaki yürütülüyor olması, agresif girişimleri içermesi ve insan yaşamının solunum ve dolaşım fonksiyonlarına indirgeniyor olması, hemşirelere oldukça güç gelir (70).

DNR kararı hastanın özerkliği göz önünde bulunduğu durumlarda geçerli sayılmalıdır. Yani resüsitasyonun reddedilmesi kararı hasta tarafından verilmelidir. Ölüme götüren süreçte hastaların resüsitasyonla ilgili bilgilendirilmesi ve DNR'dan haberdar edilmesi gerekir.

Yaşam ile ölüm arasındaki çizgide bulunan CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) uygulaması, resüsite etmeyin "order"ına sahip bir hastaya uygulanmadığında, hekim yada diğer sağlık çalışanı, eğitimini gördüğü "yaşam kurtarma" vazifesiyle çelişebilir. Fakat, hastanın içinde bulunduğu durum; etik, felsefi ve hukuksal bakımdan değerlendirildiğinde, CPR uygulamamanın yanlış olduğu yönünde kesin bir yorumun güç olacağı söylenebilir. Hekim yada diğer sağlık çalışanları, CPR uygulamalarında etik ilkeler doğrultusunda hareket ederek, bir çok ikilemi azaltabilirler. Yaşanan problemlerin çözümü için; hastane etik komitelerinin, hastanelerde aktif olarak çalışmasının ve çeşitli rehber kurallar oluşturarak hastane politikaları meydana getirmesinin, bu süreçteki etik ikilemlerin çözümünde önemli katkısı olacağını söyleyebiliriz (46).

## 7.2. Organ ve Doku Aktarımı

Ölüm anının da ortaya çıkan bir diğer etik sorun da organ ve doku nakline ilişkindir. Organ ve doku nakliyle ilgili etik ikilemler ölümün tanımlanmasına ilişkin sorunlardan köken alır.

Hıristiyanlıkta önceleri ölüden organ alınmasına dini açıdan izin verilmiyordu. Papa XI.Pius bunu, diğer bir insanın hayatını kurtarmanın, bir diğerini kendin kadar seveceksin ilkesi ile bağdaşması nedeni ile kaldırmış ve böylece büyük bir engel aşılmıştır. Tıbbi etik ve hukuk açısından önemli bir neden de, sağlığında yazılı veya sözlü olarak organın bağışlanması hakkında olumlu olarak rıza gösterenlerden organ alınması hususudur. Yaşamı esnasında organ bağışına karşı olanların, cesedinden katı olarak organ alınmaması üzerinde durulmaktadır. Ölüden organ naklinin cerrahi ve hukuki açıdan önemli olan yanı bedeninin tümü ile ölü, fakat organın canlı olmasıdır (50).

İslamiyet'in organ bağışına bakışında dini kurumların görüşü etkili olmaktadır. Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu 1980 yılında organ nakli şartlarını şu şekilde bildirmiştir.

- Zaruret halinin bulunması yani hastanın hayati bir uzvunu kurtarmak için, bundan başka çaresi olmadığına, mesleki ehliyet ve dürüstlüğüne güvenilen bir tabip tarafından tespit edilmesi,
- Hastalığın bu yoldan tedavi edileceğine tabibin zann-ı galibinin bulunması,
- Organ veya dokusu alınan kişinin, bu iş yapıldığı esnada ölmüş olması,
- Toplumun huzur ve düzeninin bozulmaması bakımından organ veya dokusu alınan kişinin sağlığında buna izin vermiş olması veya hayatta iken aksine bir beyanı olmamak şartıyla, yakınlarının rızasının sağlanması,

- Alınacak organ ve doku karşılığında hiçbir ücret alınmaması,
- Tedavi yapılacak hastanın da bu nakle razı olması gerekmektedir (95).

Resmi görüşe rağmen İslamiyet'te organ ve doku nakline ilişkin değişik görüşler bulunabilmektedir. Bir din adamı olan Öngüt'ün 1994 yılında yazdığı İslam İlmihali'nde kadavradan böbrek naklinin ölüye eziyet olduğu, eziyetin haram olduğu gerekçesiyle organ naklinin caiz olmadığı konusu işlenmektedir (95).

İslamiyet maneviyat üzerine kurulmuş bir dindir. Öldükten sonra beden değil ruhun esas alınması gerektiğine Kuran'ı Kerim'de yer verilmektedir. Bu yüzden de organ nakli konusunda yaşayan birine öldükten sonra organ vermek beden bütünlüğünün bozulması yada ölüye eziyet gerekçesiyle karşı çıkmak doğru değildir. Çünkü ölen bedendir ve ölümden sonra ruhun işlevleri önemlidir.

Tıbbi etik ve hukuk açısından önemli özelliklerden biri de sadece organın alınmasına sağlığında yazılı yada sözlü olarak rıza gösterenlerden organ alınmasıdır. Yaşarken organ bağışına karşı olanlardan, öldükten sonra kesinlikle organ alınmaması üzerinde durulmaktadır. Ölüden organ naklinin cerrahi ve hukuki açıdan önemli olan yanı, beden tümü ile ölü fakat alınan organın canlı olmasıdır. Bir ölüden canlı organın alınmasında hukuk ve etik bakımdan en önemli şart, organ bağışlayanın ölümünün ve ölüm zamanının tespitidir. Bugün etik açıdan kabul gören ölüm tarifinde, insanın şahsiyetinin ölümün sembolü olarak beyin ölümünün esas alındığı görülmektedir (52).

Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastada organ ve doku nakli gündeme gelmektedir. Hemşirelerin bu konudaki değerleri ne olursa olsun konunun birinci muhatapları hekimlerdir. Ancak hemşirelerin ölümün tanımına ilişkin farklı inançlarının olması ve öldükten sonra da beden bütünlüğünü korumak gerekliliğini düşünmeleri değer çatışmalarına neden

olmaktadır. Hekimlerin ve hastaların hemşirelerle görüş birliği içinde olduğu durumlarda organ nakline ilişkin etik sorun yaşanmamaktadır. Ancak ülkemizde organ ve doku nakli konusunda yeterli teknolojik ve hukuki şartlar düzenlenmiş değildir. Önce bunların gözden geçirilmesi zorunluluğu vardır.

