

DERLEME**DOĞUMDAN ÖLÜME TIPTA ETİK***Dr. Emel İRGİL**

Özellikle son 20 yıldır çeşitli nedenlerden dolayı tıp uygulamalarında etik kuralların tartışması yapılmaktadır. Tıbbi etik oldukça popülarite kazanmıştır. Herhangi bir yakınımız hasta olup modern tıbbın ya da tıbbi teknolojinin olanaklarından yararlanma olasılığı doğduğunda, bilimsel yöntemlerin ve insani değerlerin çatışması arasında kalabiliriz. Sağlık ekibinde bulunan tüm bireyler herkes için en modern teknolojiyi kullanmakta ya da kullanılmasını önermektedirler. Bilim ve teknoloji, çocukların, ölen hastaların, mental olarak hastalanmış bireylerin, hayvanların, hasta olmasa da tıbbi bakıma gereksinimi olan bireylerin ahlaki değerlerinin yeniden gözden geçirilmesine olanak sağlamaktadır.

İnsancıl değerleri yakalayıp değerlendirebilmemiz için tıpta, felsefede ya da din eğitimiinde bir dereceye sahip olmamız gerekmez. Sorunlar karşısında insanca düşünmeyi bilmeliyiz. Bu sorunlar doğumdan ölüme kadar yaşamın çeşitli evrelerinde karşımıza çıkar.

GENETİK

Modern genetik, kalıtımın yalnızca 'ne' olduğu ile ilgilenmez, aynı zamanda 'neden' ve 'nasıl' sorularını da yanıtlamaya çalışmaktadır. Doğumdan önce, amniosentez ya da koryonik villus örnekleme yöntemi ile fetustaki kromozomal anomalileri saptamak mümkündür. Kromozomal anomaliler genellikle zeka gerilikleri ile belirginleşen hastalıklar olarak karşımıza çıkarlar. Genetik hastalıklar, bir gen üzerindeki bir defekten kaynaklanmaktadır. Archibald Garrod (1902), alkaptonüri üzerinde çalışmış ve bir gen üzerindeki bozukluktan kaynaklandığını bulmuştur. Albinizm, sistinüri ve porfirianın da benzer şekilde ortaya çıktığı gösterilmiştir. James Watson ve Francis Crick, 1953'te DNA'nın yapısını bulmuşlardır. 1990'da bilim adamları, insan genetik yapısı ya da genomunun haritasını ve bölümlerini ortaya çıkarmak

amacıyla **Human Genome Project** adlı bir proje başlattılar. HGP'nin amacı, insan genomunu oluşturan kromozomların fiziksel haritasını yapmak ve her kromozom üzerindeki her genin fonksiyonunu tanımlamaktır. Projenin ilk amacı tamamlanmak üzeredir. Ancak ikinci aşama zaman gerektirdiğinden halen sürmektedir. Bu aşama, tıpla daha içiçedir. Bu aşamanın sonuçlanmasıyla, hastalıkların tedavisinde farklı yönler belirecektir. Gen replasmanı ile kanser tedavisi klinik deneyler aşamasına gelmiştir. HGP'in 15 milyar dolarlık bütçesinin % 3'ü, projenin etik, yasal ve sosyal yönlerinin araştırılması için ayrılmıştır (**Dawson K, 1996:5-12**). Genetik bilginin uygun kullanılması için aşağıdaki prensipler gözardı edilmemelidir :

- 1- Yaşamımız genetik materyalimizden çok çevreden etkilenmektedir.
- 2- 'Normal' insan genomu yoktur.
- 3- Halk, genetiğin ve istatistiğin dilini öğrenmelidir. Böylece bilgilenmenin sonucu olarak yürütülen tartışmalar daha iyi sonuçlar alınmasına neden olurlar.

Yaklaşık 3000 genetik hastalık sağlığımızı tehdit etmektedir. Bozuk genlerin nerede olduğunun, nasıl olduğunun bilinmesi, nasıl düzeltilebileceğinin bulunması insan genomunun bilinmesiyle ilgilidir.

Genetik tehlikeli soruların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır: Niçin genetik bilgiyi insanın daha iyi konuma gelmesi için kullanmayalım ? Bize verilen genetik bilgi, ailemizi geliştirmede ve doğurganlık danışmanlığında, doğum öncesi tanı ve gelecek yaşantısında karşılaşılabileceği hastalıkların belirlenmesinde bir avantaj sağlayacak mıdır ?

Genetik bilgi, rüyaların ve kabusların başlangıcı olabilir. Genetik bilgi, kesinliği değil olasılıkları bize bildirmektedir. Genetik bilgimizi biz öğrenmek isteyebiliriz ya da istemeyebiliriz, ama yaşam sigortacımız ya da işverenimiz kesinlikle bilmek isteyeceklerdir. Gelecekte pahalı bir tedavi

* Yrd.Doç., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

gerektiren hastalığa yakalanacak sığortamız primi yüksek olacaktır, ya da işverenimiz belki de bizi işten çıkaracaktır. Erken dönemde tedavisi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanma olasılığını bilmemiz bize ne kazandıracaktır? Gerçekten sağlıklı olduğumuz yıllarda bu bilgi bizim başımızda karabulut gibi durmayacak mıdır? Prenatal tanıda, uzun boylu, yeşil gözlü, zeki bireylerin seçilip geri kalanların yok edilmeyeceğini kim söyleyebilir! Tüm bunlar 'olası' olduğundan, beklenenin tam tersi olan bireyler ne olacaklar? Daha iyi bireyler oluşturulabilir mi? 'Daha iyi', nereye kadar? Beklediği çocuğa sahip olamayan bir birey, 'ben size böyle mi ısmarladım?' diyebilir. Çocuklar, anne-babalar mutlu olacaklar mı?

