

## Çocuk Cerrahının Karşılaştığı Etik Sorunlar

Dr. İ. Haluk GÖKÇORA(\*)

### 1. GİRİŞ

Son yirmi yılda yenidoğan ve bebek yoğun bakım ünitelerindeki gelişmeler; ölümcül kazalardan, zehirlenmelerden ve çoğul organ hasarlarından sağlıklı yaşama dönüşte yapılan atılımlar, daha karışık cerrahi girişimlerin göze alınabilmesi, hatta dokuların, organların tümüyle değiştirilebilmesinde verilen büyük savaşım kimi zaman palyatif kimi zaman da küratif sağlım sağlamıştır. Ör: Nöral tüp defekt'li, kraniosinostoz'lu, hidrosefali'li hastalara değerli bir yaşam verilebilmiştir. Bu arada fazla yoğunluktaki oksijen tedavisinde retrolental fibroplazi ve körlük gelişmesi gibi iatrojenik kazaların farkına varılmıştır. Hemen herkesin tanıdığı zenci pop müziği şarkıcısı "Steve Wonder" böyle bir kurbandır. Yinelenmemesi konusunda da gereken tedbir ve eğitim sürdürülmektedir. Halen insanlık beslenme yetersizliği ve bozukluğu, infestasyon ve infeksiyonlar gibi önlenbilir trojediler sonucu her yıl milyonlarca bebek yitirmektedir. Yalnızca Droirehidrotasyon önlemleri Doğu Afrika'da yılda en az bir milyon bebeğin kurtarılması ve yaşama dönmesini sağlamaktadır. "Savaş"a veya diğer adıyla savunmaya ayrılan parasal değerlerin barınma, gıda, sağlık ve eğitime yönlendirilmesiyle kurtarılan insan sayısı katlanacaktır.

Bu arada sağlıklı bir çocuğun yetiştirilmesi için yeterli sosyo-ekonomik düzeyin sağlanması ve kontrolü içinde çabalanmalıdır.

### 2. TANIM

#### Etik sorunlardan neyi kastetmekteyiz?

Toplumun kabul ettiği moral kavramlar bir sıfat olarak bir konudaki doğru veya yanlış belirler. Etik kavramı ise bir isim olarak bu moral ilkeler üzerinde insanların kural ve görevlerini tanımlar. Ayırımları güçtür<sup>2</sup>.

Tarihte bir toplumda yenidoğan kız bebeklerin öldürülmesi, diri diri gömülmesi töreden kabul edilirken, bir başka zamanda üstü çıplak gezmek bir suç veya bir tahrik olarak değerlendirilmektedir.

Tıp uğraşında ise hekimlerarası, hekim-hasta, hekim-hasta ailesi, hekim-hemşire, hekim-toplum ilişkile-

rinde kolay kolay değişmeyen karşılıklı saygı, sevgi, hoşgörü dışında; sürekli dinamik ve değişiklik gösteren ve yazılı bir belge halinde olmayan ilişki yapıları da söz konusudur.

#### Moral değerler ve etik standartlara nasıl ulaşılabilir?

Dinamik, yaşayan bir toplumda; "hoşgörü" nün de süreklilik kazanabilmesi için nelerin doğru nelerin yanlış olduğu konusunda bir genel anlaşmanın bulunması gereklidir. Kontrol altında tutulması gerekenler arasında insan yaşamına, mal ve mülküne, aile yapısına saygı yer almaktadır. O toplumda hekimin danışman niteliği, ücretlendirilmesi, aile ve hastasıyla ve diğer meslekdaşlarıyla olan ilişkileri böyle genel kavramların getirdiği kurallar içinde belirlenir<sup>5</sup>.

Ancak ülkenin yasalarıyla mesleğin getirdiği etik kavramlar arasında kesin sınırlı olmasa da birtakım farklılıklar da vardır. Yasa devletin yükümlülüğü altında ve polisiye tedbirlerle kontrol edilir durumdayken, hekimlerle ilgili etik kavramlarda yalnızca diğer meslekdaşların kabulü veya tepkisi ve tabip odalarının disiplin cezası, kişiyi meslekten men etme gibi sınırlamalar bulunur. Hekimlerin meslek hataları ve böyle olaylarda sigortalama gib kavramlar henüz ülkemize gelmemiştir. Her geçen gün gittikçe artan oranda bu tür sorunlar ortaya çıkmakta, ülkenin ve mesleğin geleceğini, güvenliğini düşünmeden renkli basınımızda işlenmektedir.

### 3. TARİHÇE

Bu yüzyılın başlarında cerrahi uygulamasında ortaya çıkan etik sorunlar bugünküyle kıyaslanamayacak ölçüde farklı ve azdı. O zamanlar ameliyat edilmezse ölecek hastaların ameliyat sırasında veya sonrasında kayıpları gerek hekimler ve gerekse hasta sahipleri tarafından kabullenilen bir sonuçtu. Önemli sekellerle yaşatılması yerine hastanın kaybedilmesi olağan bir gelişme olarak düşünülmekteydi. Hatta cerrah kendini hastasının yaşamda kalması veya ölmesi konusunda karar verebilecek durumda görüyordu. Aileler de bu uygulamaya karşı çıkmıyorlardı. 19. yüzyıl cerrahları kendilerini hastalarından çok meslekdaşlarıyla iyi geçinmek durumunda hissediyorlardı (5,10).