Ülkemizde organ bağıışı ve beyin ölümü, ölüm anının belirlenmesi ve bu kararı verecek kişiler, 29.05.1979 tarih ve 2238 sayılı yasada tanımlamaya çalışılmış ve bu yasada, “Müdavi hekim ve organ naklini gerçekleştirecek hekimlerin ölüm halini saptayacak hekimler kurulunda görev alamayacağı” belirtilmektedir (29).

Ölümün tarifinin bilimsel ve etik olarak doğru yapılmaması halinde organ aktarımları için cinayetlerin yasa haline gelebilmesi tehlikesi sürekli olarak gündemdedir.

### **7.3. Postmortem**

Ölüm nedeni ne olursa olsun yaş, cinsiyet ve diğer faktörlere bağımlı olmaksızın her insanın canlılığını yitiren vücudunda bazı ortak değişiklikler meydana gelmektedir. Postmortem muayenelerde ve otopside saptanan bulguların hangilerinin şahsın ölüm nedeninin bulguları, hangilerinin vücudun canlılığını kaybetmesi ile ilgili olduğunu ayırt etmek için bir sağlık çalışanı mutlaka ölümden sonra vücutta meydana gelen değişiklikleri ve bunların morfolojiye yansımalarını bilmelidir (10) Bu konu hekimlerde Adli Tıpta, hemşirelikte ise Adli Hemşirelikte yer alır. Ancak bazı hastanelerde ölen her hastanın ölüm nedeninin bilinmesi ile ilgili sözde bilimsel gelişime katkıda bulunmak amacıyla yapılan uygulamalar vardır. Bu uygulamalar gerekli olan Adli Tıp vakalarından farklıdır ve postmortem adıyla anılmaktadır. Yine bu uygulamaların merkezinde hekimler yer almaktadır. Ancak hemşirelere postmorteme katılma ve yardımcı olma görevi verilebilmektedir.

Postmortem ölüm anında hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlardan su yüzüne çıkmamış bir etik sorundur. Çünkü işin yasal ve ahlaki yönünün hasta hakları ihlaline yol açtığı barizdir. Bu işlem bazı üniversite hastanelerinde, hasta yada ailesinden onam alınmaksızın ölü bedenden hekimler tarafından, karaciğer ve böbrek dokuları ve kan kültürü alınmasıdır. Postmortem uygulamasında hemşireler bu uygulamaların izlerini temizleyip hasta ailesine hissettirmeden ölüyü yakınlarına göstermektedir. Bilimsel gelişim önemlidir yapılan gizli postmortemin ardından tabi ki ölü bedeninin bütünlüğü bozulmamaktadır. Ancak işlemin hasta ve yakınlarından izin alınmadan yapılması, endikasyon konulmadan her ölüye uygulanması hastane ölümlerinde pek çok soruyu akla getirmektedir. Üstelik bu yolla tıbbi tanılara katkıda bulunma açısından birkaç vakadan öteye gidilmemektedir. Hekimlerin de bu işi isteyerek yaptıklarını söylemek güçtür. Kliniklerdeki hiyerarşinin gücü onlara postmortem yapmalarını zorunlu kılabilmektedir. Üniversite hastaneleri bile olsa hastanın kendine yapılması olası her işlemde, ölümünden sonra bile yapılsa ölmeden önce haberdar edilmesini gerektirir. Hasta yatış formlarında hastaların okumadan imzaladığı “hekimin uygun gördüğü her türlü işlemi kabul ediyorum” şeklindeki basit prosedür imzaları ile bu konunun açıklanması mümkün değildir. Unutulan postmortem vakalarında morgda bile işlem yaptıklarını söyleyen hekimler bulunmaktadır.

Hastaların yada yakınlarının haberi olsa belki postmorteme izin vereceklerdir. Postmortem uygulamalarının gerekli olduğu durumlar tanımlanmalıdır. Hastalar sağlık hizmetlerine öldükten sonra da bedenlerini emanet etmektedirler ve ölünce nasıl davranılmak istedikleri de önemlidir. Bu konuda yeterince bilgilendirilme yapılması gerekmektedir. Tüm bu yönlerden postmortem uygulaması etik açıdan kabul edilebilir değildir. Tıp etiği ilkelerinden özerklik ilkesi başta olmak üzere zarar vermeme gibi pek çok ilke ile bu uygulamanın bağdaşmadığı alenidir. Hekim ve hemşirelerin ölüm anında bilimin gelişimine katkıda

bulduklarına inanarak yaptıkları postmortem uygulaması onların iç hesaplaşmasını engellemeyeceğini düşünmekteyiz.

Ölüm anında da hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar çok çeşitlilik gösterebilmektedir. Her klinikte yaşanan ölümün farklı etik sorunlara neden olma olasılığı vardır. Çünkü bir çok hastanede ölüm anıyla ilgili ortak politikalar geliştirilmiş değildir. Dolayısıyla biz bu bölümde ölüm anında daha sıklıkla karşılaşıldığı düşünülen etik sorunları ele aldık.

## 8. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ölüm yaşamın doğal bir parçası olmasına karşın geride kalanlar ölümü çoğunlukla ürkütücü bir deneyim olarak algılamaktadır. Ölümün anlamı yaşama bakışı etkileyebilecek nitelikte olduğunda aslında olumlu bir deneyim olarak görülebilir. Ölüme bakış kültürden kültüre, inançtan inanca, toplumdan topluma hatta kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir. Bu farklılıklar ölümcül hastalıkla karşılaşıldığında belirginleşmektedir.

Ölümcül hastalık süreci gerek bu süreci yaşayanlar gerekse ailesinde ölümcül hastalık tanısı almış olanlar için yaşamın en zorlu deneyimlerinden biridir. Sağlık personeli ile diğer insanların ölümü algılayışında benzeşen yönler bulunsa da sağlık personelinin yaşadığı tecrübeler düşünüldüğünde çok farklı içeriklere rastlanabilmektedir. Bu farklılıklar sağlık personelinin ölüme diğer insanlardan daha çok şahit olmasından kaynaklanmaktadır.

