ORGAN NAKLİ MERKEZİ

Onlar için tek umut: Organ bağışı

KALP NAKLİ | KARACİĞER NAKLİ | BÖBREK NAKLİ

MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 4447044

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik | medipolsaglik | medipolsaglik | MedipolSaglik

PARKİNSON HASTALIĞI VE
HAREKET BOZUKLUKLARI MERKEZİ

Parkinsona karşı geç kalmayın, harekete geçin

Alanında uzman bir kadro ve yeni tedavi yöntemleri ile
Parkinson'a karşı yanınızdayız.

MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 4447044

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik medipolsaglik medipolsaglik MedipolSaglik

SD

İLKBAHAR 2020
SAYI: 54
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE ARAŞTIRMA VAKFI (TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

EDİTÖRLER KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındiş
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özaltay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Dr. Öğr. Üyesi Salih Kenan Şahin
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy–İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Has Kopyalama Baskı ve Kırtasiye A.Ş
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19
Medipol Üniversitesi Kuzey Yerleşkesi
Tel: (0216) 681 53 72

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hayatı ve ölümü yeniden düşünmek

Mükerrem olarak yaratılmış insan, diğer her canlı gibi ölümlü bir varlıktır. Ölüm de tıpkı doğum gibi hayatın bir gerçeğidir. Sadece canlılar değil kâinatın da 'ölümlü' olduğu, medeniyetimizde bilinen bir hakikattir. Pek çok bilge ve şair ölüm hakkında söz söylemiştir. Merhum üstat Necip Fazıl; *"Yağız atlı süvari, koştur, atını, koştur! / Sonunda kabre çıkar bu yolun kıvrımları."* beyti ile nihai sona işaret etmiş ve ölüm hakikatini; *"Tahtadan yapılmış bir uzun kutu; / Baş tarafı geniş, ayak ucu dar. /* Çakanlar bilir ki, bu boş tabutu, */ Yarın kendileri dolduracaklar."* dörtlüğü ile perçinlemiştir.

Bir diğer merhum şairimiz Ziya Osman Saba, *"Rabbim, nihayet sana itaat edeceğiz… / Artık ne kin ne haset ne de yaşamak hırsı, / Belki bir sabah vakti, belki gece yarısı, / Artık nefes almayı bırakıp gideceğiz…"* diyerek ölümün değişmez bir hakikat olduğunu insanlığa hatırlatmıştır.

Medeniyetimizin ve dinimizin temeli Kuran-ı Kerim'de ise *"Bütün nefisler (insanlar/canlılar) ölümü tadacaktır."* buyurularak ölüm hakikatinin canlılar için kaçınılmaz bir gerçeklik olduğu ifade edilir.

Milletimiz, medeniyetine uygun bir anlayışla, şartların gerektirdiği durumlar dışında ‘vadesi gelmek’, ‘sıralı ölüm’ ve ‘güzel ölüm’ kavramlarını da kullanarak ‘ölüme hazırlığı’ hayatın en değişmez gerçeği olarak kabul etmiş; ‘kefen parası ayırmak’ ifadesiyle ölüm hakikati ile iç içe yaşamıştır.

Teknolojinin her alana hakim olduğu makineleşen 21.yüzyıl, ölüm anlayışını da değiştirmiş, insanlar yoğun bakım şartlarında cihazlara bağlı, ailesinden ve dostlarından uzakta bir ölümle dünyaya veda eder duruma gelmiştir. Ölüme giden süreçteki ve ölüm anlayışı paradigmasındaki değişimler, bugünün dünyasında akıllı telefonlardan ve makine gürültülerinden başını kaldırabilen az sayıdaki insanın sorgulamaya başladığı bir konudur. Batı dünyası yaşamın sonundaki sorunlara eğilirken yine teknolojik gelişmeleri ve ekonomi ile ilişkili kavramları tartışma sürecine eklemiştir. Halbuki insanlığın esas ihtiyaç duyduğu şey, “milletimizin ‘güzel ölüm’ dediği, aile fertlerine ve dostlara baki hayatta görüşmek üzere veda edilen, vadenin dolduğu ‘yalın bir ölüme’ yeniden nasıl kavuşuruz?” sorusudur.

Doğumla başlayan hayat süreci ölümle nihayete ermektedir. Ölümün kaçınılmaz olduğunu unutturucu günümüz yaşam süreci, ölümün manasını unutturarak ölümden kaçmanın yollarını ararcasına yaşamın sonuna da müdahalelerde bulunabilmektedir.

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, değişik müdahalelerle karmaşıklaştırılmış ve sorun haline getirilmiş ‘hayatın sonunu’ farklı yönlerden değerlendirmeye açan bir dosya ile çıkıyor okurlarının karşısına. Tüm değerleri yok edilme sürecine giren insanlığın bugününe, “yeniden hayatı ve ölümü düşünelim” çağrısına vesile olmasını umarak hazırladık bu sayıdaki dosyayı. Hayatın sonundaki tıbbi ve etik sorunları göz ardı etmeden, ‘beyin ölümü’ kavramına değişik açılardan bakacak, bu alanda sözü olan herkese / her kesime çağrıda bulunduk. Hayatın sonu ve ölüm konusunda son noktayı koymak elbette mümkün değil. Ancak arada bir, “ne yapıyoruz, duruşumuz doğru mu, eksiklerimiz neler, neleri terk edebilir, düzeltebiliriz” sorularını kendimize yöneltmemiz gerekiyor. Bu sorularımıza verilen cevaplarla siz değerli okurlarımızı baş başa bırakıyor, sağlıklı günler diliyoruz.

52
YAŞA(YADUR)MAK YA DA HUZURLA ÖLEBİLMEK
DR. ÖĞR. ÜYESİ SİBEL DOĞAN

56
YAŞAMIN SONU KONUSUNDAKİ TARTIŞMALARIN
ETİK BOYUTU
PROF. DR. NESRİN ÇOBANOĞLU

58
YAŞAM SONUNDAKİ HASTAYA HİZMET VERENLERİN
ETİK YÜKÜMLÜLÜKLERİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ HİLAL ÖZKAYA

62
TIP HUKUKU AÇISINDAN HAYATIN SONU
PROF. DR. HAKAN HAKERİ

66
YAŞAMIN SONUNA İLİŞKİN KARARLAR
PROF. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

70
ÖLÜMCÜL HASTALARIN TEDAVİ TERCİHLERİ
VE HEKİMOĞLU ÖRNEĞİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ MAHMUT TOKAÇ

74
İNTİHAR, ÖTANAZİ VE PSİKİYATRİ
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

78
EKONOMİ PENCERESİNDEN SON DÖNEM
HASTALARINA VERİLEN HİZMETLER
PROF. DR. HAYDAR SUR

82
İNSAN ÖMRÜ NE KADAR UZADI?
DR. ÖĞR. ÜYESİ MURAT DİNÇER ÇEKİN

86
SOSYAL PENCEREDEN ÖLÜME BAKIŞ
DR. ÖĞR. ÜYESİ SALİH KENAN ŞAHİN

90
ÖLÜMÜN KELİMELERİ
AHMET TURGUT

92
MÜZİKLE ÖLMEK, MÜZİKTE ÖLMEK
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK

96
SADIK YALSIZUÇANLAR:
'YAŞAMA HASTALIĞI'NA MÜPTELA BİRİSİ NE KADAR
SAĞLIKLIDIR?

104
KORONAVİRÜS (2019-NCOV) VE ARTAN/ARTIRILMIŞ
ENDİŞELERİMİZ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ

108
GEÇMİŞTEN GELECEĞE SOSYAL HİZMET
VE SİVİL TOPLUM
DR. İBRAHİM ALTAN - DR. SELMAN SALİM KESGİN
BÜŞRA NUR ERDOĞDU

110
MEMİŞ AĞA'NIN MEVLÜDE
DR. MİNE HANOĞLU

112
KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Hayatın sonu: Ne zaman, nasıl, nerede?

Prof. Dr. Osman Hayran

İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütünce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Hayat, doğum ile ölüm arasında geçen süreye verilen isim olduğuna göre doğum veya ölüm yoksa hayat da yoktur. Başka bir deyişle ölümsüzlük söz konusu olduğunda yaşanan sürenin adının hayat değil başka bir şey olması gerekir. Doğum ve ölüm hayatın başlangıcını ve sonunu ifade eden, tüm insanlar için geçerli olan doğal olaylar olduğuna göre bunlara tıbbın müdahale etmesi gerekir mi? Gerekirse ne zaman, hangi koşullarda, nasıl ve ne kadar? Bu iki olayın, taşıdıkları anlama uygun şekilde gerçekleşmesi için toplumların kendilerine özgü gelenekleri, kültürel uygulamaları, olayla karşılaşanlara yardımcı olmak amacıyla çeşitli becerilere sahip meslek mensupları bulunmaktadır. Örneğin bizim kültürümüzde, doğumlarda ebe-ninelerin, ebelerin, ölümlerde din insanlarının hazır bulunması ve yardımcı olması bir gelenektir.

Kültürel açıdan anlamı olan ve doğal şekilde gerçekleşmesi gereken bu iki olayın son yüzyılda hayatın diğer alanları gibi hızla tıplaştırıldığı dikkati çekmektedir. Doğum çoktan beridir tıbbın müdahalesini gerektiren bir olay haline gelerek ebe-ninelerin uğraş alanı olmaktan çıkmış, bazı hekimlerin uzmanlık alanı haline dönüşmüştür. Gebelik öncesi bakım kavramı 20. yüzyılın başına kadar ABD'de yayımlanmış hiçbir tıbbi kitap ya da metinde yer almaz ve uygulamaları yapılmaz iken (1), 1994 yılına gelindiğinde aynı ülkede gebe kadınların %96'sının düzenli olarak gebelik öncesi tıbbi bakım hizmeti aldığı (2) görülmektedir. Günümüzde doğum öncesi bakım ve doğum olayı her yerde tıplaştırılmış durumdadır. (3)

Doğumun tıplaştırılmasından sonra sıra ölüme gelmiştir. Bugün ölüm olayı henüz tıpta bir uzmanlık alanı haline dönüşmemiş olsa da hayatın sonuna, ölüme hazırlanmaya yönelik çok çeşitli tıbbi uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamaların geçmişine bakıldığında özellikle Sanayi devrimi sonrası ortaya çıkan bireycilik, sekülerleşme ve kapitalist değerlerin yaygınlaşması gibi nedenlerle ölüme yüklenen anlamın değiştiği dikkati çekmektedir. Daha önce sosyal, dini ve kültürel anlamı ağır basan ölüm artık tıbbi açıdan müdahale gerektiren bir sorun, bir düşman konumundadır. Ne var ki bu düşmanı alt etme olasılığı şimdilik sıfırdır. Gerçek böyle olduğu halde modern batı tıbbı pek çok hastalık ve sağlık sorunu karşısında elde ettiği tarihi zaferlerin verdiği özgüven ve kibirle ölümü ertelemek, engellemek için var gücüyle çalışmaktadır.

Kazalar, afetler gibi hesapta olmayan ölümler dışında yaşlı insanların sağlık sorunlarına bağlı ölümlerini önlemek, geciktirmek için yoğun bakım uygulamaları, ölüme hazırlık için planlanan ve sunulan palyatif bakım ve hospis hizmetleri bunların tipik örnekleridir. Dünyanın her yerindeki insanların çoğunluğu evlerinde ve sevdikleri ile birlikte iken ölmeyi arzu ediyor olsa da gelişmiş toplumlardaki ölümlerin yaklaşık yarısı hastanelerde, bir kısmı ise bakımevlerinde olmaktadır. İnsanların arzularının aksine olan bu durumun sağlık harcamalarına katkısı ise azımsanmayacak boyutlardadır. Örneğin, ABD'de hayat sonu bakım harcamaları tüm sağlık harcamalarının %25'ini oluşturmaktadır. (4) Bu maliyetler karşısında elde edilen yararın ne olduğu ise ayrı bir tartışma konusudur.

Hayat Sonu Ne Zaman: İnsan Hayatı Uzuyor Mu?

İnsan ne zaman, kaç yaşında ölmeli sorusuna verilecek en kestirme yanıt, "vadesi dolunca" şeklindedir. Vadenin ne zaman dolacağı, ecelin ne zaman geleceği konusu bilinmezlik içerse de sonuçta her insan için sınırlı bir hayat süresi söz konusudur. Çeşitli dinlere ve kültürlere göre bu süre tanrı tarafından belirlenir, çeşitli bilimlere göre ise genetik yapı, içinde bulunulan koşullardır süreyi belirleyen. Ölümsüzlük ise mümkün olmadığı halde tarih boyunca insanların peşinde koştuğu boş hayallerden birisidir. Özellikle 20.yüzyıl tıbbındaki gelişmeler bu hayalin gündemde kalmasına neden olmuştur. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde doğumda yaşam beklentisinin hızla yükselmiş olması, genetik bilimindeki gelişmeler ölümsüzlük arayan insanların umudunu artırmıştır.

Aslında teknik bir kavram olan "doğumda yaşam beklentisi", sıradan insanın anlaması için "ortalama ömür" şeklinde ifade edilince doğal olarak insan hayatının tıbbi gelişmeler sayesinde giderek uzamakta olduğu algısı yaygınlaşmaktadır. Oysa uzayan bir insanın hayatının süresi değil, insanların ortalama olarak yaşadıkları süredir. Doğumda yaşam beklentisi, bir bölgede veya bir ülkede belirli bir sürede, genellikle son yıl içerisinde gerçekleşen yaşa özel ölüm hızlarından hareketle, bütün koşulların hiç değişmeyeceği varsayılarak "hayat tablosu" adı verilen istatistiksel bir yöntemle hesaplanan tahmini bir süredir. Yaşa özel ölüm hızlarından hareketle hesaplandığı için bebeklik, çocukluk, gençlik dönemlerindeki ölümlerin yani erken ölümlerin önlenmesi bu süreyi hızla artırmaktadır. Örneğin az gelişmiş toplumlarda; bulaşıcı hastalıklar, beslenme yetersizlikleri, çevresel etkenler gibi önlenmesi kolay olan nedenlere bağlı erken ölümler önlendikçe yaşam beklentisi de artmaktadır. 19.yy'da küresel düzeyde 40 yıl olan doğumda yaşam beklentisi günümüzde iki katına çıkarak 80 yıla ulaşmıştır. 2019 yılı itibarıyla en düşük beklenti 53 yıl ile Orta Afrika Cumhuriyetinde, en yüksek ise 85 yıl ile Japonya'dadır. (5) Ne var ki bu artıştan yola çıkarak gelecekte yüzlerce yıllık bir yaşam beklentisi hayal etmek doğru değildir. Var olan güvenilir kaynaklar ve istatistikler en uzun insan hayatının 122 yıl olduğunu göstermektedir. Bağımsız kaynaklarca dünyanın en uzun yaşayan insanı olduğu kanıtlanan kişi Fransız Jeanne Calment (1875-1997) olup toplam 122 yıl 164 gün yaşamıştır. 2019 yılı itibarıyla yaşamakta olan en yaşlı kadın 116, en yaşlı erkek ise 112 yaşında olup her ikisi de Japonya'da yaşamaktadır. (6, 7) Özetle, insan hayatının en iyimser tahminle 125-130 yıl ile sınırlı olduğu anlaşılmaktadır.

Öte yandan özellikle genetik bilimindeki gelişmeler nedeniyle yapay organların, doku mühendisliğinin, kök hücre uygulamalarının gündeme gelmesiyle insan hayatının yakın bir gelecekte uzatılacağı umudu artmıştır. Hatta bilimin desteği ile ölümsüzlüğe giden yolda insanın başka bir şeye dönüşeceğini savunan transhumanizm akımı ortaya çıkmıştır ve transhumanistlerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Son 20-30 yılda gelişen bir felsefi akım olan transhumanizme göre gelişmiş teknolojiler yardımı ile insan zihninin ve fizyolojisinin şimdiki sınırları aşılacak ve bu

Doğumun tıplaştırılmasından sonra sıra ölüme gelmiştir. Bugün ölüm olayı henüz tıpta bir uzmanlık alanı haline dönüşmemiş olsa da hayatın sonuna, ölüme hazırlanmaya yönelik çok çeşitli tıbbi uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamaların geçmişine bakıldığında özellikle sanayi devrimi sonrası ortaya çıkan bireycilik, sekülerleşme ve kapitalist değerlerin yaygınlaşması gibi nedenlerle ölüme yüklenen anlamın değiştiği dikkati çekmektedir.

Özellikle genetik bilimindeki gelişmeler nedeniyle yapay organların, doku mühendisliğinin, kök hücre uygulamalarının gündeme gelmesiyle insan hayatının yakın bir gelecekte uzatılacağı umudu artmıştır. Hatta bilimin desteği ile ölümsüzlüğe giden yolda insanın başka bir şeye dönüşeceğini savunan transhumanizm akımı ortaya çıkmıştır ve transhumanistlerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Son 20-30 yılda gelişen bir felsefi akım olan transhumanizme göre gelişmiş teknolojiler yardımı ile insan zihninin ve fizyolojisinin şimdiki sınırları aşılacak ve bu sayede insanoğlu başka bir şeye dönüşecektir.

sayede insanoğlu başka bir şeye dönüşecektir. (8) Bu felsefeye göre insan-teknoloji ilişkisi multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmakta, özellikle genetik teknoloji, enformasyon teknolojisi, moleküler nanoteknoloji, yapay zekâ gibi hızla gelişmekte olan yeni teknolojilerin etik kullanımı ile insan denilen varlığın, insan ötesi farklı bir varlığa dönüşmesi kaçınılmaz görülmektedir. Bu nedenle bu gelişmelerin önündeki engellerin kaldırılması ve ortaya çıkacak yeni duruma hazırlanılması gerekmektedir. Başka bir deyişle bilim, din ve politikanın başaramadıklarını başarma yolundadır. Örneğin hastaları iyileştirmekte, açlık ve yoksulluğu çare üretmekte, zayıfların güçlü olmasına katkı sağlamaktadır. Belki günün birinde bize ölümsüzlük imkânını da sağlayacaktır. (9)

Transhumanistlerin haklı çıkıp çıkmayacağını zamana bırakarak eldeki bilgiler ışığında başlıktaki sorunun yanıtını vermek gerekirse: "Hayır, aslında insan hayatı uzamıyor, bazı insanların vaktinden önce ölmesi engellendiği için insan topluluklarının hayatı ortalama olarak uzuyor." Gene aşağı yukarı aynı süre yaşanmakta ancak sağlık hizmetlerindeki gelişmelere bağlı olarak artık daha çok sayıda kişi bu kadar süre yaşama imkânı bulmaktadır. Bilimsel gelişmeler, teknoloji ve tıp insanların hak ettikleri hayatı tam olarak ve daha kaliteli yaşamalarına yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla 200-300 yıllık hayatları, ölümsüzlüğü hayal etmek için şimdilik bir neden yoktur. Zaten başında belirttiğim gibi hayat dediğimiz şey doğum ile ölüm arasındaki süre olduğuna göre, ölümün olmadığı bir durumda, yani, ölümsüzlük halinde yaşanan süreye hayat demek de pek doğru olmayacak ve başka bir kavram bulmak gerekecektir. Ölümsüzlük değil, hayat denilen sürenin iyi, sağlıklı ve kaliteli yaşanması önemlidir.

Hayatın Sonu: Nasıl ve Nerede Olmalı?

Kazalar, savaşlar, cinayetler, doğal afetler gibi durumlarda gerçekleşen

ani ve zamansız ölümler bir yana, öncelikle tıbbın sorumluluk alanında olan hastalıklara ve sağlık sorunlarına bağlı ölümlerin nasıl ve nerede olması gerektiği sorusu giderek daha çok sorulan ve yanıtı önem kazanan bir sorudur. Demografik ve epidemiyolojik geçişlerin son aşamasına gelmiş, yaşlanan toplumlardaki ölüm nedenleri incelendiğinde bulaşıcı olmayan/kronik hastalıkların uzunca bir süredir ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. (10, 11) Gelişmekte olan ülkelerde de benzer bir epidemiyolojik geçişin gerçekleşmekte olduğu anlaşılmaktadır. (12) Tedavi yerine bakım gerektiren ve bazıları hayatın sonuna kadar süren bu tür sağlık sorunları karşısında sunulacak sağlık hizmetleri ve izlenecek politikalar ülkelerin sosyo-ekonomik koşullarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Özellikle kanserler gibi ölümcül kronik hastalıkların son döneminde yapılacaklar ve ölüme hazırlanmak için gerekli politikaların neler olması gerektiği konuları tartışmalı konulardır.

Demografik geçişin son aşamasına çok önceden gelmiş toplumlarda bu amaçla geriatrik bakım, hayat sonu bakımı, palyatif bakım, hospis bakımı, yardımlı ölüm gibi kavramlar ve uygulamalar geliştirilmiştir. Ülkemiz gibi daha geriden gelmekte olan toplumlarda ise feodal bağlar henüz tam anlamıyla çözülmediği için yaşlıların bakımı genellikle aile içerisinde gerçekleşmekte, pek az bir grup için huzur evi, yaşlı bakım evi gibi uygulamalar bulunmaktadır. Neden ne olursa olsun ölümlerin olabileceği başlıca yerlerin ev, ambulans, yaşlı bakım merkezleri, hastaneler ya da sokaklar olduğu ortadadır. İnsanların büyük kısmı evlerinde, sevdiklerinin yanında ölmeyi tercih ettikleri halde özellikle gelişmiş ülkelerde ölümlerin çok önemli bir kısmı hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında olmaktadır. Örneğin Avusturalya'da evinde ölmeyi tercih edenlerin miktarı %70 iken ölümlerin %50'si hastane ortamında, %35'i sağlık kuruluşlarında, %12'si ise evde gerçekleşmektedir. (13) Almanya, İngiltere ve ABD'de son yıllarda hastane ölümlerinde azalma, ev ve yaşlı bakımevlerinde gerçekleşen ölümlerde artma gözlendiği halde genel nüfus için başlıca ölüm yerinin hala hastaneler olduğu görülmektedir. (14, 15, 16) Ancak bu yıl yayınlanan bir çalışmada ABD'de ev ölümlerinin ilk kez hastane ölümlerini geçmekte olduğu vurgulanmıştır. (17) Özellikle yaşlı nüfusun evde ölüm oranlarının genel topluma kıyasla daha yüksek olduğu ve giderek arttığı dikkati çekmektedir. (18, 19)

Hastanelerde gerçekleşen ölümler için son durak genellikle üstün teknolojilerle donatılmış yoğun bakım üniteleridir. Bu birimlerde, önlenemeyeceği bilinen ve beklenen ölümleri bir gün daha geciktirebilmek amacıyla yoğun bir çaba harcanmaktadır. Çoğu zaman yararı olmayacağı bilindiği halde pek çok tıbbi girişimde bulunulmakta, ölüm karşısında çaresiz olduğunu bilmesine rağmen sağlık personeli pes etmeme duygusu ile adeta kendini kanıtlama çabası içine girmektedir. Bu durum ile hasta yakınlarında oluşan gereksiz beklentiler bir kısır döngü oluşmasına yol açmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hekimlerin ölmekte olan hastaya hiçbir yararı olmadığını bildikleri halde neden bazı girişimlerde bulundukları sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde yasal ve etik bazı endişelerin yanı sıra tedavi odaklı eğitim almış olmaları nedeniyle ölüm karşısında ne yapılacağını bilmemeleri ve çaresiz kalmalarının ön plana çıktığı görülmüştür. (20) Eğitim sürecinde egoları şişirilen ve yarı-tanrı rolüne hazırlanan hekimlerin hayatın sonu ve ölüm karşısında çaresiz olduklarını kabullenmeleri kolay olmamaktadır. Modern Batı tıbbının başarıları konusunda üretilen hikâyeler, efsaneler de bu tu-

Ölümsüzlük mümkün olmadığı gibi ölüm olmadan hayattan söz etmek te mümkün değildir. Var olan güvenilir bilgilere ve istatistiklere göre bir insanın yaşayabileceği hayat süresi bugün için 125-130 yıldan daha fazla değildir. Ancak pek çok insan bu sürenin önemli bir kısmını yaşayamadan basit nedenlerle erken dönemde ölüp gitmektedir. Tıbbın yapması gereken bu ölümleri önlemek, zamanı geldiğinde ölecek olanların iyi ölmesine yardımcı olmaktır.

tumu pekiştirir niteliktedir. Özellikle TV programlarında ve sosyal medyada yer alan gerçek dışı tıbbi zaferler tıbbın ölüm karşısında bile çıkar yol bulabileceği algısını oluşturmaktadır. Örneğin, TV programlarında yapay solunum sayesinde ölümden dönen hasta miktarı %70 olsa da gerçek hayatta bu sadece %5'tir. (13)

Gerçekçi olmayan bu tür algı ve yaklaşımlar hasta yakınlarında gereksiz beklentilere ve hayal kırıklıklarına, hekimler ile sağlık personelinde ise moral bozukluğu ve başarısızlık duygusuna neden olmakta, ayrıca pek çok kaynağın gereksiz biçimde kullanılmasına, heba edilmesine yol açmaktadır. Ölüm kaçınılmaz olduğuna göre nasıl olmalıdır? "İyi ölüm" nedir, nasıl olur? İyi ölüm ile kötü ölüm arasındaki fark nedir? İnsanlar ölüme nasıl hazırlanmaktadır, nasıl hazırlanmalıdır? Bu soruların yanıtları toplumlara, kültürlere göre değişmekte ve aynı kültürde zamana göre farklılık göstermektedir. Ölümün kültürel yönü daha ön planda olsa da konumuz nedeniyle iyi ölüm için var olan sağlık hizmetlerine ve politikalarına kısaca göz atmak gerekir.

Palyatif Bakım, Hospis, Yardımlı Ölüm Uygulamaları

Palyatif sözcüğü dilimizde "geçici" anlamına gelmektedir. Palyatif bakım ise hastalığın nedenlerini dikkat almadan tamamen rahatsız edici belirti ve bulgulara yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleri anlamında kullanılan bir hizmet türüdür. Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre "Palyatif bakım, ölümcül hastalıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının hayat kalitelerini artırmak amacıyla, başta ağrı olmak üzere her türlü fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal sorunlarının erken dönemde saptanıp değerlendirilerek önlenmesi, tedavisi ve rahatsızlıkların giderilmesine dayanan bir yaklaşımdır." (21) Palyatif bakım uygulamaları tedavisi mümkün olmayan terminal dönem hastalar için gelişmiş tüm sağlık sistemlerinde var olan uy-

gulamalardır. Bu amaçla eğitim görmüş sağlık personeli, hazırlanmış palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Bazen bu kavramla eş anlamlı imiş gibi kullanılan ancak daha farklı bir anlam taşıyan bir başka kavram ise "hospis" kavramıdır.

Hospis kavramı özellikle ABD ile diğer Batı ülkelerinde farklı anlamlar taşımaktadır. Pek çok Batı ülkesinde hospis bakımı, palyatif bakım ile eş anlamlı olarak kullanılmakta iken ABD'deki hospis uygulamaları hayatın son 6 ayında sunulacak terminal dönem bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Diğer ülkelerde ise bu tür bir zaman sınırlaması bulunmamaktadır. Batı toplumlarında yaygın olan hospis anlayışı aslında ölümün tıplaştırılmasına karşı bir tür tepki ve "iyi ölüm" arzusu sonucu ortaya çıkmış bir uygulamadır. Amaç, ölmekte olan kişinin en rahat, en konforlu ve en insani koşullarda acısız bir biçimde can vermesini sağlamaktır. Yapılan araştırmalara göre Batı kültürlerindeki "iyi ölüm" kavramının içerdiği başlıca özellikler şu şekilde sıralanmaktadır: (22, 23)

- Ölüm konusunda farkındalık ve ölümü olumlu şekilde kabullenme
- Hazırlıklı olma
- Bedensel rahatlık, konfor, özellikle ağrı kontrolü
- Huzur ve saygınlık
- Aile ya da aile benzeri ortam
- Birey olduğunu hissetme, arzu ve isteklerinin dikkate alındığı duygusu
- İyi zamanlama, ölümün ne zaman, nasıl olacağı konusunda netlik

Tüm bunların temelinde ise bireyin kontrol duygusunun yer alması önem taşımaktadır. Yani ölüme hazırlanma, zamanlama, rahatsız edici semptom ve duyguların kontrolünün bireyin elinde olması gerekmektedir. Dikkat edilirse iyi ölümü oluşturan özelliklerden biri olan bedensel rahatlık dışında hiçbirinin tıpla ilişkili olmadığı görülmektedir. Yani iyi ölüm için tıptan beklenen tek şey başta ağrı olmak üzere bireyi rahatsız edebilecek semptomların giderilmesidir. Bu konuda var olan bir başka yaklaşım ise "yardımlı ölüm" uygulamalarıdır. Bunlar pek çok toplumda kabul görmeyen, tartışmalı uygulamalardır. Yasal olarak düzenlendiği ülkeler arasında en iyi bilinen örnek Hollanda'dır. Bu uygulamalar ölümün gerçekleşeceği koşullara bağlı olarak farklı şekillerde olabilmektedir. Örneğin, yardımlı intihar, çeşitli ötanazi türleri (aktif, pasif, gönüllü, gönülsüz ötanazi gibi) bu amaçla yapılan tartışmalı uygulamaların en iyi bilinen örnekleridir. Yardımlı ölüm uygulamalarının en sık görüldüğü ve gerçekleştiği ortamlar ise hospislerdir.