Ancak günümüzde bu yaklaşım çok değişmiştir. 3.1. **Ölüm ve Yaşam arasındaki karar aşaması** çok daha azalmış durumdadır. Ameliyat sonrası erken ölümler giderek düşmektedir. Yine de yaşam kalitesi normalin veya istenilenin altında kalabilmektedir:

- 1) sosyal ve ekonomik koşullar,
- 2) ailenin ilgisi, düşünce yapısı ve
- 3) ülkenin sağlık politikası da bu konuyu etkilemektedir.

Artık toplum bebeğin yaşatılması veya ölümeterkedilmesi ile ilgili kavramları sadece hekimle hastası arasındaki bir ilişki şeklinde kabul etmemektedir. Aileye ayrıntılı bilgi verilerek onların da fikirlerine saygı gösterilmesi ve en önemlisi de toplum açısından ortak yararın değerlendirilmesi biçiminde bir anlayış ön plana çıkmıştır.

(\*) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Prof. (Bu yazı Sağlık ve Toplum Dergisi için hazırlanmıştır.

20. yüzyılın başlarından bu yana sterilizasyon, küretaj veya çocuk aldırma, az miktardaki yeni tıbbi aletlerin (periton diyaliz makinalarının) ülkeler çapında dağılımı gibi konularda öncelikle ileri ülkelerde değişik tıbbi etik kavramları kapsayan komiteler kurulmuştur. Özellikle eğitim veren hastanelerde ve araştırma kuruluşlarında insanlar üzerinde tıbbi araştırmaları sınırlandıran veya bunlara yetki veren kurullar oluşturulmuştur<sup>6</sup>.

1970'lerde yeniden-canlandırmada kullanılan cihaz ve yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte bunların hangi hastalara uygulanabileceği ve olanakların sürdürülüp sürdürülmeyeceği konusunda karar veren komisyonlar gelişmiştir<sup>10</sup>.

**3.2. Fetal Ferrahi:** Milattan 700 yıl kadar önce yazılmış "lex Romanis"te bebeklerin ölen annelerden doğurtulması gerekliliğinden söz edilmektedir. Doğuma yakın olanlarda yapılan sezaryanlarda belki de yaşayanlar olmuştur (sit. 7).

1963'de Liley, intrauterin kan transfüzyonuyla Rh-uşmazlığı ve Hidrops fetolisli olan fetusun tedavisinin olanaklı kılınabileceğini göstermiştir (sit. 7).

Röntgen ışınlarının zararlı ve ultrasesin zararsız olduğu konusundaki inançların artmasıyla gittikçe artan oranda fetusun intrauterin yaşamına girilmiş; doğal bir gelişim olarak bazı patolojiler saptanabilmiş ve ultrases yönlendirilmiş iğne batırma teknikleriyle veya cerrahi girişimle (ör:hidronefroz, hidrosefali, diyafragma hernisi; mesane-uterus boşluğu ilişkisi) bazı tedaviler yapılabilmektedir. Amniosentez ile; fetus sıvılarının, karaciğerinin, derisinin tetkiki olanaklı hale gelmiştir (sit. 7).

Halen araştırma fetus kemik defeklerinin onarımı, ekstremitelerinin oluşturulması, hemopoietik sistem hücrelerinin transplantasyonu (06.03.1990'da Hacettepe Üniv.'e ilişkin gazete haberi) vs. üzerinde çalışılmaktadır. Genetik mühendisliğinde gelecek yüzyılda büyük ilerlemeler beklenmektedir (sit. 7).

Bu konunun insanlık için ne şekilde kullanılacağı; hastalıklardan kurtulmaya mı yönelik olacağı veya belirli estetik veya dayanıklı yapıların pekiştirileceği organik yapıların mı oluşturulacağı zaman içinde tartışılacak kavramlar olacaktır.

Olağan beden fonksiyonlarının süreklilik kazanmasında kullanılan yapay yöntemlerin artması ve geniş çapta kullanımı, insan embriyosunun endometriuma implantasyonundan sonra fetus gelişiminde istenildiği an değişiklik oluşturabilen tıp alanında çalışan bilim adamlarının gittikçe artan orandaki girişim yetenekleri sayesinde yeni kuşak hekimleri meslek yaşamlarında daha da zorlanmaktadır.

#### 4. ÇOCUK CERRAHİSİNDE CERRAH-HASTA-HASTA AİLESİ VE HASTANE ORTAMI

Bebeklerin veya çocukların sağlık sorunlarıyla uğraşan hekim genelde hastasıyla tek başına kalmaz. Ailenin en azından bir başka bireyi de olayların içindedir. Her iki ebeveyn ve bazan da neneler-dedeler, amcalar-teyzeler ve diğer akrabalar da hasta çocukla hekim arasına girerler.

Büyük çocuklar, hastaneye yatmaları gerektiğinde, hastanenin nasıl bir yer olduğu, bunun ne kadar süreceği, ağrılı bir tetkik veya tedavi görüp görmeyecekleri (kaç iğne yapılacağı) gibi konular üzerinde düşünürler. Aile ise hastalığın veya hastaneye yatmanın yarattığı riskler, prognoz ve parasal giderleri ön planda değerlendirme eğilimindedir.

Hastaneye yatan çocukta:

- 1) aileden uzakta kalmak,
- 2) değişik ortama katılmak ve
- 3) bilinmeyenlerden korkmak

gibi kaygılar anksiyete yaratırken, üstelik bir de ameliyat olunması; cerrahi kesi, dikiş sayısı ve intravenöz sıvı takılması gibi olaylar da bunların üzerine biner<sup>4</sup>. Ülkemizde bu konuda yetersiz ve yanlış eğitim hepimizce malumdur. Yanlış olarak hekim, hemşire birer iğneciumacı gibi gösterilir. Çocuklar için birer tehdit unsurlarıdır.