Ölümcül hastalıkların tedavi planında bakım ön plana çıkmaktadır. Bakım hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur. Hemşirenin bakım rolü hasta ve ailesiyle çok özel ve amaçlı bir iletişime girmesini gerektirir. Bu yüzden hemşire bakım verdiği hastaya diğer sağlık personellerinden daha yakın olabilmektedir. Hemşirenin verdiği bakım ölümcül hastalık sürecinde hatta sonrasında devam etmesi gereken sürekliliğe sahip olmalıdır. Hemşirelik bakımı ölüme götüren süreçte ve ölümden hemşirenin tüm



rollerinde olduğu gibi profesyonel olmayı gerektirir. Ancak bu süreçte hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlerken teorik, pratik bilgi ve becerinin yanında belli etik birikime de ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelik mesleğinde etik standartları oluşturan uluslararası hemşire birliklerinin yanında kendi kültür ve değerlerimize uygun etik standartların geliştirilmesi gerekliliği de son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin etik bilgisi olması karşılaştığı etik sorunlara yaklaşımını ve kendi değer yargılarını ve bakım verdiği toplumun kültürel özelliğini tanımasına yardımcı olacaktır. Ayrıca ülkemizde hemşirelik etiği Anabilim Dallarının olmayışı, hemşirelik etiğinin bir çok derste adının geçmesine rağmen yeterli düzeyde üniversitelerde bile verilemiyor olması sorunun daha vahim olduğunu ortaya koymaktadır.

Hemşirelik eğitiminde öğrenci hemşirelerin hastalar ve hasta aileleri ile anlamlı ilişki kurmalarına; hastaya, hastalığa, hasta ailesine ait duygusal sorunlarına yaklaşımlarının nasıl olması gerektiğine yer verilmesi önemlidir. Hastane ortamında gözlenen ve yaşanan duygusal sorunlar, bu konulara yaklaşımda eğitimin yeterince etkin olmadığını vurgulamaktadır. İyi iletişim becerilerine olan gereksinim ölümcül hasta ve ailesi ile olan ilişkilerde daha da önem kazanmaktadır. Ölümcül ve ölmekte olan hastalarla konuşmada ve onlara yaklaşımda ekip işbirliği önemlidir. Hastaların her zaman ve her koşulda yardım isteme ve yardım alma hakkı vardır. Saygı, sıcaklık ve empati gibi duyguları iletebilen hemşire, hasta tarafından güvenilir olarak değerlendirilecektir. Bunun yanı sıra hemşire de hastaların acılarına, kederlerine yaklaşabildiği ve hastaların sorunlarına çözüm gücü getirebildiği ölçüde profesyonel yükümlülüklerini yerine getirmiş, mesleki doyum sağlamış olacaktır (13).

Hemşirelerin ölüme ilişkin kendi korku ve endişelerini ifade etmelerine olanak sağlanarak yardım edilebilir. Böylece hemşirelerin kendi kişisel duygularının bilincine varmaları ve onların üstesinden gelebilmeleri sağlanmış olur. Hemşirelere ölüm konusunda eğitim verildiğinde ölüm

anksiyetesinin azaldığı görülmüştür. Bu nedenle öncelikle hemşirelerin iletişim güçlükleri, yaşam, hastalık, ölüm duygularının incelenmesi ve paylaşılması önem taşır. Bunun için hemşireler eğitimleri sırasında, ölüme ilişkin duygularını tanımalı ve ölümcül hastaların bakımını yönetme konusunda gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Ayrıca iş çevresinde seminerler, konferanslar, kurslar, grup toplantıları, danışmanlık hizmetleri verme ve bu konudaki araştırmaların yapılması gibi değişik etkinliklerle destekleyici olmak da çok önemlidir (96).

Ölümcül hastalara karşı hissedilen çaresizlik duygusu, tedavinin yan etkileri ve hastalığın yol açtığı fiziksel belirtiler de bireylere bedenlerini kontrol edemedikleri duygusu yaşatmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda ise benlik saygısı düşebilmekte ve depresyonun ortaya çıkması kolaylaşabilmektedir. böylece hastanın hem beden hem ruh sağlığı etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir. Anksiyete ve depresyon belirtileri ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalık durumlarında birlikte de görülmektedir. Batur ve Çuhadaroğlu, tedavi süresince hasta bireyin yaşadığı anksiyete ve depresyonun bilinmesinin yaşam kalitesini yönlendirmede etkili olacağını belirtmektedirler (97). Sağlıkımın etkili olup olamayacağı konusundaki belirsizliğin yanı sıra sağaltımın yoğun yan etkileri, hastanın acı çekmesi, sık ve uzun sürelerle hastaneye yatma gereksinimi, ailenin yaşadığı ekonomik güçlükler, aile düzeninin değişmesi, bazen hastanın sağaltımının sürdürdüğü şehre göç etmek zorunda kalma ve bazen de evlilikle ilgili sorunlar aile bireylerinin ruh sağlıklarını etkileyebilen diğer stres etmenleri arasındadır. Bu bağlamda sağlık ekibi hastanın ve ailesinin hastalığın remisyon yada terminal dönemde olmasına bağlı değişebilen duygusal gereksinimlerini belirleyerek onları uygun girişimlerle ele alabilmelidir (15). Terminal dönemde hemşire hastayı ve destekleyebilir, hastaya danışmanlık yapabilir. Bu dönemde hemşirenin varlığı bile hasta ve ailesi için destekleyicidir (96).

