



AÇLIK GREVİNDE HEKİM TUTUMU TIBBİ YAKLAŞIM

TÜRK
TABİPLERİ
BİRLİĞİ



Kasım 2000

“Vulnerable” gruplar denilen; mülteciler, kadınlar, çocuklar, tutuklu / hükümlülerin sağlıkları ile öncelikli ilgilenmek hekimlerin temel sorumluluklarıdır.

Bu gruplar arasında “açlık grevi” yapanlar da sayılabilir. Çoğunlukla cezaevlerinde olmak üzere açlık grevi, her yerde başvurulabilen bir eylem biçimidir ve özellikle cezaevlerindeki açlık grevleri yoğun tıbbi ve etik bilgi tutumu gerektirir. Aslında birey/hasta/hekim ilişkisinin yaşandığı (bilgilenme, onam verme, gizlilik hakkı gibi) bu durumda ek olarak bilinmesi gerekenler bu dökümanda yer almaktadır.

“Açlık grevi” yapanlarla uğraşmak durumunda kalan sağlık çalışanına yararlı olacağını umuyoruz.

Ve yine açlık grevlerine yol açan ortamların, kısa sürede insanı merkez alan bir şekilde düzeltilebilmesi için hep birlikte çaba göstereceğimize inanıyoruz.

Dr. Füsun Sayek
Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi
Başkanı

AÇLIK GREVLERİ SIRASINDA TIBBİ ETİK İLKELER VE BUNUN PRATİK YANSIMALARI

Açlık grevlerinde hekimin etik açıdan sorumluluklarını belirlerken, temel tıbbi etik ilkelerden "özerklik", "tedaviyi reddetme" hakkı ön plana çıkmaktadır. Özerklik, kişinin kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılması biçiminde yorumlanabilir. Her türlü tıbbi uygulamadan önce kişiyi bilgilendirmek ve girişimi onaylama ya da reddetme hakkını kullanmasını sağlamak hekimin etik ve yasal açıdan temel sorumluluklarındandır. (BM Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (1976) M. 10/1 - Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi M. 6 - Avrupa Konseyi İşkenceyi Önleme Komitesi Cezaevlerinde Sağlık Hizmetleri Raporu (1993) M. 45-46-47- Dünya Hekimler Birliği Tokyo Bildirgesi M. 4-5 , Dünya Hekimler Birliği Malta Bildirgesi 1991, Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (1987) , 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun M.70, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m. 21-26 -36, T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1999) M.22-25, Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi M. 5-9)

1-Açlık grevcisi zihinsel olarak ehliyetli, açlık grevine kendi iradesiyle karar vermiş, bu nedenle belirli bir zaman için yiyecek ve / veya sıvı almayı reddeden kişidir.

Açlık grevi bir intihar biçimi değildir. Bir protesto biçimidir. Kişi kendi iradesi ile bilinçli olarak, yiyeceği reddetmektedir. Bu açlık grevi ölümlü sonuçlanabilir. Ama temel amaç ölüm değildir.

Açlık grevi ile ilgili etik bir tartışma da, müdahale etmemenin hekim yardımıyla intihar sayılabileceği olabilir. Bu noktada Dünya Hekimler Birliği şöyle bir tutum açıklamıştır. (Hekim yardımlı intihar için Dünya Hekimler Birliği Tutumu 1992)

"Hekim yardımıyla intihar, hekim tarafından geliştirilmiş bir aracın kullanımının kişiye öğretilmesi ile gerçekleşmektedir. Ötenazi gibi hekim yardımıyla intihar da etik değildir ve tıp mesleğinde olanlarca asla uygulanmamalıdır. Hekimin bir kimseye yaşamını sona erdirmekte bilerek ve kararlı olarak yardım etmesi etik değildir. Ancak hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır

ve hekimin hastanın arzusuna hürmet etmesi (ölümüne neden olsa bile) etik olmayan bir davranış sayılamaz.

2-Hekim mümkünse hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsünü alır. Kişinin tam fizik muayenesini yapar.

3-Beslenmeyi reddetmenin olası sağlık sonuçları ayrıntılı olarak anlatılır.

4-Hekim ya da diğer sağlık personeli açlık grevinin sonlandırılması için herhangi bir baskı yapamaz. Tedavi yada bakım bu amaçla kullanılamaz.

5-Eğer açlık grevindeki kişi, başka bir hekimin de görüşünü isterse ya da ikinci bir hekimin tedavisini sürdürmesini arzu ederse, bu sağlanmalıdır. Bu görev cezaevi hekiminin organizasyonu ile gerçekleştirilir.