Prenatal tanı 1960'larda ortaya konmuştur. Kötü bir genetik defekti olan gebeliklerin sonlandırılması önerilmektedir. Başlangıçta her gebelikte bu uygulama yapılmazken, sosyal baskı ve prenatal tanıdaki gelişmelerle, 35 yaşın üzerindeki tüm gebelerde kan basıncı izlenmesi gibi rutin hale getirildi ve 'tıbben endike' olarak değerlendirilmeye başlandı (Schwartz R, 1996: 21-34).

DOĞURGANLIK TEKNOLOJİLERİ

In Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embryo Transfer (ET) teknikleri üzerindeki çalışmalar 1944 - 1977 yılları arasında sürmüş ve 1978'de Louise Brown'un doğumuyla başarıya ulaşımıştır. Günümüzde Yardımlı Doğurganlık Teknolojisi (ART), standart infertilite tedavisi şemasına girmiş bulunmaktadır. ART ile 'ne yapabiliriz' sorusundan çok 'ne yapmalıyız' sorusuna yanıt aramalıyız.

1884'te Dr. William Pancoast, kocası infertil olan bir hastasının, 'en yakışıklı tıp öğrencisi'nden sperm alarak hamile kalmasına neden olmuştur. Bu olay her iki tarafça örtbas edilmiş ancak genç adam, biraz çalışarak biyolojik babasının kim olduğunu bulmuş, babasının saygıdeğer bir doktor olması dolayısıyla herhangi bir sorun çıkmamıştır (McClure ME, 1996: 35-49).

1978'de Louise Brown'un petri kutusunda oluşturulması mucize olarak tarihe geçmiştir. Zamandan bu zamana dünyanın pek çok ülkesinde pek çok mucizeler gerçekleşmektedir. 1932'de Aldoux Huxley'in yazdığı **Cesur Yeni Dünya**'da da insanlar deney tüplerinde, yapacakları işlere göre sınıflandırılarak, en zekiden en aptala kadar (a'dan e'a) üretildikleri varsayılmaktadır. Daha **Jurassic Park**'ta klonlama ile dinazorların yaşama döndüğü varsayıldı. Geçen yıl ise bir koyunun klonlama yoluyla yaratıldığı haberi tüm dünyayı karıştırdı. Karbon kopyası bebekler, yitirilen bebeklerin yerine konan bebekler, bire bir ikizler elde edilebilir konuma gelmiştir. Eğer bir bebeğe organ nakli gerekirse anne hemen onun bire bir ikizini dünyaya getirebilir ve organlarını kullanabilir.

Yapay inseminasyonu kullanan ailelerde yasal olarak çocuğa bakanlar, onu eğitenler anne-baba sayılırlar. Ancak ahlaki olarak, 'bu kimin çocuğudur?' Velayet sorunu halen

daha tam çözülememiş durumdadır. Donör, yalnızca gamet hücrelerini vermekte, ya da 'kiralık anneler' yalnızca bebeği doğurmakta, doğacak bebek üzerinde herhangi bir talepte bulunmamayı taahhüt etmektedirler. Alıcı ise tüm sorumluluğu üzerine almaktadır. Bu anlaşmalara uymama durumunda ne olacak?

Tartışılan ve belki de tartışması hiç bitmeyecek bir konu da, düşüklüktür. Yasal düşünüşe karşı olanlara göre, ahlaki olmayan bir prosedürdür. Fetüslerin da insan olduğunu ve asla bir insanın yaşamının sonlandırılmayacağını savunmaktadırlar. Yasal düşünüşü savunanlar ise fetüslerin 'insan' olarak kabul edilemeyeceklerini, yaşama haklarının varsayılmayacağını, ancak doğan bebeklerin ise her türlü haktan yararlanmaları gerektiğini söylemektedirler. Tutucu bir yaklaşımla düşük, çözülememiş dini bir konu, tıkanmış bir tartışma olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden kişiler öldürülmektedir.

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO) İnsan Doğurganlığındaki Etik Konuları Araştırma Komitesi, özellikle son 20 yılda gündeme gelen, etik ikilemlerin, doğrunun ya da yanlışın, yaşamla ölümün tartışıldığı bir rapor hazırlamışlardır. FIGO'nun tartışmaya açtığı konular:

Cinsiyet seçimi: Prenatal tanı ile cinsiyetlerin saptanması.

Sterilizasyonda etik düşünceler: Doğurmasının sakıncalı olduğu insanlara uygulanan sterilizasyon

Çoğul gebeliklerin seçici olarak azaltılması: Büyüdüğünde sorunlu olabilecek fetüslerin yok edilmesi

Prenatal tanı sonrası yapılan düşüklüklerin etik durumu

HIV enfeksiyonu ve doğurganlık: HIV, anneden bebeğe geçtiğine göre HIV(+) bir kadının gebeliği sonlandırılmalı mı?

Cinsel haklar ve doğurganlık hakları: Kadının anne olmamayı seçme hakkı da vardır.