Hemşirelik mesleği bakım verme ve yardım etme üzerine kurulmuştur. Bu nedenle, hemşirelik teorileri kişiler arası süreçler üzerine temellendirilmiştir. Kişiler arası süreçte iletişimin ağırlıklı bir yeri vardır. Hemşirelik teorisyenleri iletişimi, hemşireliğin kendine özel işlevlerinin özü olarak nitelendirmektedirler. Hemşireliğin mesaisi günün 24 saatinde hizmet sunan bir meslek olması ve hastaya diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda bulunması hemşireye bazı ek sorumluluklar yüklemektedir. Hemşire hastasının bütüncül bir değerlendirmesini yapmak, gereksinimlerini saptamak, hastanın tanısında hekime yardımcı olabilecek bilgileri toplamak, tanı ve tedavide çok gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve kendisini hastasına iyi anlatmak zorundadır. Hemşire etkili iletişim kurabilmek için çeşitli iletişim tekniklerine başvurmalıdır (98). Bunlardan dinleme sözlü iletişimin temel yönlerinden birisi olduğundan başarılı profesyonel hemşirelik uygulamalarının da çekirdeğidir. Hemşire dinleme sürecini daha çok hastanın duygularını, sorunlarını ve gereksinimlerini saptamakta kullanılır. Dinleme hastanın ruhsal sorunlarını fark etme ve anlamadaki ana kanaldır. Dinleyen birini bulmak psikolojik olarak hastanın kendisini önemli hissetmesine yarayabilir, düşüncelerinin hiç olmazsa bir kısmını söyleyebilmek de içsel gerginliğini gidererek onu rahatlatabilir. Yapılan araştırmalara göre; hastalar hemşireler tarafından dinlenmek istediklerini buna karşılık hemşirelerin çok meşgul oldukları için onları dinleyemediklerini, dinleme yerine öneri getirdiklerini ve dinlerken başka işlerle meşgul olduklarını bildirmişlerdir. Bir grup hasta da hemşirelere dinleme beklentilerini hatırlatmanın kabalık olacağını ve bu yüzden duygularını belirtmediklerini vurgulamışlardır. Ayşe Özcan 1997'de yaptığı bir araştırmada hastanede yatan hastaların oldukça yoğun duygular yaşadığını ve bu duyguların ifade edilmesinin sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu işlevi yapabilmesi için hemşirenin hastasını ilgi, anlayış ile dinlemesi gerektiğini, bunun hastada güven duygusu yaratıp onu rahatlatacağını bildirmektedir (99).

Geçici ve geçtikten sonra iz bırakmayan hastalıkların yarattığı stres geçicidir. Yaşamı tehdit eden, beden bütünlüğünü bozan, tedavisi olanaksız yada uzun ve zahmetli olan hastalıklar “zor hastalıklar” grubuna girerler. Bu zorluk yalnız hastayı değil, ailesini ve hastanın tedavisini üstlenen sağlık ekibini de etkiler. Tedavi atmosferini olumlu yönde geliştirecek “salutogen” (sağlık üretici) etkileşimi yaratabilmek için bu gruplar arasındaki sistematik ilişkiyi de göz önünde tutmak gerekir. Olayda maddesel, psikolojik ve sosyal yön birbirleriyle karışarak, karmaşık insan ilişkilerine ve karşılıklı psikopatolojik tepkilere yol açarlar. Hekimler ve hemşireler bu ilişkinin etkin konumdaki ortaklarıdır. Ancak sıklıkla gerçek dışı beklentilerle karşılaşp, saldırgan duygularında hedefi olurlar. Hastalar ve hasta aileleriyle başetme onlara ayrı bir yük olup streslerini arttırarak kendi içlerinde bir takım psikolojik karmaşalar doğurarak tedavi ilişkisini bozucu etkide bulunur. Bu gibi hastalarla çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri için Balint Gruplarının düzenlenmesi onları çalışmalarında desteklemede ve bu sistem ilişkisindeki etkileşimde önemlidir (74).

Kötü prognozlu hastaların tedavi ve bakımını sürdüren ekipler, psikolojik ve duygusal olarak diğer tıbbi birimlere göre daha stresli bir ortamda çalışmaktadır. Tüm girişimlere, tedavilere ve çabalara rağmen hastanın durumunun kötüleşmesi, kliniğin genel düzeni ve ortama ilişkin teknik, personel ve parasal yetersizlikler, hastanın veya ailesinin tedaviyi reddetmesi, tedaviye direnç göstermesi yada karşılanamaz istekleri ve tedavi ekibine aşırı bağlılık gibi nedenler, tedavi ekibinde; kaygı, çaresizlik ve yeterli olamama gibi olumsuz duyguların ve tükenmenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Oysa ki, gerekenlerin uygun düzeyde yapılabilmesi, hasta-aile-hekim-hemşire arasında serbest ve kalıcı ilişkilerin kurulması, kaçınılmaz sona grup bilinci içinde yaklaşılması için sağlık ekibinin, kayıp karşısında, hastanın ve ailesinin anksiyetesini de kontrol altına almayı başarabilmesi; gerekirse bu yönde desteklenmesi gerekmektedir (100).

Ölümün anlaşılması ölüme giden süreçte de hemşirenin hastaya ve ailesine uygun bakım vermesini sağlayacaktır. Sağlık çalışanları, hastalar ve aileleri ölüme götüren süreçte ve ölümden önce özel iletişim teknikleriyle ele alınmalıdır.

Ölüme tepkilerin yeterince anlaşılması ve ölüme uygun yaklaşılması ölüme götüren süreçte ve ölümden önce karşılaşılan etik sorunların çözümünde de etkili olmaktadır. Bu tezde yaşamın sonundaki etik sorunlardan tanının söylenmesine ilişkin vardığımız sonuç ölümcül hastalık tanısı bile olsa bilmek isteyen tüm hastalara tanının söylenmesidir. Ölümcül hastalık tanıları için sağlanan ayrıcalık hastanın özerkliğine müdahale anlamına gelmektedir. Hekim ve hemşirelerin geleneksel tutumlarından vazgeçip hastalarla tanıya ilişkin gerçekleri paylaşmaları gerekmektedir. Hastanın yaşamı üzerinde tasarruf yapma kökenli etik sorunlarda ise sağlık çalışanlarının hastaların yaşam kalitesini korumaya yönelik girişimlerde bulunması ve yıpratıcı, sonucu değiştirmeyecek tedavi mücadelesine girişiminin hastaya verdiği yararın tartışılmasının gerektiği sonucu yine bu tezden çıkarılabilecek sonuçlardandır. Bu bağlamda terminal dönem hastalarının tedaviden çok bakıma ihtiyacı olması bu dönemde verilen hemşirelik bakımının önemini ortaya koymaktadır. Hastaların sona yaklaşırken çektikleri ağrılar da yaşamın sonu için önemli etik sorunları içermektedir. Etkili bir ağrı yönetiminde hemşirelerin ağrıyı dindirmeye yönelik uygulayacakları girişimler ağrının dindirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca hastaların yaşamlarını kısaltmamak gerekçesi ile ağrılarının seyirci kalmanın etikle bağdaşmadığının ortada olduğu bu tezde varılan bir diğer sonuçtur.