Özetlemek Gerekirse…

Ölümsüzlük mümkün olmadığı gibi ölüm olmadan hayattan söz etmek te mümkün değildir. Var olan güvenilir bilgilere ve istatistiklere göre bir insanın yaşayabileceği hayat süresi bugün için 125-130 yıldan daha fazla değildir. Ancak pek çok insan bu sürenin önemli bir kısmını yaşayamadan basit nedenlerle erken dönemde ölüp gitmektedir. Tıbbın yapması gereken bu ölümleri önlemek, zamanı geldiğinde ölecek olanların iyi ölmesine yardımcı olmaktır. İyi ölümün bileşenleri ise tıbbi olmaktan çok kültürel, sosyal düzenlemeler gerektirmektedir. Bu anlamda, hekim adayları başta olmak üzere insan hayatı ile uğraşan her sağlık personeline eğitim sürecinde hayat-sonu bakım hizmetleri konusunda özel eğitim verilmeli, bu konudaki kültürel yaklaşımların önemi ve anlamı tanıtılmalı, terminal dönemdeki hasta ve yakınlarının beklentileri gerçekçi ve insani şekilde yönetilmelidir.

Kaynaklar

1) Speert H. Obstetrics and Gynecology in America: A History. The College of Obstetricians and Gynecologists, 1980, Chicago.

2) US Department of Health and Human Services. Vital and Health Statistics: Prenatal Care in the United States, 1980-94. Series 21, Data on Natality, Marriage and Divorce, No.54, 1996.

3) Hayran O. "Hayatın Tıplaştırılması" ve Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. SD Dergi 2009;12.http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/403/Hayatin-tiplastirilmasi-ve-dogum-oncesi-bakim-hizmetleri.aspx (Erişim Tarihi: 22.12.2019)

4) Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the Cost and Cost Effectiveness of Palliative Care: A Literature Review. Palliative Medicine 2014;28(2):130-150.

5) https://ourworldindata.org/life-expectancy (Erişim Tarihi:18.12.2019)

6) https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_the_verified_oldest_people (erişim:20.Aralık.2019)

7) Young RD, Kroczek WJ. Validated Living Worlwide Supercentenarians 112+, Living and Recently Deceased:February 2019. Rejuvenation Res. 2019;22(1):79-81.

8) McKie R. No Death and An Enhanced Life: Is the Future Transhuman? The Guardian, 2018. https://www.theguardian.com/technology/2018/may/06/no-death-and-an-enhanced-life-is-the-future-transhuman (Erişim Tarihi: 24.12.2019)

9) Young S. Designer Evolution: A Transhumanist Manifesto. New York: Prometheus Books. Press Release. 2006.

10) Global, Regional, and National Age–Sex Specific All-Cause and Cause Specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet 2015;385:117–71.

11) Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, vd. Global, Regional, and National Disability-Adjusted Life Years (DALYs) for 306 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 188 Countries. The Lancet 2015;386:e45:2117–226.

12) Gaye B, Diop M, Narayanan K, vd. Epidemiological Transition in Morbidity: 10-Year Data from Emergency Consultations in Dakar, Senegal. BMJ Global Health 2019;4:e001396.

13) Rice M, A good death: A Compassionate and Practical Guide to Prepare for the end of Life. Murdoch Books, UK, 2019.

14) Dasch B, Blum K, Gude P, Bausewein C. Place of Death: Trends Over the Course of a Decade - A Population Based Study of Death Certificates from the Years 2001 and 2011. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 496–504.

15) Gov.uk. End of Life Care Profiles: February 2018 update. https://www.gov.uk/government/statistics/end-of-life-careprofiles-february-2018-update (Erişim Tarihi: 23.12.2019)

16) QuickStats. Percentage Distribution of Deaths, by Place of Death-United States, 2000-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65:357.

17) Cross SH, Warraich HJ. Changes in the Place of Death in the United States. N Engl J Med 2019; 381:2369-2370.

18) Teno JM, Gozalo P, Trivedi AN, Bunker J, Lima J, Ogarek J, Mor V. Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions Among US Medicare Beneficiaries, 2000-2015. JAMA. 2018;320(3):264-271.

19) Cai J, Hongzhong Z, Coyte PC. Socioeconomic Differences and Trends in the Place of Death among Elderly People in China. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017;14:1210.

20) Willmott L, White B, Gallois C, vd. Reasons Doctors Provide Futile Treatment at the End of Life: A Qualitative Study. J Med Ethics 2016;42:496–503.

21) https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Erişim Tarihi: 22.12.2019)

22) Borgstrom E. Advance care planning:between tools and relational end-of-life care. BMJ Supportive and Palliative Care 2015;5:216–217.

23) Cottrell L, Duggleby W. The "Good Death": An Integrative Literature Review. Palliative and Supportive Care, 2016;14(6):686-712.

İnsan sonlunun ve sonsuzun sentezidir

Prof. Dr. Hayrettin Kara

1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Uzun yıllar Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Klinik Şefi olarak görev yapan Kara, halen Medipol Üniversitesinde Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesidir.

Ölüm hüzünlüdür ve bizim en büyük hayal kırıklığımızdır. Yanımızda, yakınımızda olduğunu düşündüğümüz her şey uzaklaşır bizden. Uzaklaşır ve yabancılaşır ya da zaten yabancı olduğunu keşfederiz. Yanılsamalarla kurduğumuz ev yıkılır. Benliğimiz örtüsüz, çıplak bir bilinç olarak kalır. Tutunacak hiçbir şey bulamaz benliğimiz. Benlik, daha önce tutunduğu ve kendisi kıldığı her şeyin sonlu olduğunu görür ve dehşete düşer. Benliği asıl dehşete düşüren, tutunduğu şeyler gibi kendisinin de sonlu olduğu ihtimalidir. Ancak benlik sonlu mudur?

Ölüm bizim en büyük hayal kırıklığımızdır. Er ya da geç keşfederiz bu gerçeği. Tabii tümüyle tin yoksunu değilsek. Hüzünlü ve dehşet verici bir keşiftir bu. Belki de duyduğumuz bu hüzün, dehşeti yumuşatma çabamızdır. Gılgamış Destanı'nda, Gılgamış'ın hayal kırıklığındaki hüzün ve dehşeti hatırlayalım mesela. Kardeşi Enkidu ölür ama Gılgamış inanamaz. İnanamaz çünkü ölüm çok fazla gerçektir. Gılgamış yedi gün boyunca durmadan ağlar ve kardeşinin yanından ayrılmaz, ayrılamaz. Ta ki kardeşinin cesedi kurtlanana kadar. Peki Gılgamış'ı bunca derin bir hüzne ve dehşete gark eden şey ne idi? Sevdiğinin kaybı. Bu, yetersiz daha ötesi yanlış bir cevaptır. Onu hüzne ve dehşete düşüren kardeşi gibi kendisinin de sonlu olduğu ihtimaliydi. İhtimaliydi diyorum zira yaşayan her benlik için sonluluk bir gerçek değil ihtimaldir. O zaman "ölmeden önce ölünüz" diyen sufi ilkeyi ihtimal vadisinde konaklamadan, vadiyi geçip gitme edimi olarak yorumlayabiliriz. Ölümün kesinliğine karşın zihinsel olarak ölümlülüğü bir ihtimale dönüştürmek insan ruhuna kök salmış derin kaygının nedenidir.

Gılgamış bilir ki kardeşi gibi ölecek ama bir yandan hala yaşıyor. Öyleyse tanrıların ölümsüzlük bahşettiği Utnapiştim'i bulmalı, sonsuzluğun sırrını öğrenmelidir. Kardeşinin cesedinin başından kalkar, hayal kırıklığının derinliğine karşın yine de umutla ebedi olanı aramak için yola çıkar. Efsane -daha doğrusu insanın hikâyesi- asıl bu arayışla, bu yola çıkışla başlar. Ruhun umut/umutsuzluk, hüzün/dehşet içinde gidip gelen diyalektik yolculuğudur bu hikâye. Sonra şarap sıkan kadın Siduru'nun karşısındaki Gılgamış'ı hatırlayalım mesela. Umutsuzluğun, hüznün ve dehşetin bir insan yüzüne dönüşüşünü. Umut yine de oradadır, derinlerde ve gizli de olsa oradadır. Keşke bu sahneyi çizecek bir ressam olsa. Keşke hüzün, umutsuzluk, dehşetle birlikte umudu da çizebilecek bir ressam olsa.

Ölüm bizim en büyük hayal kırıklığımızdır. Tümüyle tin yoksunu değilsek er ya da geç keşfederiz bu gerçeği. Ian Craib gibi... O, on yıllarca bir psikanalist olarak çalışmış olsa da onca zaman sonluluğun insan psikolojisinde ne denli önemli olduğunu göremediğini söyler. Ta ki ölümcül bir hastalığa duçar olana kadar. Modern psikoloji açısından da bir itiraftır söyledikleri: "Hepimizin paylaştığı ölüm korkusunu ne fark etmiş ne de içeriğini tam olarak anlamıştım... Yaşam iyi olabilir, daha da iyileştirilebilir ve en büyük hayal kırıklığı olan ölümle sona erer."

Bu sözler üzerinden modern kültür ve psikolojinin ölümü yadsıyışının nedenleri ve sonuçları üzerine çok şey söylenebilir. Ama şimdi biz sonluluğuyla yüzleşen bir birey olarak onun öznelliğinde kalalım yalnızca. Craib'in bu sözleri hüzünlüdür, bu sözlerinde o dehşeti gizlemiştir ve bir umut yoktur bu sözlerde. Çünkü onun için Gılgamış gibi yola çıkıp aranacak bir sonsuzluk yoktur, sonsuzluğa inanç yoktur. Her şey sonludur ve sonlu olanın da sonuna gelinmiştir. Öyleyse nasıl yaşanır bu hayal kırıklığıyla?

Unutarak ve unuttuğunu da unutarak. Sonluluğumuzu unutarak yaşarız. Craib'in yaptığı, bizim de yapıyor olduğumuz buydu. Daha iyi bir kavram bulamadığımdan "unutma" diyorum. Ancak buradaki unutma ne güzel havalarda eve ekmek ve tuz almayı unutan şairin unutması, ne de ev ödevini yapmayan öğrencinin defterini evde unutması değil. Kast ettiğim, bir durumdan ziyade bir süreç; insan oluşun diyalektik sürecinin bir parçası. İnsan sürekli hatırlayarak yaşayamaz, sonluluğunu unutmak zorundadır ama aynı zamanda hatırlamak da zorundadır çünkü insan tinle yüklenmiştir. Bizim sorunumuz sürecin hatırlamak zorunda olduğumuz kısmıyla ilgili. Öyle büyük bir hayal kırıklığıdır ki ölüm ancak unutarak baş edebiliriz bu dehşetle. Kendimizi, unutmada sabitleyerek ruhumuzdaki diyalektik sürece izin vermeyiz. Böylece benliğimiz unutuşun içinde kaybolur. Şaşırtıcı biçimde gürültüsüz, sessizdir bu kayboluş. Eğer bedensel olarak sonlu olduğu gibi ruhsal açıdan da sonlu ise insanın bu unutuşun içinde kaybolmasına ne denebilir? Ancak be-

den olduğu kadar bir tin de değil midir insan ve insan sonlu ile sonsuzun sentezi değil midir?

İnsanın bir terkip, bir sentez olduğu çok eski bir düşüncedir. Bütün zamanlar boyunca insan kendini hep şu ya da bu şekilde bir ruh-beden sentezi olarak düşünmüştür. Bu düşünce içinde örtük başka bir sentez düşüncesini de barındırır; insan sonlu ve sonsuzun sentezidir de. Beden sonlu, ruh ise sonsuz. Bedenlerimiz aşikâr, somut, deneyimsel olandır ama ruh nedir? Ona ister psişe, ister bilinç, ister tin diyelim, her ne dersek diyelim, o nedir? Eğer o salt bir soyutlamaysa ve onun sonsuzlukla ilişkili olduğu düşüncesi bir kurguysa bu soyutlamaların, kurguların bir anlamı yoktur. Zira deneyimsel olmayanın gerçek bir varlığı yoktur. Tin ya da bilinç deneyimsel olmayan bir soyutlama ve kurgu mudur? Ortak, uzlaşılabilir, paylaşılabilir bir cevabı yoktur bu sorunun. Herkes kendi başına, kendi içinde, kendisiyle ilişkisi içinde aramak zorundadır cevabı. Ben derim ki; tin ya da bilincin bir soyutlama olmadığını, deneyimsel olduğunu daha doğrusu öznel deneyimlerimin kendisi olduğunu içsel olarak kesin biçimde bilirim ama bu bilgi bir başkasının ne işine yarar ki? Bir bilinç olarak kendimi kendimle yankıladığımda sonluluk kadar sonsuzluğun da onun bir niteliği olduğunu bilirim ama bu bilginin bir başkası için ne anlamı olabilir ki? Düşüncenin ürettiği sonsuzluk fikri ile kendiliğimi deneyimlemeden kaynaklanan sonsuzluk niteliğinin farkını görebilirim ama bu görü bir başkasının ne işine yarar ki? Bütün bunları söylerken sonluluğun beni boğduğunu neredeyse yok ettiğini fakat yine de sonsuzluğun tinin bir niteliği olduğunu deneyimleyebilirim ama bu deneyimlerin bir başkası için ne anlamı olabilir ki? İşte o zaman Kierkegaard'ın "Öznellik hakikattir" deyişi anlamını bulur ya da "Kendi miratında (aynanda) gözle hakikati" diyen Niyazi Mısri'nin kast ettiği şey anlam kazanmış olur. Bir başka biçimde ben yine derim ki; sonluluğun olduğu kadar sonsuzluğun da bir terkibi değilsek bile, bir olanaklılık olarak ona inanmak ama bunu sonluluğun dehşetini yatıştırmak için yapmadığını bilerek inanmak ve o olanaklılık için mücadele etmek kahramanca değil midir? O zaman inanmak bir savunma olmaktan çıkmaz ve öznelliğin içinde deneyimsel bir hakikat olmaz mı?

İnsan sonlunun ve sonsuzun sentezidir. Bu belki öylesine söylenmiş boş bir sözdür, belki de hakikattir. Hakikat öznellik ise her kendilik kendi öznelliğinin terazisinde tartmalıdır bu sözü. İnsanız ya duramayız, düşünür konuşuruz, bazen de (belki çoğu zaman) düşünmez konuşuruz. İnsan konuşmak zorundadır. Mutlak bir suskunluk yoktur insan için. Sükût edenler de kendi kendilerine konuşup durmaktadırlar, kendi kendilerine söylediklerini duymasalar da. Öyleyse sesten değil sözden söz ediyorum, bizi bilince götüren sözden ve bir niteliği de sonsuzluk olan bilinçten. Söz bilincin sözüdür, bedenin değil. Yine dönüp dolaşıp bilinç-beden ilişkisine geliyoruz.

İnsan bilinçtir, beden değildir ama bedenlidir. İnsan bedenlenmiştir ama bilinçlenmiş değil, zira insan bilincin kendisidir. Bedeninin tabi olduğu yasaları biliriz. Bedenin tarihini, hikâyesini biliriz. Onun oluşumunu, doğuşunu, gelişimini, olgunlaşıp çürüyüşünü... Beden başlangıçlı ve bitimlidir. Bir şeyin başlangıçlı ve bitimli olduğunu kim söyleyebilir? Başlangıcı ve bitimi kapsayan ne ise o söyleyebilir. Bilincin zamanla ilişkisi beden gibi değildir. Beden mutlak olarak

İnsan sonlunun ve sonsuzun sentezidir. Bu belki öylesine söylenmiş boş bir sözdür, belki de hakikattir. Hakikat öznellik ise her kendilik kendi öznelliğinin terazisinde tartmalıdır bu sözü. İnsanız ya duramayız, düşünür konuşuruz, bazen de (belki çoğu zaman) düşünmez konuşuruz. İnsan konuşmak zorundadır. Mutlak bir suskunluk yoktur insan için. Sükût edenler de kendi kendilerine konuşup durmaktadırlar, kendi kendilerine söylediklerini duymasalar da. Öyleyse sesten değil sözden söz ediyorum, bizi bilince götüren sözden ve bir niteliği de sonsuzluk olan bilinçten. Söz bilincin sözüdür, bedenin değil. Yine dönüp dolaşıp bilinç-beden ilişkisine geliyoruz.

zamanın içinde ve zamanla sınırlandırılmıştır. Bedenin bir başlangıcı ve bir bitimi olması zamanla sınırlandırılmışlığının kanıtıdır. Ya bilinç? O da başlangıçlı ve bitimli midir, o da zamanın içinde ve zamanla sınırlandırılmış mıdır? Bunu bilmiyoruz ama bilmeye yaklaşabiliriz. Kendine dönen bir tin, zamanın iki oku yönünde, ileriye ve geriye doğru bilincin sınırlarının belirsiz olduğunu görebilir. Bu zamanın, bilinci sınırlandıramadığını sezinleten bir belirsizliktir. Bu sezinin bizi götüreceği yer bilinç ve zamanın özdeşliğidir. Zaman sonsuzsa bilinç de sonsuzdur ama soracaksınız; beden dağıldığında yok olduğunda bilinç de yok olmuyor mu? Elbette yok oluyor ama bu gözlemler bilince ne olduğunun gözlemleri midir? Bilince dair gözlemler bedene ilişkin gözlemler gibi değildir. Bedene dair gözlemlerimiz bir kesinlik içerir. Bedenin sonluluğu, ölümü bir kesinlik içerir. Bildiğimiz sadece bedenin ölümünde bilincin ortadan kaybolduğudur ama onun beden gibi yok olduğu gözlemimiz içinde değildir. Hem görmez miyiz ki, düşüp bayılan bir adamın da bilinci kayboluyor ama sonra bilinç tekrar görünür oluyor. Yine görmez miyiz ki derin uykudaki adamın da bilinci kayboluyor, adam uyanıyor ve bilinci tekrar görünür oluyor. Bu basit gözlemler bile bilincin kaybolusunun onun mutlak anlamda yok olmadığını göstermiyor mu? Bedensel olarak ölen bir adamın kaybolan bilincinin tekrar görünür olduğunu gören yok, diyebilirsiniz. Diyebileceğim, yalnızca onun mutlak olarak yok olduğunu görenin de olmadığıdır. Bedenin tanığı ötekidir oysa bilincin tanığı yalnızca kendisidir. Öyleyse bu gözlemler bilincin bedenle ilişkisine dair bir şeyler söyler yoksa bilincin gerçekte ne olduğuna dair değil. O zaman Epikür ya da Schopenhauer'ın insanın sonluluğuna, ölümlülüğüne dair söylediklerinin karşılığını bulamam. Epikür'ün "Benim olduğum yerde ölüm yok ve ölümün olduğu yerde ben yokum" deyişini hepimiz duymuşuzdur.

Benim karşılığını bulamadığım bu tezin ikinci kısmı. Benim olduğum yerde ölümün olmadığı elbette kesin ama ölümün olduğu yerde bilincin olmadığını nasıl söyleyebilirim? Schopenhauer şöyle düşünür; doğmadan önce benim var olmadığım zamanlara dair bir kaygı duymuyorsam öldükten sonra benim yok olduğum zamanlara dair de kaygı duymamam gerekir. O buradan sonluluk kaygısının rasyonel bir kaygı olmadığını ancak istencin kaygısı olduğu sonucuna varır. Epikür ya da Schopenhauer'ın argümanları ancak kendimi bedenle özdeşleştirdiğim ya da bedene indirgediğim zaman geçerli olabilir. Tinsel bir varlıksam bunu nasıl yapabilirim ki? Bütün bu argümanlar unutuşun formlarıdır benim için. Unutuş hem sonluluğun hem sonsuzluğun umutsuzluğundan kurtulmak için unutuş. İnsanın elinde kalan ya da elinde olan tek şey inanç. Ancak bir kurgu, bir soyutlama olarak değil, aktif kendi olma çabası içinde inanç. İnsan beden ve bilincin sentezi olduğu gibi sonlunun ve sonsuzluğun da sentezi ise niteliğindeki sonsuzluğu ancak inançla etkinleştirebilir. Öyleyse inanç insanın varoluşsal sorumluluğunun bir parçasıdır ve kurgu olmayan inanç öğretilebilir, aktarılabilir bir şey değildir. Öyleyse insan topluluk içinde yaşasa da kendisiyle yalnızdır ve kendisiyle sorumludur.

Bizim Zamanlarımız

İnsanlığın hikâyesinden bizim kısmetimize düşen zaman dilimi oldukça ilginç. Yaşadığımız zamanların bilimi eskilerin büyü ya da sihir derken kastettiklerinin ötesine geçti. Michio Kaku gibi fizikçiler ışınlamayı, telepatiyi, görünmez olmayı bize artık bilimin yakın dönem olanaklılığı olarak takdim ediyorlar. Ancak yine de kaderimiz hayvanlardan farklı değil. Hayvanlar nasıl ölüyorsa biz de öylece ölüyoruz. Göç eden bir antilop sürüsünün kaderinden farklı değil kaderimiz. Göç yollarında antilopların bazıları geride kalır ve bir yırtıcının avı olur, önde koşan bazıları bir uçuruma düşer ama sürü yolculuğuna devam eder. İnsan bedensel açıdan bir hayvan sürüsünden farksız. Ölüm bir kuşağın bedenlerini tek tek ayırır sürüden ve yeni gelen kuşak taze ve gürbüz bedenleriyle sürdürür sürünün yolculuğunu. Ne boş ve anlamsız bir yolculuktur bu. Ancak insan bir antilop değildir, insan tinle yüklenmiştir. Bir antilop kendi yolculuğuna dışardan bakamaz oysa insan bilinci bunu yapabilir. Bilinç kendine dışardan baktığı anda zamanı esnetmiş ve ölümün yanı başında olduğunu görmüş olur. Daha uçuruma düşmeden ya da bir avcının avı olmadan... Bu insanın hayal kırıklığı ve dehşetidir. Tinselliğinden giderek uzaklaşan ve kendisini daha çok bedeni üzerinden tanımlayan bizim zamanlarımız ne yapıyor bu dehşet karşında? Zamanımızın bu dehşete yönelik en temel baş etme stratejisi yadsımadır; ölümü, sonluluğu yadsıma. Yadsıma, insan ruhsallığının en ilkel savunma stratejisidir oysa. Demek ki zihinsel açıdan bunca ilerlemişken ruhsal açıdan bunca gerilemişiz. Bununla birlikte zamanımız yadsımayı yanılsamalı umutların ardına gizleyecek kadar hünerlidir. Kolesterol düzeylerini normal sınırlarda tuttuğunda sanki sonluluğunun çelişkisini aşacakmış gibi bir yanılsama mesela.

Sonluluğunu yadsıyarak oluşturulan bir sonsuzluk yanılsamasıdır bizim zamanlarımızın sığınağı. Oysa insan sonlunun ve sonsuzun sentezdir ve sonsuzluk ancak sonluluk farkındalığı üzerinden etkinleştirilebilir. Bu da ancak inanç yoluyla elde edilebilir. Oysa bir kurgu, bir soyutlama, salt bir düşünce olarak inanç değil. İstemin içine yerleşmiş ve kişiyi yeniden var eden bir inanç. O zaman tinsel bir varlık olarak insan ölmeden önce ölebilir, doğmayı ve yeniden doğmayı deneyimleyebilir.

Sonluluğunu yadsıyarak oluşturulan bir sonsuzluk yanılsamasıdır bizim zamanlarımızın sığınağı. Oysa insan sonlunun ve sonsuzun sentezdir ve sonsuzluk ancak sonluluk farkındalığı üzerinden etkinleştirilebilir. Bu da ancak inanç yoluyla elde edilebilir. Oysa bir kurgu, bir soyutlama, salt bir düşünce olarak inanç değil. İstemin içine yerleşmiş ve kişiyi yeniden var eden bir inanç. O zaman tinsel bir varlık olarak insan ölmeden önce ölebilir, doğmayı ve yeniden doğmayı deneyimleyebilir. O zaman hala hüzünlü bir yanı olsa da ölüm yadsınacak bir şey olmaktan çıkar ve bir öğretmen olur, tinsel olarak bizi sonsuzluğa taşıyacak bir öğretmen. Ancak öğrenci olmak, isteme yerleşmiş bir inanç işidir, bizim zamanlarımızda giderek daha da kaybediyor olduğumuz inanç. Hatta ondan bahsederken onu daha da çok kaybettiğimiz inanç.

Batı felsefesi ve İslam tasavvufunda ölüm

Prof. Dr. Akif Tan

1961 yılında Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesini bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Anabilim Dalında yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde çalışan Tan, 2012 yılında Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında profesör kadrosuna atanmış ve halen bu görevde çalışmaktadır.

"Her nefs ölümü tadacaktır"
Ankebut 29/57

Ölümle ilgili yazı kaleme almak, farkında olsak da olmasak da günlük hayatta hep içinde bulunduğumuz ama çoğu zaman duymaktan, düşünmekten uzak durduğumuz bir gerçek üzerine konuşmak demektir. Dinlerin ve felsefenin en çok üzerinde durup anlatmaya, açıklamaya çalıştığı ölüm, kötü ve korkulması gereken bir durum mudur, bir son mudur ya da sonsuzluğa açılan bir kapı ya da sevgiliye kavuşma, şeb-i aruz mudur? İnsanlık tarihi hep bu açıklamalar üzerine yüzlerce, binlerce yıl süren tartışmalarla doludur ve hala devam etmektedir. İnsanoğlu bir gün mutlaka öleceğini bilen tek canlıdır ama Hayali'nin dediği gibi "*Ol mahiler ki derya içredir deryayı bilmezler*" misali hayatlarının merkezinde bu bilinç çoğu zaman yoktur. Özellikle Batı düşüncesinde, Doğu düşüncesinden çok büyük farklılıklarla anlaşılıp yaşanan bir ölüm anlayışı vardır. Bu makalede daha çok Greko-Romen ve kilisenin yüzlerce yıldır şekillendirdiği Batı düşüncesi ile Doğu dense de aslında İslam düşüncesinde ve bilhassa tasavvuf anlayışında ölüm nasıl ele alınıp yorumlanmış ve yaşanmış bundan bahsedeceğiz.

Ölümün iyi ya da kötü olduğu üzerine ilk yorumlar Sokrates'ten gelmiş, diyaloglarında bunu akıllı olmakla anlatmıştır. Ölümden korkmanın; aslında kendimizi akıllı sanırken akılsızca olduğunu, bilmediğimiz bir şeyi biliyormuş sandığımızı gösterdiğini söylemiştir. Sokrates insanın ölümden korkmasına karşı *"Belki de başımıza gelebilecek en güzel şeydir, çünkü biz ölümün ne olduğunu bilmiyoruz"* der. Oysa Platon'un talebesi Aristo, "Ölüm, insanın başına gelebilecek en kötü şeydir" tezini savunmaktadır. Bu anlatımdan birkaç yüzyıl sonra Epikür *"Ölüm bize bir şey yapmaz, kötü olduğunu da söyleyemeyiz çünkü hayattayken ölüm yok, ölüm geldiğinde ise biz yokuz"* diyerek kendi felsefesini ortaya koyar.

Ölümden sonraki hayata inansın ya da inanmasın ölüm, bazıları için korkutucu olsa da Epikür ve aynı ekoldeki filozoflar için endişe edilecek bir durum yoktur ve hayatımızda bu tür endişeler olmamalıdır. Epikür'e göre iki farklı zamansal periyod yani varlık ve yokluk hali söz konusudur. Ölüm, en korkunç hastalık ya da bela dahi olsa, hayattayken de yokluk halinde de birlikte olmadığımız bir durumdur. Acı veya mutsuzluk insan hayatını olumsuz etkilese de ölümün bizi mutsuz edebileceği bir zaman dilimi yoktur. Ölüm hayat için bir "son" anlamını taşısa da hayata limitsiz yılların eklenmesiyle değil ölümsüzlük beklentisinin akılcı düşünceyle yok edilmesi ancak zihinsel tedirginliği engeller. Epikür, ölümü algının olmadığı bir durum olarak tanımlamıştır. Ölümün kötü olamayacağını anlatmasına getirilen eleştiri ise ölümün kötülüğünün özünden değil, ölümün insanı dünyada yoksun bıraktığı şeylerden dolayı meydana gelen korku ve endişe duygusu olduğudur. Yani Epikür'ün ölümün yokluk durumuna odaklanması, hayat içerisindeki ihtiraslar ve kazanımların kaybedildiğinde yarattığı endişeyi gözardı etmesine sebep olmuştur.