Klonlama: Sonu bilinmeze doğru gidiyor. (Open File, 1997: 17)

SAĞLIK BAKIMINDA KADIN VE ÇOCUKLAR

Yenidoğanlar, özellikle farklı bir ilgi ve bakım gereksinimi duyarlar. Yenidoğan yoğun bakımları dünyadaki en pahalı tıbbi tedavi üniteleridir. Teknoloji ile yönlendirilirler ve sürekli gelişmektedirler. Özellikle 1950'lerden sonra hasta ya da malforme yenidoğanların yaşama kazandırılması için açılmış ve giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Beraberinde karmaşık etik sorunları da getirmiştir. 1870'lerde Avrupa'da 'Bebek Yardım Hareketi' adı altında bir

çalışma başlatılmıştır. Çalışmanın amacı, bebek ölümlerinin azaltılmasıdır. 1900 yılında bebeklerin ısı, beslenme ve bazı hastalıklarının önlenmesine önem veren bakımların başlaması ile yenidoğan ölümlerinde azalma olmuştur. En önemli gelişme ise ölüm istatistiklerinin tutularak yenidoğan ölüm nedenlerinin saptanmasına yönelik çalışmalar olmuştur. Charles Darwin'in hipotezine göre fetal ve neonatal ölümler doğal seleksiyonun bir parçasıdır. Tedavide pasif kalmayı yeğleyen doktorlar bu görüşü benimsemişlerdir. Ancak 1922'de J.H.Hess, izlem çalışmaları sonucu prematür bakımların kayda değer olduğunu göstermiştir. Ancak 2. Dünya Savaşı sonrası, prematür bebeklerin oksijen tedavisine bağlı epidemik körlüğün ortaya çıkmasıyla sorun yeniden tartışılmaya başlanmıştır.

1958'de Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri her yerde açılmaya başlamış ve ısıtıcı aygıtlar, kardiopulmoner monitörler, intravasküler infüzyon pompaları, kan gazı analizleri rutin hale gelmiştir. Respiratuar bakım giderek daha agresif ve daha invazif hale gelmiştir. Umbilikal arter kateterleri, trakeal intübasyon ve mekanik ventilatörler 25 haftalık prematür bebeklerde yaygın olarak kullanılan aletlerdir. Bunun yanısıra günlük kan tetkikleri, radyogramlar da bebeği sürekli rahatsız edecek işlevlerdir. Sekonder enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, körlük yoğun bakımdan sonra görülen hastalıklardan bir kaçıdır. İntraventriküler kanama sonucu oluşan kalıcı beyin hasarı yaşam boyu toplumun desteğini gerektirecek durumları ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde 22 haftalığa ve 450 gr.a kadar olan bebeklerin yaşatılması mümkün olmaktadır. 1980'lerde surfaktanın bulunarak hyalin membran hastalığında kullanılmaya başlanması, yoğun bakımlarda sesin ve ışığın en aza indirilerek bebeğin daha konforlu bir şekilde uyumasının sağlanmaya çalışılması ve aileye odaklanmış, ailenin karar verme mekanizmasına etki etmesini amaçlamış bir sistemin uygulanmaya başlamasıyla daha iyi sonuçlar alındığı görülmüştür. Bakımın fiyatı, hastanede kalma süresine bağlıdır. Ortalama günlük bakım A.B.D.de 2000 \$'ı bulmaktadır (Adams JM, 1996: 71-78).

Bir yüzyıldan fazla bir süredir, tartışmalar, toplumun bir hasta birey için kaç tane potansiyel normal bireyini kurban etmesi gerektiği sorusunda odaklanmıştır. Malpraktis davalarının çokluğu, doktorların karar verme aşamasında ailelerin düşüncesine uymaya yöneltmiştir. Bu da yanında pek çok sorun getirmektedir. Yararının olmadığını bile bile tedaviye devam etmek, daha sonradan zeka özür, asla iyileşemeyecek bireylerin, hem aile hem de toplum üzerinde bir yük olmasına neden olabilmektedirler (Goldworth A, 1996: 79-84).

Çocuklar, büyüyen, gelişen bireyler olarak haklara sahiptirler. Onlara yapılan her girişim mutlaka onların da izinlerinin alınmasıyla yapılmalıdır. Hasta hakları olarak adlandırdığımız, doktorunu seçme, tedaviyi seçme, girişimi red etme gibi durumlarda çocuklar da karar verebilmelidir. Hastalığı konusunda bilgilendirilmeli, tedavi seçenekleri konusunda tartışılmalıdır. Böylece tedaviyi kabul etme ve sürdürme olasılıkları da artar. Çocuklar

2 yaşından itibaren hastalığın hastalık olduğunu bilir. 7 – 10 yaş arasında mantıksal düşünmeye başlamıştır. 11 yaştan sonra ise herşeyi anlayıp kavrayabilir. Tüm insanlarda olduğu gibi kanserli çocukların da 5 aşamalı düşünceleri vardır. Kronolojik yaş bu düşüncelerden bağımsızdır (Mahowald MB, 1996: 85-98):

- 1- Ben çok hastayım.
- 2- Ben çok hastayım ama iyileşeceğim.
- 3- Ben her zaman hastayım ama iyileşeceğim.
- 4- Ben her zaman hastaydım ve hiç iyileşemeyeceğim.
- 5- Ölüyorum.