Ölümcül hastalar için hospizler bir seçenek olabilir ölümcül hastaların bu süreci palyatif bir bakımla geçirmelerini sağlayan hospizler ülkemizde de hizmet verdiğinde tedaviyi reddeden hastalar için bir çözüm olabilecek gibi görünmektedir. Hospizlerde özellikle hemşirelik bakımı verilen hizmetin merkezindedir. Hospizlerde hastanelerdeki işleyişlerin

aksine ölüm doğal bir süreç olarak karşılanmaktadır. Sağlık çalışanlarının palyatif bakıma göre de yetiştirilmeleri gerekliliği bu tez de ulaşılan sonuçlardandır. DNR istemleri için hastanın kararlarının göz önüne alınması hastanın özerkliğini korumak için gereklidir. Resüsitasyon işlemi konusunda ölüme götüren süreçte hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Çünkü resüsitasyon acil müdahale gerektiren bir işlemdir. Hemşirelerin de bu konuda hekimlerin ve kendi isteklerinden ziyade hastaların görüşlerini sağlık ekibine iletme sorumluluğu taşımaları önemlidir. Ölüm anında karşılaşılan bir diğer etik sorun olan organ ve doku aktarımı ile ilgili sorunlarda sağlık bilimleri çözüm önerileri getirmeye çalışmalıdır. Varolan yasaların pratikte karşılaşılan sorunlara çözüm getiremediği açıktır. Bu yüzden organ ve doku aktarımı için yine hastanın kararlarının yasalarla bağlantı kurularak çözümlenmesi yine tez de ulaştığımız sonuçlardandır.

Yaşamın sonunda verilen kararlar tıp etiğini uzunca bir süre daha meşgul edeceğe benzemektedir. Yaşama giden yolun zorlu olması bir yana bu dönemde karşılaşılan etik sorunların çözümünde yaşanan farklılıklar ölüme götüren süreç ve ölümü yaşayan hasta, ailesi ve sağlık çalışanlarının işlerini biraz daha karıştırmaktadır. Acil sorun bekleyen bu etik sorunlara biran önce çözmek ölüme giden yolun biraz olsun aydınlanmasına önemli katkılar sağlayacaktır. Biz bu tezi hazırlama aşamasında terminal dönemde yaşanan etik sorunların varolan tıp etiği değerleriyle çözülebileceğini düşünmüştük. Ancak karşımıza öyle sorunlar çıktı ki bu sorunların çözümü disiplinlerarası etkileşimi gerektirmektedir. Din, hukuk, felsefe, sosyoloji gibi bilimlerin de tıp ve hemşirelik ile beraber ortak çalışmalarının en doğru sonuca ulaşmada katkısı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca tıp etiğinin uygulamalarda yer alması etik kurulların araştırmalara onay vermekten öte yaşamın başlangıcı ve yaşamın sonunda karşılaşılan etik sorunları ele alıp bu dönemlerde yaşanan etik problemlerde hekim ve hemşirelere rehberlik yapmalıdır. Bunun dışında geleneksel sağlık modelinin dinamik sağlık modeline dönüştürülmelidir.

Bu sağlandığında hem hastanın yaşamıyla ilgili kararlara katılımı, hem de hemşirenin değişen rollerine uygun görevleri yapması sağlanmış olacaktır.

Hemşireler bağımsız olarak ve işbirliği içinde lme götüren süreç ve ölüm konularında araştırmalar yapmalı ve uygulanabilir araştırma sonuçlarını eğitim ve uygulamalarında kullanmalıdırlar.

Bu tez de lme götüren süreçte ve ölümde karşılaşılan etik sorunlara yenileri eklenmiş değildir varolan sorunlar hemşirelik mesleği ile bağdaştırılarak altı çizilmiştir.

## 9. ÖZET

### Ölüme Götüren Süreçte ve Ölümde Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik Sorunlar

Ölüm tüm zamanlarda insan düşüncesinin merkezinde yerini koruyan bir imgedir. Sağlık bilimlerinde ise ölüm yaşamın sonuna yaklaşmış hastalarla gündeme gelmektedir. Ölüm sürecinin uzaması sağlık çalışanlarını yaşamla ölüm arasındaki çizginin en muhtemel şahitleri yapmaktadır.

Gelişen bilim ve teknolojiler yaşamın başlangıcında olduğu gibi yaşamın sonunda da, bir çok etik sorunu getirmiştir. Bu yüzden sağlık meslek grupları onları diğer mesleklerden ayıran özel bir sorumluluk üstlenirler. Tıp etiğinin altında yatan felsefe de bu sorumluluğun profesyonel davranış standartlarına uygun olarak yerine getirilmesidir. Sağlık personeli, toplumun sağlığını ilgilendiren konularda; objektif ve mantıklı, aynı zamanda ahlaki karar vermek durumundadır. Oysa birtakım nedenlerle bu kararlar farklı değerlerle çatışabilmektedir. Bu çatışmaya; kimi zaman teknoloji, kimi zaman inançlar, kimi zaman da geleneksel anlayışlar neden olmaktadır. İşte ölüme götüren süreçte ve ölüme yaşanan etik problemler hukuka, sosyolojiye, tıba, teolojiye ve ahlaka uzanan boyutları ile ele alınması gereken özelliklere sahiptir.

Hemşirelik mesleği bakım üzerine kurulmuştur. Ölüme götüren süreçte ve ölüme ise bakımın önemi yadsınamaz. Hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinden haklarının savunulmasına uzanan geniş bir yelpazede hemşirelik mesleğinin kilit rolü vardır. Tıp ve hemşirelik etiği değerleri yaşamın sonunda verilen kararlarda etkili olmaktadır.

Biz bu tez de ölüme götüren süreçte ve ölüme hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunları ele aldık. Çalışmamız, hemşirelik ve tıp eğitiminde ölüme ilgili konulara yeterince yer verilmediği ve geleneksel etik değerlerin yaşamın sonunda karşılaşılan etik sorunların çözümünde ihtiyaca cevap verecek nitelikte olmadığını ortaya koymuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Ölüm, Ölüme Götüren Süreç, Tıp Etiği, Hemşirelik.