Haleflerinden Lukretius ise Epikürcü geleneği biraz daha ileri taşıyarak, ölümden sonra gelen yokluğun, doğumdan önceki yokluk halinin kötülük ve korkuya sebep olmaması gibi simetrik olacağını savunmuştur (*symmetry argument*). Simetri delili, Epikürcü ölüm ve haz anlayışının eksik kalan yönlerini tamamladığı gibi yeni bağımsız bir sonuç üretmekten çok, ikna edici ve doğrulayıcı yeni deliller sunmaktadır. Nasıl ki doğum öncesi yokluk, bir endişe doğurmuyor zarar oluşturmuyorsa; öldükten sonraki yokluk için de aynı şeyler söylenebilir, kabul edilebilir ve böylece ölüm endişesi rasyonel olmaktan çıkartılır. Simetri anlayışına karşı, doğumdan önceki yokluğun doğumdan sonraki varlık haliyle devam ediyor olması, endişe duymamıza engel olsa da; ölümden sonraki yokluk halinin sürekli yaratacağı yokluktan dolayı endişe doğurucu olduğu pekâlâ söylenebilir.

Diğer yandan ölümden sonraki yokluk ile doğumdan önceki yokluğun aynı olmadığını iddia edenler (*asymmetry argument*), daha erken doğmanın imkân dahilinde olmamasına rağmen, daha geç veya daha erken ölmenin ihtimal olabileceğini savunmaktadırlar. Lukreitus'ın simetrisine yakın zamanlarda Thomas Nagel'den en büyük eleştiri gelmiş ve doğumdan önceki ve ölümden sonraki zamanların varlık durumunda olmadığımız zamanlar olduğunu ancak zaman-

sal açıdan bir paralellik olsa da ölümle gelen yokluğun erken ya da geç olmasının hayata ait mahrumiyetler getirebilecekken doğumdan önceki yokluk için geçerli olmayacağını söylemiştir. Hatta daha geç ölmenin uzun yaşamak olarak tanımlanması mümkünken erken ya da geç doğmanın daha uzun yaşamak değil, büsbütün farklı bir zamanda farklı bir kişi olmak olacağını ifade etmiştir. Günümüz yazarlarından Parfit'te bu asimetriye vurgu yaparak hastane örneğini verdikten sonra; insanların geçmişe ait düşünceleri yerine, geleceğe ait hayal ve umutlarından dolayı kaygıları olduğuna vurgu yapar. İki yokluk dönemi arasında bir simetriden çok, bir asimetrinin varlığından söz etmek bu nedenle daha doğru gibidir. Epikür ve Lukreitus'un aksine günümüz felsefesinde özellikle de Belshaw ve Kaufman'ın öncülüğünde daha erken ölmenin (ki aslında her ölüm erken de sayılabilir) bir yoksunluk yarattığı ve ölümün endişe verici kötü olduğu anlamını çağrıştırdığı savunulmaktadır.

Yaklaşık iki, üç yüzyıl sonra stoacı filozoflardan Seneca da felsefe ile ölüm arasında sıkı bir ilişki kurmaya çalışmıştır. "*Teselliler*" adlı kitabında bilge insanı, "ölümü karşılayışında sükûnet ve yüreklilik olan insan" olarak tanımlamış, bütün bir ömrün ancak ölmeyi öğrenmekle geçeceğini söylemiş, felsefeyi ölüme hazırlık olarak görmüştür. Aslında bu görüşler Sokrates'te de çok öne çıkmakta, ölüm kalım hesabıyla uğraşmanın işe yarayan kimsenin işi olmadığını vurgulanmaktadır. Platon'un yazdığı, Sokrat'ın savunmasında anlattığı gibi baldıran zehrini bir anlamda gülerek içmiş ve yanındaki arkadaşlarının "Üstat seni suçsuz yere ölüme mahkum ettiler" sözlerine, "*Ya aksi olsaydı?*" diye cevap vererek endişe duymadan ölüme yürümüştür. Seneca da Neron döneminde yaşamış ve imparatora danışmanlık yapmış ancak suikast girişiminde bulunmakla suçlanmıştır. Seneca, saygınlığından dolayı ölüm şeklini seçme hakkı verilince; tüm yaşamı boyunca doğru bilgiye ulaşmak, erdemli yaşamak, ölümü öğrenmek için felsefeyi kullanmış birisi olarak damarlarının kesilmesi yoluyla ölmeyi seçmiş ve inandığı şeyleri kendi ölümüyle de hayata geçirmiştir.

Seneca; Platon ve Aristo kozmolojisini sentezleyerek tek bir evrenin var olduğunu fakat zamansal olarak tekrarlandığını kabul eden stoacıların geç dönem filozofu olarak ölümü ruhun ve bedenin ayrılışı olarak görür, *"Ruh ölümsüzdür ve ölümle yeni bir hayata doğar"* yorumunu getirir. Diğer bir yandan, *"İnsanların ölümle eşitlenmesi, ölümün adil olduğunu yani kötü olmadığını gösterir"* yorumuyla ölümü olumlu anlamda ele alır. Her şeyin ölümlü olduğu ölüme yazgılı olduğu, her şeyin eninde sonunda doğayla sarılıp sarmalanacağı bu kadar açıkken bunlardan korkmayı akılsızca bulur. "*Var olan her şey değişmekte, girdiğimiz ırmak aynı gibi görünse de asla aynı olmamakta*" diye yorumlar. Devamlı değişen bedenimize bağımlı olmamak gerektiğini söyleyerek "*Her gün gelen ölüm bir kerede tam olarak gelse neden korkutucu olsun ki?"* der.

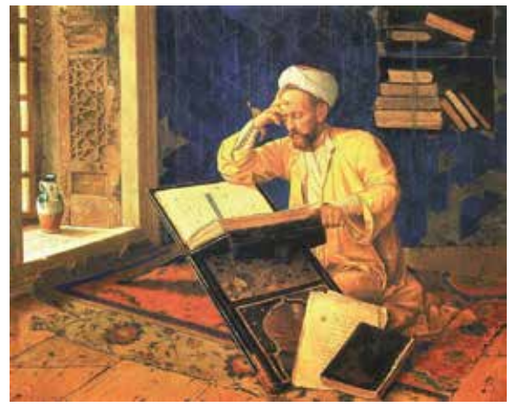
Seneca'ya göre ölüm varlığın karşıtı değildir, varlığın karşıtı yokluktur. Oysa ölüm tam bir yokluk hali değildir. O'na göre kendisinden öncekiler gibi ölümü kötü bulan, suçlayanlardan hiçbiri ölümü denememiştir. "İnsanlar aslında ölümden değil, ölüm düşüncesinden korktuğu için bu ko*rkuyu düşünmek ve analiz etmek isterler ve böylece korkularını ortadan kaldırılabilirler*" diye düşünür. Farklı bir yorumla Seneca intihar etmeyi de incelemiş ve bu konudaki tartışmalarda, gerektiği zaman insanın canına kıyabileceğini söylese de bunun erdemli ve insanca olmayacağı düşüncesi ile intihara olumsuz yaklaşmıştır. Ölmek dışında kendini ya da bir başkasını öldürmek de antik çağlardan günümüze ciddi tartışmaların konusu olmuştur. Özellikle intiharın hayata karşı protest bir tavır olması, psikoloji, felsefe, sosyoloji gibi birçok alanı ilgilendirmesi nedeniyle sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Kendisini öldürmek veya bir başkasını öldürmeyi kategorik olarak farklı bulanlarla aynı bulanlar gibi ayrımlarla tartışılmaya başlanmış, bazı felsefe okulları kendi canına kastetmenin, erdemlilik açısından diğerine göre daha az kınanabilir olduğunun üzerinde durmuşlardır. Bu görüşler öldürme eyleminin kendisine yönelmesiyle başkasına yönelmesinin kategorik olarak farklılıklar getirdiğini söyler. Özellikle Pythagoras, kozmosu sayısal denge ve gerçeklerle açıklayan felsefesinde, "matematiksel yapının bozulması" anlamına geleceğini söyleyerek bu tür bir ölüme karşı çıkar. Yani doğal ölümle intiharla ölümü doğallığına göre farklı düşünür.

Epikürcülerin büyük çoğunluğu intihara karşı olduğu halde metinlerinde intihara karşı oldukları ya da neden karşı olduklarına ait doküman bulunmamaktadır. Platon, "*Kanunlar*" adlı kitabında kozmostaki işleyiş ve düzeni bozduğu düşüncesiyle intihara karşı çıkar. Aristotales aynı söylemlerle ve bu tür bir eylemin korkakça olması nedeniyle karşı çıkar ama hukuken intihara müsaade edilemeyeceği gibi hukuken de yasak-

lanamayacağını söyler. Stoacılığın kurucusu Zenon ise intiharı erdemlilik olarak niteler ve insanın iradesinin bir seçimi olduğunu söyler. İntihar konusuna olumlu yaklaşım Kirene ekolünden gelmiş ve insanın özgürlüğü, bireyselliği, yeterliliği açısından ele alınarak erdemlilik şeklinde görülmüş ve etkili olmuştur. İntiharı özgürlük açısından ele alan bir diğer filozof olarak Seneca, "İntihara kapıyı kapatmak özgürlüklere kapıyı kapatmaktır" derken kendi hayatında da yakalandığı amansız hastalık karşısında intiharı düşündüğünü ama babasının bu ıstıraba dayanamayacağını bildiği için bundan vazgeçtiğini anlatır. Aslında bir çelişki gibi dursa da intiharı bir özgürlük olarak gördüğü, ölümü düşünmenin özgürlüğü düşünmek olduğunu söylemesi, ölmeyi öğrenmenin kölelikten kurtulmak olduğunu ve bunu insanın kendi iradesi ile yapabileceği üzerinde durması intiharı iyi ya da zorunlu gibi göstermesine sebep olmamış olsa da, intihar eylemini kendi hayatında olduğu gibi kaçınılması gereken bir eylem olarak tanımlamıştır.

Bu tartışmalarda stoacıların ve Kirenelilerin intihara olumlu bakışlarına en çok karşı çıkan ve mücadele eden neoplatonculuğun savunucuları özellikle Plotinus olmuş, kendine zarar vermenin erdemli olamayacağı ancak kötü olacağını savunmuştur. Plotinus aklını kaybetmek veya cinnet gibi özel hallerde bir kapı açmış olsa da intihara şiddetle karşı çıkmış, intihar etmenin akılcı bir davranış olmadığını; "hastalıklı bir aklın, acı ve ıstıraptan kurtulma arzusunun geçici bir sonucu" olduğunu anlatmıştır. Kendi döneminin tanınmış filozoflarından Porfiryus'u, eyleminin felsefi olmadığı ve melankolinin etkisinde olduğunu anlatarak intihar etmekten kurtarmıştır.

Gelelim "ölüm için varlık" düşüncesinin bizi yönlendirdiğini ve bilinçlendirdiğini söyleyen ve varlık için dünya içinde olmanın ancak ölümle olacağını söyleyen Martin Heidegger'e. Varoluşçuların hem Hristiyan hem ateist olanlarının en ateşlisi olan Heidegger, ilk çağa göre günümüzde varlık sorununun unutulduğunu çünkü ölümü yeterince anlamadığımızı savunur ve ölümle ilgili düşüncelerinin varlıkla iç içe olduğunu söyler. Jean Paul Sartre her ne kadar "*Varoluş özden önce gelir*" derse de Heidegger, varoluşun özünün kendinde saklı olduğunu anlatır. Yani ölüm, varlığın en belirgin özelliğiyken kendisinden farklı olmayan, kendisinden ayrılmayan bir özelliği içerir. Diğer bir söylemle ölüm, insanı bütün olarak ele alır ve insanın tüm özellikleri bundan sonra gelir. Varoluşun tüm imkânlarını kuşatan ölüm bu imkânların önüne engel koyar yani ölüm bu haliyle varoluşun basit bir olumsuzlamasıdır, bir realite değildir. Heidegger'a göre ölümle karşılaşma ya da ölümü hatırlama; her şeyi sorgulayan endişeyi ortaya çıkarır, varlığımızı sorgulamaya sürükler, yaşamın amacını bulmamızı sağlar, kendi kendimiz oluşumuzu kim olduğumuzu hatırlamamızı sağlar. Hiçliğin dünyaya insan bilinci sayesinde geldiğini söyleyen Jean Poul Sartre ise ölüme Epikür gibi bakar; "*Doğdum ve öleceğim ama ikisinin de farkında olmayacağım*" der.



Hegel ise ölümü Heidegger'den farklı ele alıp gerçek dışı oluşunu vurgular ve yaşamın ölümü kuşattığını ortaya koyar. Çeşitli makalelerinde farklı ölüm kavramlarından bahseder hatta Hz. İsa ile Sokrat'ı ölüm anlatışıyla ve müritleri ya da öğrencileriyle kıyaslar. "*Yunan algısında ölüm, uykunun kardeşi olan güzel bir ruhtur. Hristiyanlığa gelince ölüm, tabutların tepesinde dolanan korkunç kafatasıdır. Yunan dünyası için ölüm, yaşam sevincinin hatırlatıcısı; Hristiyan dünyasında ise yalnızca ölüm gibi kokan bir şeydir. Yunanlılar ölümün üstünü örter, kendi tasvirlerini yaparlar, Hristiyanlar ise hep beraber onun üzerine yazmaktan ve konuşmaktan kaçınırlar. Hatipler ve vaizler ölümü en iğrenç, en korkunç renklere boyarlar*" yorumuyla ölüm anlayışında antik Yunan akılcılığını Hristiyan bilgeliğinden daha değerli görür.

Batı felsefesi gibi Batıyı belirleyen, *Eski Ahit* ve *Yeni Ahit*'te acaba ölüm ve ahiret inancı nasıl ele alınmıştır? *Eski Ahit*'in birden fazla yazarının olması ve çok uzun bir zamanda farklı dönem ve sosyoloji içerisinde yazılmış olmasından dolayı ölüm ve sonrası hayat hakkında birbiriyle çelişkili kavramların hatta çatışmaların olduğu görülebilir. Hz. İsa zamanındaki Yahudi mezhebi sadukilerde, ölümden sonra bedeni bir diriliş anlayışı bulunmaz. Ölümden sonra bedeni bir diriliş olmayacağına kanıt olarak *Tekvin* 3:17-19'u göstererek, Hz. Âdem ve Hz. Havva'nın işledikleri ilk günahın, kendisinden sonra hayatın olmayacağı bir ölüme neden olduğu yorumunu yaparlar. *Mezmurlar*'da insanların öldükten sonra yeryüzünün derinliklerindeki ölüler diyarına ineceklerinden bahsedilir. İlk yıllarda eski ahit yazmalarında, ölüm sonrası hayattan bahsedilmezken M.Ö. 2. yüzyıldan itibaren ölüm sonrası hayattan bahsedilmeye başlanmıştır. Sadukilerin yazılı *Tora*'da ölüm sonrası hayata dair bilgi olmadığını savunmasına karşın, Ferisiler ölümden sonra diriliş inancının savunucusu olurlar. Haham Levi, mesih inancı kadar cennet ve cehennemden de bahsetmiştir. Orta Çağ'da Maimonides (Meymun), *Eski Ahit* teolojisini yeniden oluştururken "Ölümün *Dirilişi Hakkında*" risalesiyle, ölümden sonra dirilişin *Tora*'daki ana ilkelerden olduğunu belirtir ve bugün Ortodoks Yahudilik'e, mesihçi bir kurtuluş, hesaba çekilme, cennet ve cehennem eskatolojisini de yerleştirmiş olur.

Aziz Pavlus'un mektupları ve seyahatlerinin 4. yüzyıldan sonra bir araya getirilerek oluşturulan *Kanonik İnciller* ve *Sinoptik İnciller* ile belirlenmiş Hristiyan teolojisinde, ilk Hristiyanlardan itibaren Hz. İsa'nın bedeni diriltilmesiyle başlayan bir ahiret inancı ve yeniden diriliş teması hakimdir. Ölümden sonraki dirilişin resmiyet kazanması 1215'teki 4. Lateran konsülüyle olmuştur. Daha sonraki reformistler John Calvin ve Martin Luther tarafından da savunulan Protestan tezleri de aynı içeriği korumuşlardır. *Yeni Ahit*'te ölümden sonrası ve yeniden diriliş konu-

sunda tereddüt olmamıştır ve günümüzde de Katolik kilisesinin söylemlerinde sonsuz hayatta diriltilme katı bir şekilde savunulur.

***

İslam dünyasında ise ilk dönemlerden itibaren ölüm üzerine hatta ölümden sonrası ve ahiret hayatına dair birçok filozof, mutasavvıf ve âlim tarafından eserler verilmiş, tartışmalar yapılmıştır. Özellikle Endülüs'te İslam dünyasında felsefi yaklaşımların çokça yayıldığı dönemlerde, Batı felsefesinin etkisiyle hatta Seneca ve ölüm üzerine yazdıkları ve ölüm korkusunu değerlendirme biçimi üzerine düşüncelerinden etkilenilerek birçok eser kaleme alınmıştır. Batı'da ve İslam dünyasında ölüme bakış farkını müzikteki fark ile izah edelim. Notaların arasındaki sesler Batı müziğinde diyez ve bemollerle ikiye bölünmesine karşın Türk müziğinde iki nota arası koma birimi ile ifade edilen 9 ses aralığına bölünür. Yani 1 oktavda (7 nota) Batı müziğinde 12, Türk müziğinde 53 ses vardır. Tıpkı müzikteki bu zenginlik farkı gibi düşünce dünyasında da farklılık kendini gösterir.

İslam dünyasında da birçok filozof ya da kelam alimi; ölümü, ölüm korkusunu, ölüm korkusunu doğuran sebepleri, ahiret hayatını, "ezel" kavramını ve çeşitlerini, ölüm öncesindeki "elest bezmi" anlayışını ve daha birçok Batı felsefesinde bulunmayan doğum öncesine ve ölüm sonrasına ait düşünce ve anlayışları ortaya koymuşlardır. İslam dünyasında felsefe okulları, belirli bir dönemde etkili olmuşsa da devamlılıkları ve etkileri pek uzun sürmemiştir. Batı mistisizminden biraz daha farklı olarak zaman zaman mistisizm veya sufizim olarak da isimlendirilen İslam tasavvufundaki ölüm, öncesi ve sonrasıyla önemli bir yer tutmuş ve toplum içerisinde bin yıllarca farklı ekoller tarafından yorumlanmıştır. Yine Batı'da akıl, felsefede her yönüyle açıklanmış olsa da İslam dünyasında dünyevi aklın (akl-ı maaş) yanında külli bir akıl anlayışı (aklı mead) daha detaylı ve geniş bir akıl anlayışı olarak keşif, ilham ve sezgisel bir aklında tanımlaması yapılmış ve bu geniş ufukla İslam dünyasında "ölüm" tartışılmış, açıklanmış ve anlatılmıştır.

Erken dönem filozoflarından Kindi bize biraz Epikür'ü hatırlatır, ölümü metaforlarla anlatır ve ölümü, "bizi evimize gerçek vatanımıza götürecek bir gemi" olarak tanımlar. Asli vatanda yokluk, hasret, üzüntü yoktur. Yani ölüm, doğamızın tamamlanmasından başka bir şey değildir. Ölüm, olmamız gereken durumda olmaktır ve bu da kötü değil, doğaldır. Ölüm korkusu da aslında bir bilgi eksikliğidir. Erişkin aklın her şeyi yerli yerine koyması ile bu korkunun da giderileceğini anlatır.

Ebubekir Er-Razi ise ebediyet inancı olmayıp ebediyet arzusu bulunmayanların, ölüm korkusundan kurtulmasının zor olduğunu, tutkularının akıntılarına kapıldıklarını söyler. Ölümü yokluk olarak bilenlerin aslında ölümden korkmasının mümkün olmadığını çünkü yoklukta elem ve ıstırabın da olamayacağını anlatır. Ölüm korkusunun yerini, sonsuzluk arzusunun alması gerektiğini söyler. Korku ve endişenin temelinde insanların sahip olduklarını kaybetme düşüncesi olduğunu, ilahi bir lütuf olan aklın doğru kullanılması halinde tüm evrenin bir kevn ve fesat alemi olduğunun öğrenileceğini, böylece korkuların akıl ve bilgi ile giderilebileceğini "*Tıbb-ı Ruhani*" adlı eserinde anlatır.

Farabi, ölüm korkusunun temelini cahillikte bulur ve cahil olanların sahip olunan mutluluğu ölümle kaybedeceklerini düşündükleri için korktuklarını, halbuki ölümden sonraki mutluluktan haberleri olsa bu kaybetme korkusunu yaşamayacaklarını söyler. Sadece bilmenin de yetmeyeceğini, erdemli bir ömür geçirenlerin bu hayatta olduğu gibi ahirette de ödüllendirileceğini, bu dünyada mutlu olmasını sağlayan iyiliklerinin daha sonra da kendisi ile beraber olacağı üzerinde durur. İbn-i Miskeveyh ise özünün tam olmasından korkan insanın, talihsiz ve bedbaht olacağını anlatır. Ölüm sonsuz imkânlara sahip olmak, mükemmelleşmek, sınırlarından kurtulmak olacağına göre; insanın tam olmaya, bütünleşmeye doğru ilerlemesinin gerektiğini, ölümün mahrumiyet olmadığını, bilakis mahrumiyetten kurtuluş olduğunu, ölümden korkarak hakikatten kaçmaya çalışmanın cahillerin işi olduğunu söyler.

İbn-i Sina "Ölüm Korkusundan Kurtuluş" risalesinde, insanların varoluşlarının farkına varmalarıyla ölümü de idrak edeceklerini, ontolojik sorunlar yaşayabileceklerini ve acıyla tanışacaklarını söyler. Oysa bilen insan için ölümden sonra yeni bir hayatın başlayacağını vurgulayarak bu tür endişe ve korkuların yersizliğine vurgu yapar. İnsanın tanımının hay, natık ve mait olduğunu yani insanın yaşayan, idrak eden ve ölen anlamlarını taşıdığını kaydeden İbn-i Sina, insanın ancak ölümle kâmil olabileceğini yani insanın en üst ufkuna ölümle ulaşacağını, bu nedenle ölümden korkmak değil arzulamanın gerektiğine işaret eder. Bir anlamda ölümü aslında ölümsüzlükle bütünleşme, mükemmelleşme olarak ele alırken hayatı da eksik olma ve tam olmanın aranacağı yer olarak tanımlar. İslam felsefesinde nefs ve ruh tanımları, Batı felsefesindeki beden ve ruh tanımlarından daha geniş anlamlarla farklı olarak da kullanılmışlardır. İbn-i Sina, sonucun sebebe bağlılığı gibi nefsin bedene bağlı olmadığını, bu nedenle nefsin asla yok olmayacağını söyler. Nefsin ölümden sonra bedenle yine bir olacağını söylemesiyle Platon'dan, nefsin ölümsüz olup bedenden bağımsız olduğunu dile getirdiği için de Aristotales'ten ayrılmaktadır. İbn-i Sina'ya göre nefs, ne bedenden tamamen farklıdır ne de bedenle aynıdır.

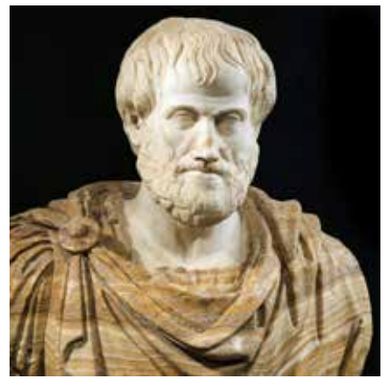
İslam dünyasında felsefe ekolleri pek etkili izler bırakamamış, bu nedenle ölüm anlayışını da toplumda belirleyen aslında dervişlerin, mutasavvıfların, sufilerin mütevazı anlatımları olmuştur. İslam dünyasında en alttan en üste ölüm ahiret hayatıyla birlikte anlaşılmış, hep sevgiliye (Hakk'a) kavuşma olarak damlanın deryaya karışması, parçanın bütün olması olarak anlaşılmış ve yaşanmıştır. Mevlana ölüm anını "düğün gecesi" olarak tanımlarken bir ayrılıktan çok kavuşma anı olduğunu anlatır. Yunus Emre için ölüm, sonsuzluk yoluna girmek, uykudan uyanmaktır. Yunus, "Ö*lüm korkuyu değil, sevinç ve mutluluğu getirir*" diyerek yollara düşmüş ve hayatı değil mutluluğunun kaynağı olan ölümü aramıştır.

İçimizdeki hazineyi hatırlama disiplini olan tasavvuf, hakikat kıvılcımının kalbimizin derinliklerinde olduğunu, Allah dışındaki her şeye yönelik sevgi ve bağlılığımızın gerçeği gaflet perdeleriyle örttüğünü, bu perdelerin açılması için mücadele etmek gerektiğini anlatarak ölmeden önce ölmek suretiyle ölümün sonsuzluğa değişeceğini göstermiştir. Cüneyd-i Bağdadi'nin sözleriyle tasavvufun en yaygın tanımı ise "*Tasavvuf, Hakk*'ın seni sende öldürmesi ve kendisinde diriltmesidir" cümlesidir ve tasavvufta ölüm, sadece bedenin ölümüdür, ruhun ölümü diye bir şey yoktur. Gazza-

li, ölümü, Ariflerin anlatımı üzerinden ele alır. Arifler ölümü devamlı hatırlar. Çünkü seven, sevgilisi ile kavuşacağı günü aklından çıkarmak istemez. Onlar için ölümün geç gelmesi elem vericidir. Çünkü bir an önce dünya gurbetinden kurtulup Hakk'a dönmeyi arzu ederler.

İbn-i Arabi ölümü ikiye ayırır. İlki ruhun bedenden ayrılmasıyla meydana gelen, her canlının yaşayacağı ölüm. Diğeri ise sadece insanlara has olan ve nefsin ölmeden önce tüm hava ve hevesinden kurtulması, her türlü arzu ve isteklerini terk etmesiyle gerçekleşebilecek "yaşarken ölüm". Bu çeşit bir ölüm ahiret hayatının ilk menziline giriştir ve yine ahiret hayatındaki diriliğin göstergesidir. Mevlana anlatımında ölüm, artık korkudan bahsedilmeyen, acı veya endişe taşımayan, bilakis özlenen, hasreti çekilen, dindirilecek bir susuzluk halidir. Ölümden sonraki dirilişin membaı olan kemâl bir imanın, razı olmuş bir nefsin, sonunda açılan perdelerin, ortadan kalkan ayrılığın, biten özlemin habercisidir. Ölümle daha üstün ve daha geniş bir hayata, manen dirilmeye erişmek aşıkların tek hedefidir. Sema ayini ile anlatılan, fena ile beka arasında sürekli gidiş geliş halidir. Mutasavvıflara göre bu ilk ölüşten sonraki her bir ölüşle daha üst mertebelere bir yükseliş vardır ve son razı oluşla açığa çıkar. Bu hali Goethe'nin şiirlerinde de görebiliriz. *Strib und werde / Ölmek ve Olmak* şiirinde olduğu gibi. Ancak genellikle Batı dünyasında kullanılan ölü veya ölüm, İslam dünyasında ve "Hak'tan gafil olanlar" ve "Hak'tan gafil olma" hali için kullanılır. Tasavvufta dünya hayatı, uykuda olma / gaflette olma şeklinde algılanır. Dört çeşit ve renklerle ifade edilen bir ölüm tanımı yapılır: *Kırmızı ölüm (mevt-i ahmer),* nefsine muhalefet etmek ve nefsin isteklerinin aksine hareket etmektir. *Beyaz ölüm (mevt-i ebyaz)*, batını aydınlatıp kalbi ağartan ölümdür. *Yeşil ölüm (mevt-i ahdar),* nefsi köreltmek, kıymetsiz ve yamalı elbise giymektir. *Siyah ölüm (mevt-i esved)* ise Hakk'tan gelecek her türlü ezel ve cefaya tahammül etmektir. Nefs bu dört ölümle ölmeden kemale ermez.