TRANSPLANTASYON

Tıp alanında son yıllardaki gelişmeler, immunosupresif ilaçların transplantasyonu kolay kabul edilebilir hale getirmesi, gelişen cerrahi teknikler transplantasyonun ileri ve yaygın bir şekilde yapılmasını sağlamıştır. Bir çok organ kadavralardan alınmaktadır. Ancak kadavra olabileceklerin azlığı dolayısıyla canlı vericiler de kullanılmaktadır. Bu konudaki etik sorunlar hem çok hem de karmaşıktır: Ölüm tanımlamasından, canlı vericilere verilecek paraya kadar pek çok konu tartışılmaktadır. Yoksul kişiler organlarını satılığa çıkarmaktadırlar. Cerrahi girişimler önceleri 'kes çıkar' biçiminde yapılırken, günümüzde ise organların fonksiyonlarına bağlı olarak anostomozlar yapılmakta, organ nakilleriyle vücut fabrikası yeniden yapılandırılmaktadır.

Organ nakilleri, geri dönüşü olmayan, yani 'BEYİN ÖLÜMÜ' olmuş bireylerden yapılmaktadır. Herhangi bir yasal olmayan uygulamaya girmemek için beyin ölümü tanısı 1969'da tanımlanan şekliyle en az iki uzman tarafından görülüp onaylanması ile konur. Beyin ölümü tanımı kısaca, spontan solunumun olmaması ve reflekslerin geri dönüşsüz biçimde kaybolması olarak yapılabilir. Ölüm sertifikasını imzalayan doktorların olası alıcılara herhangi bir yakınlığının olmaması gerekmektedir.

Kalıcı vejetatif durum (= Oksijensizlikten dolayı yüksek beyin fonksiyonlarının harabiyeti) ve anensefalide vücut kadavra olarak kullanılabilir mi? Her iki durumdaki bireyler beyin ölümü tanımlanmasına tam uymadıkları için organ vericisi olarak kabul edilmemektedirler.

Organlar başarılı bir şekilde takılsa bile alıcı vücut bunları kabul etmeyebilir. Bu nedenle doku tiplere yapılır. Vericinin organlarıyla alıcının tam uyum içinde olmaları gerekmektedir. Bu nedenle olası alıcının doku tipleri ile vericinininkiler karşılaştırılmakta ve en uygun kişiye takılması sağlanmaktadır. Seçim aşamasında hiç kimseye öncelik verilmemelidir.

Organ nakillerinin çok yaygın hale gelmesiyle Batı ülkelerinde bir pazar oluşmuştur. Serbest pazar ekonomi-

sinde translant olabilecek bir organın ticari bir mal gibi görülmesi doğal değil midir? Tıbbi açıdan; organlar para ile alınamaz, satılamaz. Felsefik açıdan; kendine zarar verme yasaklanmıştır ancak, risk alma kabul edilebilir ve yasaklanamaz. (Derin deniz dalgıçlığını engelleyen herhangi bir yasa yoktur.) (Gillon R, 1996: 106-118)

Organ naklinde 4 prensip uygulanmalıdır:

- 1- Verici kişinin (yaşarken ya da ölümünden sonra) otonomisine ya da hür iradesine saygılı olmak
- 2- Başkalarına zarar vermemek (Vericinin herhangi bir hastalığının olmaması gerekmektedir.)
- 3- Yararlı olmak (Doku tiplerinin tam uyum sağladığı bireye uygulamak gerekmektedir.)
- 4- Adaletli olmak (Alıcıyı seçerken tarafsız olmak gerekmektedir.)

Bu değerlendirmelerin dışında yapılan uygulamalar etik açıdan uygun değildir. Son zamanlarda Türkiye’de yapılan organ nakilleri, organ bağışlarının artması açısından olumlu gelişmelerdir. Ancak verici ve alıcıların isimlerinin açıklanmaması gerekmektedir. Kişiler daha sonra bu ilişkiden çıkar sağlamaya çalışabilirler.

ÖLÜM

Toplumumuzda ölümler önceleri, evde, ailenin ve arkadaşların arasında, kişiyi çok iyi bilen bir doktorun yanında ve ‘yaşlılık’tan olurken, günümüzde ölümler, hastanede, yoğun bakım odasında, yalnız, solunum ve dolaşım yetmezliği, böbrek yetmezliği nedeniyle olmaktadır. Doktorların pek çoğu ölümü bir yenilgi olarak algılamaktadırlar. ‘İyi bir ölüm’, ‘saygın bir şekilde ölmek’, ‘ölme hakkı’ gibi kavramlar kişilerin ölümlerinin şekillerini seçmeye yöneltmiştir.

Özellikle kronik hastalıklarda, hasta-hekim ilişkilerinde gerçek iletişim ve kişisel paylaşım çok önemli kavramlardır. Hastalığın başından ölüme kadar herşey hasta ile hekim arasında kurulan ilişkiye bağlıdır. Hekim hastayı her konuda bilgilendirmelidir. Tedavi aşamasında hekim nasıl hassas davrandıysa ölüm aşamasında da öyle hassas davranmalıdır. Ölüm aşamasında hekim ile hasta arasındaki profesyonel ilişki biter. Tüm bunların yanısıra ölen kişi ve yakınları ölüm hakkında bilgilendirilirse olayı kabul etme olasılıkları da o kadar kolay olur.

ÖTENAZİ VE DOKTOR YARDIMLI İNTİHAR

Ötenazi, daha önce tıp literatürüne geçmesine rağmen, bugün geçmiştekinden çok daha farklı bir anlamda kullanılmaktadır. Ötenazi, amansız bir hastalığı olan kişinin kendi hür iradesiyle ölüm hakkını istemesi ve doktorun hastayı öldürmek amacıyla ona ilaç zerketmesidir.