## **10. ABSTRACT**

### **Ethical Problems Faced by the Nurses during the Process of Death and Dying**

Death is a concept that has existed in the centre of human mind at all times. In health sciences, death is the subject matter in terminal patients. The elongation of dying process makes health care professionals the closest witnesses of death.

Developed science and technology has caused many ethical dilemmas at the end of life similar to the dilemmas in the beginning of life. Therefore, health care professionals have a special responsibility different than other professionals. The philosophy behind the discipline of ethics is to fulfil the professional obligation accordingly. Health care professionals should make objective, logical and ethical decisions on public health issues. However, these decisions sometimes may clash with some values for various reasons. These clashes may be caused by technology, by beliefs or by traditions. Therefore, ethical problems experienced in death and dying process are required to consider legal, sociological, medical, theological and ethical dimensions of the issue.

Nursing is based on caring as a profession. The significance of caring cannot be ignored in the process of death and dying. Nursing profession has a key role from increasing the quality of life of the patient to defending patients' rights. Medical and nursing ethics values play an important role in end-of-life decision making.

In this thesis, we have elaborated the ethical problems faced by nurses in the process of death and dying. Our study has shown that subjects related to the process of death and dying are not thought in medical and nursing education, and traditional ethical values are not sufficient to overcome ethical problems faced at the end of life.

**Key Words:** Death; Dying process; Medical ethics; Nursing.

## 11. KAYNAKLAR

- 1) Tatar Ü., “Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988:3.
- 2) Vasegh F., Noughani F., “The Investigation of the Knowledge and Attitude of the Nurses in Imam Khomeyni Complex Hospital About Pre-Death Care in 2003”, Ed: Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003: 523-526.
- 3) Yıldız M., “İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1994:3-6.
- 4) Gonçe Onan N., “Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2001:1-20.
- 5) Velioglu P., Pektekin P., Şanlı T., “Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1997:80-82.
- 6) Oral U., “Ötanazi”, Tıbbi Etik, 1995:1:8-11.
- 7) Özler H., “Hemşirelerin Ötanazi Konusuna Yaklaşımları ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinden Örnek Bir Çalışma”, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2001:1.
- 8) Cimete G., “Yaşam Sonu Bakım Ölümçül Hastalarda Bütüncül Yaklaşım”, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:137.
- 9) Ölüm, Erişim: [www.patoloji.gen.tr/olum/htm](http://www.patoloji.gen.tr/olum/htm), 29.09.2004.
- 10) Büyükkoçak Ü., Uysal H., Ertürk Ö., Bilgin S., Ketene A., İnan S., “Resüsitate Edilmeyecek ‘ Kararının Etik Yönden İçeriği’, III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri Kitabı, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 1998:59,60,61.
- 11) Namal A., ‘Terminal Dönem Hastalarıyla Çalışmada Karşılaşılan Etik Durumlar’, ESO Onkoloji Hemşireliği, 1999:18-19.

- 12) Cimete G., Namal A., , “Ölümün Beklendiği Evrede Evde Bakımı Şiar Edinmiş Hospiz Hareketinin Almanya’da Boy Atışı”, Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, Marmara Üniversitesi Matbaası 1998:114-121.
- 13) Özaltın G., Işıl Ö., “Önlisans Hemşire Öğrencilerin Ölümüne İlişkin Yaklaşımlarının İncelenmesi”, Tıbbi Etik, 1997:5:10-15.
- 14) Cimete G., “Hemşirelik Sanatı”, Hemşire Dergisi, 1997:17(1):3-4-5.
- 15) Algier L., Gökçora H., Yağmurlu A., ‘Kanserli Çocuğun Sağaltım ve Bakımının Psikososyal Yönleri’, Sendrom: Mart:2000:50-53.
- 16) Oğuz Y., “Tıp Etkinliğinde Hekimin ve Hastanın Rollerini”, Ed; Arda B., Oğuz Y., Şahinoğlu S., Deontoloji, Antıp A.Ş, Ankara, 1999:27,35,38,39.
- 17) Aydın E., “Buzda Kaymak ve Biyoetik”, Tıbbi Etik, 1997:5:28-31.
- 18) Akyol A., “Etik ve Hemşirelik”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997:13(1-3):165-168.
- 19) Karaöz S., “Cerrahi Hemşireliği ve Etik” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000:4(1):1-7.
- 20) Tozlu A., “Hemşirelikte Etik” Hemşire Dergisi, 1999:49(1-2-3):34-35-36.
- 21) Rosner F., “Modern Medicine and Jewish Ethics”, Yeshiva University Press, New York, 1986:1.
- 22) Augustine K., Blavkmor, Broughton R.S., Haraldsson E., Hough P., Osis K., Randles J., Varnes A., Vedantam S., Wood J.G., “Ölüm Ne Yana Düşer”, Çev: Çelik Ö., Er T., Evsal V., Harmancı M., Öner Ç., Türk S.H., Varım G., Say Yayınları, İstanbul, 2002:11-13.
- 23) Yahudilik, Erişim: [www.sevion.com/show.concept.asp?3](http://www.sevion.com/show.concept.asp?3), 10.01.2005.
- 24) Namal A., “Terminal Dönem Hastalarına Yaklaşım Eleştirel Bir Bakış Işığında Hospiz Düşüncesi”, Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:595-621.
- 25) Büyükdüvenci S., “Ölümlerden ‘Ölüm’ Beğen”, Düşünen Siyaset, 1999:4:38-39.

