

ÖLÜM VE YAŞAMLA İLGİLİ FELSEFİ VE AHLAKİ SORUNLAR

Jean Brihaye*

«Hastanın sağlığı benim önde gelen düşüncem olacaktır.»

Dünya Tıp Birliği Cenevre bildirisi.

«Kalp veya beyin durduktan sonra yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesi, bize doğal süreçlerin üzerinde yeni karar güçleri bağışlamaktadır. Bu güce sahip olmakla sorumluluk ve sorumlulukla birlikte de yükümlülük üstlenmekteyiz.» Jerold M. Lowenstein

Ahlaki konular, hastaları ile ilişkilerinde doktorların her zaman hissettikleri önemli yükümlülüklerden biri olmuştur. Hipokrat yemini, bildiğimiz ilk yazılı kuraldır. Hipokrat'ın zamanında, günümüzden birkaç on yıl öncesine kadar ahlaki yükümlülüklerde önemli bir değişiklik olmamıştır, ancak son yılların tıp bilim ve teknolojisinde meydana getirdiği hızlı gelişme hekimlerin yeni ahlaki ve vicdani sorumluluklar yüklenmesine yol açacak niteliktedir.

Mesleki ahlâk yasası (deontoloji) hiç bir zaman, günümüzde olduğu kadar büyük bir önem taşımamıştır. Bu önem, özellikle, geniş vicdani ve dini tartışmalara açık iki konu olan insan yaşamının başlangıcı ve sonu ile ilgili alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bunun sonucu olarak, biyoahlâk (biyoetik) dediğimiz alanda, günümüz Avrupasında, yalnız hekimler değil hukukçular, din adamları ve filozoflar da tartışma konuları bulmaktadır. Gazeteciler, yazarlar, radyo ve televizyon habercileri bu alana gittikçe daha fazla ilgi göstermektedir.

Doğum ve ölüm dediğimiz bu iki biyolojik olay, bizim için önemli olduğu kadar ahlâkçılar, filozoflar ve din adamları için de önemlidir. Çünkü insan bireyinin varlığının özü bu iki koşulla tanıma ulaşılabilmektedir. Bu nedenle, bugün beyin cerrahlarını yakından ilgilendiren be-

* Ord. Prof. Dr. Nöroşirürji

yin ölümü konusunu tartışırken, aynı zamanda doğum ve yaşamı da göz önünde tutmak, soruna daha bütünleyici bir yaklaşımla bakmamıza yol açacağından yerinde görülmektedir. Aynı zamanda, kısa bile olsa beyin ölümü çerçevesi içinde tanımladığımız olgunun diğer yönlerine de bakmanın, farklı kavramlarla yaklaşmakta olmamız nedeniyle, fikir birliğinde olmadığımız bu konuya açıklık getireceğini umuyorum.

Ancak, bu konulardaki görüşlerime geçmeden önce, Robert Dabré'nin «Ce que je crois» (İnançlarım) isimli kitabında belirttiği gibi, ben de onun gibi ne bir filozofum ne de dindar bir kişiyim, bu nedenle bu ahlâki konulara, bütün fikirlere açık ve saygılı, liberal bir görüşle yaklaşacağımı belirtmek isterim.

Ölümün en kolay tanımı, onu yaşamın karşıtı olarak tanımlamaktır, ancak bu durumda da - olanaksız olmamakla birlikte - zor olan, ölüm dediğimiz olguyu yaşam kadar kolaylıkla inceleyebilmektedir (Walker). Yaşam nasıl tanımlanabilir? ve bundan sonra da ölümün anlamı nedir?

İki yıl önce, Pia, yaşamın regülasyon ve modülasyon (düzen ve uyum) olduğunu, ölümün ise regülasyon ve modülasyonun geri dönmeyecek kaybı olduğunu yazmıştır. Böyle bir tanım, ancak, nöro-fizyolojik bir yaklaşım çerçevesinde geçerli olmaktadır.

Filozoflar, yaşamın, bir bireyin çevresindeki dünya ile ilişki kurma kapasitesiyle belirlenebilecek bir olgu olduğunu söylemeyi tercih edilebilir.

Diğer bir deyişle, yaşamın, bir bireyin çevresi ile tanışmasına ve aynı zamanda kendi varlığının bilincine varmasına olanak sağlayan bilinç olgusuyla tanımlanabileceğini söyleyebiliriz. Gerçekten de, dış dünya ile olan basit ilişkiden öteye, her bireyin kendi bedeni ile iletişim kurduğu bir iç algılama (kendini bilme) vardır.