Ötenazi, Hollanda’da yasal hale gelmiştir. A.B.D.de

Oregon eyaletinde ise 1994’te seçmenlerin katıldığı bir referandum sonucu ötenazi değil ancak doktor yardımcı intihar yasal hale gelmiştir. Ötenazi, Avustralya’nın Kuzey Toprakları eyaletinde de Mayıs 1995’te Terminal Hasta Hakları Kanun Tasarısı Meclisten geçerek yasal hale gelmiştir. Dr. Jack Kevorkian, bazılarına göre bir kahraman, bazılarına göre bir katildir.

Ötenazinin son zamanlarda daha fazla konuşulmasının nedeni nedir? Aslında nedeni tam olarak açıkça belirtilmesi de uzun süren ve acı dolu bir ölümden korkma, daha çok sayıda ve acı çektiren kronik hastalıkların görülmesi, ölümlerin daha çok yaşlılıkta görülmesi, genç yaşta ama kötü, acı çekilen ölümlerin görüldüğü AIDS pandemisi, son zamanlarda daha çok kendini hissettiren bireysel hür iradeye ve otonomiye dönüş hareketi neden olarak gösterilebilir. Ötenazi, bireysel olaylarda tartışılıp toplumsal sonuca ulaşmıştır. Tıpta insancıl yaklaşımın, hastalara yardım etmede kullanılan tüm yollar olduğu kabul edilmeyle başlamıştır.

- Hasta çok acı çekerken ölümü istemesi ve doktorun bu hastayı öldürmesi ya da daha farklı bir terimle ölmesine izin vermesi her zaman yanlış mıdır?

- Hastaların hakları arasında ölüm hakkı var mıdır?

- Öldürmek ve ölüme bırakmak ile ötenazi ve yardımcı intihar arasında ahlaki açıdan bir fark var mıdır?

- ‘Kalıcı vejetatif durum’ için yaşam bir kazanç mıdır, yoksa tedavi ve beslenme sonlandırılmalı mıdır?

Bu sorulara yanıt aranmaktadır. İster yasal olsun, ister olmasın ötenazi uygulanmaktadır. Aktif Ötenazi – doktorun hastayı öldürmek amacıyla ona ilaç zerk etmesi olmasa da, Pasif Ötenazi –hastanın yaşamını sürdüren yardımların durdurulması, solunum makinasının kapatılması ya da resusitasyonun yapılmaması- sıkça yapılagelen şeylerdir (Harris J, 1996: 6-22).

Sosyal ve Toplumsal Planlama Araştırması kapsamında İngiltere, İskoçya ve Galler’de 3500 kişide yapılan bir ankette kişilere çeşitli sorular sorulmuş ve farklı seçeneklerdeki düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır. On kişiden 9’unun ötenaziye belli koşullarda olumlu baktıkları ortaya çıkmıştır. Hastanın tedavi şansına, ağrı durumuna ve yaşam kalitesine göre kişilerin düşünceleri değişmektedir. ‘Doktorlar, kişinin isteğine göre onun yaşamını sonlandırabilirler mi?’ sorusuna, % 85 ‘evet’, % 15 ‘hayır’ yanıtını vermişlerdir. On yıl önceki yanıt oranları ise % 75’e % 24’tü, % 1 oranında katılımcı yanıt vermemişti. Dini inançlar ve ahlaki değerler, yaştan daha çok etkilidirler. Yahudilerde ötenaziye kabul etme oranı % 60 iken, Katoliklerde % 73, İngiliz Kilisesine bağlı olanlarda % 80 olarak bulunmuştur. Genç özürülü bireyler ötenaziye daha sıcak bakmaktadırlar. Çeşitli durumlar karşılaştırıldığında yanıt oranları da değişmektedir (Wise J, 1996: 1423):

1.Durum: Tedavisiz bir hastalığa yakalanmış kişi karar verecek durumda olmadığına, ya da komada olması durumunda akrabaları ötenaziye karar vermişler. Katılırsınız? EVET: % 86.

2.Durum: Tedavisiz bir hastalığa (örn. Kanser) yakalanmış bir birey ölmek istiyor. Yardım eder misiniz? EVET : % 80.

3.Durum: Hasta komada, durumu ümitsiz ancak solunum makinasına bağlı değil. Yardım eder misiniz? EVET : % 58.

4.Durum: Hastanın ağırlı ya da ölümcül hastalığı yok ancak akrabalarına giderek daha fazla bağımlı hale geliyor. Ölmesine yardım eder misiniz? EVET : % 51.

5.Durum: Hastalığın tedavisi yok ancak çok fazla ağrı hissetmiyor (örn. Lösemi). Yardım eder misiniz? EVET : % 44.

6.Durum: Hasta ağırlı, tedavisiz ancak ölümcül olmayan hastalığa yakalanmış (örn. Artrit). Yardım eder misiniz? EVET : % 42.

7.Durum: Kişi hasta değil ancak yaşamdan bıkmış ve ölmek istiyor (örn. Çok yalnız). Yardım eder misiniz? EVET: % 12.