Asırlar içinde mutasavvıfların hayatından ve mısralarından süzülen, ölümün *"Aşık*'ı Maşuk*'a kavuşturması"* anlayışı, son dönem İslam filozof şairlerinde bir İslam geleneği olarak devam eder ve Yahya Kemal'in "Ö*lüm asude bahar ülkesidir bir rinde*" mısralarında ya da Necip Fazıl'ın "*Ey veli insan nasıl olmalı*



söyle! Cevap; Son anda nasıl olacaksa öyle" mısralarıyla günümüzde de devam eder. Bu anlayış Erzurumlu İbrahim Hakkı'nın "Ö*lüm, bu dünyadan ve belalarından kurtuluştur, sevgiliye kavuşmadır, asli vatana dönüştür, öyleyse kim korkar ölmekten, kavuşmaktan, ebedi olmaktan*" deyişinin, günümüz aynasında yansımasından başka bir şey değildir. Masîvâ ile insan ruhu arasında bir bağ olduğunu söyleyen Mehmet Akif de *Mezarlık* şiirinde; Tanzimat'la gelen modernizmin ölümden bahsetmeyen, ölüm yokmuş gibi yaşamayı düşünen yeni insan tipine; "hırsın, bayağılığın, kibir ve öfkenin olmadığı suskun ve samimi bir mekân" olarak mezarlığa gitmelerini önerir. Böylece masîvâ ile insan ruhu arasındaki bağ kesilerek huzura, sükuna giden yol açılacaktır. M. Akif bu mısralarıyla, hepimize, bizlerin maneviyatı arayan dünyevi yaratıklar değil de hakiki tabiatımızı keşfetmeye çalışan manevi varlıklar olduğumuzu hatırlatmaktadır.

Hz. Peygamber ölmeden önce çevresindeki sahabeye şöyle der: "*Geriye iki mürşit* bırakıyorum. *Birisi konuşan mürşittir, diğeri ise suskun. Konuşan mürşit Kur'an'dır, sessiz mürşit ise ölümdür.*" Ölüm sadece varlığıyla bile hakikati anlatmakta büyük bir anlam taşımaktadır. Kur'an'da ölüm ve sonrası; "Allah'a döndürülmek, buluşmak, kavuşmak" fiilleriyle anlatılırken dünya hayatı ile için ise "geçici bir aldanma ve oyun yeri" olduğu vurgusu yapılmaktadır. Dünyadaki süslerin buraya ait olduğu, bu süsler kullanılıp sefası sürülse bile hayata gönderiliş amacının unutulmayıp aracın amaç haline getirilmemesi gerektiği anlatılmaktadır. Müslümanların ellerinde bulunan en büyük hazine olarak Kur'an, Batı dünyasının yokluk kavramı ile fazlaca detaylandırmadığı doğumdan öncesi ve ölümden sonrası hakkında birçok bilgiyi insanlığa sunmaktadır. "Elest misakı" kavramı bunlardan biridir ve bilhassa sufilerden dolayı, dikkate değer bir literatüre kaynaklık etmektedir. Araf suresinin 172.ayetinde, "*Hani Rabbin Âdem oğullarının bellerinden zürriyetlerini almış, onları kendilerine şâhit tutarak: 'Ben sizin Rabbiniz değil miyim?' diye sormuştu. Onlar da: 'Evet, şâhitlik ederiz ki sen bizim Rabbimizsin' demişlerdi. Böyle yaptık ki kıyamet günü, 'Doğrusu bizim bundan haberimiz yoktu!' demeyesiniz."* şeklinde buyurulduğu gibi, Allah ile insanlar arasında daha doğmadan önce, ruhlar aleminde bir sözleşme, bir ahit, bir misak yapılmıştır.

Tasavvufta, Hakk'a verilen bu söz ve yapılan anlaşma çok önemli bir yer tutar. Hatta dünya hayatına başlamadan önce verilen bu söz; birçok mutasavvıfta, özellikle Nehrecuri'de *"Tasavvuf elest meclisine duyulan özlemdir"* şeklinde ifadesini bulur. Cüneyd-i Bağdadi, tevhidin aslını "elest misakına" bağlar. Bu ayetin, insan-Allah ilişkisini anlatan en önemli ayet olduğunu ve tevhidin de bu ilişkiyi anlamak üzerine kurulu olduğunu vurgular. Aslında elest misakının varlığı, İslam dünyasında doğmadan önceki bir dönemin, yani "ezel"in, yani başlangıçsız bir zamanın varlığı anlamına gelir. Ezel, birçok sufi tarafından hem misak vaktini hem de insan ruhunun dünya hayatından önce de var olduğunu anlatmak için kullanılmıştır. Tabii buradaki ezeli oluş, tüm varlığın ezeli olmasını anlatır ve bu ezeli oluşun nisbi ve itibari olduğu, mutlak ezeli olanın Allah olduğu vurgulanır. İlk defa Cüneyd'in bahsettiği elest misakının, tevhitte ulaşılan son merhale olması, Mevlâna tarafından da alemde her an her şeyin bu elest ile varlığını sürdürdüğünü mısralarında dile getirmesiyle devam eder. Cüneyd'e göre insanın kemâl hali, masîvâdan fena bulması ve ulaştığı tevhidin elest bezmindeki haline dönmesidir. Nihayet başlangıca geri dönmektir. Cüneyd-i Bağdadi'nin misak kavramıyla birleştirdiği tevhit anlayışı, insanın ezel bilgisine sahip olduğu ancak bunun masîvâ ile perdelendiği yorumunu getirir. İbnü'l Arabi "*Her doğan,* İslam fıtratı üzerine doğar" hadisine atıfla, insanın doğarken Hakk'ın varlığı hakkında hazır bir bilgiye sahip olduğunu, yapılan misak nedeniyle bunu hatırlayarak doğduğunu söyler.

Musikinin insan ruhu üzerindeki etkisini açıklamada Cüneyd-i Bağdadi ilk defa "*Ben sizin Rabbiniz değil miyim?*" hitabını ruhların duymalarının sema olduğunu söyleyerek dikkat çekmiş, daha sonra

da Kuşeyri, "Luma'fi't itikad"ında Bakli, Hucviri ve özellikle de Celaleddin-i Rumi mesnevisinde elest davetinin ruhlarda uyandırdığı etki ve lezzete dikkat çekmişlerdir. Hallac-ı Mansur, Cüneyd başta olmak üzere sufilerce gurbet ve asli vatandan ayrı düşme olarak nitelenen bu dünya hayatında, işte bu elest bezmi hatırasıyla özlenen, kavuşmak istenen asli vatana ancak dünyevi perdeler ve içlerinde en önemlisi olan nefs perdesinin açılmasıyla hasretin biteceği anlatmaktadır. Kuran'da, ahitlere ve akitlere vefa göstermenin önemi üzerinde durulur. Saiduddin Fergani biraz daha ileri giderek "*Ahitlerinizi yerine getirin*" (Maide 1/5) ayetini elest misakıyla irtibatlandırır. İşte bu da zikrin aslında yalnızca bildiğimizin idrakinde olmamızı sağladığını gösterir.

Elest misakı, İslam ilim ve kültürü alanına giren kelâm, fıkıh gibi bir çok disiplinin de konusu olmuş, sufiler tarafından ne zaman ve nasıl meydana geldiği, tevhit ile ilişkisi gibi teolojik izahlar ve bize hatırlattığı kavramlar daha derinlemesine ele alınarak anlatılmıştır. En büyük önemi ise her an "*Ben sizin Rabbiniz değil miyim?*" hitabının yenilendiğini ve buna her insanın varlığının derinliklerinde cevap verme arzusunu her an taşıdığıdır.

İslam dünyasında ve insanlık tarihinde ölüm zamanı, diğer bir söylemle "ecel" kavramı çok tartışılan konulardan biridir. Batı felsefesinde ölüm zamanı, kendini ya da başkasını öldürme ve erdemli olup olmadığı konusunda ciddi ve uzun tartışmalar olmuştur. İslam dünyasında ecel, "Allah'ın her canlı için belirlediği yaşam süresi veya bu sürenin sonu" olarak tanımlanır. Ecel değişmeyen bir vakittir, belirlenen vakitten önce kimse ölmeyeceği gibi eceli gelmeden de kimse ölmez. Kur'an'da 52 farklı ayette ecel kavramı geçmektedir. Sadece insanların değil, toplumların ve kavimlerin de ecelinden bahsedilir. Birçok hadiste ecel kavramı, çeşitli anlamlarda kullanılmış ve nakledilmiştir. Kelâm tartışmalarında çeşitli ekollerin ecel kavramı üzerine farklı yorumları vardır. Mu'tezile ekolünün Basra okuluna göre; her insanın ecel vakti belirlenmiştir. Kişi hangi şekilde ölürse ölsün, eceliyle ölmüş olacaktır. Bu da hayat süresi ve ölüm vaktinden ibarettir. Yani Basra ekolü tabii nedenlerle, kazayla, öldürülme ya da kendini öldürmeyle de olsa her insan için tek bir ecel olduğunu kabul eder. Bağdat ekolü ise Basra ekolünün ecel ve ölüm vakti anlayışına karşı çıkarak iki ecel olduğunu savunur. En'am suresi 2. ayetine göre; herhangi bir dış müdahale olmadan ölme (eceli müsemma) ve kaza hastalık gibi harici bir neden ile ölüm (eceli kaza) tanımını kabul eder.

Öldürülen bir kişinin belirlenen eceline kadar yaşamadığını savunan Bağdat ekolünün, genel olarak ölüm ve öldürülme fiillerini ayırdığı görülmektedir. Bağdat ekolünden Zemahşeri, ömrün ecelle birlikte artırılıp azaltılabileceğini, bunun da iyi ve kötü amellere bağlı olduğunu savunmasına karşı Basra ekolünden Murtaza, ölmenin de öldürülmenin de vesile değişikliği gösterip Allah'ın iradesiyle oluştuğunu söyleyerek vaktin değişmeyeceğini savunur. Şia görüşleri biraz daha farklıdır. Şia mezhepleri eceli, "bir şeyin müddetinin bittiği vakit" olarak tanımlar. Eceller ezelden belirlenmiştir fakat hayat içerisinde bazı şartlara bağlı olarak artar ya da azalabilir. Fıkıhta ise ölümün vakti, ölümün meydana geldiği zaman; öldürme vakti ise öldürme olayının meydana geldiği vakittir ki ikisi de aynı vakittir ve bu da eceldir. Hz. Ali eceli, "önceden belirlenmiş zamanın sonu" olarak tanımlar ve kendisi için düşmandan korunması gerektiğini söyleyenlere "*Ecel, insanı ölümden koruyan en sağlam kalkandır*" diye cevap verir.

Eş'ari kelamcıları da ecel kavramını Allah'ın ezel ilmiyle birlikte değerlendirerek, insanın ecelinin ölüm vakti olduğunu, ezelden belirlendiğini ve değişmeyeceğini savunurlar. Öldürülme durumunda da bunun ezelden takdir edildiğini, bu ecelin vaktinin de değişmeyeceğini kabul ederler. Eş'ariler gibi düşünen Maturidi ekolü de ecelin tek olduğunu, bazı ayetlerde geçen iki ecel kavramının birinin insana diğerinin de kıyamete ait olduğunu kabul eder.

Sonuç

İnsanlık ölüm üzerine düşünmeye ve tartışmaya devam edecektir. Çünkü ölüm, var olmanın kanıtıdır. Çeşitli detayların ahlak ve felsefe açısından değerlendirilmesi, Kuran'daki ayetlerin ve Hz. Muhammed'in sözleri olan hadislerin anlaşılması ve açıklanmaya devam etmesi de her zaman gerekli olacaktır. Nasıl ki gürültü ya da konuşmada arkada olan sessizlik hali konuşmadan önce mevcutsa, konuşma sırasında da mevcudiyetini devam ettiriyor ama gürültü nedeniyle fark edilmiyor, fakat konuşma bittiğinde yine ortaya çıkıyor ve hakim oluyorsa; ahiret hayatı da öncemizde, bu hayatın içinde ve hayatın sonunda hep devam etmektedir. Ölümün kavramsal olarak karşılığı doğumdur. Hayatın karşılığı ise yine hayattır ama bu belki de ahiret hayatıdır.

Kaynaklar

Akbaş M., "Yahudi ve Hristiyan Düşüncesinde Ölüm Sonrası Hayat ve Diriliş İnancının Dini ve Teolojik Temelleri", D. E. Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi Sayı XV, İzmir, 2002, s.37-60

Arslan A., "İlkçağ Felsefe Tarihi: Sofistlerden Platon'a", İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, (2006)

Coşkun M., "Tefsir Literatüründe Elest Bezmi", Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 57:2 (2016), s.97-120

Çakmak M., "Epikür ve Lukretius'un Ölüm ve Yokluk Algılarına Dair Bir Değerlendirme", Beytulhikme Philosophy Circle Beytulhikme Int J Phil 8 (1) 2018 s:357-376

Çelik İ., "Türk Tasavvuf Düşüncesinde Ölüm", A. Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, Sayı:40, 2009.

Frager R.; "Kalp Nefs Ruh", Ravza Matbaası, İstanbul, 2005

Karakaya T. "Martin Heidegger Felsefesinde Ölüm Problemi", U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl: 4, Sayı: 5, 2003/2

Karakaya, M.M., "Antik Yunan ve Roma Felsefeleri Ekseninde Plotinos Felsefesinde İntihar". Beytulhikme An International Journal Of Philosophy, 8 (1), 2018, s:339-355.

Konur D, Toprak S., "Hegel'in İnsan Anlayışı", ETÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, I/2, 2016, s: 117-130

Küçük H., Doğan A., "Sufi Kalplerin Nahvi: Abdülkerim El-Kuşeyri'nin Er-Risale Fi'n-Nahvi'l-Muevvel", Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 54:1, 2013, s:65-85

Muammer C., "Tasavvuf Tarihinde Elest Misakına Dair Yorumlar", Tasavvuf İlmi ve Akademik Araştırmalar Dergisi, 37.Sayı, 2016/1, s:1-44

Nasr S.H, Leaman O, "İslam Felsefesi Tarihi", Şenyıldız Matbaacılık, İstanbul, 2007

Pattabanoğlu F. Z., "Seneca'da Felsefe ve Ölüm", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2015/2, Sayı:22, s:137-158.

Platon, "Menon, Diyaloglar 1", Çeviri: Macit Gökberk vd., Remzi Kitabevi, İstanbul, 1982

Platon, "Yasalar", Çeviri: C. Şentuna vd., Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2007

Sabancı C., "Hegel, Heidegger ve Levinas'ta Ölümün Kurucu Rolü", Ankara, 2018

Safranski, R., "Bir Alman Üstat: Heidegger", Çeviri: A. Nalbant, Kabalcı Yayınevi, İstanbul

Saruhan M.S., "İslam Filozof ve Düşünürlerinde Ölüm Korkusu Ve Tedavisi, Aüifd 47 (2006), Sayı I, S. 87-105

Şeker Y.M., "Vahdet-i Vücud Ekolü Öncesi Sufilerin Tevhit Konusundaki Pozisyonları", İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 4, 2016, s:1083-1102

Yalçınkaya M., "Kelâmi Bir Problem Olarak Ecel ve Maktulün Eceli Meselesine Mukayeseli Bir Yaklaşım", Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Dergisi XI-I, 2018, s:189-212

'Âşıklar ölmez'

Dr. Sezai Küçük

1967 yılında Yeşilhisar-Kayseri'de doğan Küçük, Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesinden mezun oldu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tasavvuf Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans ve Doktorasını tamamladı. Halen Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesinde öğretim üyesi olarak görev yapmakta ve Temel İslam Bilimleri Bölümü Tasavvuf Anabilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir.

Ömür denilen hayat sermayesi başta insan olmak üzere bütün canlılar için sınırlı bir zaman olarak Allah tarafından belirlenmiş ve her canlının bu vaktin bitiminde ölümle yüz yüze geleceği beyan edilmiştir. Kur'an-ı Kerim'de bu gerçek "*Her canlı ölümü tadacaktır*" (Âl-i İmran, 3/185; Enbiyâ, 21/35; Ankebut, 29/57) ayetiyle üç kez tekrar edilmiştir. Diğer canlılar için ölüm, canlının hayati fonksiyonunun sona ermesidir fakat söz konusu ruhtan ve bedenden müteşekkil insan olunca ölüm, ruhun bedenden ayrılmasıdır. Âdemoğlunda doğum, ruhun bedene düşmesiyle vuku bulmuş bir hadise iken ölüm de ruhun bedenden ayrılması ile gerçekleşen bir durumdur.

Yaşamanın karşıtı olarak Kur'an'da geçen ölüm; yirmi bir ayette imâte (canlının hayatına son verme), on iki ayette teveffî (ruhunu alma), iki ayette kaza-i mevt (birinin ölümüne hükmedip bunu gerçekleştirmek) kavramlarıyla ifade edilmiş ve bu fiiller Allah'a ve meleklere nispet edilmiştir. Hadislerde de ölüm aynı kavramlarla ele alınmakla birlikte, bu kavramlara kabz (canlının ruhunu alma) kavramı da ilave edilmiştir. Canlının hayatına son verme fiili olan ölüm hadislerde de çok defa Allah'a, bazı yerlerde mutlak manada meleğe veya Azrâil'e izâfe edilmiştir. Bütün bu ayet ve hadislerde geçen asıl vurgu ise "Yaşatan ve öldüren Allah'tır" gerçeğinin yer almasıdır. Bu sebeple İslam'a göre insan iradesinin dışında vuku bulan bu fiilinin gerçekleştirilmesi Allah'a nispet edilmiş ve Cenâb-ı Hak bu fiili görevlendirdiği melekler vasıtasıyla icra etmektedir.

İnsan ruh ve bedenden oluşan bir varlıktır. Ruhu ile yücelik âlemine, bedeni ile de aşağı âleme mensuptur. Beden maddidir, topraktan gelir, yine toprağa gider. "*Sizi ondan (topraktan) yarattık, oraya döndüreceğiz ve bir kez daha sizi ondan çıkaracağız.*" (Taha, 20/55). Ruhun kaynağı ise ilahidir. *"Ben O'na ruhumdan üfledim"* (Hicr, 15/29; Sad, 38/72; Secde, 32/9) ayeti ile Allah Teala bu nefhanın ilahi ve rabbani olduğunu beyan etmiştir. Bu ilahi nefhaya "Rabbânî Lâtife", "İlahî Cevher", "İlahî Nûr" gibi isimler de verilir. Bazen buna nefs veya nefs-i zekiyye, kalb, ruh ve akıl da denilmiştir. İnsan hayvanlarda olan candan farklı bir cana yani bir ruha (ilahî nefha) sahiptir ve insanı hayvandan farklı ve ona üstün yapan da bu manevi cevherdir.

Her şey yani beden ve ruh aslına dönecektir. Beden aslı olan toprağa, ruh ise "*Biz Allah'a aitiz ve yine O'na döneceğiz.*" (Bakara, 2/156) ayetinin gereğince Allah'a dönecektir. Bedenden ayrılan ruhu sefere çıkan bir gemi olarak görecek olursak ruh bir limandan kalkan gemi misali sefere çıkmakla ölümü tatmış olacaktır. Yahya Kemal'in "Sessiz Gemi" şiirinde dediği gibi:

"*Artık demir almak günü gelmişse zamandan*
Meçhule giden bir gemi kalkar bu limandan.
Hiç yolcusu yokmuş gibi sessizce alır yol;
Sallanmaz o kalkışta ne mendil ne de bir kol."

Yaratılan her şey fani yani ölümlüdür. "*Yeryüzünde olan her şey fanidir*" (Rahman, 55/26) "*Baki olan sadece Allah'tır.*" (Rahman, 55/26), "*O, ölümsüz bir diridir.*" (Bakara, 2/255; Al-i İmran, 3/2; Taha, 20/111) Beka ve ölümsüzlük, O'na özgüdür. (Furkan, 25/58). Ölüm her canlı için kaçınılmaz bir durum olsa da İslam inancına göre ölüm istenmez ve talep edilmez. Peygamberimiz: "*Ölümü temenni etmeyin*" (Buhari, Temenni, 6, Tirmizi, Kıyamet, 40) buyurmuştur. Bununla birlikte ölüm sonrasına hazırlanmak ve kişinin kendine çeki düzen vermesi bakımından ölümü hatırlamak özendirilmiştir. Ölümden ve ölenden ibret almak ve kendi hayatına yön vererek ahiret hayatına hazırlanmak teşvik edilmiştir. Nitekim Hz. Peygamber; "*Vâiz olarak sana ölüm yeter*" (Tirmizi, Kıyamet, 24) buyurmuş, Hz. Ömer'in de bu ibareyi yüzüğüne yazdırmış ve ölümü unutmamak için sık sık ona bakmıştır. Yine Hz. Peygamber müminlerin kabirleri ziyaret etmelerini istemiş, "*Kabir ziyareti katı kalpleri yumuşatır, yufkalaştırır*" (Müslim, "Cenâ'iz", 106; Ebû Dâvûd, "Cen'iz", 77; Tirmizî, "Cenâ'iz",

7) buyurmuştur. Bir sahâbînin; "*Hangi mü'min daha akıllıdır yâ Rasûlâllah?*" diye sormasına da "Ölümü sıkça hatırlayıp, ölümden sonrası için en iyi hazırlık yapan kimsedir. İşte gerçek akıllı insanlar onlardır..." (İbn-i Mâce, Zühd, 31) diye cevap vermiştir. Hz. Ali de ölümü hatırlamanın hayırlı işlerin yapılmasına vesile olacağını söylemiştir. Ayrıca insanı yeryüzünde dolaşıp eski kavimlerden kalan harabelere ibret gözüyle bakmaya ve onların âkıbetlerinden ders almaya davet eden âyetlerde de ölümün hatırlanmasına işaret vardır (Yûsuf 12/109; en-Neml 27/14).

Müslümanlar için ölüm bir son değil yeni bir başlangıçtır. Dünya hayatının nihayete erip yeni bir hayat olan ahiret hayatına bir yolculuktur. Allah Teâlâ dünya hayatın kulları için bir imtihan yeri olarak yaratmış, "*O ki, hanginizin daha güzel amel işleyeceğini denemek için ölüm ve hayâtı yaratmıştır*" (Mülk, 67/2), ölümü de "*Her canlı ölümü tadar. Bir imtihân olarak sizi hayırla da şerle de deniyoruz. Ve siz ancak bize döndürüleceksiniz...*" (Enbiya, 21/35) ilahi buyruğu ile zaruri bir intikal kanunu olarak vaz etmiştir. Galata Mevlevihanesinin son şeyhi Ahmed Celaleddin Dede (ö. 1946) bu gerçeği vefat etmeden önce söylediği şu beyitlerde ne de güzel ifade etmiştir:

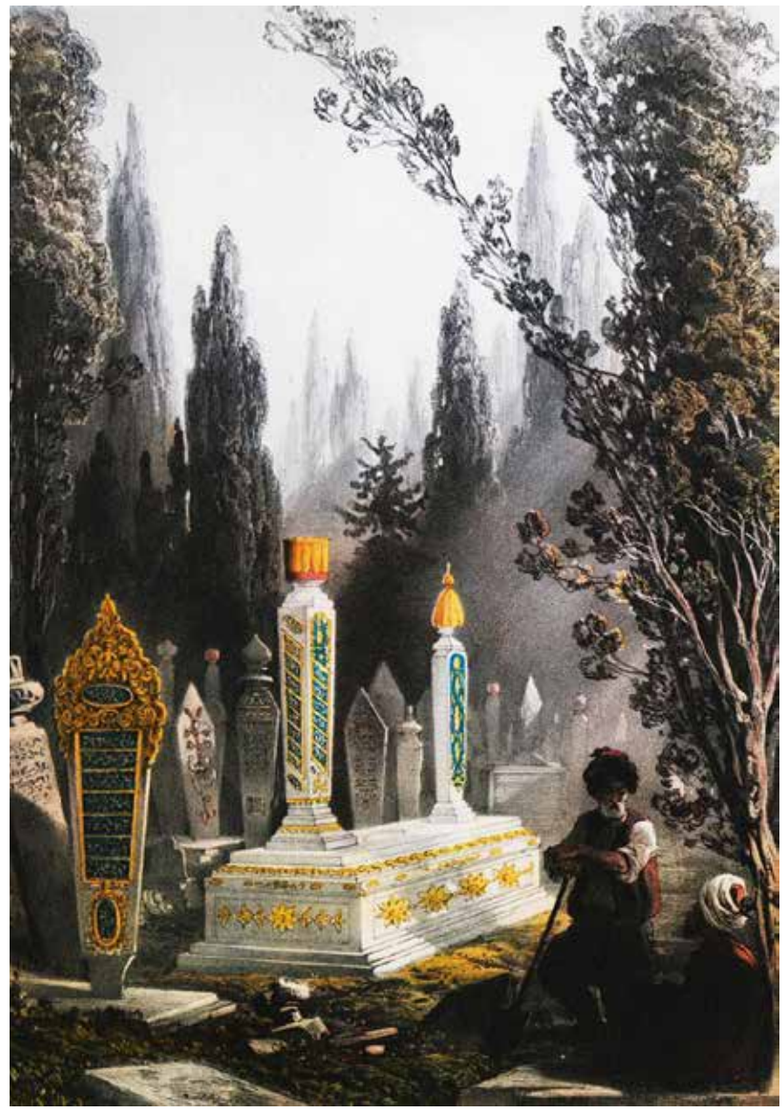
Dâr-ı dünya ey birâder, köhne mihmanhânedir
Dil veren vîrâneye, uslu değil dîvânedir
Bir mukîm kimse bulunmaz hâne-i eflâkte
Cümle halk ehl-i sefer âlem misâfirhanedir.

(Ey kardeşim, dünya evi eski bir misafirhanedir, gönül veren bu viraneye akıllı değil divanedir. Burada bir mukim kimse bulunmaz, zira herkes yolcu bu âlem bir misafirhanedir.)

Gazali ölüm karşısında insanları üçe ayırmıştır:

1. Dünya zevkine dalarak ahireti unutan günahkâr insanlar.
2. Ahirete inanan ve günah işlemekten pişman olup kulluğa yönelen tövbekârlar insanlar
3. Arifler.

Gazali'ye göre günahkârlar dünyadan haz almasını engellediği, onları hüzne



sevk ettiği ve rahatlarını kaçırdığı için ölümü hatırlamak istemezler çünkü ölümü hatırlamak onların "*Kaçtığınız ölüm mutlaka sizi yakalayacaktır*" ayeti (Cum'a 62/8) bunların halini anlatır. Tövbekâr olanlar ölümü unutmazlar ve daha çok ibadet ve iyi işler yaparak Allah katında daha yüksek mertebelere ulaşmak için ölmeyi istemezler. Ölümü ve ahireti unutmamaları nasuh tevbesi içinde yaşamaların sağlar. Arifler ise can u gönülden arzuladıkları mevlâya kavuşmak için ölüm yolculuğu ile "dost" diye tanımladıkları Hakk'a ermek isterler.

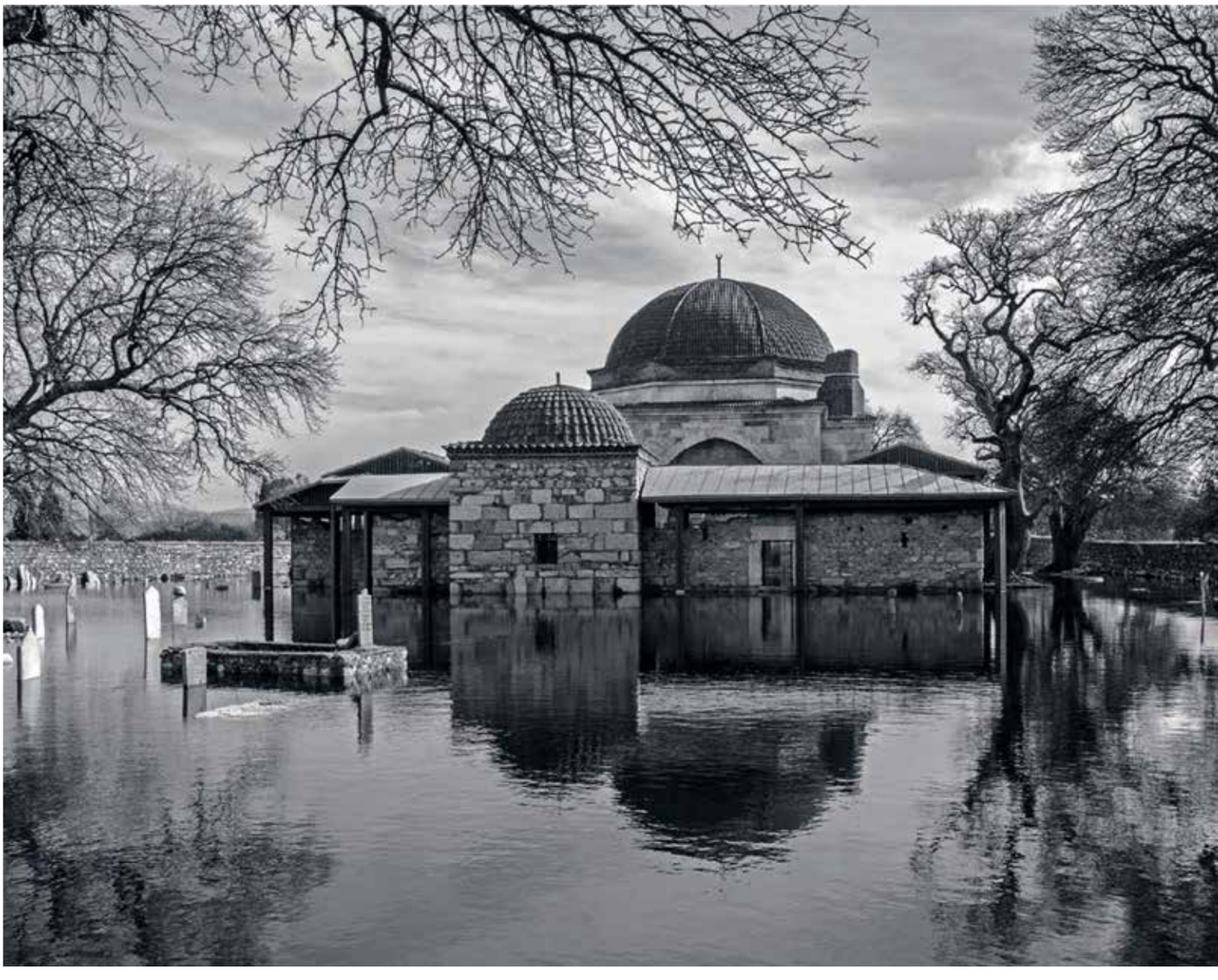
Meşhur sufilerden Ebu Said-i Ebu'l-Hayr (ö. 440/1049) şöyle der:

Yâdında mı doğduğun zamanlar
Sen ağlar idin güler idi âlem
Bir öyle ömür geçir ki olsun
Mevtin sana hande, halka matem.