Yaşamın bu tanımını göz önünde tuttuğumuzda, ölümün anlamı ve kesinliği nasıl tanımlanabilir? Bir kez daha belirtelim ki, bu kapsamda, ölüm kavramı her kişinin felsefi ve dinî görüşlerine bağlı olarak farklı anlamlar taşır.

Ölüm, kendimiz üzerinde deneyerek, örneğin sancı ile veya zevkle başarıp başaramadığımızı karar verebileceğimiz bir olgu değildir; ölüm olgusuna ancak dışardan yaklaşabiliriz. Yaşam süresince bedene bağlı bir ruh bulunduğuna inanan insanlar için, ölüm bir geçiş

olarak görülür, beden ruh tarafından terkedilip daha gelişmiş bir varlık düzeyine ulaşıldığı an olarak değerlendirilir. Böyle bir felsefi yaklaşım, dini inançlarla doğrudan ilişkili olduğu gibi, kökenini de dinden alır. Ancak, ben, şahsen çok disiplinli İsveç devlet komitesi nin ölüm kavramı konusundaki görüşlerini aktaran Ingvar'ın raporundaki şu düşünceyi benimsemeyi uygun buluyorum : Komite, ölümü, ruhun bedenden geri dönmeyecek şekilde ayrılması olarak tanımlamayı, ruhu klinik ve hukuki açıdan yeterince kesin ölçüler içinde belirlemeye imkân olmadığı üzerinde genel bir anlayışa ulaşılmış olduğu gerekçesiyle reddetmektedir.

Ölümün anlamıyla ilgili bu sorun, yaşamın hangi noktada başladığı tartışmasında karşılaşılan sorunlarla aynı niteliktedir. Bu amaçla, şu sırada Avrupada en çok tartışılan konulardan biri olan, kısırlığın yapay dölleme ile tedavisi konusu çevresindeki olaylara kısaca ışık tutacağız.

Bu sorunlu konuya yaklaşımdaki ilk adım, erkek kısırlığı ile ilgili engellerin aşılması amacıyla, isimsiz bir vericiden alınan dondurulmuş veya taze spermelerin rahim içine verilmesi olmuştur.

İkinci adım, in-vitro dölleme ile tüp bebeklerin gerçekleştirilmesidir. Anneden alınan yumurtalar, kültür ortamında spermatozitler tarafından döllenmektedir. 2 ya da 3 gün süre ile laboratuvar ortamında geliştirilen embriyo daha sonra ana rahmine verilmektedir. Kadın kısırlığından kaynaklanan engellerin aşılması amacıyla uygulanan bu yöntem, kadından alınan yumurtaların, kocasının spermeleri ile döl lenmesini öngördüğünden normal dölleme süreci ile uyumludur. Ancak yumurta ve spermatozitlerin laboratuvar ortamında çeşitli işlemlerden geçiyor olması, bazı çevrelerde huzursuzluk yaratmaktadır.

Bundan **sonraki adım**, çiftin sorununun çözümlenmesi aşamasında üçüncü bir kişinin devreye sokulması şeklinde gelişmektedir. Bu çerçevede çeşitli farklı durumlar incelenebilir. Örneğin, bir kadının yumurta oluşturmaması durumunda, kocasının semeni toplanıp başka bir kadının rahmine verilebilir. Bebek, doğumdan sonra doğal babası tarafından alınıp, hamilelik süresince onu taşımış olan kadından ebediyen uzaklaştırılır. Başka bir örnek; analık taşıyıcı anne veya alıcı anne (Fransızcada «une mère porteuse») dediğimiz uygulamadır. Buna göre, gebeliği mümkün olmayan veya histerektomize

bir kadından alınan yumurtaların, laboratuvar ortamında kadının kocasından alınan semenle döllenesinden sonra oluşan embriyo'nun başka bir kadının rahmine yerleştirilmesi ve bir kez daha, doğumdan sonra, genetik ana babası tarafından alınıp götürülmesidir. Taşıyıcı anaların bu hizmetleri karşılığında parasal kazanç sağlamaları, bu alanın ticari amaçla kullanılması riskini ciddi bir şekilde ortaya çıkarmaktadır.

İnsan yumurtaları, spermatozitleri ve embriyolarının laboratuvar deneyleri veya klinik deneylerde kullanılmasının ahlâka aykırı çok daha kötü uygulamaları doğabilecektir. Mümkün olabilecek bu tür uygulamalardan birkaçını saymaya çalışacağım :

- Ruhbilimsel deneylerde kullanmak amacı ile, bir dişi şempanzeden alınan yumurtanın insan semeni ile döllenesi,
- İnsan embriyosunun, insan dışı bir canlının rahminde geliştirilmesi,
- Erkek semeni veya embriyoların, çocuk sahibi olmak isteyen ancak bu çocuğa baba istemeyen kadın homoseksüel çiftlere satışı,
- Bir semen bankasının, bazı ülkelerde örnekleri bulunan, kadın örgütlerinin kontrolüne geçmesi,
- Üstün nitelikli erkeklerden alınan semenlerin, nitelikli kadınlardan alınan yumurtaları döllemesi sağlanarak üstün nitelikli çocuklar yetiştirme deneyleri,
- Döllenenmiş yumurtalar kullanılarak partenogenez oluşturma deneyleri.