Hasta ve ailesinin bu tür değişikliklere hazırlanması çocuk cerrahisi açısından çok önemlidir. Korku içindeki çocuk ve ailesi, çocuklarına olacaklar konusunda şüpheleri bulunan ana ve babaya olayları onların anlayabilecekleri basit bir dille, ne kafalarını kurcalayacak kadar veya oluşabilecek karışımın yönünden fazla ayrıntılı ne de hiç bir şey anlamayacak kadar az olmayacak biçimde bilgi verilmeli, onların hekime ve hastaneye güveni sağlanmalı, kişisel ilişkiler olumlu yönde başlatılmalıdır.

Doğumsal malformasyonlar yönünden de ülkemizde ailesel sorunlar ön planda gelmektedir. Örneğin: Çocuk Cerrahinin düzeltip normal fonksiyon kazandırabileceği, diğer bir terimle normal bir insan ömrü kadar sürüp yaşayabileceği bir malformasyon olgusunda anne kendini suçlama eğilimindedir. Baba ve aile de cahillikle bu konuda baskı yapar. Akaraba evliliklerinin henüz süregeldiği ve genetik danışmanlığın daha yeterince hekimler arasında bile kavranmadığı bu koşullarda doğal olarak Çocuk Cerrahisi bu tür danışmanlık hizmetlerini de yüklenmek zorunda kalmaktadır.

#### 4.1. Aile cerrahla tanışmadan önce:

Cerraha başka bir hekim tarafından gönderilen çocuğun durumu acil, elektif veya hiç ameliyat gerektirmeyen koşullar içinde bulunabilir. Yapılan yanlışlar arasında yön göstermesi ve aileye söyleyecekleri konusunda daha sınırlamalı olması gereken sevk edici hekimin ailenin heyecan fazlalığını ve tıbbi bilgi eksikliğini bir kenara bırakıp hastalığı çok basitleştirmesine değerlendirmesi veya tanısı yanlış da olsa "bakın, bu çocuğun apandisitini patlamış, göndereceğim cerrah arkadaşım derhal ameliyat edecek, hatta daha da ileri giderek iki günde kalkacak, ameliyat yarısı hiç iz bırakmayacak gibi" koşullandırmalarla cerrahi hasta-ailesi ve mesleki kararları konusunda köşeye sıkıştırmak, hareketsiz bırakmak söz konusu olabilir. Cerrahin tanımı reddetmesi ile ailenin sevkedene hekim güveni kalmayacak, bu iki doktordan birinin veya her ikisinin dışındakilerde çocuklarına derman araması doğal olacaktır. Ülkemizde ne yazık ki bu tür olaylar sıkça yaşanmaktadır.

Doğal olarak doğru yöntem, sevmeden hekimin **"ben şu hastalığı düşünüyorum ama isterseniz bir de cerrah arkadaşımın düşüncesini soralım"** diye yönlendirmesidir.

Bir başka hekimin aileye vereceği sözleri cerrahın aynen yerine getirebilmesi çok güçtür; ameliyat gerekip gerekmediği bir yana, ne zaman ameliyat edileceği, ne kadar yatacağı, nekahat süresinde nelerle karşılaşabileceği, fonksiyonel veya kozmetik sonuçlar tümüyle cerraha bırakılmalıdır. Cerrah olmayanlar özellikle kozmetik sonuçların çok iyi olduğundan, ameliyatın pek önemli olmadığından sözetme eğilimindedirler. Bazen de tersine, çok kötümser bir yönlendirmeyle örneğin Hirschsprung hastalığında olduğu gibi eski bilgileri ışığında ameliyat mortalitesinin %50 civarında olabileceği gibi yetersiz bilgileri iletme çabasında olabilirler. Her iki aşırı uç yaklaşımdan da dikkatle kaçınılmalıdır.

**4.2. Aile cerrahla tanışırken:** İnsanlar eğitildikçe cerrahi girişimlerden ilke olarak daha az korkacaklar, hastanın sağlığını için birbiriyle dayanışma halinde çalışan "ekipten biri" haline geleceklerdir. Cerrahlar aileye bilgi verirken kendi anksiyetelerini iletmemeye özen göstermelidirler. Bir komplikasyonun ortaya çıkması uzak olasılıksa, bundan hiç söz açmamayı yeğlemelidirler. İvedi girişimlerin ve gecikmenin oluşturacağı sakıncalar üzerinde önemle durulmalı, ailenin bekleyebileceği açıklamalarda bulunulmalı, oturabilecekleri, rahat, sakin bir ortam sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası nostore ailenin karşılaşabileceği kontrorsfüzyon, monitorize edici cihazlar, nazogastrik veya idrar sondası, kolostomi gibi koşulları açıklamakta gecikmemelidir. Genelde aileler bu tür durumların ancak çok kötü durumdaki hastalara uygulandığı ön yargısından hareket ettiklerinden kendilerine bu konuda yeterli bilgi verilmelidir.

İvedi ameliyat sonrası görüşme en azda tutulmalı; aileye ancak histopatoloji sonuçları veya yoğun bakım işlemleri tamamlandıktan sonra daha ayrıntılı bilgiler verilmelidir.