Ariflerin üstünde bir zümre daha vardır ki ne ölümü ne de yaşamayı arzu etme etmeyip Hakk'ın takdirine gönülden bağlıdırlar. Yunus Emre misali her daim;

"Ne varlığa sevinirim
Ne yokluğa yerinirim
Aşkın ile avunurum
Bana seni gerek seni" derler.

Birçok ayet-i kerimede; Allah dostlarının, iman eden ve salih amel işleyen kimselerin (Yûnus 10/62-63) ölümle Allah'a kavuşmanın mutluluğunu gönüllerinde taşıdıkları dolaylı biçimde zikredilmiştir (el-Bakara 2/94; el-Cum'a 62/6). Hz. Peygamber de "*Allah'a kavuşmayı arzu eden kimse ile Allah da buluşmayı murat eder, bunu arzu etmeyen kimseyle buluşmayı ise kerih görür*" buyurmuş, bunu duyan Hz. Aişe'nin hiç kimsenin ölmeyi hoş görmediğini söylemesi üzerine Resulüler



şöyle demiştir: "*Senin zannettiğin gibi değildir. Bir mümine ölüm hali gelince ilâhî rıza ve lütufla müjdelenir. Artık onun için hiçbir şey ahiret yolculuğu kadar sevimli değildir. Kâfire ölüm hali gelince karşılaşacağı azap kendisine bildirilir. Artık onun için de hiçbir şey ölüm kadar sevimsiz olmaz. Kâfir, Allah'ın huzuruna çıkmaktan hoşlanmadığı gibi Allah da onunla mülâki olmayı murat etmez*" (Buhari, "Riḳāḳ", 41; Müslim, "Ẕikir", 14-18).

Ölüm dünya ile ahireti yani fani olan ile baki olanı birbirine bağlayan ve insanı ebedîleştiren bir köprüdür ama Gazali'nin de dediği gibi insan bekaya taliptir, her insan ölümsüzlüğü ister, ölümsüzlüğü arzu eder. Zaten yüce Allah onu bunun için yaratmıştır. Ya cennette veya cehennemde "*Orada ebedi olarak kalacaklar.*" (Maide, 5/119) ayetinin işaretince ebedi kalacaktır.

Ölümle dost dosta gider. Bu sebeple ölüm yaklaşık yirmi ayette "likâ" (Allah'a kavuşmak) kavramıyla ifade edilmiştir. Bu hususu en güzel bir şekilde sufiler dile getirmiştir. Allah müminlerin dostudur, müminler de Allah'ın dostları/evliyaullahtır. Ölümle ile dost dosta kavuşur. Hz. Peygamber'in (sav) vefat ederken son sözü; "*Refik-i A'la'ya/En yüce Dost'a!*" (İbn Hişam, Siyer, IV, 1069; Buhari, Rikak, 42; Müslim, Selam, 46) olmuştur. Bu sebeple gerçek âşıklar hiçbir zaman ölmezler. Onlar dünya zindanından, beden hapishanesinden kurtularak maşuka kavuşurlar.

Yunus Emre;
Ten fanidir can ölmez
Gidenler geri gelmez
Ölür ise ten ölür,

Canlar ölesi değil diyerek bu âşıkları anlatırken Yahya Kemal de ölümü gönül hoşluğu ve tebessümle karşılayanlardan şöyle söz eder;

Ölüm âsûde bahâr ülkesidir bir rinde;
Gönlü her yerde buhurdan gibi yıllarca tüter.
Ve serin serviler altında kalan kabrinde
Her seher bir gül açar; her gece bir bülbül öter.

Ölüm hususunda en dikkate değer yorumları ehl-i hal olan mutasavvıflar yapmışlardır. Mutasavvıflar biri zorunlu (ıztırari) diğeri iradi olmak üzere iki çeşit ölümden bahsederler. Onlara göre ruhun bedenden ayrılması gerçek ve zorunlu yani biyolojik ölüm; nefsin hevâ ve hevesini, arzu ve isteklerini riyazet ve mücahede yok etmek, "Ölmeden evvel ölmek" deyimiyle kastedilen iradî ölümdür. Kur'an'da söz konusu edilen

iki ölümden (el-Mü'min 40/11) biri iradi ölümdür. Hz. Peygamber bu bağlamda dünyada bir yolcu gibi olmayı veya kendini ölü gibi görmeyi tavsiye etmiştir (Müsned, II, 24, 41; İbn Mâce, "Zühd", 3; Tirmizî, "Zühd", 20). Cüneyd-i Bağdâdî tasavvufu bu anlayış üzerinden tarif ederek; "Tasavvuf Allah'ın seni sende öldürmesi ve kendisiyle yaşatmasıdır" demiştir. Sufiler ölümü ve sonrasını çokça tefekkür ederek ölmeden evvel ölme sırrına ermeyi arzu etmişler ve bu hale ulaşmak içinde nefislerini tezkiye ederek, daha çok riyazet, ibadet ve zikirle meşgul olmuşlardır. Hatta ölümü renklerle ifade ederek ayrıca beyaz, siyah, kızıl ve yeşil olmak üzere dört ölümden bahsetmişlerdir. "Az yemek beyaz, eza ve cefaya tahammül siyah, nefse muhalefet kızıl, yamalı elbise giymek yeşil ölümdür" demişlerdir.

Yine sufilere göre Hak âşıkları da şehitler gibi ölmezler. Bu hususu Yunus Emre;
"Âşık öldü *deyû salâ verirler.* Ölen *hayvân-durur âşıklar ölmez*" beytinde özellikle vurgulamıştır. Ebû Saîd-i Ebü'l-Hayr gibi birçok mutasavvıfa göre de ölüm sevinilecek bir durumdur. Hakk'a vuslat olan Aşık'ın Maşuk'una kavuştuğu bir düğündür. Ölümün yeni bir doğum olduğunu, vefat ettiğinde kendisi için ağlanmamasını vasiyet eden Mevlâna Celâleddîn-i Rûmî (672/1273) de bu sufilerden biri olmakla birlikte ölümle ilgili belki de sufilerin bütün düşüncelerini en özlü şekilde dile getiren "ölümü sevdiren" bir öncü olmuştur.

Mevlâna'da ölüm; diğer mutasavvıflarda olduğu gibi, "Lâ-yemût" (Mutlak ve Ölümsüz) olana veya "asla/öze" bir dönüştür. Mevlâna'nın bu fikri, Mesnevi'nin ilk on sekiz beytinde veciz bir şekilde "ney metaforu" ile anlatılmaktadır. Başta Mesnevi olmak üzere diğer tüm eserlerinde de ölüm, değişik yönleriyle, hikâye, mizah ve teşbihlerle ele alınmıştır. Mevlâna ölümsüzlüğün yolunun ölümden geçtiğini vurgulanmış, ölümü ebediyetin bir kapısı veya ölümsüzlüğe erişmenin bir geçidi olarak dile getirmiştir.

Mevlâna da tasavvuf geleneğinde sıkça vurgulandığı gibi ölümü; "İradi Ölüm" ve "Tabii Ölüm" diye ikiye ayırmaktadır. Tasavvufi terbiye metotlarıyla ve riyazetle ruhun arındırılması ve nefsin hükmünden kurtarılması olan iradi ölüm Hz. Peygamber'in; "ölmeden

önce ölünüz" hadisinin Mevlâna dilinden söylenişidir.

Mevlâna iradi ölümü eserlerinde şu cümlelerle vurgular:
"*Riyazetle bedenin ölmesi, diriliktir. Şu bedene zahmet vermek, ruhu ölümsüzlüğe ulaştırmaktır.*"
"*Ne mutlu o kimseye ki ölmeden önce öldü. Yani bu bağın, bu üzümün aslından bir koku aldı.*"
"*Eğer beden ölürse ona baş üstünde yer verirler, onu baş üstünde götürürler. Eğer diri olursa onu çekemezler, başına ayağına kastederler…*"

Müslümanlar için ölüm bir son değil yeni bir başlangıçtır. Dünya hayatının nihayete erip yeni bir hayat olan ahiret hayatına bir yolculuktur. Allah Teâlâ dünya hayatın kulları için bir imtihan yeri olarak yaratmış, "O ki, hanginizin daha güzel amel işleyeceğini denemek için ölüm ve hayatı yaratmıştır", ölümü de "Her canlı ölümü tadar. Bir imtihan olarak sizi hayırla da şerle de deniyoruz. Ve siz ancak bize döndürüleceksiniz..."

Sufiler ölümü "ölmeden önce ölünüz" hadisiyle anlayarak, nefislerini terbiye etmişler ve ölmeden önce ölmenin sırrına ererek bedeni ölümü, Hakk'a vuslat zamanı olarak nitelemişlerdir. Âşık maşukuna ölümle kavuşmuş ve hiçbir zaman ölümden endişe etmeyen gönül ehli âşıklar ölümü, "Ölen hayvan imiş aşıklar ölmez" veya "Aşksız yaşama ki ölmeyesin" diyerek hoş bir gidiş olarak karşılamışlardır.

Mevlâna, Allah'ın kullarından muradının da iradi ölüm olduğunu belirterek, Allah'ın "*…Canına, başına ant olsun ki, sen ölmedikçe, benlikten kurtulmadıkça, kendimi sana vermem.*" buyruğunu vurgulamış ve "*Ben aşk derdinden öldüm, bir an için olsun bana nefes et, üfür. Üfür de o mübarek nefesle, ben ölümsüz bir hayata kavuşayım.*" diyerek O'na vuslat için âdeta yalvarmıştır.

Mevlâna'ya göre nefs ile mücahede sonucunda elde edilen iradi ölüm, tabii ölümün korkulan yüzünü sevimli hale getirecektir. Bunu da Rubaileren de şu şekilde terennüm etmiştir:

"Ölümde adalet ve din ehline bir başka hayat vardır. Ölümden temiz ruhlara, huzur ve sükû*n gelir.* Ölüm Hakk*'a kavuşmadır, cefa etmek kin gütmek değildir. Fakat ölmeyen kimse (öleceğim diye) sürekli ölür, durur. En büyük derdi de budur.*"

"*Eğer senin uğrunda can verirsem sevinerek ölürüm. Senin kölenin kölesi olurum, neşe ile can veririm…*"

Mevlâna tabii ölümü ise ten kafesine mahkûm edilmiş, Allah'tan bir parça (nefha-i ilâhî) olan ruhun tekrar aslına dönmesini, Aşık ile Maşuk'un kavuşması olarak niteler. Bu hususu da şöyle takdim eder;

"*Ben ölürsem sakın bana '*öldü*' demeyin. Aslında ben ölü idim, dirildim, beni dost aldı, götürdü.*"

"*Hayat denizinden geçip giden bir gemide bulunan kişi, karşı kıyıdaki kamışlığın yürüyüp geçtiğini sanır. Tıpkı bunun gibi dünyadan göçüp gidiyoruz da sanıyoruz ki bu dünya gidiyor.*"

"*…Ecel günü aşkı bırakıp da korkudan can derdine düşen, cana bakan gözden bıkmışım, usanmışım.*"

"*Ecel gelince, can bedenden uçar. Eski giyişi gibi bedeni sırtından çıkarır atar. Böylece topraktan yaratılan teni gene toprağa geri verir de kendi eski nurundan bir ten yapar ve ona bürünür.*"

"*Kuşa, kafesi bırakıp uçmak nasıl hoş, tatlı gelirse bana da ölmek ve bu yurttan göçmek öyle hoş, öyle tatlı geliyor.*"

"*Dünya aslanı av ve rızk arar, Allah aslanı hürlük ve ölüm!*

Çünkü ölümde yüzlerce hayat görür de varlığını pervane gibi yakıp yandırır.

Ölüm isteği, doğru kişilerin boyunlarına bir halkadır."

Ruhun hürriyetini kazanma aşkından doğan bu ölüm sevgisi, Mevlâna'nın ölüm karşısındaki tavrını belirleyeceğimiz önemli bir ipucudur. Mevlâna'nın ölüm sevgisi, ideal bir iştiyaktan başka bir şey değildir. Bu iştiyakını da süt emen çocuğun süte, hazinedarın hazineye iştiyakıyla teşbih eder;

"*Süt emen çocuk sütü nasıl isterse, sen de ölümü öyle istersin, seni tutsak eden bir hastalık bir dert yüzünden değil*"

Mevlâna'ya göre ölüm, insanın iç dünyasının bir aynasıdır. Ölümden korkanlar, kendi iç yüzlerinin çirkinliklerinden, kötü işlerinin nefislerinde bıraktığı izlerden korkmaktadırlar;

"*Ey ölümden korkup kaçan can, işin aslını sözün doğrusunu istersen, sen ölümden korkmuyorsun kendinden korkuyorsun. Çünkü ölüm aynasında ürküp korktuğun ölümün çehresi değil, senin çirkin yüzündür. Senin ruhun bir ağaca benzer, ölüm ise o ağacın yaprağıdır. Her yaprak ağacın cinsine göredir. O yaprak iyi ise de kötü ise de senden bitmiştir. Nasıl ki hoş olsun hoş olmasın, senin gönlüne gelen, her hayal her düşünce senden, senin kendi varlığından gelmişse.*"

Hz. Peygamber "Uyku ölümün kardeşidir" buyurmuştur. Mevlâna da bu hadisten hareketle ölümün uykunun kardeşi olduğunu şöyle dile getirir:

"*Uykumuz ölümün kardeşidir, bu kardeşi gör, o kardeşi anla*"

"*Bizim uykumuz ve uyanmamız ölümle mahşere iki şahittir.*"

Mevlâna dünyayı da bir rüya olarak

niteler ve dünyayı uyuyan kişinin düş görmesine benzetir. Ne zaman ki ölüm gelir çatar, bu zannından kurtulur ve yerini yurdunu görünce gamlandığına, tasalandığına güler…"

Mevlâna'ya göre ölmek, aslında dirilmektir. Hayat ölümledir, abıhayat karanlıklar içinde gizlenmiştir. Ölüm, ölüm değildir, görünüşte ölümdür ama gerçekte bir evden bir eve göçüştür.

Mevlâna ölümü, ruhun aslına dönüşü, "kavuşma" ve "vuslat" terimleriyle ifade etmektedir. Bu, sevenle sevilenin, Aşık'la Maşuk'un kavuşmasıdır. Hak aşıklarının hayatı ölümdedir. Bu konuda Hallac-ı Mansur'la aynı fikri paylaşmaktadır. Hallâc Dîvân'ında; "*Ey fedakâr dostlar beni öldürün, çünkü benim hayatım ölümümdedir. Benim ölümüm yaşamaktır, hayatım ölmektir*" diyordu.

Mevlâna, ölümsüzlüğe erişmenin, asla rücu etmenin ve Maşuk'la buluşmanın herkese nasip olmayacağını, bunu ancak nefsini tezkiye edenlerin, ruhi tekâmülünü tamamlayanların başarabileceğini savunmaktadır. Mevlâna'ya göre bunun yolu da aşktır. Bunu da şöyle ifade eder;

"*Aşksız yaşama ki ölmeyesin, Aşk yolunda can ver ki, sonsuz bir hayata kavuşasın*"

"*Gerçeklerden haberli olarak ölen Hak* âşıkları, sevgilinin huzurunda şeker gibi erirler. Ötelerden *haberdar olanlar, Hak sevgisinde derlenip toparlananlar, şu insan kalabalığı gibi ölmezler. … Aslında hak âşıklarından ölüm uzaktır. Onlar ne ölürler ne de yok olurlar…*"

Mevlânâ eserlerinde iradi ve tabii ölüm konusuna kâfi ölçüde yer ayırmıştır. Hayatın bir ayrılık hikayesinden ibaret olduğunu savunan, ölümün korkulacak bir durum olmadığını aksine, Hak âşıkları için arzulanan bir husus olduğunu savunan Mevlânâ'nın, bütün bu söyledikleri, yolunu takip eden Mevlevîler için bir rehber olmuştur.

Özellikle vefatı öncesi dostlarını telsiye etmek için şu gazeli söylemiştir;

"Öldüğüm gün tabutum götürülürken, bende bu dünya derdi var sanma.

Benim için ağlama, yazık vah vah deme! Şeytanın tuzağına düşersen o zaman eyvah demenin sırasıdır.

Cenazemi gömdüğün zaman firâk, ayrılık deme! Benim buluşmam, kavuşmam işte o zamandır.

Beni toprağa verdikleri zaman elveda, elveda demeye kalkışma! Mezar cennet topluluğunun perdesidir.

Batmayı gördün değil mi? Doğmayı da seyret. Güneşle aya guruptan hiç ziyan gelir mi?

Yere hangi tohum ekildi de bitmedi? İnsan tohumu bitmeyecek diye şüpheleniyor musun?

Toprağa konulduğumu sanıyorsun değil mi? Ayağımın altında bu yedi gök vardır."

"*Bizim mezarımızı toprakta arama. Bizim türbemiz* âşıkların gönlündedir."

Yukarıdan beridir ifade etmeye çalıştığımız Mevlânâ'nın ölüm üzerine ortaya koyduğu düşünceleri, Mevlevîlik kültürünün şekillenmesinde etkili olmuş, Mevlânâ'nın bu mesajlarını alan Mevlevîler, onun Allah'a/Maşuk'una kavuştuğu veya ölümsüzlüğe erdiği geceyi "*Aşıklara ölüm düğündür…*" diyerek "Şeb-i Arûs" (Düğün Gecesi) metaforuyla ifade etmişlerdir.

Sonuç

Ölüm Müslümanlar için bir son değildir. Yeniden bir başlangıçtır, insanın devam eden varlık serüveninin bir bölümü veya iman edilen öteki âleme bir doğumdur. Ahirete iman eden mü'minler ölümü imtihanla geçen dünya hayatının bir neticesi ve ahiret hayatına açılan bir kapı olarak görmüşler, bu anlayışla ölümle gidilecek hesap gününe hazırlıklı olmayı yaşarken daima hatırlarında tutmuşlardır. Kur'an-ı Kerim ve Hadis-i şeriflerde gelen ölümle ilgili naslar Müslümanlarda ölüm korkusunu gidermiş, bu anlayışla mezarlıklarını şehir içlerine, mahalle ortalarına ve cami kenarlarına yapmışlardır. Bu mekanlar iki alemi (dünya/ahiret) bir bütünün iki yarısı telakki eden Müslümanlar için bir "susmuşlar yurdu" olmuştur. Ölenler normal hayattan hiçbir zaman uzak tutulmamış, her daim okunan Fatihalarla, onlar adına yapılan hayır ve hasenatlarla ve bayramlar ve mübarek günlerde ziyaretlerle var ve yaşıyor gibi muamele görmüştür.

Özellikle de sufiler ölümü "ölmeden önce ölünüz" hadisiyle anlayarak, nefislerini terbiye etmişler ve ölmeden önce ölmenin sırrına ererek bedeni ölümü, Hakk'a vuslat zamanı olarak nitelemişlerdir. Âşık maşukuna ölümle kavuşmuş ve hiçbir zaman ölümden endişe etmeyen gönül ehli âşıklar ölümü, "Ölen hayvan imiş aşıklar ölmez" veya "*Aşksız yaşama ki ölmeyesin*" diyerek hoş bir gidiş olarak karşılamışlardır.

Kaynaklar

Abdulkerim Kuşeyri, Kuşeyri Risalesi, Hazırlayan: Süleyman Uludağ, 2. Baskı, Dergâh Yayınları, İstanbul 1981.

Ebû Abdullah Haris B. Esed Muhâsibî, er-Rî'âye li-Hukûkıllâh, Neşreden: Abdülkādir Ahmed Atâ, Kahire 1390/1970.

Ebu Nasr Serrac Tusi, El-Luma' İslam Tasavvufu, Tercüme: H. K. Yılmaz, Altınoluk Yayınları, Ankara 1996.

Firûzanfer, Bediuzzaman Mevlânâ Celâleddin, Çeviren: F.N. Uzluk, MEB Yayınları, İstanbul 1990, s. 155-156.

Gölpınarlı, Abdülbaki, Mevlânâ Celâleddin, İnkılab Kitabevi, İstanbul 1985.

Gölpınarlı, Abdülbaki, Mevlevîlik Adab ve Erkanı, İnkılap ve Aka Kitabevi, İstanbul 1963, s. 102-104;

Hallaj, H. Mansur, Le Dîwân d'al-Hallaj, (terc. Ve takdim, Louis Massignon), Paris 1995, s. 33-34;

Mevlâna Celaleddin Rûmî, Dîvân-ı Kebîr, Remzi Kitabevi, İstanbul 1960, 656, 1353, 2573, 3172.

Mevlâna Celaleddin Rûmî, Mesnevi, (çev. Veled Çelebi İzbudak) MEB Yayınları, İstanbul 1995, I-VI.

Mevlâna Celaleddin Rûmî, Rubâîler Hz. Mevlânâ'nın Rubâileri, Hazırlayan: Şefik Can, Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2001, 917.

Muhammed Fuâd Abdülbâkî, el-Mu'cemü'l-müfehres li-elfâzi'l-Kur'âni'l-Kerîm, el-Mektebetü'l-İslâmiyye, İstanbul 1982.

Muhammed Gazzâlî, İhyâ'ü 'Ulûmi'd-dîn, Kahire 1358/1939, IV, 433-482.

Özemre, Ahmed Yüksel, Üsküdar'da BirAttarDükkanı, 2. Baskı, Kubbealtı Neşriyat, İstanbul 1997.

Sultan Veled, İbtidânâme, (çev. Abdülbaki Gölpınarlı), Ankara 1976, 1850-1860, 8470-8480.

Topaloğlu, Bekir, "Ölüm", Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, İstanbul 2007, 34/34-35.

Uludağ, Süleyman, "Ölüm ve Ötesi", https://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=8. 03.01.2020.

Uludağ, Süleyman, "Ölüm", Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, İstanbul 2007, 34/37-38.

Uludağ, Süleyman, Tasavvuf Terimleri Sözlüğü, Marifet Yayınları, İstanbul 1996, s. 364.

Yakıt, İsmail, "Mevlânâ ve Ölüm Felsefesi", 3. Milli Mevlânâ Kongresi (Tebliğler), 12-14 Aralık 1988, Konya 1989, s. 82.

İslam ve diğer dinlerde ölüm

Dr. Saliha Uysal

İstanbul Üniversitesi Arap Dili ve Edebiyatı Ana Bilim Dalından ve İstanbul Üniversitesi Amerikan Kültürü ve Edebiyatı Ana Bilim Dalından mezun oldu. Doktorasını ise "Din Psikolojisi Bağlamında Ölüm Eşiği Deneyimleri" başlıklı teziyle İstanbul Üniversitesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Din Psikolojisi Ana Bilim Dalındaki görevine devam etmektedir.

Ölüm, bu dünya üzerinde var olan insanın mevcudiyetinin bir daha dönüşü olmaksızın sona ermesidir. Bu sona erişin bir son mu yoksa başlangıç mı olduğu, insan bedenini canlı kılan ruhun da tıpkı beden gibi ölümle nihayete erip ermediği, ermiyorsa bu dünya ile irtibatını kestikten sonra yeni bir boyutta ya da alemde dinsel terimle ahiret hayatında varlığını nasıl devam ettirdiği hep insanın merakını celbetmiş ve izaha çalışılmıştır. Ölüm sözcüğünün türediği ölmek fiili, Türkçe kökenli bir kelime olup "artık yaşamaz olan" (1) anlamındadır. Etimolojik kökeni itibarıyla incelendiğinde, ölmek kelimesinin neşet ettiği "öl" sözcüğü ise "ıslak, yaş, nem" (2) anlamındadır. Halk dilinde "toprağın nemi, yaşlık, höl" (3) manalarında sıklıkla kullanım bulmaktadır. Ölüm kelimesinin diğer anlamları "solmak, çok sıkıntı ve acı çekmek; değerini, geçerliğini, gücünü yitirmek; kullanılmamak" (4) şeklindedir.

Arapçada "mevt, mate ve tuvuffiye" (5) sözcüğü ile anlatılan ölüm, "mâ-te" fiilinden türemiştir. Mevt, "hayvanlarda ve bitkilerde gelişme gücünün yokluğu, fiziksel gücün yitimi, akıl gücünün yitimi (ki bu cehalettir), hayatı bitiren keder ve korku, uyku, yokluk ve yoksulluk, yaşlanmak, günah vb." gibi anlamlara gelmektedir (6). Ayrıca ölüm, Qamus al Asrey'de "zeval-i hayat" (7), Lisan'ü'l-Arab'da ise "hayatın zıddı", "etkisizlik, hareketsizlik" (8) olarak açıklanmaktadır. Arapçada ölüm kavramını ifade etmek üzere mevt, vefât, helak (9), kabzu'r-rûh (ruhun alınması) (10) kelimeleri kullanılmaktadır. Ölüm (11), Kur'an-ı Kerim'de Allah'a nispetle "teveffi" (ruhu kabzetme) şeklinde geçmekte, aynı zamanda "yaşatmanın" karşıtı olarak "imate", yani "canlının hayatına son verme" (12) şeklinde ifade edilmektedir.

Latincede "mors, mortis, obitus, exitus" (13) "ölüm, son, akıbet, son verme" (14) anlamına gelirken, "morior/mortuus" ise "ölmek, zeval bulmak, çürümek, kuvvetten düşmek, solmak" manalarındadır. Ayrıca ölümü ifade eden diğer bir sözcük olan "mors mortis", "ölüm ve ceset" demek iken, "morior" ise "ölü adam" anlamında kullanılmaktadır. (15)

Bu aktarımlardan anlaşılacağı gibi farklı dillerde, farklı zamanlarda "ölüm" kavramı için farklı tanım ve açıklamalar yapılmıştır. Çünkü "Ölüm nedir?" sorusuna bilim adamları, farklı cevaplar vermektedirler. Bazıları, "ölümü bedensel yaşamın sona ermesi ve yeni bir yaşama, başka bir dünyaya geçiş olarak" görürken, bazıları da "daha önce ölmüş sevilen bir kişiyle yeniden birleşme" (16) inancı şeklinde dile getirmektedirler. Aslında her iki grup için de ölüm daha iyi bir varoluş durumuna geçişi simgelemektedir.