Bu örneklere ek olarak, kısırlık tedavisi ile uğraşan hekimlerin karşılaşmakta, oldukları bazı ciddi sorunları da göz önünde tutmalıyız. Kadın rahmine embriyolar yerleştirme uygulamalarında istenen başarı düzeyine ulaşabilmek için, genelde uygulanan ve önerilen yöntem en az üç döllenenmiş yumurtanın rahme yerleştirilmesidir. Bu nedenle kadından bir miktar yumurta alınarak laboratuvar ortamında döllener. Bunlardan üçü rahme yerleştirildikten sonra, genellikle, deney tüpünde ihtiyaç olmayan belirli sayıda döllenenmiş yumurta kalır. Bu artık insan embriyoları ne olacaktır.

- İleride, ihtiyaç olduğunda yeniden rahme yerleştirilmek amacıyla dondurulup saklanacak mıdır?

— Atılacak mıdır?

— Deneyleerde mi kullanılacaktır? Eğer deneyleerde kullanılacaksa ne türden deneyleerde kullanılacaktır?

Cambridge Üniversitesi fizyoloji laboratuvarında Profesör Edwards bu soruyu cevaplandırırken insan embriyoları üzerinde şu amaçlarla araştırmalar yapılabileceğini söylemektedir.

- (i) Zararlı genler taşıyan embriyo'ların belirlenmesine çalışmak,
- (ii) Lösemi veya diğer hastalıklara yakalanmış çocuk veya yetişkin alıcılara aşılama,
- (iii) Annenin sağlığını tehlikeye düşürecek uygunsuz fetus büyümelerinin nedenlerini araştırmak.

Kısaca değindiğimiz bütün bu gerçekler hukukla ilgili (örneğin miras sorunları) ile din ve felsefe ile ilgili birçok belirsizlikler ortaya çıkartmaktadır. Bu konularda ahlâki ve vicdani kuralların bulunmaması karşısında, devlet kurumları, Üniversiteler ve bilimsel kuruluşlar araştırmacılar tarafından karşılaşılan sorunların çözümlenebilmesi için bu amaca yönelik komiteler kurmuşlardır.

1975 yılında Tokyo'da ve 1983 yılında Venedik'te revize edilmiş bulunan 1964 tarihli Helsinki bildirisi, insanlar üzerinde Biyo-medikal araştırmalar yapan hekimlere yol gösterici bazı öneriler içermektedir. İnsan embriyo'ları ile geri dönüşsüz komadaki (coma dépassé) hastaların insan deney örnekleri sayıldıklarını hatırlatarak bu bildirilen bazı satırları tekrarlamak istiyorum : «İnsanlar üzerinde uygulanacak her deneyin tasarımı ve prosedürü bir deney protokolü şeklinde açıkça yazılarak bu konuda inceleme yapması, görüş bildirmesi ve yol göstermesi için özel olarak oluşturulmuş, bağımsız bir komiteye iletilmelidir. Böyle bir etik komitenin üyeleri çoğunlukla klinik araştırmalar konusunda deneyimli tıp mesleğinin kalifiye elemanları arasından seçilmekle birlikte, komite, tıpla ilgili herhangi bir etkinliği olmayan en az bir meslek dışı kişiyi de içermelidir...» Aynı bildiride şu satırlar da yer almaktadır : «İnsanlar üzerinde yapılacak herhangi bir deneyde, deneye konu olacak kişi, uygulanacak deneyin amaçları, yöntemleri, beklenen yarar ve olabilecek tehlikeleri ile deneyin vereceği rahatsızlıklar konusunda etraflı olarak bilgilendirilmelidir Ayrıca bu

kişiyeye deneye katılıp katılmamakta özgür olduğu ve katılmayı kabul etmiş olsa bile bu iznini herhangi bir zamanda geri alabileceği belirtilmiş olmalıdır. Bütün bunlar yapıldıktan sonra, kişinin özgür iradesiyle verdiği izin tercihen yazılı olarak alınmalı ve kendisine yapılan açıklamalar bir üçüncü tarafın tanıklığı ile yapılmalıdır.»