Aile ameliyat sonrası dakika dakika olayların gelişimini izlemek isteğinde olmasına karşın cerrahın tutumu kendilerinin ancak anormal gelişmeler olursa telefonla aranacakları veya kişisel temasa geçilecekleri yönünde olmalıdır. Aksi halde gelişmelerin normal seyirde olduğunu bilmeleri, sık sık arayarak hastane işlemlerine sekte vurdurmamaları gerektiği kendilerine açıklanmalıdır.

Aileye olduğu kadar hekim tarafından çocuğa da ameliyatla ilgili olarak neden, nasıl ve ne zaman sorularını açıklanması çok yerindedir. Örneğin; inmemiş testisle karşılaşıldığında aileye de çocuktaki asimetri gösterilmeli, ellenebilen inmemiş testis, aynı taraftaki fituk, indirilmesi için nedenler ve gerekenler anlatılmalıdır. Gelecekteki cinsel yaşamının normal olacağından, hastanedeki yatma süresinin çok kısa olacağından (günübirlik cerrahi) ve çok kısa bir sürede normal hareketine sahip olacağından bahsedilmelidir. Çocuk bunları duyduğunda ağlırsa; hekim kan almanın neden gerektiği, bunun hiç de korktuğu kadar fazla ağrı oluşturmayacağı, kendisini kestiği gibi açık bırakmayıp diyeceği-

ni, bu süre içinde baygın olacağı ve ağrı hissetmeyeceğini de açıklanmalıdır.

Aile hiç de hoşlanmadığı; "ameliyatı geciktirme eğilimi"nde olmasına karşın hekim gecikmeyle bekleme anksiyetesinin artacağını iletmeli, en uygun ameliyat zamanının hangi dönemde olacağını nedenleriyle açıklamalı ve aileyi yönlendirmelidir. ikinci bebeğine gebe bir hanımın elektif cerrahi gerektiren ilk çocuğu için doğurmasını beklemek bir hakkı olduğu halde ikinci bir çocuğa bakma derdiyle birlikte ameliyatın geciktirilmemesi birinci çocuğuna yeterli ilgiyi sağlayabilmesi yönünden de yararlı olacaktır.

Elektif ameliyat döneminde başka bir rahatsızlık nedeniyle ameliyat geciktirilmesi söz konusu olursa, hekim aileye bu gecikmeden dolayı önemli bir sorunun ortaya çıkmayacağı güvencesini de vermelidir.

**4.3. Hospitalizasyona hazırlama:** Hasta ve ailelerindeki "bilinmeyenden korkma" olayı "hastane korkusu" biçimindedir. Hekimin hastaya ve ailesine bildedikleri hastalık ve hastane koşulları, prognoz hakkında bilgi vermesi bu korkuyu yenmelerini sağlayacaktır. Doğal olarak yatış işlemi sırasında da hasta ve sahiplerinin bürokratik ve laboratuvar işlemleri olarak başlarından geçecekler hakkında hekim tarafından hazırlanmaları karşılıklı kalacakları durumlarda kendilerine psikolojik olarak çok yararlı olacaktır. Aile ve çocuklarına hastaneye yatmada çok kısa süreyle birbirlerinden ayrı kalacakları belirtilmelidir. Aileden çocuklarıyla doktor-hemşire oyunları oynamalarının istenmesi; böylelikle özellikle çocuğun hastaneye hazırlanması yönünden yardımcı olunması akıllıca olur. Kan sayımı ve iğneler gibi çocuğun pek hoşlanmayacağı ve özellikle korktuğu işlemlerin kendisine olabildiğince "ne derece önemli olduğu, amacın kendisini acıtmak değil de hastalığının tedavisi için yardımcı olmak olduğu" gerekmiyorsa sık sık yinelenmeyeceği" gibi telkinlerle anlatılmalıdır.

Hastanede televizyon, eğlence, resim yapma ve diğer çocuklarla birlikte oyun imkanlarının bulunacağı belirtilmelidir.

**4.4. Ayrılık Anksiyetesi:** Diğer yandan gerek çocuk gerekse anne birbirlerinden ayrılmak istemeyeceklerinden birlikte olabilmek için epey hekimî zorlarlar; avantajları olduğu kadar dezavantajları olan bu olguda cerrahi yönden ameliyathaneye uyur durumda giden bir çocuğun devamlı annesinin elini tutmak istemesi ve uyanık hale geçmeye çabası, annenin abartılmış şefkat gösterileriyle hastane sağlık personeline yardımdan çok güçlük çıkartan niteliğe bürünebilir. Çoğu annenin kafasını meşgul eden, ameliyattan çok çocuğunun ameliyatta nasıl uyutulacağı ve tekrar nasıl uyanacağıdır. Cerrah tüm bu işlemleri kendisi yapmadığı ve her şey kendi denetimi altında olmadığı için konuyla ilgili açıklamaları daha çok anesteziistlere bırakmalıdır.

**4.5. Parasal sorunlar:** Ailenin sorduğu sorulardan biri de hastalının ameliyatının ve hastanede yatmasının kendilerine ne kadar mal olacağıdır. Doğal olarak cerrah, paranın hepsinin kendisine gitmeyeceğini, bir

miktarının laboratuvar incelemelerine, bir kısmının hastane yatak ücretlerine, bir kısmının anesteziye, bir kısmının özellikle cihaz, yoğunbakım hizmetleri gibi uygulamalara gideceğini belirtmeli ve ortalama bir değerden bahsetmelidir. Hasta ve ailenin sigortasının tüm bu değerleri karşılayıp karşılamayacağı konusunda yardımcı olunmalıdır. Aile hiç bir zaman kendilerinin ikinci sınıf vatandaş gibi değerlendirileceği duygusuna kapılmamalıdır. Özellikle ameliyat olacak olan bebek ve çocuklarının hangi koşulda olsun birinci sınıf hizmet göreceklarını ve hiç bir hastadan ayırt edilmeyeceği kendilerine açıklanmalıdır.