Tıbbî-hukukî olarak ölüm, bir insanın hayatının sona ermesi olarak ele alınmaktadır. (17) Tıbbi açıdan ölüm; maddi yönüyle canlılarda, hayat merkezlerinden kalp veya beynin fonksiyonunu yitirmesi sonucu hayatın sona ermesi olarak nitelenmektedir. (18) Aslında insanın hangi belirtileri ortaya çıktığında ölü kabul edileceği, tıp uzmanları ile biyologlar arasında tartışmalı bir konu olmuştur. Yaşamsal belirtilerin ortadan kalkması şeklinde tanımlanan klinik ölümde, hâlâ bazı biyolojik faaliyetlerin devam ettiği müşahede edilmektedir. Kalp ve solunum fonksiyonlarının bir süreliğine durması ya da ciddi anlamda yavaşlaması, bu fonksiyonların farkına varılamayacak kadar zayıf olması sebebiyle kişinin öldüğü düşüncesini doğurmaktadır. (19) Tıp uzmanları, ölümün kati bir şekilde tespit edilmesinin ancak kalp ve akciğer fonksiyonlarının durmasıyla mümkün olacağını söylerken hiçbir canlı hücre kalmadığında bütünsel ölüme erişilecektir. (20) Ölüm, hızlı olabildiği gibi bilinç yokluğu ya da bilincin son ana kadar açık kaldığı bir can çekişme süreciyle gerçekleşebilmektedir. Bu sürecin biyolojik olarak tespit edilebilmesi karaciğerdeki glikojen miktarının ölçülmesiyle mümkün olmaktadır. (21)

Teolojik açıdan bakıldığında gerçekleşmesi muhakkak olan, tecrübe ve deneyim ile sabit olan ölümle birlikte ruh bedenden ayrılır ve bedendeki organların fonksiyonları son bulur; beden ise ruh ayrıldığı için artık bir et yığınından farksızdır. (22) Ölüm, fiziksel enerjiden psişik enerjiye geçişi simgelemektedir.

Buna göre, koza yani beden zarar gördüğünde, bu kişinin öldüğü anlamına gelmez, sadece kozanın yani bedenin artık çalışmadığı manasındadır. Dolayısıyla ruh, bedeni terk ederek enerjinin ikinci aşaması olan psişik enerjiye geçmektedir. (23)

İslam'da Ölüm Düşüncesi

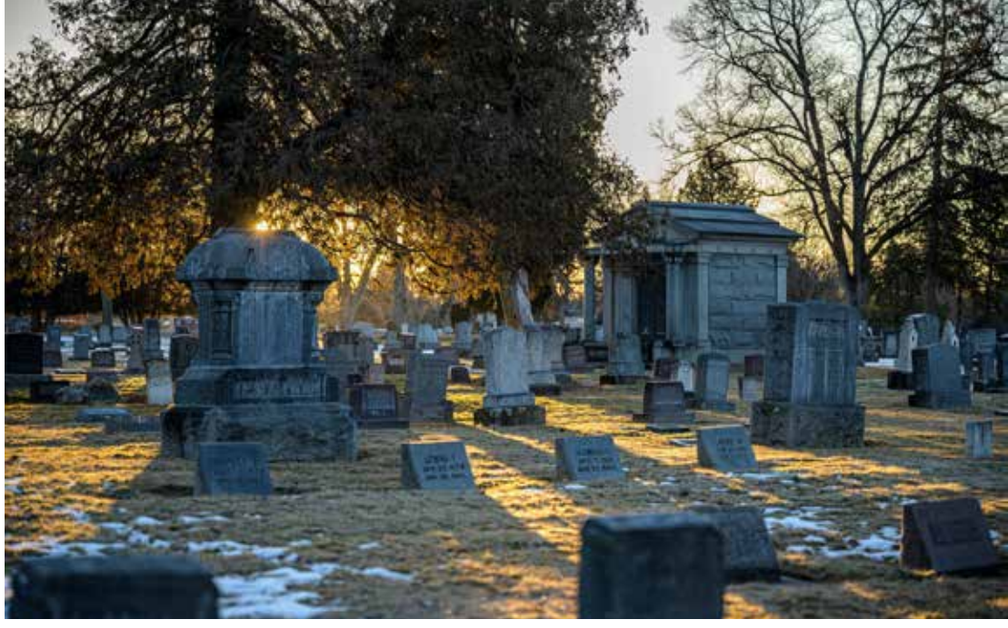
Daha önce ifade edildiği gibi "mevt", "vefat" ve "helâk" kelimeleriyle Kur'an-ı Kerim'de ifadesini bulan; "kabzu'r-rûh" sözcüğüyle de hadislerde zikredilen ölüm kavramı, "Allah'a, bu işle görevli meleklere, bazen melek manasında "resul"e, iki ayette "melekü'l-mevt"e, hadis rivayetlerinde ise bunlarla birlikte Azrail'e nispet edilmektedir. (24) Kaldı ki ölüm de Allah'ın yarattıklarından biridir. (25) İslam inancında ölüm kapısından bir kez girildiğinde bir daha geri dönüş yoktur, çünkü ölümle birlikte yeni bir safhaya geçilir. (26)

Ölümün öz ve bütün yalın gerçekliğiyle anlatıldığı Kur'an-ı Kerim'de her nefsin ölümü tadacağı bildirilmekte (27) ölüm için de "insanı alıp götüren" (28), "insana gelip çatan" (29), "insana gelen" (30), "her nerede olursa olsun, sözgelimi yükseklerde tahkim edilmiş kalelerde bile olsa insanı bulan" (31) ifadeleri kullanılmaktadır. Hatta Hz. Peygamber'e hitaben "Gerçek şu ki, sen de öleceksin, onlar da öleceklerdir" (32) denilmektedir. Bir taraftan ölümün kaçınılmaz bir son olduğuna "sizden birinize ölüm gelip çattığı zaman" ifadesiyle işaret edilirken diğer taraftan da ölüm meleği vasıtasıyla gerçekleşen bu sonun, kişinin Rabbine dönüşü olduğu, "Size vekil kılınan ölüm meleği, hayatınıza son verecek, sonra Rabbinize döndürülmüş olacaksınız" ayetiyle anlatılmaktadır. (33)

Kur'an-ı Kerim'e göre Allah'ın hükümlerine karşı zalim olanlar için ölüm, şiddetli sarsıntılar içinde ve korkutucu bir şekilde gerçekleşecektir. (34) Oysa inananların ölümü Allah'a aittir (35) dolayısıyla güven içerisinde olacaktır. Bu durum ayette, "Yutkunmaya çabalayacak ve boğazından geçirmeyi başaramayacak, ona her yandan ölüm gelecek, oysa ölmeyecek de. Ardından daha katı bir azap olacak" şeklindeki ifadelerle anlatılmaktadır. (36) Kur'an-ı Kerim'de bu dünyada yaşanan ölüm, "ilk ölüm" olarak nitelendirilmekte ve inananların ilk ölümden sonra başka bir ölüm tatmayacakları bildirilmektedir. (37)

İslam felsefesinde de ölümü derinlikli ve kapsamlı bir şekilde ele alan filozof ve düşünürler, ölümün mukadder

Kur'an-ı Kerim'e göre Allah'ın hükümlerine karşı zalim olanlar için ölüm, şiddetli sarsıntılar içinde ve korkutucu bir şekilde gerçekleşecektir. Oysa inananların ölümü Allah'a aittir dolayısıyla güven içerisinde olacaktır. Bu durum ayette, "Yutkunmaya çabalayacak ve boğazından geçirmeyi başaramayacak, ona her yandan ölüm gelecek, oysa ölmeyecek de. Ardından daha katı bir azap olacak" şeklindeki ifadelerle anlatılmaktadır.



bir fenomen olduğu ve ondan korkulmaması gerektiği hususunda mutabık kalmaktadırlar. (38) Kindi'ye (801-873) göre de ölüm kötü değildir, aksine ölüm korkusu kötüdür. Ölüme gelince, o sadece tabiatımızın bir tamamlayıcısıdır. Ölümün olmaması halinde insanın da olmayacağına dikkat çeken Kindi, insanı akıllı ve ölümlü canlı olarak tarif eder. Kindi'ye göre "eğer bir varlık ölümlü değilse, bu varlık insan olamaz. Şu halde olmamız gereken şey neyse, öyle olmamız bir eksiklik değildir; eksiklik, ancak olmamız gerektiği şekilde olmayışımızdır. Buna göre (insan için) kötü olan, ölümün olmamasıdır; çünkü ölüm olmasaydı insan da olmazdı. İşte bunun için ölüm kötü değildir." Zaten ölüm de insanı gerçek vatanına götürecek bir gemidir. (39)

Farabi'ye (870-950) göre ölüm en büyük mutluluğun gerçekleşmesini sağlayan unsurdur, çünkü bu mutluluk ölümden sonra meydana gelecektir. (40) O, ölüm ve ölümsüzlük konusu üzerinde en ciddi şekilde duran filozofların başında gelir. Ruhun ölümsüzlüğü noktasında Farabi, amelî kemale sahip olanların ölümsüz nefisler olacağını, "fasıkların şekavat içinde hem nazarî hem de amelî kemale sahip olanların ise saadet içinde" bulunacağını belirtir. (41)

İbn Miskeveyh ise ölümü nefsin (ruhun) aletlerini kullanmayı bırakması olarak niteleyerek, bundan dolayı ölümden korkmanın yersiz olduğunu vurgulamaktadır. İbn Miskeveyh'e göre nefsin aletleri, organlardır ve bunların bütününe beden denilir. Bedenin ruh tarafından terk edilmesi ise tıpkı sanatkârın aletlerini terk etmesi gibidir. Ona göre nefs cismani olmayan bir cevherdir, yani sonradan olma anlamında araz değildir. Cevher olduğu için de araz gibi yok olup gitmez. Nefs bedenden ayrılınca kendisine has olan hayatını sürdürür, tabiatın kirlerinden temizlenir, tam mutluluğa ulaşır. (42)

Ölüm konusu üzerinde hassasiyetle duran bir diğer İslam düşünürü İbn Sina (980-1037) ise ölümü, "iradi ölüm, tabii ölüm" şeklinde ikiye ayırır. İradi ölüm ile kişinin her nevi şehvetleri öldürüp bunlara olan düşkünlüğü terk etmesini murat eder. Ona göre ölümden korkan bir kişi gerçekleşmesi muhakkak olan bir şeyden korkmuş olur. Oysa ölüm, insanın "hadd-i tamm"ının, yani insan tarifinin bir sonucu ve parçasıdır. Çünkü insanın tarifi "hayy, nâtık, mâit'tir" yani "yaşayan, idrak eden, ölen" demektir. Bu tarife göre mevt (ölüm) insanın tamamı ve kemali olmuş olur. (43)

İbn Sina Ölüm Korkusundan Kurtuluş risalesinin sonuç bölümünde, ölümü bir "ilahî atiyye" olarak vasf ederek şöyle yazar: "Ölüm, ilahî bir *atiyye olunca kötü bir şey olamaz. Kötü olan şey; ondan korkmaktadır. Ölümden korkan; ölüme ve onun hakikatine cahil olandır. Ölümün hakikati ise nefs'in bedenden ayrı*lmasından ibarettir." (44)

İslam bilginleri arasında ölüme dair en detaylı ve dikkat çeken fikirleri ünlü İslam bilgini Gazali'nin (1058-1111) eserlerinde bulmaktayız. Gazali her şeyden önce ölümü uykudan uyanış olarak görür. O, dünya hayatının ahirete göre uyku olduğu görüşünü, Hz. Muhammed'in (sav) "İnsanlar uykudadırlar. Öldükleri zaman uyanırlar" hadis-i şerifi ile savunmakta, insan öldüğünde, eşyanın ona dünyada göründüğünden başka görüneceğini açıklamakta, buna neden olarak da Allah'ın "Şimdi senden perdeni açtık. Artık bugün gözün kesk*indir*" buyruğunu göstermektedir. (45) Gazali, ölüm acısının şiddetli olduğunu ve ancak ruh tarafından duyulan bu acıyı ise sadece ölmekte olanın bileceğini söyler. (46)

Tasavvufta ise ölüm; "bir halden başka bir hale, ölümlülük halinden ölümsüzlük haline geçmek" olarak kabul edilmiş, bu anlayışın oluşmasında da temel nokta, "*Biz Allah için varız ve O'na döneceğiz*" (47) ayeti olmuştur. Dolayısıyla onlara göre ölüm, "ruhun aslına dönmesi ve Rabbine kavuşması için geriye dön çağrısından başka bir şey değildir." Bir başka deyişle ölüm, ruhun tekrar Allah'a dönerek, gerçek ve sonsuz bir hayata başlamasıdır. (48)

Dinlerin ölüm hususundaki yaklaşımlarını ortaya koyarken bütün dinleri ele almak mümkün değildir. Bu nedenle semavi dinlerin yanı sıra Budizm, Taoizm ve Hinduizm dinlerinin ölüme olan yaklaşımlarına kısaca değinmek yerinde olacaktır. Hinduizm'de de Budizm'de de bu dünyadaki yaşam bir tür "ruhlar okulu" olarak kabul edilir. Bu inançlara göre, derslerimizi öğrenene dek tekrar tekrar geri gönderilir, sonra ilerleriz.

Kaldı ki ölüm, sevgili ile buluşma zamanı olarak görüldüğünden dolayı, daima hatırlanmaktadır. (49)

Mutasavvıflardan bazıları ölüm olayını seyri sülûkun, kişisel terbiye yolculuğunun bir dönüm noktası olarak kabul ederek, bu muazzam olayı insanın imtihan süresinin bitmesi ve artık ecir döneminin başlaması olarak anlatmaktadırlar. Dolayısıyla mutasavvıflar, ölümle, ölüm duygusuyla iç içedir ve gerçek bir bilinç düzeyine ulaşmak için bu gereklidir. Çünkü kişi ancak ölüm duygusunu diri tutup onunla hemhal olursa, asıl görevini hatırlar; geçici, boş işlerden yüz çevirir; şeytanın vesvese ve hilelerine karşı direnç sahibi olur, kendisini muhasebeye çekmekte gecikmez. (50)

Diğer Dinlerde Ölüm Düşüncesi

Yahudilikte ölümle birlikte hayat sona ermez ama bu "sona ermemek", başka bir dünyada yaşamaya devam etmek şeklinde değildir. Yahudilere göre, kâinatın alt üst olmasından ve korkunç savaşlardan sonra "Allah'ın Krallığı" yeryüzünde kurulmuş olacak ve kurumuş kemiklerin şaşılacak görünümü içinde ölüler de dirilecektir. (51) MÖ II. yüzyıla kadar Yahudiler, "ölümden sonra yaşam"ın yalnızca bir tür yarı bilinçli gölge varoluş olduğuna inanıyorlardı. (52) Tevrat'ta ahiret sözcüğünün karşılığı, "aharit ha yamîm"dir ve "zamanın sonu" anlamının yanı sıra "gelecekte, gelecek zaman" (53) manasına da gelir. Aynı zamanda kişinin öldükten sonra gideceği yerden de "karanlık diyar" demek olan "şeol" diye bahsedilmektedir. (54) Tevrat'ta bu tarz kavramlara rastlanmakla birlikte, Yahudilik tarihi ve inancı üzerine araştırmalar yapan Mendenhall, Yahudi kutsal metinlerinin ölüm sonrası hayata ilişkin hiçbir kavram içermediğini iddia eder. (55) Ölüm konusunda tüm Yahudilerin ittifak ettikleri kesin bir anlayış söz konusu olmadığından, bazıları ahiret inancının Eski Ahit'e sonradan eklendiğini savunurken, bazıları da bunun başından beri Eski Ahit'te yer aldığını ileri sürer. Tevrat'ta yer alan ölümden sonra dirilme, sahip olduğu insan anlayışı sebebiyle bedenen dirilme olarak görülür. Çünkü Tevrat'a göre insan, bedeni ve ruhu ile bir bütündür. Beden kendisinden kaçılıp kurtulacak bir şey değildir. (56) Birçok araştırmacı, Eski Ahit'te yeniden dirilme düşüncesine daha sonraki dönemlerde yer verildiğini, bu fikrin açıkça yer aldığı Danyal Kitabı 12. Bab'ında MÖ 200 yıllarına kadar götürülebildiğini kaydetmektedirler. (57) Yahudilikte ölüm sonrası inancının menşei bağlamında Tanrı tarafından İsrailoğullarına peygamberler vasıtası ile vahyedilmiş gerçek bir Yahudi inancı mı, yoksa Ken'an ve Pers dinlerinin etkileriyle sonradan benimsenmiş, aslında Yahudiliğe yabancı bir inanç olup olmadığının tespiti mümkün görünmemektedir. (58) Ruhun ölümsüzlüğü çok daha sonra Orta Çağ'da Yahudi filozof İbn Meymun'un (1135-1204) oluşturduğu iman esaslarında yer almıştır. İbn Meymun, bu esasları zikrederken, "Ruhum ölümsüzdür ve Allah dilediği zaman ölüleri hayata kavuşturacaktır" ifadesini kullanmıştır. Ama şunu da belirtmek gerekir ki Yahudilikte ölümden sonra hayat inancı, bireysel kaderden ziyade İsrailoğullarının kurtuluşu ve onlardan olmayanların cezalandırılacağı vurgusuyla güçlendirilmiştir. (59)

Hristiyanlıkta da ölüm bir son olarak değil, yeni bir hayata geçiş olarak görülmektedir. Buna göre ahiret hayatının varlığına ölüm bir ödül olacağı için ondan korkulması anlamsızdır. Kaldı ki, Mesih'in dirilmesi, inananların dirilmesinin de garantisidir. (60) Bu yüzden bir Hristiyan ölümü düşündüğünde aklına Hz. İsa'nın ölümü gelir. Onun ölümü de birbirinden ayrılmaz bir şekilde yeniden dirilmesine bağlanmıştır. Gerçekte Hz. İsa'nın yeniden diriltilmesine inanmak, yeniden diriltilmeyi onunla paylaşmak demektir. Zira, bunu Hz. İsa için yapan Tanrı, insanlar için de yapacaktır. (61) Hem ölüm ve sonrasına ilişkin Hristiyanların duruşunu en iyi anlatan söz, 'Biz dünyadayız ama dünyaya ait değiliz'dir. (62)

Hristiyanlıkta ölümün sebebi ilk günahta aranmakta, insanın bu günahtan kurtulmasının ancak ölüm ve Allah'ın rahmetiyle mümkün olduğu düşünülmekteydi. Ayrıca, Hristiyanlık insana bu sınırlı dünya hayatından ebediyete giden yolu gösteriyordu. (63) Orta Çağ Hristiyan dünyasında ölüm için bir el kitabı bile vardı. Tüm ritüelleriyle ölüm hem aileyi hem de toplumu ilgilendiren boyutlara sahipti. Ölmekte olan kişilere son dualarını ettiren rahiple birlikte ölüm yatağının çevresine doluşmuş birçok insan olurdu. Ölümü ve orada olanları anlatan ve "ölme sanatı" olarak nitelendirilebilecek olan bu edebiyatın amacı, "hem ölenlere hem de başucunda bekleşenlere cesaret vermek ve ölümü açıkça tasarlanmış olduğu gibi "doğal, gerekli ve evrensel" bir olay olarak kabul etmelerini sağlamaktı." (64) Ayrıca Hristiyan kültüründe ani ölümden korunmak için ayinler icra edilir ve böylece ruhun bedeni terki için gerekli ön hazırlıklar yapılmış olur. (65)

Hristiyanların kutsal kitabı İncil'e göre ölüm ancak görünüştedir. Ölümle sadece dış biçim değişirken, hayatın prensibi olan ruh, ölümsüzlüğünü ve yıkılmazlığını devam ettirmektedir. Bu haliyle ruh, İncil'de yer alan ifadelerle, "Ne kurtlar ne de pas onları kemiremez, hırsızlar da çalamaz" (66) diye vasfedilen zenginliğe ulaşmaktadır. Hristiyanlıkta ölüm sonrası ölümsüzlüğe erişme günahtan özgür kılınmaya bağlıdır. Öyle ki, Tanrı'nın kulu olmayı başaranlar, bunun karşılığında kutsallaşma ve sonsuz yaşamı kazanacaklardır. Çünkü onlara göre günahın ücreti ölüm, Tanrı'nın armağanı ise Rab Mesih İsa'da sonsuz yaşamdır. (67) Yine İncil'de Mesih ile ilgili bir bölümde, ölmek kazanç olarak tavsif edilir. (68) Öldükten sonra ahiretin dışında yeniden bu dünyada dirilişle ilgili İncil'de birçok ifade bulunmaktadır. Böylesi bir geri dönüş ya da "diriliş"in Hz. İsa'nın ölüleri diriltme mucizesiyle güçlendirilmiş olması, öldükten sonra tekrar dünyaya dönüşün önemli bir dinsel kaynağı olarak yorumlanabilir.

Ölülerin dirileceği, İncil'de mezarda olanların saati gelince mezarlarından çıkacakları, iyilik yapanların yaşamak, kötülük yapanların ise yargılanmak üzere dirilecekleri bildirilmektedir. (69) Bu çerçevede, Elçilerin İşleri bölümünde hem doğru kişilerin hem doğru olmayanların ölümden sonra dirileceğine dair Tanrı'ya umut bağlandığı vurgulanmaktadır. (70)

Dinlerin ölüm hususundaki yaklaşımlarını ortaya koyarken bütün dinleri ele almak mümkün değildir. Bu nedenle semavi dinlerin yanı sıra Budizm, Taoizm ve Hinduizm dinlerinin ölüme olan yaklaşımlarına kısaca değinmek yerinde olacaktır. Hinduizm'de de Budizm'de de bu dünyadaki yaşam bir tür "ruhlar okulu" olarak kabul edilir. Bu inançlara göre, derslerimizi öğrenene dek tekrar tekrar geri gönderilir, sonra ilerleriz. Ne var ki Budha'nın yeniden doğuşa inanmadığı yolunda yaygın bir yanlış inanç vardır. (71) Diğer Hint dinlerinde olduğu gibi Budizm de "karma" ve "tenasüh" (72) inançları benimsenmiştir. Ayrıca Nirvana'ya ulaşmış bir kimsenin ölüm sonrası durumu ile alakalı açık ve kesin bir bilgi yoktur. Kötü amel işleyenler cehennemde, iyilerse gökteki cennette ikamet ederler. Ancak bu da devamlı değildir. Gerçek saadet, tenasühle hayata gelerek ve Nirvana'ya ulaşarak gerçekleşir. (72)

Tao'nun yaratıcı ve yaşatıcı prensip olduğu inancı üzerine temellenmiş ve ahlaki alanda Konfüçyüsçülük'ten, dini uygulamalarda Budizm'den etkilenmiş Taoizm'de ise ölüme ilişkin hususa ruhun ölümsüzlüğü ve dünyada iyi bir hayat yaşayanların Tao ile birlikte olacağı inancı noktasında değinilmiştir. (73)

Bu yeniden doğuş düşüncesi Hint felsefesine de temel teşkil eder ve Hinduizm'de ölüm, hayatın devam eden olayları arasında bir ara olarak gelir ve ruhun ikamet ettiği formu değiştirir. Hindular bireyin geçmiş yaşamında oluşturduğu karmaya dayanarak, ölüm sonrasının cennet ya da cehennemde bir zaman geçişi olduğuna inanırlar. (74)

Sonuç

İnsanoğlunun kaderinin değiştirilemez bir unsuru olarak ölüm her dinin ve inancın kendi kökleri üzerine inşa edilmiş bir izahı da beraberinde getirmiştir. Bu izah ve açıklamalar her ne kadar farklılık arz etse de insanoğlu müşterek bir biçimde ölüm düşüncesi mücadelesinde insanı aşan bir kaderin varlığını idrak etmek ve buna teslimiyet göstermek zorunda kalmıştır. Dünyanın giderek tek-biçimli hale geldiği hatırlanırsa; küreselleşmeye en çok dini geleneklerin direndiğini (75), ölüme ilişkin izahların da dini gelenekler içinde ancak bu çerçevede nefes alıp verdiklerini, son zamanlarda dinin kültür alanında daha belirgin biçimde kendisini göstermeye başladığını söylemek yerinde olacaktır. Hemen hemen her kültürde ölümle ilgili uygulamaların din olgusuyla iç içe geçmesi dikkat çeken hususlardandır. Ölümle ilgili her süreçte yerine göre dinsel metinlerin, dini ritüellerin ve mekanlarla beraber din görevlilerinin yoğun bir şekilde bulunduğu açıktır. Bilhassa ölüm sonrası dinsel uygulamaların titizlikle yapıldığı, müntesiplerin ölüme dair zor zamanları ve bilhassa yas sürecini dinsel inançlarla, diğer bir ifadeyle dini başa çıkma yöntemiyle atlatmaya çalıştıklarını ifade etmek gerekir. Dolayısıyla sağlıklı bir din anlayışının ölüme ilişkin süreçlerle alakalı en önemli desteklerden hatta şifa kaynaklarından olduğunu hatırlatmak elzemdir. (76)

Dinlerin bir yandan ölüme bir yandan ölüm sonrasına ilişkin açıklamaları ve sembolleri vasıtasıyla değiştirilmesi mümkün olmayan bu hakikate beslenen kaygı ve korkuları azaltma vazifesi üstlendikleri söylenebilir. Bir başka açıdan bakıldığında, hüküm gününden, cennet ve cehennemden bahsederek, takipçilerinin kaygılarının artmasına da sebep olabildikleri ileri sürülebilir. Bunun yanı sıra dinlerin ölüme yaklaşımları, bağlılarının hayatın içinde ölümü

daha çok hissetmelerine neden olacak uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Kuşkusuz bunda ölüm korkusunun varlığı ve bu korkunun ortadan kaldırılması önemli bir etken olmuştur. Hemen her dini gelenek içerisinde ölümü düşünme meditasyonları, ölüm rabıtaları türünden ölümü hatırlatıcı uygulamalar yer almaktadır. Kişilerin ibadetlerini yerine getiriyor olmaları da aslında bir yandan ölüm kaygısını azaltan bir yandan da cennet-cehennem gibi unsurlarla kaygı veren bir yön de taşıyan dinin barındırdığı tezadı ortadan kaldırmaktadır. Dinin mensubu günlük ritüellerini ifa ettikçe kaygısının oranı azalmaktadır. Dinin ümitsizlik, kaygı ve korku içindeki müntesiplerinin ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir katkısı olduğu, sosyal bilimciler tarafından, hatta din hakkında olumsuz görüşlere sahip Freud tarafından dahi kabul edilmiştir. (77)

Sonuç olarak İslam ve diğer dinlerde ölüme ilişkin hususlar özetlenecek olursa Müslümanlara göre her canlı ölümü tadacaktır ve ebediyet alemine intikal edecektir. İrtihal ise insan hayatının kati bir sonu değil, aksine yolculuğun başlangıcı, dirilişe ve dünyadaki amellerinin karşılığını göreceği aleme ilk adımdır. Yahudilere göre ise ölüm, ölüm sonrası gibi hususlara ilişkin düşüncelerin zaman içerisinde gelişim ve değişim gösterdiği görülmektedir. Dolayısıyla ölüm konusunda tüm Yahudilerin ittifak ettikleri kesin bir anlayışın bulunmadığı ifade edilebilir. Hristiyanlıkta ise ölümü ve sebebini ele alış ilk günah üzerine inşa edilmiştir. İsa'nın ölümü ve yeniden diriliş vaadi de Hıristiyanlar için ölüm düşüncesinde bir model olmuştur. Ölüm bir son olarak değil, yeni bir hayata geçiş olarak görülmektedir. Tanrı'nın kulu olmayı başaranlar, bunun karşılığında kutsallaşma ve sonsuz yaşamı kazanacaklardır.

Kaynaklar

1) Meydan Larousse, Meydan Yayınevi, C. IX, İstanbul, 1972, s. 747.

2) Tuncer Gülensoy, Türkiye Türkçesindeki Türkçe Sözcüklerin Köken Bilgisi Sözlüğü, TDK, 2007, Ankara, s. 658-659.

3) Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, C. II, Ankara, 1988,s. 1134.

4) Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, C. II, Ankara, 1988,s. 1135.

5) İbn Manzur, Lisanü'l-Arab, C. VIII, s. 217; Serdar Mutçalı, Arapça Türkçe Sözlük, Dağarcık Yayınları, İstanbul, 1995, s. 999.

6) Ahmed Rıza, Mucemü Metni'l-Lügatiyye, Dârü Mektebeti'l-Hayat, Beyrut, 1960, s. 363.

7) Elias A. Elias, al-Qamus al-Asriy (Modern Dictionary), Elias' Modern Press, Cairo, Egypt, 1954, s. 676.

8) Elias A. Elias, al-Qamus al-Asriy (Modern Dictionary), Elias' Modern Press, Cairo, Egypt, 1954, s. s. 218.

9) Salime Leyla Gürkan, "Ölüm", TDV İslâm Ansiklopedisi, İSAM Yayınları, C. XXXIV, 2007, s. 32.

10) Bekir Topaloğlu, İlyas Çelebi, Kelâm Terimleri Sözlüğü, İSAM Yayınları, İstanbul, 2010, s. 253.

11) Sami Ahmed el-Musûlî, Mefhûmu'l-Mevt Fi'l-

İslam, Da'rü'n-nefâis, Beyrut, 2004, s. 7-8.

12) Bekir Topaloğlu, "İslamda Ölüm", TDV İslâm Ansiklopedisi, C. XXXIV, 2007, İstanbul, s. 34.

13) Sina Kabaağaç, Latince-Türkçe Sözlük, Sosyal Yayınları, İstanbul, 1995, s. 220, 374, 375, 395.