Bütün bunlardan sonra, şu temel soruya cevap aramaya sıra gelir : tam olarak hangi anda yaşam başlamış sayılır? Döllenme anında mı yoksa sonra mı? Daha sonra ise, ne kadar zaman sonra?

Söylemeye gerek yok, halen yoğun olarak, tartışılmakta olan bu soruların genel olarak benimsenebilecek cevapları ortaya çıkmamıştır. Herkes, kendi kişisel inançlarına göre kendi cevaplarını vermektedir. Ancak, bilimsel bakış açısından, genellikle, yaşamın embriyoda sinir dokusunun belirmesiyle, yani 12 ila 30 gün arasındaki bir süre içinde, başladığı söylenebilir. Buna göre, döllenmeden itibaren en az 12 gün içinde insan embryo'ları üzerinde araştırma yapılabilir. Bu görüş, 1982 Temmuz ayı içinde İngilterede kurulmuş bulunan Warnock Komitesi «İnsan döllenmesi ve embriyolojisi konusunda tıpta ve ilgili bilimlerde meydana gelen ve gelmesi olası son gelişmeler karşısında, bu gelişmelerin toplumsal, ahlâki ve hukuki yansımalarını da göz önünde tutarak hangi politikaların uygulanacağını ve hangi güvencelerin sağlanabileceğini belirlemek ve bu alanda öneriler geliştirmek» amacıyla kurulmuş bir komitedir. Bu komitenin British Medical Journal'da yayınlanan 63 önerisi içeriğinde, yaşamın nöral yapıların oluşmasıyla başladığı görüşü yer almaktadır. Monod gibi diğer bilim adamları (Llemand'ın referansına göre), yaşamın veya başka bir deyişle bilincin, merkez sinir sisteminin herhangi bir etkinliğinin ortaya çıkmasından önce varlığından söz edilemeyeceğini, bunun da gebeliğin başlangıcından itibaren dördüncü aydan sonra olacağını belirtmektedirler.

Tony Smity edisyonunda belirtildiğine göre, bu görüş, Aziz Thomas Aquinas'ın ruhun hamileliğin kırkıncı günü civarında bedene girdiği yolundaki ifadesine şaşılacak kadar yakındır. Ancak Papa John Paul'dan sonra Katolik Kilisesinin görüşü kesin bir değişiklik göstermiş ve Kilise insan embryo'ları üzerindeki her türlü deneyleri kategorik olarak yasaklamıştır (Smith T.).

Aynı yaklaşımlar, ölüm'ün belirlenmesi aşamasında özellikle hayat ile ölüm arasındaki derin koma durumundaki yaralı genç insanlar açısından da geçerlidir.

Bu durumda, sorun, yaşam ile ölüm arasındaki sınır'ın belirlenmesi ve bunun sonucunda da yaşam destek cihazlarının durdurulması sorunudur. Hekimler açısından bu sınırın belirlenmesi çok zor ve ya karmaşık olmamakla birlikte, bu konu diğer insanlar açısından duygusal ya da zaman zaman mantık dışı bir önem taşımaktadır.

Daha önce vurguladığımız gibi, yaşam ve ölüm kavramları her kişinin felsefi ve dini düşüncelerine bağlı olarak farklı anlamlar taşır. Eğer yaşam, bir insanın çevresindeki dünya ile iletişim kurma yeteneği olarak nitelenirse, bu durumda komadan çıkma olasılığı bulunmayan komadaki bir hastanın canlı bir insan olarak değerlendirilmesi doğru olmayacaktır. Ancak, bazıları bu düşünceyi bir aşırı basitleştirme olarak görmektedirler; onlara göre komadaki bir insanın fizyolojik fonksiyonları sürdüğü gibi iç dünyasında belirli bir bilinç de varlığını sürdürmektedir. Fizyolojik ve zihinsel aktiviteler arasındaki bu ikilem, filozoflar tarafından, bellek ve maddi varlık, ruh ve beden olarak nitelendirilmektedir (Creutzfeldt ve arkadaşları).

Ruhun varlığına inananlar için, sorun ruh ile bedenin, komadaki bir hastada, hangi anda yakın birlikteliklerini sona erdirdiklerinin belirlenebilmesidir.

Bu sorunun cevabı, embriyo'da yaşamın merkez sinir sisteminin yapı oluşturmaya başlamasıyla ortaya çıktığı görüşü esas alınarak, merkez sinir sisteminin kesin olarak etkinliğini yitirdiği noktada, yaşam da ortadan kalkar şeklinde verilebilir. Bu yaklaşım, günümüzde evrensel olarak benimsenen beyin ölümü kavramıdır (Carlos Chagas).