**4.6. İzleme:** Cerrahlar hastalarının ameliyat sonrası kontrol ve izlemlerinden yükümlüdürler. Özellikle gününbirlik cerrahi geçirmiş hasta sahipleri cerrahın çocuklarıyla yeterince ilgilenmediğini sanırlar. Ameliyat sonrası dönemde en bir kere cerrah tarafından görülen ve aileye durumu iletilen çocuk ve aileleri daha mutlu olurlar.

**4.7. Sevkedilen hekim ile cerrah ilişkileri:** Cerrah kendisine tedavi veya tanı konsültasyonu için sevk edilen bebek veya çocuk için ayrıntılı bilgiyi ilgili hekime iletmelidir. Aile de hekimin ve cerrahın hastalarıyla ilgili sorumlu olduğu kısımları çok iyi bilmelidir. Cerrah en azından telefonla sevk yapan hekime hangi tanıyı düşündüğünü, ameliyat tarihini bildirmeli, taburcu olduğunda da ayrıntılı bir şekilde ne yapıldığını, ne oranda başarı sağlandığını ve nelerin beklenebileceğini içeren mektubu kendisine iletmelidir. Gerek cerrah gerekse sevk eden hekim hasta ile ilgili sorumluluklarının nerede başlayıp nerede bittiğini genelde bilmelerine karşın, aile bu konuda genelde yeterli bilgiye sahip değildir; eğer sevk eden hekime yeterince bilgi verilmemişse ve aile ameliyat sonrası bir cerrahi sorunu kendisine danışmaya gelmişse çok sıkıntıda kalabilir. Aile üyeleri huzursuz olur ve kendilerine yeterince ilgi gösterilmediği inancı onlarda yer eder, böylelikle tüm hekimlik mesleği ağır bir suçlama altına girebilir. Cerrah ameliyat sonrası izlemin hangi yönlerinden sorumlu olduğunu aileye ve sevk eden hekime net bir şekilde açıklamalı ve kendi görevinin bittiği yerde bunu yine kendilerine bildirmelidir.

**4.8. Çocuk cerrahının ve hastalarının çevre koşulları:** Çocuk cerrahisinin yapıldığı ortam hiçbir zaman erişkinlerin yattığı ve bu yaştaki insanlara sağlık hizmeti vermeye alışık personelin bulunduğu "genel hastane koğuşu" olmamalıdır<sup>4</sup>. Ameliyathanesi, laboratuvarları ve koğuşlarıyla çocuğun dünyasını yansıtan bir çocuk hastanesi en elverişlisidir. Yine özel bakım odaları, yenidoğan yoğun bakım odası, yoğun bakım servisleri de döşenişleriyle, resimleriyle, eğitilmiş hekim, hemşire ve personeliyle çocuklara yönelik olmalıdır. Delikanlılık çağındaki çocuklarda cinsiyet ayırımına, onların yeni gelişmekte olan kişisel davranışlarına dikkat edilmelidir. Her aşamada yeni hekimler, personel, hemşireler, aile eğitilmelidir. Günlük uğraşı odaları, okul, sosyal hizmetler hep çocuklara yönelik olmalıdır. Ağır hastalarla ölmekte olan çocuklara ve aileye destek şarttır. Terminal evrede ve gerekiyorsa otopsi izni almada aileye son derece dikkatle yaklaşılmalıdır<sup>4,9</sup>.

## 5. SORUNLAR - OLGU SUNULARI ve TARTIŞMA

Ağır hasta veya özürülü yenidoğan bebekler konusunda Amerika'da 1976'da Karen Quinlan ve 1982'de Doe Bebek olguları kamunun da ilgisini çeken bir düzeyde ele alınmış ve uzayan tartışmalara neden olmuştur<sup>5</sup>.

\* Karen Quinlan 21 yaşında solunum desteği ile yaşatılabilen koma halindeki bir genç kızdır. Kendisini evlat edinmiş aile ona yapılan tedaviye son verilmesini istemiştir. Etik kurullar oluşturulmuş, kesin sonuçlar alınamamıştır.

\* Doe' Bebek olgusunda ise devlet özürülere destek vermeyen hastanelere para vermeyeceğini ileterek tehdit edince pek çok hastanede yenidoğanların prognozu ile ilgili komiteler oluşturulmuştur.

\* El ve ayaklarında konjenital deformitesi bulunan bir anne, ilk bebeğinde benzer yapı ortaya çıktığında gittiği çocuk cerrahının ikinci bebeğinde böyle bir olayın yinelenme tehlikesinin az olduğu iması üzerine gerçekleştirilen ikinci hamileliğin sonucunda aynı olması üzerine aile cerrahı kendilerinin bir genetik danışmana gönderilmemesinin ihmal edildiğini ileri sürerek dava eder. İkinci çocukları için doğum öncesi tanı yöntemleri kullanılarak, bozukluk saptandığında gebeliğe belki de erken son verme şanslarından kendilerinin yoksun bırakılmış olduklarını iddia ederler.