14) Sina Kabaağaç, Latince-Türkçe Sözlük, Sosyal Yayınları, İstanbul, 1995, s. 220.

15) Sina Kabaağaç, Latince-Türkçe Sözlük, Sosyal Yayınları, İstanbul, 1995, s. 374-375.

16) Meral Çileli, "Ölüm", Gelişim Psikolojisi, Ed. Bekir Onur, İmge Kitabevi, Ankara, 2000, s. 401-402.

17) Dini Kavramlar Sözlüğü, DİB Yayınları, Ankara, 2006, s. 440.

18) Osman Cilacı, Dinler ve İnançlar Terminolojisi, Damla Yayınevi, 2001, İstanbul, s. 279.

19) Faruk Karaca, Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul, 2000, s. 86.

20) Faruk Karaca, Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul, 2000, s. 88-89.

21) Faruk Karaca, Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul, 2000, s. 90.

22) Süleyman Toprak, Ölümden Sonraki Hayat, Nur Basımevi, Konya, 1986, s. 129.

23) Elisabeth Kübler-Ross, Ölüm Yeni Bir Doğuştur, Çev. Alin Aslan, Ruh ve Madde Yayınları, İstanbul, 1994, s. 12- 15.

24) Bekir Topaloğlu, İlyas Çelebi, Kelam Terimleri Sözlüğü, İSAM Yay., İstanbul 2010, s. 253.

25) İbn Manzur, Lisanü'l-Arab, C. XIII, Dârü's-Sadr, Beyrut, 711/131,1s. 217.

26) John Bowker, "İslam'da Ölüm Anlayışı", Çev. Adnan Bülent Baloğlu, Murat Yıldız, DEÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı IX, İzmir, 1995, s. 368.

27) Enbiya: 21/34.

28) Nisa: 4/15.

29) Nisa: 4/18.

30) Nisa: 4/100.

31) Nisa: 4/ 78.

32) Zümer: 39/30.

33) Secde. 32/11, Enbiya: 21/35.

34) En'am: 6/93.

35) En'am: 6/162.

36) İbrahim: 14/ 17.

37) Saffat: 37/59; Duhan: 44/35,56.

38) İsmail Yakıt, "Mevlana ve Ölüm Felsefesi", Selçuk Üniversitesi Yayınları, Konya, 1989, s. 80.

39) Ya'kub b. İshak el-Kindî, Üzüntüden Kurtulma Yolları, Çev. Mustafa Çağrıcı, TDV Yayınları, Ankara, 2012, s. 95.

40) Farabi, Füsus fil Hikme, s. 161 (Aktaran: Hamdi Kalyoncu, Ölümsüzlük İhtiyacı, Boğaziçi Yayınları, İstanbul, 2011, s. 20.)

41) Osman Kaya, Ölüm Kitabı, Ark Kitapları, İstanbul, 2002, s. 90-91.

42) İbn Miskeveyh, Ahlakı Olgunlaştırma, Çev. A. Şener, C. Tunç, İ. Kayaoğlu, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yay, 1983, Ankara, s. 186-187.

43) İbn Sina, Ölüm Korkusundan Kurtuluş Risalesi, Çev. M. Hazmi Tura, [y.y.], [t.y.], Orhan Mete ve Ortağı Kollektif Şirketi Matbaası, İstanbul, 1959, s. 15-16.

44) İbn Sina, Ölüm Korkusundan Kurtuluş Risalesi, Çev. M. Hazmi Tura, [y.y.], [t.y.], Orhan Mete ve Ortağı Kollektif Şirketi Matbaası, İstanbul, 1959, s. 21-22.

45) Gazali, El-Munkızu Min-ed-Dalâl, el-Mektebetü's-Sekâfiye, Beyrut, [t.y.], s. 10.

46) Gazali, İhyâu 'Ulûmi'd-Din, Çev. Ahmed Serdaroğlu, C. IV, Bedir Yayınevi, İstanbul, 1975, s. 825; Gazali, Ahiret Hayatı, Çev. Hüseyin Okur, Semerkand Yayınları, İstanbul, 2008, s. 59.

47) Bakara: 2/156.

48) Faruk Karaca, Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul, 2000, s. 68.

49) İsa Çelik, "Türk Tasavvuf Düşüncesinde Ölüm", AÜ Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, Sayı 40, Erzurum, 2009, s. 121.

50) Hüseyin Özhazar, Ahiret Bilinci, s. 95 ve Carol Neiman, Emily Goldman, Ölümden Sonra Yaşam, Doğan Kitap, İstanbul, 1999, s. 189.

51) Kaufmann-Eisenberg, Yahudi Kaynaklarına Göre Ölüm, s. 89 (Aktaran: Hamdi Kalyoncu, Ölümsüzlük İhtiyacı, Boğaziçi Yayınları, İstanbul, 2011, s. 17.)

52) Carol Neiman, Emily Goldman, Ölümden Sonra Yaşam, Doğan Kitap Yayınları, İstanbul, 1999, s. 12.

53) Mehmet Paçacı, Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı, Nun Yayınları. İstanbul, 1994, s. 147.

54) Mehmet Paçacı, Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı, Nun Yayınları. İstanbul, 1994,s. 149.

55) Muhsin Akbaş, "Yahudi ve Hristiyan Düşüncesinde Ölüm Sonrası Hayat ve Diriliş İnancının Dini ve Teolojik Temelleri", D.E.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı XV, İzmir, 2002, s. 38-39.

56) Mehmet Paçacı, Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı, s. 187-188.

57) Mehmet Paçacı, Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı, s. 167-168.

58) Muhsin Akbaş, "Yahudi ve Hristiyan Düşüncesinde Ölüm Sonrası Hayat ve Diriliş İnancının Dini ve Teolojik Temelleri", D.E.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, s. 46-47.

59) Güç, "Ruh", TDV İslâm Ansiklopedisi, s. 198.

60) Mehmet Paçacı, Kur'an'da ve Kitab-ı Mukaddes'te Ahiret İnancı, Nun Yayınları. İstanbul, 1994, s. 267.

61) James Scully, A Christian View of Death, s. 19-20 (Aktaran: Karaca, Ölüm Psikolojisi, s. 57.)

62) J. Glenn Gray, "Yakın Dönem Batı Felsefesinde Ölüm Fikri", Arthur Schopenhauer, Ölümün Anlamı, Çev. Ahmet Aydoğan, Say Yayınları, İstanbul, 2012, s. 12.

63) Senail Özkan, Ölüm Felsefesi, Ötüken Yayınları, İstanbul, 2013, s. 242.

64) Carol Neiman, Emily Goldman, Ölümden Sonra Yaşam, Doğan Kitap Yayınları, İstanbul, 1999, s. 184.

65) Dion Fortune, Ölüm Kapısından Geçiş, Çev. Demir Özdeş, İnkılap Yayınları, İstanbul, 1998, s. 71.

66) Léon Denis, Ebedi Olan Ruhtur, Ruh ve Madde Yayınları, 1994, İstanbul, s. 141.

67) Romalılar 6: 22-23.

68) Filipliler 1: 20-21.

69) Yuhanna 5: 28-29.

70) Elçilerin İşleri 24: 15.

71) Carol Neiman, Emily Goldman, Ölümden Sonra Yaşam, Doğan Kitap Yayınları, İstanbul, 1999, s. 81

72) Günay Tümer, "Budizm", TDV İslâm Ansiklopedisi, Cilt 6, 1992, s. 356.

73) Abdurrahman Küçük, "İbadet (İslam öncesi dinlerde ibadet)", TDV İslâm Ansiklopedisi, 1999, C. 19, s. 238.

74) David San Flippo, Religious Interpretations of Death, Afterlife & NDEs, Afterlife & NDEs, Kimball Publishing, USA, 2006, s. 9-10.

75) Erol Göka, Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi, İstanbul, Timaş Yayınları, 2009, s.197.

76) Erol Göka, Ölme: Ölümün ve Geride Kalanların Psikolojisi, İstanbul, Timaş Yayınları, 2009, s. 205, 293.

77) Murat Yıldız, Ölüm Kaygısı ve Dindarlık, İzmir, İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları, 2006, s. 47.

Yahudilikte beyin ölümü

Rav İsak Alaluf

1964 yılında İzmir'de doğdu. Ege Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümünden mezun oldu (1985). İsrail'de Har Tsiyon College'den 1989 yılında "İbranice ve Musevi Dini" konusunda öğretmenlik, Kudüs'te yer alan Midrash Sephardi Abe ve Geri Cohen Rabbinical College'den 1997 yılında "Rav" unvanını aldı. 2003 yılına kadar İzmir'de hem Musevi okulunda öğretmen hem de Musevi cemaatinin çeşitli birimlerinde dini yetkili olarak çalıştı. 2000 yılında Türkiye Hahambaşılığı Ruhani Kurul Üyeliğine getirilen Alaluf, halen aynı görevi sürdürmekte, aynı zamanda İstanbul'da özel bir Musevi okulunda İbranice ve Din Kültürü dersi öğretmenliği yapmaktadır.

Yahudilikte hayatın sonu ile ilgili konuya ilginç bir bakış açısı getirmek amacıyla son zamanlarda oldukça tartışmaya açık bir konu olan "beyin ölümü" dediğimiz kavramın Yahudilik açısından ne olduğuna bakacağız. Sorularımıza yanıt aramadan önce çağımızın en büyük dini otoritelerinden biri olarak kabul edilen Rav Moşe Feinstein'in (1) bu kavrama nasıl baktığına bir göz atalım. Rabi 1976 yılında bir eyalet meclis üyesine gönderdiği responsada (2) bu konuya karşı çıkar bir görünümdedir: *"Ölümün tek kriteri, kendiliğinden nefes alıp vermenin tamamıyla durmasıdır. Klinik ölüm tablosu gösteren bir hastada, yani hareket veya uyarıya cevap olmaması şeklindeki yaşam işaretlerinin bulunmaması, bağımsız solunumun durmuş olması, ölümün gerçekleştiğinin kesin bir kanıtıdır. Kendiliğinden nefes alıp vermenin durması, yeniden canlandırmanın mümkün olamayacağı (yaklaşık 15 dk.) bir süre boyunca sürmelidir… Eğer bu şekilde "klinik olarak ölü" bir hasta solunum cihazına bağlanmışsa, solunum cihazını durdurmak yasaktır. Ancak solunum cihazının bakıma alınması gerektiğinde, hasta, ne kadar zayıf olursa olsun, bağımsız solunum işareti olup olmadığının saptanması için dikkatle izlenmelidir. Eğer soluma hareketi gerçekleşmezse, hasta kesinlikle ölmüştür. Gerçekleşirse, solunum cihazı derhal çalıştırılmalıdır."*

Beyin Ölümü Nedir ve Nasıl Tespit Edilir?

Eskiden kullanılan dönüşü olmayan dolaşım-solunum durması tanımının alternatifi olarak tam "beyin ölümü" kavramı ilk olarak 1968 yılında Harvard Tıp Fakültesinin özel bir komitesi tarafından yazılan bir raporda belirtilmiştir. Ancak "ölüm"ün şimdiki tanımı, bileşik bir tanımdır; ölümün gerçekleştiği, şu durumlarda kabul edilir: "Dolaşım ve solunum fonksiyonlarının dönüşü olmayan şekilde durması (eski tanım) ya da beyin kökü dahil bütün beynin tüm fonksiyonlarının dönüşü olmayan şekilde durması." Bu tanımla beyin ölümü gerçekleşen bir hastanın kendi kendine nefes alamayan ama kalbi yapay solunum cihazı vasıtasıyla oksijen verildiğinden atmaya devam eden, cihaza bağımlı hastanın ölü ilan edilmesine olanak tanınmaktadır.

Hemen açığa kavuşturulması gereken iki husus vardır. Birincisi, sıradan, çok sayıda insanın yanlış algıladığı gibi, "beyin ölümü" sadece komada olmak veya uyarıya tepkisiz kalmakla eşanlamlı değildir. Eğrileri düz bir EEG (beyin elektrosu) bile beyin kökünün hasara uğradığını göstermez. İnsan beyni üç temel anatomik bölgeden oluşur: Serebrum, serebellum ve beyin kökü. Beynin orta kısmı, pons ve omuriliğini oluşturmak üzere aşağı doğru uzanan medulla'dan meydana gelir. Hasta derin komada olabilir, dış uyarıların çoğuna cevap veremeyebilir ama gayet canlı da olabilir. Bu tür hastalar en kötü ihtimalle çalışmayan bir serebruma sahiptir ancak beyin kökleri sağlıklı olduğundan, kendiliklerinden nefes alabilirler, kalpleri de atmayı sürdürür.

Akılda tutulması gereken ikinci bir husus, solunum, dolaşım ve beyin arasındaki ilişkidir. Herhangi bir organ ya da hücre gibi, yaşayabilmek için kalbin oksijene ihtiyacı vardır; oksijen olmazsa durur. Solunuma gelince, çekirdeği beyin kökünün medullasında yer alan vagus siniri tarafından kontrol edilir. Siniri çalıştıran başlıca uyarıcı, kandaki karbondioksit fazlasıdır. Bu sinir uyarıldığında, diyafram ve göğüs kaslarının genişlemesine ve akciğerlerin hava ile dolmasına neden olur. Dolayısıyla kendiliğinden solunum faaliyeti, beyin kökünün çalışmadığı ya da hasarlı olduğu durumda gerçekleşemez. "Beyin kökü ölümü" diye adlandırılan olayın parametrelerini tanımlayan, kendiliğinden solunumun durması ile kalbin durması arasındaki bu kritik süredir.

Beyin ölümünün alahik (3) olarak klinik teşhisinde tipik olarak şunlar söz konusu olacaktır:

1. Hastanın derin komada olduğu ve dış uyarılara tamamıyla tepkisiz kaldığının saptanması
2. Yutkunma, öğürme, öksürme, iç çekme, hıçkırma gibi ve kulakla ilgili, işaret niteliğindeki beyin kökü reflekslerinin bulunmaması
3. Bir apne testinin, kendiliğinden solunum olmadığını belirlemesi
4. Beyin kökünün çeşitli dış uyarılara yanıtını ölçen testlerin yapılması

Bu testler, geriye dönüşün olmadığının belirlenmesi için, takip eden 6 ila 24 saat arasında tekrarlanmalıdır. Bu arada yaşam desteği sağlanır; hastanın öldüğü ilan edilmeden önce, beyin fonksiyonundaki spesifik bozukluğun nedeni tanımlanmalıdır.

Beyin Ölümü Alahik Açıdan Kabul Edilebilir mi?

"Beyin ölümü" konusu ile ilgili çeşitli alahik kaynaklar vardır; bunların en önemlisi Talmud (5) Yoma 85a'da (6), Oholot 1:6'daki (7) Mişna'dır: (8) Teşuvot Hatam Sofer (9) ve Teşuvot Haham Tzvi'deki (10) bölümler ve R. Moşe Feinstein'in Iggrot Moşe eserindeki çeşitli sözleri. Bu yazı, bu kaynakların ayrıntılı şekilde inceleneceği yer değildir; tek yapacağımız, bunlardan bazılarının muğlak olduğunu ve birtakım yorumlamalara tabi olduklarını belirtmektir. Kısaca Oholot'taki Mişna, ikili durumlar ortaya koymaktadır: Birincisi, bir hayvanın başının kesilmesi, ölümünün kararlaştırıcı bir göstergesidir. İkincisi, başın kesilmesini takip eden birtakım hareketler, ölüm bulgusu ile tutarsız değildir, bu hareketler doğada spastik olarak tanımlanır (pirchus be'alma): "Bir kertenkelenin kesilen kuyruğunun" oynaması gibi. Talmud, Yoma 85a'da, bir binanın altında mahsur kalan kişinin durumunu ele alırken nefes almadığının belirlenmesi halinde, kalbinin atıp almadığını görmek için yıkıntıları kaldırmaya gerek olmadığı hükmüne varır. "Beyin ölümü"nü savunan kişiler, beyin kökünün çalışmamasının başın kesilmesi (fizyolojik olarak) ile eşdeğer olduğunu, beyin kökünün çalışmamasının, kendiliğinden nefes alamama anlamına geldiğini (Yoma'daki kriteri karşılıyor) ve takip eden "hareketlerin", Lazarus Refleksi veya kalp atışı olsun, pirchus kategorisine girdiğini çünkü bu tür hareketlerin "merkezi bir kök ve kaynak" (yani beyin) tarafından koordine edilmediğini ileri sürer.

Karşı argümanlara gelince: Birincisi, fizyolojik çalışma bozukluğu, anatomik baş kesilmesinin karşılığı değildir. Başın kesilmesi ile benzer addedilebilecek tek olgu, beynin tam sıvılaşmasıdır (lysis) ki bu da kalp durduktan çok sonra meydana gelir. İkincisi, Yoma'da Raşi'ye (11) göre, solunumun durmasıdır. Ancak kişi "uzuvlarını hareket ettirmeyen ölü ile karşılaştırılabildiği" zaman ölümün kararlaştırıcı bir göstergesidir. Bazı ölüm sonrası hareket şekilleri sadece spastik olarak tanımlanabilse de "hareket" olarak kabul edilemezler. Kalbin koordine ritmik atışı ve dolaşım sisteminin çalışması pirchus olarak tanımlanamaz çünkü kalbin atışı yaşamı devam ettirir ve işlevini normal şekilde sürdüren bir kişininkinin aynıdır.

Hükmü en azından ABD'de kararlaştırıcı olabilecek R. Moşe Feinstein'in durumu, ne yazık ki tartışma konusudur. Damadı Rabi Dr. Moşe Tendler (RIETS'de Roş Yeşiva ve Biyoloji Profesörü) (12) Mişna Oholot'taki başın kesilmesi kavramını şiddetle savunmuştur. Konumu, nüklid taramayı (scanning) ölümün geçerli bir kararlaştırıcısı olarak doğrular görünen Iggrot Moşe, Yoreh Deah III no.132'de güçlü bir destek bulur. Vardıkları sonuç şudur: R. Moşe, nüklid taramayı sadece ölümü tespit edecek bir kriter olarak doğrulamış, ancak bunun tek başına yeterli olduğunda ısrar etmemiştir.

Çağdaş Görüşlere Bir Bakış

İsrail Hahambaşılık Konseyi, Heşvan 5747 tarihli bir kararnamesinde, kalp nakilleri gerçekleştirmesi için Hadassah Hastanesine yetki veren bir "beyin ölümü" kriterini onaylamıştır. Ancak Rabi Tendler'in ileri sürdüğünden farklı bir teoriye dayanarak… Bağımsız solunumun durmasının ölümün tek kriteri (Yoma 85'e dayanarak ama anlaşılmaz bir şekilde Chatam Sofer, Y.D. no.338'i de zikrederek) olduğunu varsayan Hahambaşılık, beyin ölümünün solunumun geri dönüşü olmayan şekilde teyidi olduğu hükmünü vermiştir. Yeşiva Üniversitesinden bu konuda birçok makale yazmış olan Rabi J. David Bleich (13), başın kesilmesine ancak beynin sıvılaşmasının (lysis) eşdeğer olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Yoma'da Raşi'ye, Hatam Sofer ve Haham Tzvi'ye dayanarak, tam lysis'in bile kalp faaliyeti karşısında yetersiz kalacağını savunmuş ancak kalp tam lysis'ten önce kesinlikle duracağı için meseleyi sadece teorik olduğu gerekçesiyle kapatmıştır. Sonuç olarak Yahudi otoriteler arasında görüş ayrılıkları vardır. Bu görüş ayrılıklarını gidermenin yolu o bölgenin veya ülkenin en yetkili dini otoritesi ile görüşerek Yahudi hukuku açısından şüpheye yer vermeyecek bir adım atabilmektir.

Kaynaklar

1) Rav Moshe Feinstein (1895 Belarus - 1986 A.B.D.)

2) Responsa: Büyük Bilgelerin Kendilerine Sorulan Sorulara Verdikleri Fetva Niteliğinde Yazılı Yanıt.

3) Alaha: Yahudi Hukuku Kurallarının Tümü.

4) Babil'de Sözlü Öğretilerin Derlendiği Büyük Eser.

5) Yoma: Talmud'un Bir Faslı. Oruç Günü Olan Kipur ile İlgili Kuralları Derler.

6) Oholot: Mişna Dediğimiz Sözlü Öğretilerin Bir Faslı.

7) Mişna: Sözlü Öğretilerin Toplandığı Eser.

8) Teşuvot Hatam Sofer: Rav Moshe Sofer (1762 Frankfurt – 1839 Slovakya) Tarafından Fetvalarının Derlendiği Kaynak.

9) Teşuvot Haham Tsvi: Rav Tsvi Hirsch ben Yaakov Ashkenazi (Ö: 1656 Çekya) Tarafından Fetvalarının Derlendiği Eser.

10) Raşi: Rabi Şlomo Yitshaki. (1040 Troyes Fransa – 1105 Troyes Fransa)

11) Rabi Moshe David Tendler: (1926 New York. Biyoloji ve Tıp Etiği)

12) Rabi David Bleich: (1936 New York. Tıp Etiği)

Tıbbın tarihinde ölümsüzlük arayışı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Gültekin

Kastamonu'da doğdu. 2003-2010 yılları arasında Medical University of Vienna'da tıp eğitimi aldı. 2011-2014 yılları arasında Eyüp Devlet Hastanesinde devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladı. Devlet hizmet yükümlülüğünü tamamlarken 2012 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı. Aynı kürsüde 2014-2017 yılları arasında araştırma görevlisi olarak görev yaptı. 2016 yılında doktorasını tamamladı. 2017 yılından bu yana Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Tarihte bilinen ilk yazılı destan, bir ölümsüzlük arayışına dairdir. Bu destan Sümerler tarafından yazılmış olan Gılgamış Destanı'dır. Gılgamış, arkadaşı Enkidu'nun ölümü sonrasında ölüm korkusu yaşayan ve bu nedenle ölümsüzlük sırrını aramaya karar veren bir kahramandır. Bunun için Tufan'dan sağ kurtulmuş olan ve tanrılar tarafından kendisine ebedilik verildiğine inanılan Utnapiştim'i bulmaya karar vermiştir. Utnapiştim, etrafı ölüm suları ile çevrili bir adada yaşamaktadır. Tüm zorluklara rağmen ölümsüzlüğün peşindeki Gılgamış ona ulaşmayı başarır. Utnapiştim, Gılgamış'ı bir dizi sınava tabi tutar ama Gılgamış bu sınavlarda başarılı olamaz. Ancak yine de Utnapiştim eşinin isteği üzerine, Gılgamış'a denizin dibinde bulunan gençlik verici bir otun sırrını açıklar. Bunun üzerine Gılgamış denizin dibine dalar ve otu bularak ondan bir filiz koparır. Otu alan Gılgamış, Uruk'a giderken bir pınarın başında su içmek için durur. Bu sırada otu bir yılana kaptırır. Yılan otu yer yemez deri değiştirerek gençleşir. Gılgamış ise ölümsüzlük şansını yitirerek Uruk'a eli boş döner. (1, 2)

Ölümsüzlük bilgisinin yitirilmesine dair bir başka mitolojik hikâye, Yunan kültürüne aittir. Mitolojiye göre Asklepeios, tanrı Apollon ve ölümlü Koronis'in oğludur. Usta bir hekim olarak yetişmiş, hekimliğin ve cerrahlığın bütün bilgilerini edinmiştir. Öyle ki ölüleri diriltmeyi bile başarmıştır. Ancak ölümün ortadan kaldırılması tanrıların kralı Zeus'un hiç hoşuna gitmez. Zeus, doğal düzeni bozan ve kendi gücünü aşan Asklepios'u yıldırımlarıyla öldürerek ölümsüzlük bilgisini yok etmiştir. (3)

Anadolu kültüründe ise ölümsüzlük arayışı Lokman Hekim anlatılarında vücut bulmuştur. Yılanların şahı olan şahmeran sayesinde bitkilerin dilinden anlayan Lokman Hekim, onlardan ölümsüzlüğün ilacını öğrenir. Allah dünyanın dengesi bozulmasın diye Azrail'e o ilacı yok etmesini emreder. Azrail de bu emir üzerine Lokman'ın elindeki ölümsüzlük iksiri şişesine kanat darbesi vurur ve şişe kırılarak içindeki su dökülür. (3)

Ölümsüzlük arayışını konu edinen daha birçok anlatıda ortak figür olarak yılan dikkatleri çekmektedir. Gılgamış Destanı'nın yazıldığı Mezopotamya topraklarında yapılan bir kazıda bulunan, iyileşme Tanrısı Ningishzida'ya sunulmuş tören şişesi üzerinde ağaca sarılmış iki yılan figürünün yer alması, yılanın Sümerler döneminden bu yana sağlıkla ve ölümsüzlük fikri ile ilişkilendirildiğinin göstergesidir. Diğer taraftan Mezopotamya'dan uzak bir coğrafyada, antik Yunan kültüründe, sağlık tanrısı Asklepeios'un yılan ile sembolize edildiği görülmektedir. Eski Yunan coğrafyasında onun adına kurulan ve Asklepeion adı verilen mabetlerde yılan sembolüne sıklıkla rastlanmaktadır. Bergama Asklepionundaki ünlü yılanlı sütun bunun en güzel örneğidir. Ölümsüzlük sırrına ulaşan Lokman Hekim anlatılarına köken olan Türk-İslam coğrafyasında da bimarhaneler (kelime anlamı yılanlı evdir) ve darüşşifalarda yılan figürleri mimari birer süsleme unsuru olarak sıklıkla kullanılmıştır. Çankırı Cemaleddin Ferruh Darülafiyesi'ndeki kadehe dolanmış yılan ve birbirine sarılmış yılan figürleri, Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası'ndaki çift yılan sembolü, günümüze ulaşamayan Konya Darüşşifası'na ait Konya İnce Minareli Medrese Müzesi'nde sergilenen çift yılan sembolü, Harran arkeolojik kazılarında bulunan ve Harran Darüşşifası'ndan kaldığı sanılan ilaç kavanozundaki yılan figürleri bunlara örnek teşkil etmektedir.

Bilindiği gibi Türk-İslam toplumlarında, hastaların tedavi edildiği kurumlara külliyeler içinde yer verilmiş, ilke olarak bulaşıcı hastalığı olmayan hastaların toplumdan uzaklaştırılmaması yaklaşımı benimsenmiştir. Bu durumun tercih edilme sebeplerinden biri, hastaların iyileşip topluma her an geri dönebilecekleri mesajını onlara iletmek ve durumlarından ümit kesmemelerini sağlamaktır. Benzer şekilde, darüşşifa yapılarında sağlık ve kimi zaman ölümsüzlük sembolü olan yılan figürüne yer verilmesinin, hastalara "Buradan iyileşerek ayrılacaksınız" mesajı ile tedavi süreçlerine manevi katkı sağlamak amacı taşıdığını düşünmek mümkündür.

1967 yılında psikoloji profesörü James Bedford kanserden öldüğünde bedeninin dondurularak gelecekte bir gün çözülmek üzere bekletilmesini istemiştir. Bunun üzerine ölümünden sonra bedeni sıvı azot kullanarak dondurulmuş ve metal bir tanka konulmuştur. Ölü bir bedeni tekrar hayata döndürmenin bir yolu bugün hala bulunamamış olduğundan Bedford'un vücudu hala konulduğu tankın içindedir.

Elbette insanoğlu tarih boyunca ölüme karşı koymanın mümkün olmadığını tecrübe etmiştir. Bu durumu kabullendiğinde ise kendisini ölümün bilinmezliği karşısında, öldükten sonra başka bir hayatta yaşamını sürdüreceği inancıyla teskin etmiştir. Mısır'da firavunların mumyalanması, bir zamanlar bu dünyada yaşamış herkesin mezarın ötesinde hayatını yenilediği, halen yaşadığı ve zaman sürdüğü sürece de yaşayacağı inancıyla uygulanmıştır. Eski Türk toplumlarında da öldükten sonra benzer bir hayat sürdürebilmesi için ölen kişiler korunacağı kurgana eşyalarıyla birlikte konulmuştur. Ölüler, giydirilip kuşandırılmış, öteki hayatında kendisine gerekecek olan eşyalarıyla, atıyla birlikte gömülmüştür. İnsanların ölümden sonra varlığını ebedi sürdürebilmesi için vücutlarının muhafaza edilmesi gerektiğine inandıklarından, mumyalama Türkler arasında da oldukça yaygın uygulanmıştır.