Ancak, beyin ölümü tanısının saptanması bu konudaki güçlükleri tam olarak çözümlenmektedir. Bilindiği gibi, derin bir koma durumu ile «Coma dépassé» olarak tanımlanan geri dönüşü olmayan koma arasında bir belirsizlik bölgesi vardır; bu nedenle coma dépassé durumunun bulunduğu konusunda acele edilebileceği kaygısı doğmaktadır. Yakın zamanda bu konu ile ilgili yayımlanmış bazı kitaplar bilimsel temelleri olmamakla birlikte, duyarlı kişilerin zihinlerinde bazı kuşku uyandırmaktadır (Moody R., Osis K. ve Haraldson E.).

Ölüm korkusu veya diri diri gömülme korkusu günümüzde hâlâ vardır (Walker). Belçikada yayınlanan günlük «Le Soir» gazetesinde, 1983 yılında, diri diri gömülen insanlar için modern bir alarm sisteminin reklamı çıkmıştır. Baltimore'de gazete muhabirliği yaptığı sıra-

da, Edgar Alan Poe tarafından bildirilen trajik olayı bazılarımız hatırlamaktadır : Baltimore'un en saygıdeğer kişilerinden birinin eşinin ölmüş olduğu belirlenmiş ve gömülmüştür; ancak daha sonra anlaşıldığına göre, mezar odasında kendine gelmiş, tabutundan çıkmış ve mezar odasının kapısını açmaya çalışırken kapı ağzında yığılmış ve kendisini daha sonra orada bulmuşlardır. 1980 yılında organ transplantasyonu ile ilgili olarak İngiltere'de yayınlanmış bir TV programının doğurduğu tepkileri belki hatırlarsınız. Programda organları alınanların gerçekten ölü olup olmadıkları sorusu sorulmuş ve bu soruya, kamuoyunda şok yaratan «belki de değildir» cevabı verilmiştir. Bu yayına İngiliz hekimlerin ve kamuoyunun tepkisi duygusal olmuştur; bazıları organ bağışi kartlarını yırtmış, doktorlar kızgınlıklarını dile getirmişler ve diğerleri ile birlikte Brian Jennett, oyunun kural-ları çerçevesinde oynanmadığı görüşünü belirtmiştir. Bu birkaç örnek ve bunların dışındaki diğer olaylar, ölümün doğru olarak belirlenmesi konusunda kamuoyunun halen tanışmakta olduğu korku ve kaygıyı vurgulamaktadır.

İnsan embriyo'ları üzerinde olduğu gibi coma dépassé durumundaki hastalar üzerinde de deneylerin yapılıp yapılamayacağı sorulmaktadır. Beyin ölümünün bilimsel olarak belirlenmesi durumunda bu sorunun cevabı olumlu olabilir. Yakın zamanda, Fransada bir anestezi bilimsel açıdan coma dépassé durumunda olduğu yeterince kanıtlanmamış bir hasta üzerinde deneyler yapmış olduğu için hem idari ve politik merciler hem de kamuoyu tarafından cezalandırılmıştır. Bu olaya atıf yaparak, Fransız ulusal meslekî ahlâk danışma komitesi, yakın zamanda (Kasım'88), hayattayken yazılı olarak bedenini ölümünden sonra bilime ve bilimsel araştırmaya adadığını belirtmedikçe beyin ölümü durumundaki hastalar üzerinde deneyler yapılamayacağını kararlaştırmıştır.

Filozoflar, genellikle, ölüm konusunda kesin yargılara ulaşamamaktadır, çünkü belirttiğimiz gibi, ölüm insanın kendi üzerinde deneyebileceği bir olgu değildir.

Haarscher, ölümün çeşitli felsefi değerlendirmeleri üzerinde yaptığı ayrıntılı bir araştırmadan sonra, haklı olarak, ölüm olgusuna her türlü yaklaşımın yalnız başkalarının ölümü ile ilgili gözlemlere dayanmakta olduğunu vurgulamıştır. Haarscher, Epicurus tarafından

öncülüğü yapılan felsefi yaklaşımı bize hatırlatır, buna göre ölüm yaşamdan gizlenmiş ayrık bir olgu olup ancak bilincin kaybolduğu noktadan sonra gerçekleşir. Buna karşılık, Almanyada Hegel ve Heidegger ile Fransada Sartre, ölümü sükunetle karşılanması gereken doğal bir olgu olarak tanımlamaktadır. Tanrıya inanmayan bir insan için, ölüm bütün yeteneklerimizin ufku ve yaşamımızın bir parçasıdır. (Sein zum Tode - Heidegger); gerçekte hayat bir süreklilik ise ölüm onun uç noktasıdır.