Bu olaylar sırasında cerrahın verdiği ilk bilgiler sırasında anne henüz hamile değildir.

1) Acaba burada yanlış tavsiyenin verildiği zaman henüz var olmayan bir insan varlığından dolayı hekim suçlanabilir mi?

2) Verilen tavsiye doğru olmuş olsa ve anne artık hamile kalmamış olsaydı, böyle bir yaşamdan dolayı hekim suçlanabilir miydi?

3) Yanlış tavsiyeden dolayı fetus herhangi bir zarar görmediği halde ancak varlığını hekime borçlu olması dışında bir suçlamada bulunulabilir mi?

4) Intrauterin yaşamadaki bir fetus antenatal tanı yöntemleri var olsa bile hekim suçlayabilir mi?

5) Konu edilen bebek ancak deforme doğabilirken, hekimin yanlış tavsiyesi doğrudan bu deformasyona yol açmadığı gibi hekimin suçluluğu bu deformasyonun kaçta kaçından mesuldür? Yapılan yasal girişimler sonucu bebeğin hekimden herhangi bir hak iddia edemeyeceği, ancak ebeveynlerin iddia sahibi olabilecekleri kesinlik kazanmış ve hekimden parasal çıkar sağlamışlardır.

\* Yine bir başka olgu da Dr. Leonard Arthur'un başından geçmiştir. Down sendromlu doğup, ailesi tarafından istenilmeyen bir bebeğin bakımında bebeğin beslenilmeyip sadece hemşire hizmetlerinden yararlanması, kodein türevleriyle uyutulması konusundaki emirleri sonucu bebek solunum sistemi enfeksiyonuyla kaybedilmiş, ancak hekim bebeği isteyerek öldürmek suçuyla yargılanmıştır. Bebeğin solunum sistemindeki olaylardan yitirilmesinde kodein türevleri direkt olarak suçlanmamış ve sonuçta hekim aklanmıştır.

\* 3 aylık erkek bebek intrauterin dönemde annesinden aldığı fulminan hepatit nedeniyle sık karaciğer yetmezliği ve sık kanamalarla hastaneye yatırıldı. Sık kan

aktarımları gerektiren bu durumu etik komiteye sunulduğunda anne kan aktarımlarına devam edilmesini isterken hekimi olayın geri dönüşsüz olduğunu ve hastanın sağlık personeline sürekli hepatit riski oluşturduğunu savunuyordu. Sonuçta annenin isteği yerine getirilmekle birlikte bebek ancak üç hafta daha yaşatılabildi<sup>1</sup>.

\* 3 günlük doğum anomalileri (Holt-Dram sendromlu) ve apne nöbetleriyle yatırılan bir bebeğin hekimi ailesinin itiraz ettiği kalp kateterizasyonuna gerek gördü ve olayı etik kurula iletti. Kurul hekimin verdiği kararı uygun gördü ve aileye mahkemeye gidileceğini söyleyince; aile mahkemeye gitmemek için gerekli izini verdi. Bebek 5 günlükken kateterizasyona gittiğinde balonla septostomi yapıldı. Ancak kalp durduğundan kapalı kalp masajı gerekti. Yarım saat sonra da kalbi yeniden durdu. Kardiyolog öldüğünü belirtti. Ancak yine kalbin çalıştığına farkına varılınca hasta kurtarıldı, entübe edilip yoğun bakıma alındı. Aile bu sefer de ekstübe edilmesini isteyince hekim olayı yine etik komiteye getirdi. Nörolog bebeğin nörolojik hasar gördüğünü ve olayın geridönüşsüz olduğunu belirtince kurul ailenin isteği doğrultusunda karar verdi, respiratuar destek kesildi ve bebek öldü<sup>1</sup>.

## 6. HIRPALANMIŞ ÇOCUK SENDROMU

Bu sendrom, fiziksel olarak kendilerini korumaktan aciz, henüz konuşmaya başlamamış veya zeka özürlü bebek ve çocukların kendilerinden daha güçlüler tarafından maruz bırakıldıkları travmalar sonucu zarar görmeleri hatta kaybedilmeleri halidir.

Ebeveynleri veya bakıcıları tarafından hırpalanan çocukların bir bölümü sakat kalırken bir bölümü de kaybedilmektedir.

Ölümcül nedenlerin başında yanıklar, karın ve kafa travmaları gelmektedir. Çocuklar hemen her ülkede, her çevrede dövülmekte ise de sosyal ve ekonomik düzeyi düşük ailelerde böyle olaylara daha sık rastlanmaktadır.

Alıştıkları çevreden kopan ve doğup büyüdüğü yörelerden uzaklaşan ailelerde bu oran sosyal ve ekonomik duruma bakılmaksızın yükselmektedir. Eşler arasında geçimsizlik ve uyumsuzluğun bulunduğu aileler, üvey ebeveynli aileler, bir zamanlar dövülen çocuk olan ebeveynlerden oluşan aileler, babaları işsiz aileler dövülmüş çocuk sendromunun sık görüldüğü toplum kesimlerdir. İstenmeyen veya engellenemeyen bir gebelik sonrası gan çocuklar ailenin en küçüğü olarak ebeveynlerin hiddetlenmesi sırasında büyük kardeşleri gibi kaçamadıklarından ortada kalır ve tüm şimşekleri üzerlerine çekerler<sup>2</sup>. Cinsel saldırının toplumsal ve emosyonel sonuçları göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik, zührevi hastalık yönünden işgal kurbanları araştırılıp muayene edilmeli, gerekli acil bakımı yapılmalıdır. Kısa ve uzun sürede olabilecek psikolojik travmaya karşı destek verilmelidir<sup>3,8</sup>.