Washington eyaletinde yapılan bir araştırmada ötenazi ve doktor yardımı intihar isteğinde bulunanların nedenleri arasında, gelecekte kontrolü yitirmek, yük olmak, bağımlı olmak, saygınlığı yitirmek gibi nedenler bulunmuştur (Back A, Wallace J, Starks H, Pearlman R, 1996: 919-925). Tartışmaya neden olan ötenazi ve doktor yardımı intihar, herşeyde olduğu gibi bu konularda da sıkışıp kalmış olan ülkemizde de tartışılmalıdır. Daha önceden de sözünü ettiğim gibi bazı tedavilerin yararsızlığı, belki de en önemlisi yapılan girişimlerin yaşamı değil, ölümü uzattığı hastalarda doktorları 'hastaya acı çekirtmekten başka bir şey yapamıyoruz' düşüncesi aktif olmasa da pasif ötenaziye uygulama yoluna götürmektedir. Avustralya'da yapılan bir araştırma, hemşirelerin % 75'inin, doktorların % 60'ının, toplumun da % 78'inin ötenaziye olumlu yaklaşımını göstermektedir. Bu istikle karşılaşan her üç doktordan biri, yasal olmasa da, girişimi yaptığını belirtmişlerdir.

ARAŞTIRMA ÖZNELERİ OLARAK İNSANLAR

'Tekrarı önlemenin en iyi yolu asla unutmamaktır.'

1865'te, Sorbonne'da fizyoloji profesörü olan Claude Bernard, insanların kendilerine herhangi bir zarar verebilecek olan araştırmalarda kullanılmamaları gerektiğini yazmıştır (Wigodsky H, Hoppe SK, 1996: 259-269). 1898'de Albert Neisser (gonokokları bulan, dermatoloji ve veneroloji profesörü), sfilizli hastaların serumlarını, başka bir hastalıktan dolayı tedavi gören, genelevlerde çalışan kadınlara enjekte etmiştir. Bazı kadınlar hastalan-

dıkları için Neisser, 'aşılama'nın işe yaramadığını belirtmiştir. Hastalığı genelevden aldıklarını, enjeksiyondan almadıklarını söylemiştir. Araştırması yayınlanmış ve pek çok doktor Neisser'in görüşünü desteklemiştir.

1947'de yayınlanan Nuremberg Yasaları, bu konuda yayınlanmış ilk yasalardır. 1947'ye kadar Almanya'da, daha sonra ise A.B.D., Kanada, Rusya ve diğer ülkelerde insanların çeşitli deneylerde kötüye kullanıldığı bildirilmektedir. 19. yy.da insanlar daha çok, bakteriyoloji, immunoloji ve fizyoloji deneylerinde kullanılmışlardır.

Elli yıl önce, Nuremberg'de 23 doktor ve bilim adamı, II. Dünya Savaşından önce ve savaş sırasında işledikleri insanlık suçlarından dolayı yargı önüne çıkarıldılar. Tıbbi yargılama, 25 Ekim 1946 – 20 Ağustos 1947 tarihleri arasında yapıldı. 23 doktor ve bilim adamı, 1933 – 45 yılları arasında toplama kamplarında yapılan alçakça ve ölümcül işlemlerden sorumlu tutuldular. 15 tanesi suçlu bulundu, bunlardan 7 tanesi ölüm cezasına, 8'i hapis cezasına çarptırıldı. Bu mahkemeye çıkmayı gerektiren, insanlar üzerinde yapılan deneylerin bazıları aşağıda belirtilmiştir (Leaning J, 1996: 1413-1415):

- Yüksekten düşme deneyleri
- Donma deneyleri
- Sıtma deneyleri
- Hardalgazı deneyleri
- Kemik, sinir ve kas rejenerasyon deneyleri
- Kemik transplantasyon deneyleri
- Deniz suyu deneyleri
- Epidemik sarılık deneyleri
- Sterilizasyon (kısırlaştırma) deneyleri
- Tifüs deneyleri
- Zehir deneyleri
- Yangın bombası deneyleri
- Yahudi iskeleti koleksiyonları

Ayrıca toplu katliam, Polonyalıların öldürülmesi ve ötenazi suçlarından da yargılanmışlardır. Burada sözü edilen ötenazi, bir önceki konuda belirtilen, gönüllü, kişinin isteğine göre yapılan ötenazi değildir. Zeka ya da bedensel özüllü bireylerin ya da hasta bireylerin, gerek araştırmalar, gerekse 'dezenfeksiyon' amacıyla yok edilmesidir.

İnsanların deneylerde kullanılması yalnızca Almanya'da olmamıştır. A.B.D.de 1932-1972 yılları arasında Amerikan hükümeti tarafından yaptırılan Tuskegee Sfiliz Çalışmasında Alabama Eyaleti Macon Bölgesinde oturan 399 zenci erkek, sfiliz hastalığının doğal öyküsünün belirlenmesi amacıyla tedavisiz bırakılmışlardır. Tuskegee Sfiliz Çalışması, A.B.D.de tıpta ırk ayrımcılığının, insan araştırmalarının yanlış düzenlenmesinin, doktorların kibirliliğinin ve zencilerin devlet tarafından suistimal edilmesinin bir sembolü olarak değerlendirilmektedir (Gamble VN, 1997: 1773-1778). Bundan başka A.B.D.de 1944 – 74

yılları arasında yapılan 4000 deneye yaklaşık 20 000 kişi katılmıştır. Boyutun büyüklüğü Başkan Bill Clinton'un bu deneylerde kullanılan bireylere tazminat ödemeye karar ermesinden sonra ortaya çıkmıştır. Bu bireylere 4.8 milyon dolar tazminat ödenecektir. Araştırmalar, **Manhattan Projesi**'nin bir parçası olarak, nükleer bir savaşta insanın nasıl etkileneceğinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Katılan bireyler, deneyler hakkında çok fazla, hatta bazıları hiç bilgilendirilmemişlerdi. Bu proje kapsamında yapılan deneyler:

- 1- Toplam vücut irradyasyonu
- 2- Mahkumlarda testiküler irradyasyon
- 3- Ölümcül bir hastalığı olduğu varsayılan hastalara **uranyum, plutonyum** ve **polonyumun** direkt enjeksiyonu
- 4- Mental retarde adölesanların radyoaktif yemeklerle beslenmesi

Deneyler, Savunma Bakanlığı, Enerji Bakanlığı ve Atom Enerji Komisyonunun kontrolü altında yapılmıştır. Askeri ve sivil doktor ve bilim adamları deneyleri yapmışlardır. Deneylerin amaçları, radyasyonun doku ve kemiklerdeki etkisini araştırmak, kısa ve uzun etkilerini belirlemek, 'güvenli' doz sınırlarını belirlemektir. Bu araştırmalar sonucu, plutonyumun çok zararlı olmadığı ama uranyumun en küçük dozunun bile böbrek hasarına yol açtığı bulunmuştur. İsootop enjeksiyonları, 1945 – 47 arasında 18 hastaya uygulanmıştır. Tedavisi mümkün olmayan ya da bir kaç yıl içinde ölmesi beklenen kişiler isotoptaki deneyleri için seçilmişlerdir. Ancak bazı hastalar 10 yıldan fazla bir süre yaşamışlardır, bir tanesi de halen yaşamaktadır (**Josefson D, 1996: 1421**).

Bir araştırmacının etik yönden değerlendirilmesi için gerekli kriterler vardır:

- 1- Katılanların gönüllü olması
- 2- Katılımcılara araştırmacının ayrıntılı olarak açıklanması
- 3- Katılanlara zarar vermemesi
- 4- Katılanlara bir yarar sağlaması
- 5- Toplumun diğer üyelerine bir yarar sağlaması
- 6- Katılımcıların zarar görebilme olasılığının bilinmesi
- 7- Öğrenilecek bilginin önemi

Araştırmada aranacak bu özelliklerin yanısıra çalışmanın Nuremberg Yasalarına ya da bu yasaların daha ayrıntılı olan Helsinki Bildirgesine uyması istenmektedir. Ayrıca insan üzerinde yapılan her araştırmacının Etik Komite'den onay alması gerekmektedir. Araştırma yapan her hastanenin kendi doktorlarından oluşan bir ETİK KOMİTESİNİN olması gerekir. Nuremberg Yasalarının ve Helsinki Bildirgesinin tek amacı, insanı insandan korumaktır. Bunun ne kadar gerekli olduğunu Nazi Almanyası'ndaki tıp uygulamalarından örneklerle görelim...

1945 öncesi Almanya'daki doktorların yarısı Nazi

Partisine üye olmuşlardı. Nazi Partisinde en fazla üyesi olan meslek grubu doktorlardır. Zorunlu sterilizasyon, ötenazi ve Yahudi ve Çingenelerin katliamı gibi Nazi programlarının düzenleme ve uygulamalarında önemli roller oynamışlardır. Alt sınıftan, genetik olarak riskli, ırkın sağlığı açısından riskli halkın sağlığının daha iyi hale getirilmesinde **seçici** olarak görev yapmışlardır. Nazi Almanyasının amacı aryan ırk yetiştirmek olduğu için, hiç bir ülkede öjenik (=insan ırkının soyaçekim yoluyla mükemmelleştirilmesine ait) kurallar Almanya'daki gibi uygulanmamıştır (**Acheson D, 1996: 1415-1417**). Bu konuyla ilgili olarak geliştirilen programlardan T4 ötenazi programını örnek verebiliriz.

T4 Ötenazi Programı: 1 Eylül 1941'e kadar, 70,273 değersiz ya da son dönem hasta 'dezenfekte' edilmişlerdir. Böylece, 4 781 339.72 kg ekmek, 19 754 325.27 kg patates, toplam 33 733 003.40 kg çeşitli besinler ve 2 124 568 yumurta tasarruf edilmiştir.

10 yıllık projede, bu tür giderlerden 141 775 573.80 Reichmark, hastane masraflarından günlük 245 955.50 Reichmark, yıllık 88 543 980.00 Reichmark tasarruf eileceği varsayılmıştır.

1933'te tüm doktorların % 17'si yahudiydi. Yahudi kabul edilmek için büyükanne ya da büyükbabadan birinin aryan olmaması yeterliydi. 29 Temmuz 1933'te çıkartılan bir yasa ile 'Almanlar yalnızca Almanlar tarafından muayene edilebilir' hale geldiler. Yahudi doktorların daha önce sigortadan aldıkları pay % 20 oranındayken, 1935'te gelirleri % 75 oranında düşüp, sigortadan aldıkları pay % 5'lere düşmüştür. Daha sonra Tıp Fakültelerine Yahudilerin alınması yasaklandı. 1996'da Almanya'daki Yahudi doktorların oranı % 0.2'den azdır (**Hanuske-Abel HM, 1996: 1453-1463**).

Nuremberg'de yargılanan doktorların dışında da bu tür işlemlere katılan ancak bu konuda hiç bir şekilde yargılanmayıp aksine bilimsel katkılarından dolayı ödüllendirilen pek çok doktor vardır. Ne acıdır ki bu kişilerin yaptıkları daha sonra ortaya çıkarılmıştır. Onlardan bir kaçı...