Şairler de, genellikle, ölümü hayat sürecinin bir parçası olarak görüp, en son ana kadar yaşamın ölümle dolu olduğunu savunurlar; onlar için ölüm ani bir kopma noktası değildir. Fransız şairi Aragon'un Mayıs Gecesi'nden aşağıdaki güzel benzetmesini tekrarlamak istiyorum» *les vivants sont des morts qui dorment dans leurs lits*» (yaşayanlar yataklarında uyuyan ölülerdir). Hindistanda Rabindranath Tagore, ölümün doğal bir olgu olarak tanımlandığı çeşitli lirik şiirler yazmıştır. Ne yazık ki filozoflar olsun, sade insanlar olsun, mesleki yaşamlarında ölüm ve yaşamla ilgili sorunlarla yüzyüze olan bekimlere fazla yardımcı olmamaktadır. Ancak, Botkin tarafından başarılı bir şekilde oluşturulmuş ve daha sonra Lowenstein tarafından kısaca geliştirilmiş yeni hukuk kavramları olan haksız doğum, haksız yaşam ve hattâ haksız ölüm kavramlarını hatırlatmakta yarar görüyorum.

Kendilerince gösterilen iki örnek, sanırım bu yeni kavramları tanımlamada etkili olacaktır : Haksız doğumla ilgili olarak, doğuştan Tay-Sachs hastalığını taşıyan bir çocuğun anne ve babası doğumdan önce bebekte bu hastalığın bulunduğunu saptayamamış olan laboratuvarı dava etmişlerdir. Eğer zamanında doğru tanı yapılabilmiş olsaydı, herhalde anne kürtajla çocuğunu aldıracaktı. Haksız yaşama örnek olarak da şu olay gösterilmektedir : 1963 yılında, gayri meşru bir çocuk, piç olarak yaşamaktansa hiç doğmamak daha iyi olurdu gerekçesiyle babasını dava etmiştir. Davacı mahkemeyi kaybetmiş olmasına karşın mahkeme, «çocuğun hayata sağlam bir ruh hali ve sağlam bir bedenle başlamaya hakkı olduğunu» kabul etmiştir.

Yaşam ve ölümle ilgili, önde gelen önemli konulardan biri de otonomi kavramıdır (Kraytman ve arkadaşları, Farber). İnsan Hakları düşüncesinin gelişimi içinde her bireyin kendi yaşamı ile ilgili kararları vermede otonomiye (bağımsızlığa) sahip olması gereği benimsenmektedir (Haarscher, Lallemand).

Günümüz dünyasında, kendileriyle ilgili tıbbi kararlarda söz sahibi olmaya ve kendi istedikleri zaman ölmeye hakları bulunduğunu savunan insanların veya grupların ortaya çıkmasını özendirilmekteyiz. Bu doğrultuda düşünöenler tarafından hayattayken hazırlanmış vasiyetnameler hukuken bağlayıcı olabilecek niteliktedir.

Bu türden bir otonomi kavramı, geleneksel Hippokrat meslek ahlâkı yasalarının tamamen dışındadır. Bu yaklaşım, kısmen de olsa hastalığı nedeniyle psikolojik açıdan zayıflamış olan hastaların hekim tarafından kolaylıkla yönlendirilerek, hekimin onlara kendi kavram ve görüşlerini dikte edebileceği varsayımından kaynaklanmaktadır. Bu gerekçeyle, hastalar, beyin ölümü gibi konularda kendisini tek uzman olarak gören hekimin pederşahi konumunu reddetmektedirler.

Doğal olarak, otonomi kavramı, bir karar verici tarafından temsil edilmek zorunda olan komadaki hastalar açısından geçerli değildir. Bu durumda, otonomi kavramı, solunum cihazını kapatma yetkisine sahip doktorun, bu yetkiyi kullanmadan önce, hastanın yakınlarının onayını almış olmasını gerektirmektedir. Böylece, eskiden var olan, çevreden yalıtılmış iki kişi arasındaki bireyci ilişkilere dayalı dar bir meslek ahlâkı anlayışının yerini, topluma ve toplumsal kurumlara dayalı geniş tabanlı bir meslek ahlâkı anlayıcı almaktadır.

Ben, şahsen, hastanın otonomiye sahip olmasının önemini reddetmemekle birlikte, beyin ölümü gibi tanımında bilimsel güçlükler bulunan ve duygusal ağırlığı olan bir konudaki kararın verilmesinde hastanın ailesinin devreye sokulmasını yerinde bulmuyorum. Ancak, muhakkak ki, hekim, hastanın yakınlarına kelimelerini dikkatle seçerek olup bitenleri anlatmak ve onlara verilen kararı benimsemek için yeterli zamanı tanımakla yükümlüdür (Winter).