## 7. ETİK KAVRAMLAR

Genelde geridönüşsüz ve sürekli koma halindeki, tedavi sadece sonu kesin ölüm olan olayın gecikmesine yol açtığı durumlarda, tedavinin insancıl olmadığı ko-

şullarda bebek ve çocukların tedavilerinin kesilmesi kabul edilmektedir.

Etik kurallar, kendi isteği ile katılan kişilerden oluşmalı, hastane idaresi destek vermeli, burada çoğunluğu hekim olmak üzere değişik mesleklerden ve iyi eğitilmiş kişiler bulunmalı, bebek ve çocukların aileleriyle işbirliğine açık olunmalı, gizliliklere saygı gösterilmelidir. Bu kurul düzenli aralıklarla toplanmalı, üyeleri yeni üyelerle değişebilmel, toplantı kayıtları tutulmalı, bunlarda sürekli özeleştirii yapılabilir<sup>6</sup>.

### 7.1. Moral değerlerin ve etik uygulamaların sürekliliği nasıl sağlanabilir?

Kimi ülkede (ör: A.B.D.) sağlık sistemlerinde var olan muhbirler bebeklerin bakım ve beslenmeleri konusunda yapılan eksikliklerin bildirilmesinde sağlık bakanlığınca ve devletçe ödüllendirilmektedirler.

1983 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Doe bebek" olayındaki gibi, kimi sigorta şirketleri hekimler aleyhine dava açabilmek için yine hastane içinden adam kullanarak yapılan tıbbi hataları anında öğrenebilmektedirler. Ancak tıbbi meslek kuruluşları arasında bu uygulamaya hiç de uygun bir davranış olarak bakmayanlar da bulunmaktadır (American Academy of Pediatrics, American Medical Association, British Medical Association...). Bunlar tıbbin içinden gelmeyen kimselerce telefon ihbarcılığı üzerine yapılan araştırmaların uygulanmamasından yanadırlar. Yeni bir hemşire, servis hizmetlisi, temizlikçi ve hatta bir ziyaretçinin bir telefon ihbarıyla bile araştırmaya geçileceği, yaptığı işin kontrol altında tutulacağına bilincinde olmasının bile bir hekimin çabuk ve sağlıklı karar vermesinde olumsuz etki göstereceği inancı yayılmaktadır. Hekimlerin klinik bağımsızlıkları, hastalarla ilgili kayıt ve kararlarının gizliğine saygı gösterilmesi gibi kavramlar böyle meslek kuruluşları tarafından şiddetle savunulmaktadır.

Buna karşın bazı devlet kuruluşları özellikle özürlüler ve sağlık alanında yaptığı yatırım oranında hekimler üzerinde kontrol yetkisinden vaz geçmemektedir<sup>5</sup>.

Etik yargının temelinde bilgi, tanı ve prognoz yer alır;

1. Gerek bebek-çocuk ve gerekse ebeveynler için belirli bir hastalığın kısa ve uzun süreli etkileri neler olmaktadır?

2. Sağlıklı yaşam için verilen savaşımdan ne zaman ve hangi koşullarda vaz geçilebilir?

3. Barsaklarının büyük bir kısmı çıkartılmak zorunda kalan kısa barsaklı ve besin emilim alanı kısıtlı bulunan bebeklerde çok pahalı bir yaşamı sürdürme yöntemi olan "damar aracılığıyla beslenme"ye ne kadar süre devam edilmelidir?

4. Beyin hasarlı bir bebeğin geleceği nelere dikkat edilerek düzenlenmelidir.

"Ne yapılması mümkünse, yapılsın!"

"Eğer varsa, kullanılsın!" gibi klişeler bazı koşullarda geçersiz kılınmalıdır.

Bazen dev teknik olanakların devreye girmesi (tıbbi çarkın dönmeye başlaması) kaçınılmaz sorunlara ve doğal olarak trajedik bir sona neden olabilmektedir<sup>10</sup>.

Etik ve bebek bakımı kurullarının oluşturulmasıyla "kurtar veya bırak ölsün" veya "tedaviye artık devam etmeyin" gibi kararların verilmesindeki güçlükler, tartışma platformunun bir ara ön plana çıkan mahkemelerden yeniden aile ve hekime dönmesini sağlayacaktır. Bu işlemden etik kurullar danışman rol oynamakta, yasalar ise ne pahasına olursa olsun yaşamı kurtarıcı uyarılar veren savcıyla simgelenmektedir.

Bazı hekimler kendilerini hastane parasını en ekonomik biçimde kullanmakla sorumlu kişiler olarak görürler. Bazı çevre ve ekonomik koşullarda doğanın kendi koşullarını yönetmeye olanak sağlaması, "tarama" da eşitlik ve vicdan kavramları göz önüne alınarak sağlanabilmektedir.

Bu konuda, fakültemizde 20 yıla yakın süre ağır bir maddi ve manevi yükü taşıyan, elektrik çarpmasıyla bitkisel yaşama girmiş Dr. Alp Reel örneği anılmalıdır. Buna benzer pek çok örnek bulunabilir.