- 26) Ölüm Bilinçsizliktir, Erişim: [www.bbie.org/turkish-text/04/404](http://www.bbie.org/turkish-text/04/404), 29.09.2004.
- 27) Runzo J., Martin N. M., "Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı", Çev: Varım G., Say Yayınları, İstanbul, 2002:109,129,162,172,174,200,457.
- 28) Göka E., "Ölümün Bir Türü Anlaşılamayan Psikolojisi", 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Kitabı, Alemdar Ofset, Edirne, 2000:253-262.
- 29) Güven K., "Kişilik Hakları ve Ötanazi", Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2000:8,9,10,12,19,58,64,70.
- 30) Brown J.M., Kitzon A.L., Mcknight T.J., "Death, Dying and Easing Death", "Challenges in Caring Explorations in Nursing and Ethiccs", Chapman Hall, London, New York, Tokyo, Melbourne, Madras, 1992:159.163.
- 31) Yıldız M., "Ölüm Kaygısıyla Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Yorum", Düşünen Siyaset, 1999:4:108.
- 32) Aydın M.S., "Din Felsefesi", Çağlayan A.Ş, İzmir, 2001:236-267.
- 33) Ölüm, Erişim: [www.sevde.de/islam-Ans/oe/06](http://www.sevde.de/islam-Ans/oe/06), 29.09.2004.
- 34) Ateş S., "Kur'an-ı Kerim Yüce Meali", Milliyet Gazetecilik, İstanbul, 1996:3,28,259.
- 35) Yazır E:H., "Hak Dini Kur'an Dili", Akçağ Yayınları, İstanbul, 1989:444.
- 36) Bilmen Ö:N., "Büyük İslam İlmihali", Bilmen Basım ve Yayınevi, İstanbul, 30, 32.
- 37) Ölüm Hakk'a Vuslattır, Erişim: [www.yenimesaj.com.tr](http://www.yenimesaj.com.tr), 29.09.2004.
- 38) Akıncı A., "Hayata Anlam Verme ve Din Öğretimi", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Eğitimi Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara. 2001:26-92-93-94.
- 39) Koç M., "Yaşlılık Döneminde Ölüm Ötesi Psikolojisi Üzerine Bir Alan Araştırması", Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2004:8:1:203.
- 40) Beyaz Z., "Tıp Etiği ve İslami Değerler", Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal

Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:65,66.

- 41) Sogyal R., "Tibet'in Yaşam ve Ölüm Kitabı", Çev: Baydar E., Tokcan G., Dharma Yayınları, İstanbul, 2002:28,34,307,415.
- 42) Başer V., "Ölüme Sosyolojik Yaklaşımlar", Düşünen Siyaset, 1999:4:74-75.
- 43) İlal G., "Hastalıkla Baş Etmede Hekim-Hasta-Aile Etkileşimi", Ed: Hatemi H., Doğan H., Medikal Etik, Alemdar Ofset, İstanbul, 2001:68-70.
- 44) Koç M., "Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açından Psikolojik Bir Değerlendirme", Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2002:6:7-9.
- 45) Samur M., Şenler Ç. F., Akbulut H., Pamir A., Arıcan A., 'Kanser Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu: Hekim Ve Hekim Adaylarının Yaklaşımları Hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde Yapılan Sınırlı Bir Araştırmanın Sonuçları', 18-20 Ekim 2001 tarihlerinde Kapadokya'da düzenlenen 2. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
- 46) Karataş M., "Kardiyopulmoner Resüsitasyon (CPR) Kurallarının Gelişimi ve CPR Uygulanmasında Karşılaşılan Etik İkişimler", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003:18,19,29,43,44,47,49,74.
- 47) Harris J., Hayatın Değeri, Çev: Sertabiboğlu S., Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1998:47,50,80,129,132-133.
- 48) Büyükköçak Ü., Uysal H., Ertürk Ö., Bilgin S., Ketene A., İnan S., "Resüsite Edilmeyecek Kararının Etik Yönden İçeriği", III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri Kitabı, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 1998:59,60,61.
- 49) Öztan B., "Şahsın Hukuku", Turhan Kitabevi, Ankara, 1990:19-21.
- 50) Terzioğlu A., "Organ Transplantasyonu ve Getirdiği Etik Sorunlar", Tıbbi Etik, 1993:1:35-50.
- 51) Büken N., "Organ Aktarımlarında Beyin Ölümünün Tıbbi, Felsefi, Teolojik Yönleri", Tıbbi Etik, 1996:4:82-84.
- 52) Türkistanlı E., "Sağlıkla İlgili Etik Konular", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997:13(1-3):153-164.

- 53) Cimete G., Bayık A., Türkistanlı E., Uysal A., Uğurlu Z., Özsoy S., "Taburculuk Sırasında Hastaların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirmelerinde Bağımlılık Durumlarının İncelenmesi", Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, Marmara Üniversitesi Matbaası, 1998:121-124.
- 54) Özaltın G., 'Hasta Haklarının Hemşirelik Boyutunda İncelenmesi', Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1994:1(1):29-30.
- 55) Fry T. S. "Hemşirelik Uygulamalarında Etik", Çev:Bağ B., Aktif Yayınevi, Erzurum, 2000:9,33,34,39,56,103,115.
- 56) Dinç L., "Hemşirelerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1994:1(1):33-43.
- 57) Ersoy N., ve Altun İ., "Hemşirelerin Yardımlı İntihar Hakkında Görüşleri İle İlgili Bir Çalışma", Tıp Etiği, 2001:9:49-55.
- 58) Elçioğlu Ö., Erdemir D. A., "Klinik Uygulamalarda Her Durumda Ortaya Çıkan Etik Yükümlülükler", Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:110,113,114,121,147.
- 59) Çobanoğlu N., Algier L., "Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerindeki Etik Sorun Kümelerine Yaklaşımları", Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:541,542.
- 60) Doğruyol H., "Futilite (Yararsız Tıbbi Uğraş)", Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:173,174.
- 61) Dikmen Y., "Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik Ötanazi", Ed: Hatemi H., Doğan H., Medikal Etik, Alemdar Ofset, İstanbul, 2001:35-41.
- 62) Berber M.S., "Ötanazi Konusundaki Etik Tartışmalar", 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Kitabı, Alemdar Ofset, Edirne, 2000:266,267.