6-Hekim açlık grevindeki kişiyi her gün kontrol eder. Tıbbi takip formunu doldurur. Bu formda tıbbi bilgiler dışında hastanın kendi yazısıyla greve devam edip etmeme isteği ve bilinç kaybı durumunda tedavi kabul edip etmeme isteği mutlaka yer almalıdır. Bütün bu gelişmeler hekim tarafından kaydedilir ve gizliliğinden hekim sorumludur.

7-Açlık grevi yapan kişi baskı altında tutulabileceği ortamlardan korunmalıdır.

8-Hastanın ailesini bilgilendirmek hekimin sorumluluğundadır. Ailenin bilgilendirilmemesi ancak açlık grevcisinin talebiyle olur.

9-Açlık grevcisinin bilinci bozulur ya da komaya girerse hekim açlık grevcisinin son kararına saygı göstererek tutum alacaktır. Bu çerçevede hastanın rızasına aykırı bir şekilde "zorla besleme" etik açıdan doğru değildir. Bu nedenle cezaevi hekimleri hastanın ister bilinci açık, isterse kapalı olsun olgunun takip formu ile müdahale onay / red belgesini bir başka sağlık merkezine nakil sırasında mutlaka ambulans hekimine alındı belgesi ile birlikte teslim etmelidir. Ambulans hekimi de ikinci basamak merkezindeki hekime bu belgeleri aynı şartlar altında ulaştırmalıdır. Belgelerin gizliliğinden hekimler sorumludur.

10-Bilinci açık olan açlık grevcisi beslenmeyi reddettiğinde bu kişiler hekimler tarafından zorla beslenmeyecektir. Bunun aksi hem tıbbi etik, hem de hasta hakları açısından yanlış bir tutumdur.

Türk Tabipleri Birliği Kasım 1990 ve Aralık 1994 tarihinde yayınladığı genelgelerle açlık grevi karşısında hekimlerin uluslararası hekim belgelerine göre (Tokyo ve Malta Bildirgesi) davranmalarının uygun ve etik olduğunu benimsediğini belirtmiş, hekim örgütünün her türlü yönetsel zorlamalara karşı hekimleri evrensel etik ve mesleki değerlere sahip çıkmaya çağırımış, bu konuda baskılarla karşılaşan hekimlerin yanında olduğunu ve olacağını belirtmiştir. Bu son belge ile bütün hekimlere tekrar duyurmaktadır. Cezaevi dışından hastanelere getirilen tutuklu ve hükümlülerle ilgili olarak "Hastaneye getirilen mahkumlara yönelik hekim tutumu" belgesini hatırlatarak hasta- hekim ilişkisinin tüm humaniter yönlerinin uygulanmasının gerekliliğini bir daha vurgu yapar.

AÇLIK GREVİ/ÖLÜM ORUCU KATILIMCILARINA İZLEM VE TEDAVİ AÇISINDAN TIBBİ YAKLAŞIM

AG/ÖO Sürecinde Gelişen Yakınma ve Semptomlar:

Sistemik:

Bulantı ve kusma (sürekli kusmalar-sıvı alamama)

Yatağa bağımlı hale gelme

Bilinç bozukluğu

Başdönmesi, taşikardi, aritmi, hipotansiyon, ortostatik hipotansiyon

GİS-üriner sistem kanamaları en sık karşılaşılan tablolardır.

Nörolojik:

Wernicke ansefalopatisi(WA) semptomları: Nistagmus (osilopsi yakınmaları), oftalmoparezi (diplopi, bakış kısıtlılığı), ataksi (dengesizlik), bilinç bozukluğu (konfüzyonel durum)

Oftalmik: Işık hassasiyeti, görme keskinliğinde azalma, bulanık görme, A hipovitaminozu bulguları (gece körlüğü, kserotalmi-konjunktivit)

Olfaktör: Aşırı koku hassasiyeti, parosmi

Akustik-vestibuler: Ses hassasiyeti, tinnitus, işitmede azalma

Nöromuskuler: Parestezi, kramplar, oksipital nevrалji benzeri ağrılar

AG/ÖO Sırasında Yapılması Önerilenler:

Daha önceki deneyimler göstermiştir ki uzamış açlıklar sonlandırıldığında belirleyici tablo protein-enerji malnutrisyonu ve nörolojik bulguları içermektedir. Kalıcı sekellerde ise WA veya Wernicke Korsakoff Sendromu belirleyici olmaktadır. Bu nedenle AG/ÖO boyunca öncelikle tiamin (B1 vitamini) olmak üzere alınacak polivitamin preparatları açlık sonlandırıldığında gelişebilecek kalıcı sinir sistemi hasarından korunmayı sağlayacaktır. Tiamin alımı tamamen profilaktik bir uygulamadır, aynı zamanda az miktarda alınan (şekerli su olarak) şekerin metabolize edilip kullanılmasını sağlayacaktır.