Meslek hayatımızın her anında karşı karşıya kaldığımız bu otonomi kavramı, kürtaj ve sancısız ölüm (euthanasia) konusunda da karşımıza çıkmaktadır.

Eskiden olduğu kadar, günümüzde de yoğun bir tartışma konusu olan kürtaj, öncelikle tıbbi ve toplumsal bir konu olmakla birlikte kişilerin ahlâki ve dini inançlarıyla da yakından ilgilidir. Beyin cerrahlarının ilgi alanının çok dışında olan bu konuyu tartışmak istemiyö-

rum. Ancak Belçikada Louvain Katolik Üniversitesinden Hukuk Profesörü R.O. Dalçq'n görüşlerini paylaşarak, kürtağın her şahsın kendi vicdani ile karar vereceğı bir konu olduğunu vurgulamak isterim.

Sancısız ölüm (euthanasia) çok eski bir konu olmakla birlikte halen güncel ve yaygınlaşmaktadır. Üyelerinin istedikleri zaman edebi aleme göçme haklarını destekleyen ve bu konuda onlara yardımcı olan cemiyetlerin kurulmakta olmasıyla bu konu yeniden gündeme gelmektedir. Düşüncenin evrimi, ölme hakkının yaşama hakkıyla eşdeğer olduğu kavramının gün geçtikçe daha fazla yerleşmesine yol açmaktadır.

Ancak, sancısız ölümün, doktorlar açısından çok daha önemli olan bir türü vardır ki buna iyileşmesi olanaksız hastayı öldürmek de diyebiliriz. Bu yaklaşım hastalık süreçlerinin sonuna yaklaşmış, her türlü terapi uygulanmış olmasına karşın iyileşmesi olanaksız, sefil durumda, çoğunlukla sürekli sancı içinde bir grup hastayı ilgilendirmektedir. Bu hastaların önemli diğer bir özelliğı bilinçlerine sahip olmaları ve bazen yaşamlarının son anına kadar bu bilinçlerini kaybetmemeleridir. Bu koşullar altında, önümüzdeki sorun, bu hastaların daha manevi ve fiziksel sıkıntı çekmemeleri için kendi istekleri ile yaşamlarına son verme hakkına sahip olup olmadığımızdır.

Benim cevabım, önde gelen görevimizin yaşam korumak olduğu ve hastalarımızın ölümünü hızlandırmak amacıyla herhangi bir «eylemli» çaba içine giremeyeceğimizdir. Ancak, diğer taraftan, vicdanın özgürlüğüne ve hastanın kendi isteklerine saygı göstermek de yükümlülüklerimiz arasındadır. Bu nedenle birçok durumda, haklı olarak, aktif ve pasif sancısız ölüm arasında bir ayırım yapılmaktadır. Gerçekten de elimizde ızdırabı ve sıkıntıyı azaltacak tıbbi olanaklar bulunmaktadır, aynı zamanda, yararsız ve sürekli tedaviye son vermek de bir hekimin yükümlülükleri arasındadır. Onkolog Leon Schwartzberg ve gazeteci Pierrè Viansson-Ponte tarafından «Changer le Mort» (Ölümü Değıştirmek) isimli hekimlik meslek ahlakının insan sevgisiyle ilgili boyutlarını vurgulayan, pasif sancısız ölüm konusunda heyecan verici ve duygulu bir kitap yayınlanmıştır.

Bana göre, hastanın ölmeye haklı olduğu gerçeğini göz ardı edemeyiz ve hastamıza kendi kişisel inanç ve inanışlarımızı empoze etmemize izin verilemez. Ayrıca, pek çok ülkede intihar yasalar karşısında bir suç olarak görülmemektedir.

Özetle, bizim temel mesleki davranış yasalarımıza aykırı olduğundan, aktif sancısız ölümü (hekimin kararıyla hastayı öldürmeyi) kabul edemeyiz; pasif sancısız ölüm ise, (hastanın isteği üzerine öldürme) her hekimin kendi değerlendirmesine bağlı olarak; insana sevgi ve merhametin bir gereği gibi görünmektedir.

Hastaların ve ailelerinin ölüm karşısındaki tutumları da kültürel yaklaşımları ve dinsel inançlarıyla doğrudan ilişkilidir.