Prof.Dr.Julius Hallervorden (Nöropatolog) Ötenazi ile öldürdükleri kişilerin beyinlerini nöropatolojik koleksiyonu için toplamıştır. Savaş sonrası, çocuk nörolojisinin kurucuları arasında yer almıştır. Hallervorden – Spatz hastalığının adı verilerek onurlandırılmıştır.

Prof.Dr.Eduard Pernkopf (Anatomist) Viyana Tıp Fakültesi Dekanyken fakülteyi Yahudilerden arındırmıştır. Yazdığı Anatomi atlasında Nazilerin öldürdükleri Yahudilerin çizimlerini kullanmıştır. Hapsedilmiş ancak kitabını yazmasına izin verilmiştir. Atlas,pek çok Tıp Fakültesinde anatomi kitabı olarak okutulmaktadır. Atlasın önsözünde 'mükemmel çok yakın çizimler'in varlığından söz edilmektedir.

Prof.Dr.Ernst Rüdin (Psikiyatrist-Genetik uzmanı) Nazi ırk temizleme programının ve zorunlu sterilizasyon programının mimarıdır. Şizofreninin genetiği üzerinde çalışmıştır.

Prof.Dr.Karl Schneider (Psikiyatrist) Kurbanları öldürülmeden, beyinlerini ise öldürüldükten sonra kullanmıştır. Savaş sonunda intihar etmiştir.

Prof.Dr.Hermann Stieve (Jinekolog-Anatomist) Kadın mahkumları, menstrüel siklus üzerinde mental stresin etkilerini incelemek amacıyla kullanmıştır. Mental stres, kadınların infazıdır. Infazdan sonra, pelvik organlarını çıkartıp incelemiştir. Savaş sonrası, Berlin Charité Hastanesine büstü konup, bir anfiye adı verilmiştir.

Prof.Dr.Otmar von Verschuer (Genetik uzmanı) İkiz çalışmalarının uzmanıdır. Auschwitz'de Dr.Joseph Mengele'nin deneylerinde gözlemci olarak çalışmıştır. Savaş sonrası, profesörlüğe yükselmiş ve pek çok genetik uzmanı yetiştiren Genetik bölüm başkanı olmuştur.

Prof.Dr.Hermann Voss (Anatomist) Gestapo tarafından öldürülen kurbanlarını disseksiyon sınıflarında (anatomi laboratuvarları) kullanmış, iskeletlerini satmıştır. 'Taschenbuch der Anatomie' kitabının yazarıdır. Kitap, 1990'lara kadar basılmıştır (Vollmann J, Winau R, 1996: 1445-1449).

Freiburg'da I. Uluslararası Tıpta Etik ve Biyoteknoloji Konferansı'nda Hukuk Profesörü Amnon Carmi'nin dediği gibi 'insanlar abstract değildiler, ancak Nazi doktorlar onları abstract olarak gördüler'. Bilimsellik adı altında yapılan tüm çalışmalar, insanla ilgili tüm kavramlar etik açıdan da değerlendirilmek zorundadır. Doktorlar olarak bizlerin üzerimize düşen çok fazla görev olduğunun bilincinde olmalıyız. Yaşanmışlıkları değerlendirerek ve onları unutmuyarak gelecekteki rolümüzü belirlememiz gerekmektedir.

Bir gün insan, Tanrı ile konuşma fırsatını elde etmiş:

- Tanrım, bir kaç dakikalığına, ben Tanrı olayım sen de insan.
- Tanrı olmaktan korkmuyor musun ?
- Hayır! Ya sen, insan olmaktan mı korkuyorsun yoksa ?
- Evet !! Bir kaç dakikalığına da olsa insan olmaktan çok korkuyorum !!!

KAYNAKLAR

Acheson, D. (1996): Preventing genocide. British Medical Journal, 313: 1415-17.

Adams, J.M. (1996): The critically ill neonate, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Back, A., Wallace, J., Starks, H., Pearlman, R. (1996): Physician-Assisted suicide and euthanasia in Washington State: patient requests and physician responses. JAMA, 273 (12): 919-25.

Dawson, K. (1996): Genetics: A scientific sketch, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Gamble, V.N. (1997): Under the shadow of Tuskegee: African Americans and health care, American Journal of Public Health, 87(11): 1773-8.

Gillon, R. (1996): Transplantation and ethics, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Goldworth, A. (1996): Medical technology and the child, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Hanuske-Abel, H.M. (1996): Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and National Socialism in 1933. British Medical Journal, 313: 1453-63.

Harris, J. (1996): Euthanasia and the value of life. J Keown (ed. by), Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives. Cambridge University Press.

Josefson, D. (1996): US compensates subjects of radiation experiments. British Medical Journal, 313: 1421.

Leaning, J. (1996): War crimes and medical science. British Medical Journal, 313: 1413-15.

Mahowald, M.B. (1996): On caring for children, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

McClure, M.E. (1996): The 'ART' of medically assisted reproduction: An embryo is an embryo is an embryo, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Open File (1997): Ethical issues reviewed. Sep/Oct: 17.

Proctor, R.N. (1996): The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-45. British Medical Journal, 313: 1450-3.

Schwartz, R. (1996): Genetic knowledge: Some legal and ethical questions, in: DC Thomasma and T Kushner (ed. by), Birth to Death: Science and Bioethics. Cambridge University Press.

Vollmann, J., Winau, R. (1996): Informed consent in human experimentation before the Nuremberg Code. British Medical Journal, 313: 1445-9.

Wise, J. (1996): Public supports euthanasia for most desperate cases. British Medical Journal, 313: 1423.