1. Tiamin ve polivitamin preparatlarının açlık boyunca alınması;

Günde 1 tablet Polivit-C, Bevitin-C, Bemiks-C, Becozyme-C, Becovital-C veya eşdeğeri oral olarak alınmalıdır. Kusmaların başlaması ile birlikte nazogastrik sonda ile verilmeye devam edilmelidir.

2. Nazogastrik sonda, air-way benzeri uygulamaların gerekliliği;

Kusmaların başlamasıyla birlikte grevciler tarafından belirlenen günlük sıvı alımını sağlamak ve aspirasyonu -sonrasında gelişmesi beklenen akciğer enfeksiyonunu, grevcilerin kendi sekresyonlarında boğulmalarını- önlemek amaçlı uygulamalar grevi sonlandırıcı tedavi olarak değerlendirilmemelidir. Bu uygulama tümüyle bilinç açıkken ağızdan alınan grev için belirlenmiş sıvının ve profilaktik vitaminin, bilinç kapanmasını takiben güvenle alınmasına yöneliktir.

3. Başlangıç vücut ağırlığı kaydedilerek grev süresince kaybedilen ağırlık yüzdesi ve vücut kütle indekslerinin [BMI=Ağırlık (kg)/boy (m)²] takibi;

Kaybedilen ağırlık yüzdelerinde ve BMI değerlerinde % 25'in üzerinde kayıp, özellikle % 30'lara yaklaşan kaybın yaşamı sürdürme açısından tehlikeli olduğu açıktır.

Açlık Sonlandırıldığında Dikkat Edilecek Hususlar:

1. Yeniden beslenmenin düzenlenmesi, grev sonu BMI değeri 15 ve altına düşen hastalarda beslenme ve metabolizma uzmanlarınca başlangıçta kısmi TPN destekli enteral oligopeptid diyetle yapılmalıdır. Grevcilerin tamamında gelişen malnütrisyonun düzeltilmesi için oligopeptid diyetin kullanımının gerekliliği gözönünde bulundurulmalıdır. Bu amaçla Survimed (Frezenius) veya eşdeğerlerinin 6-8 hafta kullanılması ideal görünmektedir. Kötü kokulu ve tatlandırılmamış olması nedeniyle ağızdan alınması zor olan oligopeptid diyet nazogastrik kullanıma daha uygundur. Grevci ağızdan alabiliyorsa bu yolla alınmasında sakınca yoktur.

2. Tiamin başta olmak üzere multivitamin ve mineral eksikliğinin giderilmesi ve yeniden beslenmeyle oluşacak ihtiyaç artımının kapatılması gereklidir. Özellikle tiamin için 1 gr/gün ile başlayıp 250-500 mg/gün ile devam edilmesi uygundur.

3. Protein-enerji malnutrisyonlu olan ve immün defektin gelişmesinin beklendiği grevciler enfeksiyon odakları açısından değerlendirilmeli (öz. akciğer enf), uygun antibiyoterapi hatta immünglobulin uygulaması gözönünde bulundurulmalıdır.

Açlık Sonlandırıldığında Yapılmaması Gerekenler:

1. Açlık süresi ne olursa olsun yeterli tiamin desteği/eklemesi yapılmadan dekstroz içeren mayiler damar yolundan verilmemelidir. Uygulama için ülkemiz koşullarından örneklersek (500 cc %5 dekstroz içine, 10 adet Bemiks ampul eklemek 250 mg tiamin desteğini sağlar).

2. Dekstrozlu hipertonic (%10, %20 dekstroz vb.) mayiler doğrudan uygulanmamalıdır (Bu konuda daha önceki zamanlarda yapılmış öneriler gözardı edilmelidir).

3. Yeniden beslenme sürecinde açlığa adaptif iyice küçülmüş metabolizma gözönünde bulundurularak yavaş adaptasyon sağlanması gereklidir.

4. Grevcilerde gelişen barsak duvarı değişiklikleri düşünülerek doğrudan polimerik diyet (ensure vb.) ve normal diyet ile yeniden beslenmeye başlanmamalıdır.

5. Hastanelere sevkedilmiş grevciler için kesinlikle kelepçeleme uygulamasına izin verilmemelidir (dekübit yaraları ve aspirasyon olasılığının çok fazla olduğu hastalar). Bu komplikasyonlardan kaçınmak için hastaların hastabakıcı veya refakatle (asker-infaz koruma memuru dışındaki) bakımı sağlanmalıdır.

Bu broşürde yeralan tıbbi yaklaşım birçok bilimsel çalışmanın yanı sıra, enson 1996 ÖO/SAG katılımcılarını konu alan Dr. Hakan Gürvit, Dr. Emel Gökmen tez çalışması olan "Wernicke-Korsakoff Hastalığı ve Uzun Süreli Açlığın Diğer Nörolojik, Sistemik Komplikasyonları" çalışmasını da referans alınarak oluşturulmuştur.