Örneğin organ nakli cerrahisi (organ vermek veya organ almak) bazı dinlerce kabul edilmemekte olduğundan yoğun bakım birimlerinde ve organ nakli cerrahisi bölümlerinde görev yapan hekimlerin dinlerin bu özelliklerini göz önünde tutması ve buna göre davranması gerekmektedir (Sampson C.). Gerçekte, çağdaş tıbbi araçlarla beyin ölümü tanısına varıldığında, din adamları, yaşam fonksiyonlarını sürdüren cihazların durdurulması konusunda verilen kararları kolaylıkla kabullenebilmektedir. Ölümünden sonra başka ve daha iyi bir yaşama olan inançları din adamlarının bu kararlarını kolaylaştırmaktadır. Aynı şekilde hastanın yakınları da bu inanca dayanarak önemli bir manevi destek bulabilmektedir.

Bu felsefi ve dini yaklaşımların dışında yaşamı destekleme hekimliğinin maliyeti de ekonomik bakış açısından önem kazanmaktadır.

Bu durumda, temel tıbbi ahlâkın, biyoetik konusunun, ekonomik düşüncelerle bir bağlantısı olmadığı savunulabilir. Ancak, kaynakların kısıtlı olduğu zamanımızda, beyin ölümüne uğramış bir hastanın yaşamını yapay olarak sürdürmenin topluma olan önemli maliyetini de hekimlerin düşünmek zorunda olduğunu hatırlatırız. İyi anlaşılması için çok açıkça belirtmek isterim ki : beyin ölümü tanısında bulunulmasını hiç bir ekonomik zorlama veya kısıtlılık etkilememelidir. Yalnız beyin ölümünün gerçekleşmiş olduğu kanıtlandığı andan itibaren, hekimler, yoğun bakım ünitesinde bir fazla yerin tutulmasının maliyetini düşünmeye başlamak zorundadırlar.

Bazı politik zorunluluklar da bulunmakta olup, bu çerçevede son yıllarda meydana gelmiş bazı olaylar halâ hatırlardadır. Bazı politik kişilerin, cihazlar yardımıyla yapay olarak yaşamlarını sürdürmeye karar vermek, bu kişilerin eski sağlık durumlarının tam ve ayrıntılı

olarak bilinmemesi ve onların ölümlerinin hangi sosyo-politik karışıklıklara yol açabileceğinin değerlendirilememesi nedeniyle oldukça zordur. Temelde, hekimin kendi ahlak yasaları doğrultusundaki davranışının politik baskılardan etkilenmeyeceğini varsaymalıyız.

Ölüm ve yaşamla ilgili ahlâki ve vicdani düşünceleri dile getiren görüşlerimi belirtirken aşağıdaki konuları vurgulamakta yarar görüyorum :

- Doğum, yaşam ve ölüm, felsefi veya dini inançlarımız ne olursa olsun, bir biyolojik sürecin aşamaları olarak, bizlere aynı vicdani ve ahlâki yükümlülükleri getirmektedir.
- Beyin ölümü kavramı, embryo'nun kişilik kazanması sorunu çerçevesindeki tartışmalarla paralellik gösteren bir kavramdır. Beyin ölümü, beyini bir fonksiyonel birim olarak ele aldığımızda, bütünleyici fonksiyonlar ile zihinsel ve fiziksel performans eşgüdümünün geri dönüşsüz olarak kaybı anlamını taşımaktadır.
- Yaşam ve ölümle ilgili bu sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında, hekimler, kendi kişisel inançlarını bir kenara bırakarak her bir hastanın çeşitli kendine özel yönlerini o kişiyi kendi entellektüel ve manevi çevresi içinde değerlendirerek göz önüne alma görevi ile yükümlüdürler. Szentagothai tarafından belirtildiği gibi «hiç kimse kendisini gerçeğin tek sahibi olarak görme hakkına sahip değildir.»
- Herşeye rağmen, hekim, beyin ölümü sözkonusu olduğunda, her türlü danışmada bulunduktan ve kendinden istenen her türlü izahatı verdikten sonra son karar noktası olma durumundadır.
- Hekimler, mesleki davranışlarında mantık ve sorumluluğu ön plânda tutmakla birlikte, hastalarıyla olan ilişkilerinde gereksiz katılıktan ve şefkatsizlikten kaçınmak zorundadırlar.
- Hasta otonomisi kavramının şiddetle savunulan ve yaygınlaşmakta olan bir kavram olarak ortaya çıkmasına karşın, Hipokrat meslek ahlâki, tıbbi davranışın temel yasası olmaya de-

vam etmektedir. Bu demektir ki, hastalarımızın yaşamını sürdürmek ve onların tedavisi olanaksız ağrılarını ve ızdıraplarını hafifletmek için çaba göstermek bizim önde gelen görevimizdir.

- Son olarak, hastalarımız ve onların aileleri bizim mesleğimize ve kararlarımıza her türlü güveni göstermekte olduklarından biz de onların inançlarına karşı her türlü toleransı ve saygıyı göstermekle yükümlüüz.