- 63) Soehren, P., "Stressors Perceived by Cardiac Surgical Patients in the Intensive Care Unit", American Journal of Critical Care, 1995:4:1:71.
- 64) Karlıkaya E., Hatipoğlu B., Karlıkaya C., "Hastaya Gerçeği Söylemek", Sendrom, 2000:Kasım:46-54.
- 65) Gülşen T., "Hasta Hemşire İlişkileri", Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994:92.
- 66) Namal A., "Üç Olgu Örneklemeyle Kanserde Yoğunlaşan Etik Sorunlar Üzerine", Ed: Hatemi H., Doğan H., Medikal Etik, Alemdar Ofset, İstanbul, 2001:129-147.
- 67) Başaran N., "Kanser Tanısı Konmuş Hastalara, Tanılarının Söylenip Söylenmemesine İlişkin Doktor, Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Saptanması", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987:1,2,3,6,8,9,46.
- 68) Brandt J., "Yoğun Bakım Tıbbı ve Hasta Bakımı", Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, Ed; Engelhardt D.V., Çev: Namal A., Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:163-169.
- 69) Çobanoğlu N., Algier L., "Hekim ve Hemşirelerin Yoğun Bakım Ünitelerindeki Etik Sorun Kümelerine Yaklaşımları", Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:541,542.
- 70) Esch G.M., "Yoğun Bakım Tıbbında Etik", Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, Ed; Engelhardt D.V., Çev: Namal A., Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:161.
- 71) Yamaç D., Ceyhun B., "Kanser Hastasına Doğru Bilgi Verme", Tıp Etiği, 1999:7:34-40.
- 72) Öncel Ö., Atıcı E., "Bir Mide Karsinomu Olgusu ve Tıp Etiği Açısından İrdelenmesi", Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:677,678,679.
- 73) Koç H., "Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Stres Etkenleri ve Tükenmişlik Sendromu", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler

Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999:51,52,55.

- 74) Üskent N., “Örnekleri ile Onkolojide Etik”, Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:431.
- 75) “Tıbbi Etik’te Yararlılık İlkesi”, Tıbbi Etik, 1994:2:57-60.
- 76) Terzioğlu A., “Ötanazi ve Getirdiği Etik Sorunlar”, Tıbbi Etik, 1994:2:16-21.
- 77) Aksoy Ş., “Ötanazi Acı Çeken İnsanlar İçin Bir Çare Olabilir mi?”, Sendrom, 2000:Nisan:94-98.
- 78) Öz F., “Ötanazi”, Tıbbi Etik, 1998:6:40-47.
- 79) Elçioğlu Ö., Gündüz T., Köşgeroğlu N., “Tıp, Hukuk ve Etik Açısından Euthanasia”, Tıbbi Etik, 1994:2:64-70.
- 80) Artuk M. E., “Hukukçu Gözüyle Ötanazi”, Ed: Hatemi H., Doğan H., Medikal Etik, Alemdar Ofset, İstanbul, 2001:42,45,55.
- 81) Ersoy N., “Ötanazi ve Yardımlı İntihar”, Çağdaş Tıp Etiği, Ed; Demirhan E.A., Öncel Ö., Aksoy Ş., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003:349,360.
- 82) Abaan S., “Ötanazi:Hastalarımıza Borcumuz mu?”, Tıbbi Etik, 1997:5:92-96.
- 83) Boz B., Kurtuluş A., Acar K., “Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ötanaziye Bakışı”, Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:958.
- 84) Ersoy N., “Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi”, Çağdaş Tıp Etiği, Ed; Demirhan E.A., Öncel Ö., Aksoy Ş., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003:328-355.
- 85) Kılıç C., Güven T., Ataç A., “Aydınlatılmış Onam Kavramı ve Ülkemiz Yasaları ile Tıp Uygulamalarındaki Yeri”, Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:847,848.



- 86)**Çavuşoğlu H., “Ölümcül Hastalığı olan Bir Hastada Ekip Çalışması ve Aile Merkezli Bakımın Önemi”, Türk Hemşireler Dergisi, 1984:34(3):40-44.
- 87)**Aveyard H., “The Patient Who Refuses Nursing Care”, Intitute of Medical Ethics, BMJ Publishing Group Ltd, 2004:30:346-350.
- 88)**Kutlay O., Yılmazlar A., “Anestezi ve Yoğun Bakım’da Etik”, Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:539,540.
- 89)**Ataç A., Kılıç C., Güven T., “Boşuna Yada “Yararsız Tedavi”, Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:1012,1014,1015.
- 90)**Bolat Ç., “Başedilmesi Güç Bir Sorun Olarak Kansere Ağrısı”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1994:10:3:73-75.
- 91)**Talu G., Erdine S., “Ağrı ve Etik”, Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:419-428.
- 92)**Algier L., Çobanoğlu N., “Tıp Etiği Işığında Ağrı Yönetimi Üzerine Bir Tartışma”, Ed; Erdemir A.D., Uzel İ., Öncel Ö., Oğuz Y., Aksoy Ş., Şahinoğlu S., Kadioğlu S., Büken N.Ö., Doğan H., Yetener M., Atıcı E., Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongre Kitabı, F. Özhan Matbaacılık, Bursa, 2003:536.
- 93)**Namal A., “Ölümü Yaşayabilmek İçin Bir Seçenek: Hospizler”, Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri Kitabı, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara, 1998:138.
- 94)**Doğruyol H., “Çocuk Cerrahisinde Etik Sorunlar”, Ed: Erdemir D. A., Oğuz Y., Elçioğlu Ö., Doğan H., Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001:493.
- 95)**Erişim: “Organ Nakli” [www.nabizdergisi.org/07/dosya/eehtm](http://www.nabizdergisi.org/07/dosya/eehtm), 10.01.2005.
- 96)**Başer G., Yiğit R., “Hemşirelerin Çocuk ve Ailesini Ölüm Sürecine Hazırlaması”, Türk Hemşireler Dergisi, 1997:17:1:18-20.
- 97)**Beser N., Öz F., “Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003:7:1:47-57.

- 98)**Uyer G., "Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi", Tıp Etiği, 2000:8:90-94.
- 99)**Koç M., "Yaşlılık Döneminde Ölüm Ötesi Psikolojisi Üzerine Bir Alan Araştırması", Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2004:8:1:203.
- 100)**Ross K. E., "Yaşamın Son Günleri", Çev; Terakye G., Çavuşoğlu H., Görgülü S., Abaan S., Uçar H., Büyükcoşkun A., Algier L, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995.



## 12. ÖZGEÇMİŞ

1974 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini Zonguldak'ta tamamladıktan sonra Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü 1994 yılında bitirdi. Daha sonra Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na dikey geçiş yaparak 2000 yılında bu üniversiteden mezun oldu. 1994-2001 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Adölesan Dahiliye servisinde hemşire olarak görev yaptı. 2001 yılından beri Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.