"Çocuk Cerrahisi" ile diğer yandan toplum barışta ve savaşta değişik etik kavramları hemen kabul etmektedir. Savaşta cerrahın iyileştirmek için ilk yanına koşacağı hasta barışta olduğu gibi sesi çıkmayan, şok halindeki yaralı değildir. Parmağına kıymık batmış veya kulak kepçesini kurşun sıyrıp geçmiş olan askeri biran önce savaş alanına geri gönderebilmek gayretiyle hemen onun yanına koşacaktır.

**7.2. Kişi ve toplumun etik değerleri:** Doğal afetlerde kazazedeleri kurtarmak için hem kendimizi büyük tehlikelere atmakta hem de yığınla parayı bu uğurda harcamaktayız. Yine benzer nedenle insanlık uğruna, bebek ölüm hızını azaltmak amacıyla; yenidoğan ve çocuk yoğun bakım birimleri oluşturmakta, bu konuda uzman ve personel yetiştirmekteyiz. Yine toplum değer yargılarına uyararak savaş hali, ölüm cezası ve çocuk aldirma politikalarına yön vermekteyiz. Gebelik toksemisinde ne zaman gebeliğe son verileceğine karar vermeyi kolayca başaramamaktayız.

## 8. SONUÇ

Sonuç olarak yaşamı sürdürmek veya ıstıraplara son vermek için yaşamsal savaşı terketmek gibi birbirinin karşıtı karar verme durumları gittikçe artan oranda karşımıza çıkacaktır. Televizyon gibi araçlarla hızla eğitilen toplumun sahip çıkacağı özürülüler ve devletin bu konudaki politikası, ayıracağı ilgi ve para, hekimlere karşı takınacağı tavırda hekimlerin profesyonel serbestilerinin sürmesi yanısıra topluma ve yasalara karşı korunmalarında da böyle etik kurullara hakemlik ettirmesi gerekmektedir.

Özellikle, kendileri adına konuşamayan, kendileriyle ilgili kararlar alamayan ve haklarını savunamayan yenidoğan, bebek ve çocuklar için gerekli olabilecek avukatlığı biz Çocuk Cerrahları yapmalıyız. Öteki insanların biz hekimler üzerindeki olumsuz baskısını azaltabilmek için biz kendimiz hastamıza olduğu kadar, mesleğimize ve meslektaşlarımıza sahip çıkmalıyız. Etik kurullar oluşturmalıyız. Her hastanede hekim, paramedikal kimselerce oluşturulacak bu komitelerin bizzat varlıkları bile hekimlere kolay olmayan karar verme

aşamalarında danışabilecekleri bir organın bulunduğu güvencisini verecektir. Ancak karar hiç bir zaman bu kurullar tarafından verilmemeli ve hekim kararını kendisi verme yetkisinde olmalıdır.

Hekimin verdiği kararı kamu karşısında savunabileceği bir ortamı bu etik kurullar yaratmalıdır. Bu amaçla:

1) Toplumun temel normları yansıtılması için toplumun güvencisi, ahlak yönünden inanacağı kişiler etik kurullarda bulunmalıdır.

2) Etik kurulların alacağı kararlarda yasa karşısında bir sıkıntıya girmemek için bu konuda yetişmiş bir avukat da mutlaka bu kurullara katılmalıdır.

3) Doğmuş olsun veya olmasın alınacak kararlarda çocuğun tarafının da düşünülmüş olması gerektiğinden, kişisel gurur, meslekte ilerleme ve parasal kazanç gibi motivasyon sağlayıcı kavramları aşmış, toplum ve ebeveynlerin baskısı altında olmayan deneyimli hekim meslektaşlar da kurullarda bulunmalıdır.

Böyle bir etik komitenin yapısı hastaneden hastaneye ve ülkeden ülkeye değişmekle birlikte

1) araştırma projelerinin onayında,

2) çok önemli çapta özürü ortaya çıkacak bir hastada sağlığının sürdürülmesi veya son verilmesi gibi kararları almada rol oynamaktadır. İşin önemli yanı böyle kurulların varlığının ve üyelerinin kimler olduğunun toplum ve sağlık adamlarınca bilinmesi.

Yürütücü, tavsiye edici veya eğitimsel amaçlı da olsa görevini yapması yararlıdır.

## KAYNAKLAR

1. Brent R.L: The law and congenital malformations. Clin in Perinat 13: 505-544, 1986
2. Çöloğlu AS, Kulusayın Ö: Dövülmüş çocuk sendromu. ATD 1: 179-185, 1985
3. Dinçmen K: Çocukluk yaşlarındaki cinsel suçların adli psikiyatrik yönden irdelenmesi. ATD 1:147-151, 1985
4. Koop C.E: The Surgeon, Physician, Child and Family interpersonal Relationships. in Surgical Pediatrics (ed SL Gans) Grune and Stratton, NewYork, 1973, pp:3-12
5. Lister J: Ethical Problems in Pediatric Surgery. Kinderchirurgie Congressbook, Hippokrates Verlag Stuttgart, 1985 pp: 13-17
6. Mahowald MB: Baby Doe committees: A critical evaluation. Clin in Perinat 15: 789-800, 1988
7. Pinckert TL, Golbus MS: Fetal surgery. Clin in Perinat 15: 943-953, 1988
8. Poroy A: Irza geçme ve irza tasaddi vak'alarında jinekolojik muayene ve dokümantasyon. ATD 1:141-146, 1985
9. Öztürk M: Ölümcül hastalığı olan çocukları tedavi eden doktorların sorunları ve sorumlulukları. A.Ü.T.F. Mec. 469-478, 1980
10. Vaux KL: Ethical issues in caring for tiny infants. Clin in Perinat 13: 477-484, 1986