Ölüm, hayattan göçüp gidenlerle hayatta kalanları birbirinden ayıran son derece hüzünlü bir olay olduğundan Osmanlı Türkleri'nde ölünün ardından matem kıyafeti giyilmiştir. Matem kıyafeti genellikle siyah veya mor renkte olup, matem kıyafetinin erken çıkarılmasına, özellikle sarayda hiç hoş bakılmamıştır. Diğer taraftan, ölümün yaşatacağı ayrılık acısının bir nebze olsun azaltılabilmesi için Türk-İslam geleneğinde ölüm ve yaşam iç içe kurgulanmıştır. Mahallelerin merkezindeki camilerin ya da külliyelerin avlularında yer alan kabirler, bir yandan hayatta kalanlarla göçüp gidenlerin birbirlerine yakın olmaya devam etmelerini sağlarken diğer yandan hayatın geçiciliğinin ve ölümün hatırlatıcıları olarak insanların hayatlarına çeki düzen vermeleri için bir aracı olmuşlardır. Üstelik günümüzde olduğu gibi şehirlerin dışında konumlandırılmayan kabristanlar, insanlara ölüm sonrasında da geride bıraktıkları tarafından unutulmayacaklarını hissettirdiğinden, ölüm korkusunun da bir miktar önünde geçmişlerdir.

Görüldüğü gibi ölümsüzlük arayışı insanlığın en eski dönemlerine kadar uzandığı gibi, ölüm gerçeği de tarih boyunca kültürü ve sağlık anlayışını şekillendirmiştir. Ancak insanoğlunun ölümsüzlük arayışı bugün de devam etmektedir. Örneğin 1967 yılında psikoloji profesörü James Bedford kanserden öldüğünde bedeninin dondurularak gelecekte bir gün çözülmek üzere bekletilmesini istemiştir. Bunun üzerine ölümünden sonra bedeni sıvı azot kullanarak dondurulmuş ve metal bir tanka konulmuştur. Ölü bir bedeni tekrar hayata döndürmenin bir yolu bugün hala bulunamamış olduğundan Bedford'un vücudu hala konulduğu tankın içindedir. (4)

Günümüz tıbbı ölü bir bedeni yeniden canlandırmayı başaramamış olsa da ömrü uzatıcı pek çok tıbbi uygulamayı hayata geçirmiş bulunmaktadır. Örneğin bundan sadece yüz elli yıl önce çocuk ölümleri oranları çok yüksek olmasına rağmen, bugün aşı uygulamaları ile bu oranlar son derece düşmüştür. Doğumların hastane ortamında, hijyenik koşullarda yapılması anne ölüm oranlarını azaltmıştır. Salgın ve bulaşıcı hastalıklardan ölümler, halk sağlığı tedbirleri ve serum, anibiyotik gibi tedaviler sayesinde son derece azalmış durumdadır. Tüm bunların yanında kronik hastalıkları tamamen iyileştiremese de ilaçlar yardımıyla uzunca seneler hayatta tutmayı başaran modern tıp, yaşam ve organ destek aygıtları sayesinde ileri evre hastalıklarda bile insanların yaşamını uzatmaktadır. Tüm bu gelişmeler sayesinde ortalama insan ömrünün dünyanın az gelişmiş ve dezavantajlı bölgeleri dışında oldukça uzamış olmasını, insanlık tarihi boyunca sürdürülmüş bir ölümsüzlük arayışının sonucu olarak değerlendirmek mümkündür.

Kaynaklar

1) Kılıç, Yusuf. (2017). Eski Çağ Toplumlarının Mitolojisinde Ölümsüzlük Arayışı. Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi, Cilt: 4, Sayı:12, syf. 122-156.

2) Efil, Şahin. (2016). Düşünce Tarihinde ve Modern Tıpta Ölümsüzlük Arayışı ve Eleştirisi. Beytulhikme An International Journal of Philosophy, Cilt: 6, Sayı: 1, syf. 265-286.

3) Gültekin, Elif. (2018). Türk Kültüründe Lokman Hekim. Türk Kültürü ve Hacı Bektaş-ı Veli Araştırma Dergisi, Sayı: 88, syf. 123-134.

4) https://www.gercekbilim.com/bitmek-bilmeyen-arayis-olumsuzluk-bolum-1/ . (Erişim Tarihi: 23.01.2020).

Yoğun bakım ve hayatın sonu

Prof. Dr. Hüseyin Öz

1953'te Bursa-İnegöl'de doğdu. 1978'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1982'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalında görev yaptı. 2012 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan Dr. Öz ayrıca 2003 yılından beri Adli Tıp Kurumunda görev yapmaktadır.

Dr. Burcu Tunay

1981 yılında İstanbul'da doğdu. 2005 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2006-2010 seneleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlığı eğitimi aldı. 2012 senesinde Yozgat Devlet Hastanesinde mecburi hizmetini tamamladı. 2013 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmaktadır.

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), yaşam fonksiyonları bozulmuş, tekli ya da çoklu organ yetersizlikleri olan kritik hastaların tanı, izlem ve tedavilerinin yapıldığı, konusunda özel eğitilmiş personelin çalıştığı, özel olarak yapılandırılmış, teknolojik olarak ileri donanımlı ünitelerdir. Son yıllarda tıpta ve teknolojideki baş döndürücü gelişmelerden ileri yaşam destek ve tedavileri, dolayısıyla yoğun bakım üniteleri de payını almıştır. Hastaların YBÜ'de yatış süreleri uzamış, ileri yaşam destek tedavileri sayesinde hastalara kazandırılan ömür artmış ya da ölüm geciktirilmektedir. Tıbbi olanakların artması yanında ileri düzey tanı ve tedavi yöntemleri, kanserli hastalara uygulanan tedaviler, daha büyük ve karmaşık cerrahi girişimler yoğun bakım gerektiren hasta sayısında artışa yol açmıştır. Türkiye'de özellikle 2000'li yıllardan sonra yoğun bakım yatak sayısı hızla artarak uluslararası standartlara ulaşmış ve aynı zamanda bakım kalitesi de iyileşmiştir. Ancak günümüzde gelinen noktada birçok yoğun bakım hastası, kronik bir sürece girmekte, bu hastaların bir kısmı sadece kısmi bir iyileşme sağlayıp tam fonksiyonel bağımsızlıklarını elde edememekte, ya da tümüyle yatağa bağımlı şekilde yaşamlarının son dönemini yoğun bakımda geçirmektedirler. Bu nedenlerle özellikle kış aylarında yoğun bakım yatış endikasyonu olan gerçek yoğun bakım hastaları için boş yoğun bakım yatağı bulunamaz hale gelmiştir. Bunun temel nedeni yoğun bakım yataklarının akılcı kullanılamamasıdır. Ülkemizde 2018 yılında yapılan "Türk Yoğun Bakım Ünitelerinde Uygun Olmayan Tedaviler: INAPPT-ICU" çalışmasının verilerine göre, yoğun bakım yataklarının %34,43'ü palyatif bakım gerektiren hastalarla doludur. Bu hasta grubunun yaklaşık yarısı ise terminal dönem kabul edilebilecek hastalardan oluşmaktadır. (1) Bunun temel nedenlerinden biri, palyatif bakım birimlerinin yetersiz kalması, bu hastalara bakacak hospis veya evde bakım hizmetlerinin gelişmemesi ve yoğun bakım ünitelerinin hasta yakınları tarafından terminal dönem hasta bakım alanları olarak görülmesidir. Bir diğer nedeni de özellikle son dönem hasta bakımından sorumlu ana branş hekimlerinin "terminal dönem hasta" kavramına olumsuz yaklaşmaları ve bu hastaların servise çıkarılması konusunda sorunlar yaşanmasıdır. Bu durum özellikle onkoloji ve hematoloji branşları başta olmak üzere tüm hekimlerin ve aynı zamanda hasta yakınlarının yaşam sonu dönemdeki yoğun bakım hastalarına özgü yaklaşımları bilmesi ve kararlarında değişiklikler yapmaları gerekliliğini doğurmuştur. Günümüzde yaşam sonu bakıma yaklaşım ve yaşamın sonunda karar verme, yoğun bakımlar için önemli konular haline gelmiştir. Son yıllarda tüm dünyada ölümlerin yarıdan fazlası hastanelerde gerçekleşmektedir. Standford Tıp Okulunun ABD'de yaptığı bir ankete göre, hastaların %80'i mümkünse evde ölmeyi tercih etmekte iken, ancak sadece %20'si evde ölmektedir. Ölümlerin %60'ı akut bakımın gerçekleştirildiği hastanelerde iken, %20'si yoğun bakımlarda gerçekleşmektedir. Geri kalan %20'si de hospislerde gerçekleşmektedir. ABD'de Sağlık harcamalarına bakıldığında, sağlık harcamalarının %30'unun yaşam sonu bakımı için harcandığı görülmektedir. (3) Batı Avrupa'nın 16 ülkesinde yapılan bir anket çalışmasında, hayatta kalma şansı olmayan hastaların yoğun bakıma kabul oranı %73 olarak bulunmuştur. Avrupa genelinde terminal dönemdeki hastalarda tedaviye başlamama, tedaviyi kesmekten daha çok tercih edilmektedir (%93, %77). (4) ABD'de üniversite ile afiliye olan 2 yoğun bakım ünitesinde 1987-1988 yılları ile 1992-1993 yıllarını karşılaştıran ve kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sıklığını araştıran çalışmada, 5 yıl içinde YBÜ hastalarına KPR başlama sıklığının %49'dan %10'a düştüğü saptanmıştır. Yine aynı çalışmada yaşam desteği başlamama veya başlanan yaşam desteğinin kesilme oranının %51'den %90'a çıktığı gösterilmiştir. (5) Yine ABD'deki 131 YBÜ'nün katıldığı ve 5.910 ölümün

dahil edildiği bir çalışmada, KPR dahil tam yoğun bakım tedavisinin %23 oranında, KPR hariç tüm yoğun bakım tedavisinin %22 oranında, yaşam sonu desteğine başlamamanın %10 oranında, başlanan yaşam sonu desteğinin kesilmesinin ise %38 oranında uygulandığı tespit edilmiştir. (6) Yaşamın sonu kararlarındaki klinisyenler, hastaneler ve ülkeler arasındaki yaklaşım farklılıklarının, tedavide uygulanan yöntemler, hastaların tedaviye erişimi, bölgesel, kültürel ve dini inanışlardan ve geleneklerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. (7-9)

Yukarıda da belirtildiği gibi, yaşam sonu kararlarındaki farklılıklara etki eden faktörlerden biri dini inanışlar olduğundan, dünyadaki başlıca dinlerin yaşam sonu kararlarına bakışını kısaca incelememiz gerekir. Yararsız kabul edilen tedavilerin, özellikle yan etkileri ağır ve tehlikeli ise veya bu yan etkilere göre beklenen fayda orantısız olarak az ise Katolik Kilisesi tedaviyi başlamamayı veya başlanan tedaviyi kesmeyi kabul etmektedir. Ağrıyı kesmek için verilen ilaçların solunum ve dolaşımı etkileyip ölümü erkene alması (çifte etki) halinde bile ağrı kesicilerin verilmesi kabul edilmektedir. Yine Katolik Kilisesi'ne göre ötanazi asla kabul edilmemektedir. Bu tip hastaların palyatif tedaviye yönlendirilmesi önerilmektedir. (10) Musevi inanışına göre, tedavi başlanmayabilir, ancak başlanan tedavi kesilemez. İslam inanışına göre ise, uygulanan tedavi hastanın hastalığını yavaşlatmayacak ya da iyileştirmeyecekse veya yaşam kalitesini arttırmayacaksa yaşam destekleyici tedavi başlanmayabilir veya başlanmışsa kesilebilir. Ancak hastanın beslenmesi mutlaka başlanmalı ve başlanmış ise sonlandırılmamalıdır. Özellikle ağrı kesicilerle çifte etki olasılığı olması halinde bile ağrının kesilmesi önerilmektedir. Diğer birçok dini inanışta olduğu gibi İslam inanışında da ötanazi asla kabul edilmemektedir. Birçok Müslüman ülkede beyin ölümü kabul görmekte ve beyin ölümü gerçekleştiğinde organ nakline izin verilmektedir. (11) Hastaların yaşamın sonunda tıbbi bakım ve destek yanında manevi destek almasının, tıbbi durumunu pozitif yönde etkilediğini göstermekte, yaşam kalitesi artmakta, daha az girişimsel tıbbi müdahaleye (mekanik solutma, resusitasyon, vs) gerek kalmakta ve YBÜ'deki ölümler azalmaktadır. (12) Yaşam sonu kararlar konusunda Türkiye'deki veriler oldukça kısıtlıdır. Aslında yaşam sonu kararlar ile ilgili yasalarımızda eksiklikler olduğu da inkar edilemez. Günümüzde, geçmişte uyguladığımız konvansiyonel tedaviye ek olarak, hastalığın başlangıcından itibaren önleyici ve kesin tedavi edici tedaviler yanında palyatif tedaviyi de erken dönemde uygulamaya sokan yeni tedavi modelleri benimsenmektedir. Yine klasik tedavide olduğu gibi yaşamın sonuna doğru, hasta ve hasta yakınlarına manevi destek sağlanmakta, kayıp dönemini daha hasarsız atlatması için çaba gösterilmektedir.

Etik açıdan bakıldığında tıbbi kaynakların etkin, faydalı ve adil dağıtılması son derecede önemlidir. Buradan yola çıkarsak, tıbbi tedavi ile yaşam kalitesinde artış sağlanacak ve yaşam daha kaliteli hale gelecektir. Yaşamı destekleyen tedavi ve uygulamaların, kişiyi yaşamak istemeyeceği bir hayata mecbur bırakması, ağrı ve acı içinde geçecek bir yaşama zorlaması, dolayısıyla ıstırap içinde geçecek bir ömrün uzatılması etik açıdan savunulamamaktadır.

Hekimliğin tüm branşlarında olduğu gibi, yoğun bakım ünitesinde karşı karşıya kalınan hayatın sonuna ait etik kararlar, doktor ve hasta yakınları için üzücü, bazen de içinden çıkılması zor olan çelişkili konuları içinde barındırır. Yarar sağlama, özerklik, zarar vermeme ve adalet etiğin ana ilkeleri olup, yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda bu kuralları uygulamak zaman zaman zorluk çıkarabilmektedir. Bazen de bu ana ilkeler birbiriyle çatışabilmektedir. Mesela yarar sağlama ilkesi, tedavi yöntemleri ağırlaşıp, karışık hale geldiğinde zarar vermeme ilkesiyle çatışabilir. Yine, çoğunlukla hasta kendi başına karar vermeyecek durumda olmasından dolayı özerklik ilkesini uygulamak oldukça zordur. Dünyada ve özellikle ülkemizde yeterli yatak sayısı olmasına rağmen yoğun bakım yatak sayıları artan gereksinimi karşılayamaz durumdadır. Bu nedenle YBÜ'de gereksiz yere yatan hastaların tıbbi kaynakları boş yere heba etmesi önlenmeli ve sağlık hizmetinde adalet ilkesine de uyulmalıdır. Bir taraf-

ta YBÜ'den yarar göremeyecek kadar sağlıklı hastalar, diğer yanda da yarar göremeyecek kadar ağır hastaların olduğunu düşünürsek, yaşam desteğine hangi hastanın daha fazla gereksinim duyacağına karar vermek çok kolay değildir. Bu da ister istemez sosyal adalet ilkesine uyulmasını karmaşık hale getirir.

Yoğun bakım hekimi klinik işleyişte her gün çok farklı kaygılar ve çelişkiler yaşamaktadır. Bu çelişkilerin nedenlerini sıralarsak; yoğun bakım yataklarına yarar görmeyecek hastaların yatırılması, yatması gereken ve yoğun bakımdan kesinlikle yarar görecek hastaların YBÜ'de yer olmaması nedeniyle yatırılamaması, hastanın branş doktoru ile YBÜ yatışı ve tedavi seçenekleri açısından farklı görüşte olmaları, konsültasyona gelen diğer bölüm hekimlerinin yaşam sonu kararlarına ilgisiz kalması, hasta yakınlarının beklentilerinin farklı olması, boşuna tedavi uygulanmasının verdiği rahatsızlık, tedavinin başlanmaması veya kesilmesi sonucu hastane enfeksiyonlarının artması ile diğer hastalarda bulaş olması, geri ödeme politikaları ve artan maliyetler, ayrıca çeşitli nedenlerle terminal dönem hastaya yaşam destek tedavilerinin kısıtlanamaması sayılabilir. YBÜ hekiminin karşılaştığı bu sorunların altında, yaşam sonu kararlar hakkında farkındalığın az olması, palyatif bakım, hospis ve evde bakım hizmetlerinin eksik olması, ayrıca etik ilkeler ve yasalarla ilgili bilgi ve becerilerdeki eksiklik, dolayısıyla da kaygılar yatmaktadır. Ankara'da 4-5 Nisan 2008'de yapılan "Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay"ında alınan "Yaşamın Sonuna Dair Etik Bildirge" ülkemizde düzenlenen ilk etik yaşan sonu karar bildirgesidir. (13) Temel olarak baktığımızda, Yoğun bakımda yaşamın son dönemine ait etik konular bu bildirge temelinde aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1) Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Başlanmaması ya da Sonlandırılması

Etik açıdan bakıldığında tıbbi kaynakların etkin, faydalı ve adil dağıtılması son derecede önemlidir. Buradan yola çıkarsak, tıbbi tedavi ile yaşam kalitesinde artış sağlanacak ve yaşam daha kaliteli hale gelecektir. Yaşamı destekleyen tedavi ve uygulamaların, kişiyi yaşamak istemeyeceği bir hayata mecbur bırakması, ağrı ve acı içinde geçecek bir yaşama zorlaması, dolayısıyla ıstırap içinde geçecek bir ömrün uzatılması etik açıdan savunulamamaktadır. Bu bağlamda;

a. Tıbbi tedavi yararsız olduğunda mekanik solunum desteği başlanmayabilir veya başlanmış ise sonlandırılabilir,

b. Ölmesi beklenen hastanın, ölüm sürecini uzatan sıvı ya da beslenme desteği başlanmayabilir veya sonlandırılabilir,

c. Mevcut durumda yaşam kalitesi çok düşük olan hastalara yeniden canlandırma yapıldığında beklenen yaşam kalitesi artmayacak ise hastaya yeniden canlandırma uygulanmayabilir,

d. Hastanın tedavisini üstlenen doktor, mevcut kronik hastalığın takibinde hastanın durumunda kötüleşme olursa yeniden canlandırma ve yaşam destek tedavisinin yapılıp yapılmayacağı ile ilgili hastanın görüşlerini sorgulamalıdır,

e. Eğer hasta böyle bir kararı verebilecek ya da fikir beyan edecek durumda değil ise hastanın vekiline bu konu ile ilgili detaylı bilgi verilmeli ve onların görüşleri öğrenilmelidir,

f. Yoğun bakım takibinde ortaya çıkabilecek etik çatışmaların önüne geçilebilmek için, "destek tedavi başlanması ya da tedavinin durdurulması" ile ilgili ulusal kriterler ortaya konulmalıdır,

g. Bu kriterler belirlenirken sadece hasta çıkarı değil, toplum yararı da düşünülmelidir.

2) Tıbbi Vasiyet (İleri Tedavi Planlaması)

Türkiye'de henüz uygulanmamakla birlikte tıbbi vasiyet, kronik hastalığı olan bir hastanın tedavi sürecinde karar veremeyecek hale geldiği zaman, kendisine ne şekilde müdahale edilmesi veya nelerin (yeniden canlandırma, yarar sağlamayacak tedaviler, yaşam desteği, vs.) yapılmasını istediği veya istemediğini, gerekirse bir tanık huzurunda sözlü veya daha doğrusu yazılı şekilde beyan etmesi ve imzalamasıdır.

3) Tedaviyi Reddetme Hakkı

Tedavi ile ilgili bilgilendirilmiş ve karar

verme yetisi olan bir hasta, tedaviyi reddetme hakkına sahiptir ve karara saygı duyulmalıdır. Ancak yoğun bakımdaki hasta tedaviyi reddederse hayati tehlike ortaya çıkacağı için etik ve hukuki sorunlar ortaya çıkabilir. Örneğin, İtalya'da ventilatöre bağlı kuadriplejik bir hastayı, hastanın isteği üzerine ventilatörden ayıran bir hekim yargılanmış ve mahkeme, hastanın isteğini tedaviyi reddetme hakkı, hekimin kararını ise mesleki gerekliliklerı yerine getirme olarak değerlendirmiş ve hekim ceza almamıştır. (14)

4) Tıbbi Yararsızlık (Boşuna tedavi)
Hastaya uygulanacak tedavi yaşamın niteliğine çok az katkı sağlayacak, beklentilere cevap vermeyecek ya da yaşama şansı tanımayacaksa bu tedavi tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilir.

5) Onurlu Ölüm, Yardımlı intihar ve Ötanazi Kavramları
Yardımlı intihar, kavram olarak doktorun hastaya ölmeyi sağlayacak girişimi yapması için çeşitli intihar metotları ile ilgili bilgiler vermesi (hangi ilacı, hangi dozda kullanması gibi) ya da gerekli araçları (uygun ilaç ya da gerekli malzeme gibi) sağlayarak hastanın ölümüne yardım etmesi durumudur. Yardımlı intihar ve ötanazi ülkemizde kanunen yasak olduğundan uygulanmamaktadır.

6) Çifte Etki
Faydalı bir etki elde etmeye çalışırken (örneğin ağrının kesilmesi) zararlı bir etkinin ortaya çıkması (ağrı kesicilerin solunumu durdurması gibi) durumudur. Burada ortay çıkan ikincil etkiler etik açıdan hasta sağlığına zarar vermek ya da ölümü hızlandırmak olarak düşünülemez.

7) Canlandırmama
Canlandırmama kararı, hastanın kendisi, kendisi karar veremeyecek durumda ise ailesi ya da yapılan tedavi yararsız ise hastanın hekimi tarafından alınabilir. Böyle bir karar alındığında, hastanın dosyası ya da kayıtlarında açıkça belirtilmesi ve imzalanmış olması gerekir. Kronik hastalık seyrinde yapılan tedavi ya da girişimler hastaya bir katkı da bulunmayacaksa, alınan canlandırmama kararına saygı duyulmalıdır.

8) Yaşam Kalitesi
Tıbbın ve etiğin en önemli bileşeni hastaya kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Verilen her tıbbi hizmette esas olan, hastanın kabul edilebilir ölçütlerde yaşamasına vesile olmaktır.

9) Sosyal Adalet
Adaletli olabilmek için, yoğun bakımlara hasta yatırırken çok dikkatli davranılmalı, yoğun bakımda verilecek tedaviden fayda sağlamayacak hastalar, bu birimlere yatırılmamalıdır. Adalet ilkesinin sağlanabilmesi için, branşlar arasında sağlıklı iletişim olması ve farkındalık gelişmesi, sosyal güvenlik kurumunun yaşam sonu dönemi ile ilgili kararlar alması ve en önemlisi gerekli yasal düzenlemelerin sağlanması gerekmektedir.

Yaşam sonu bakımı ve kararları konusunda yaşanılan ikilemlerin en önemli sebeplerinden biri yetersiz eğitimdir. Yaşam sonu bakımı ve kararları için klinisyenlerin iletişim becerilerinin yeterli olmadıkları görülmektedir. Bu konuda ülkemizde ciddi eksiklikler vardır. Amerika Birleşik Devletlerinde yaşam sonu kararları için sağlık personeline (doktor ve hemşireler) eğitim programları uygulanmaktadır. (15, 16) Konu, iç hastalıkları asistan eğitim programında işlenmektedir. (17) Çalışmalar, iç hastalıkları asistan eğitim programında yaşam sonu bakımının işlenmesi, asistanların hem yaşam sonu bakımla ilgili farkındalıklarının arttığını hem de iletişim becerilerinin geliştiğini göstermektedir. (18)

Sonuç

Yoğun bakımda hayatın sonu kararı ve etik süreçler, içinde sadece tıbbi değil, kültürel, ekonomik, dini ve yasal pek çok bileşeni barındırmaktadır. Ülkemiz yoğun bakım yatak sayısı açısından dünya standartlarını yakalamıştır ve ileri tıbbi teknoloji ile donatılmış merkezlere sahiptir. Buna rağmen yoğun bakımlarda yatak sayısının yetersiz kalması sorunun önüne geçilmesi için gerek yoğun bakıma endikasyonsuz yatış gerekse yoğun bakım ihtiyacı kalmamasına rağmen bazen aylar ve yılları bulan uzamış hasta yatışlarının önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin eğitimi çok önemlidir. Yoğun bakım çalışanları hayatın sonu kararını verirken sıklıkla ikilemlerle yüz yüze gelmektedir ve bu zorlukları yenmek için de hazır olmalıdır. Yüksek teknoloji ile yaşam desteklenmekte, ömür uzatılmaktadır. Klinisyen tam bu noktada devreye girmeli, karar alırken çok yönlü düşünmeli ve boşuna tedaviden kaçınmalıdır. Tedavinin her aşamasında hastanın yaşam kalitesi kavramı sorgulanmalı ve tanımlanmalıdır. (19)

Kaynaklar

1) Dikmen Y. 3.Yoğun Bakımların Akılcı Kullanımı Sempozyumu 'Yaşam Sonu Kararlar', İstanbul, 2019. Web Sitesi: https://www.yogunbakim.org.tr/haberler/2571/3.

2) Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al.Crit Care Med. . Use of Itensive Care at the end of Life in the United States: An Epidemiologic Study. 2004;32(3):638-43.

3) Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. N Engl J Med. 1993;15;328(15):1092-6.

4) Vincent JL. Forgoing Life Support in Western European Intensive Care Units: The Results of an Ethical Questionnaire. Crit Care Med. 1999;27(8):1626-33.

5) Prendergast TJ, Luce JM. Increasing Incidence of Withholding and Withdrawal of Life Support from the Critically Ill. Am J Respir Crit Care Med. 1997;155(1):15-20.

6) Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A National Survey of end-of-life Care for Critically Ill Patients. Am J Respir Crit Care Med. 1998;158(4):1163-7.

7) Luce JM, Lemaire F. Two Transatlantic Viewpoints on An Ethical Quandary. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163(4):818-21.

8) Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. French Intensivists do not Apply American Recommendations Regarding Decisions to Forgo Life-Sustaining Therapy. Crit Care Med. 2001;29(10):1887-92.

9) Sprung CL, Maia P, Bulow HH, et al. The Importance of Religious Affiliation and Culture on End-of-life Decisions in European Intensive Care Units. Intensive Care Med. 2007;33(10):1732-9.

10) Bulow HH, Sprung CL, Reinhart K, et al. The World's Major Religions' Points of View on End-of-life Decisions in the Intensive Care Unit. Intensive Care Med. 2008;34(3):423-30.

11) Sachedina A. End-of-life: The Islamic View. Lancet. 2005;366(9487):774-9.

12) Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al. Provision of Spiritual Care to Patients with Advanced Cancer: Associations with Medical Care and Quality of Life Near Death. J Clin Oncol. 2010;28(3):445-52.

13) TTB Etik Kurulu. Türk Tabipleri Birliği Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2010 (Birinci Baskı):27-30.

14) Zamperetti N, Piccinni P. Intensivists Managing End-of-life Care: Dwarfs Without Giants' Shoulders to Stand Upon. Intensive Care Medicine. 2010;36(12):1985-7.

15) Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in End-of-life Care: Last Hours of life. J Palliat Med. 2003;6(4):605-13.

16) Matzo ML, Sherman DW, Penn B, Ferrell BR. The End-of-life Nursing Education Consortium (ELNEC) Experience. Nurse Educ. 2003;28(6):266-70.

17) Weissman DE, Mullan PB, Ambuel B, von Gunten C. End-of-Life Curriculum Reform: Outcomes and Impact in a Follow-up Study of Internal Medicine Residency Programs. J Palliat Med. 2002;5(4):497-506.

18) Smith L, O'Sullivan P, Lo B, Chen H. An Educational Intervention to Improve Resident Comfort with Communication at the End of Life. J Palliat Med 2013;16(1):54-9.

19) Hall RI, Rocker GM, Murray D. Simple Changes can Improve Conduct of End-of-life Care in the Intensive Care Unit. Can J Anaesth. 2004;51(6):631-6.

Hayatın başında hayatın sonu

Prof. Dr. Fahri Ovalı

Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcılığı görevlerinde bulunan Dr. Ovalı halen aynı üniversitenin tıp fakültesinde öğretim üyeliğine devam etmektedir.

İnsan hayatının ne zaman başladığı ve ne zaman bittiği sorusu ilk çağlardan beri üzerinde en çok tartışılan konulardan biridir. Yeni bir canlıyı oluşturmak için bir araya gelen bir sperm ve bir yumurta hücresi canlı mıdır? Döllenmeden sonra oluşan ve daha sonra bölünerek çoğalmaya başlayan zigot canlı mıdır? Uterusa yerleşen embriyo ve büyüyen fetüs canlı mıdır? Peki ya kadın düşük yaparsa "düşen şey" nedir? Normalde 40 gebelik haftasında doğması gerekirken 22-23 hafta gibi daha gebeliğin yarısını henüz geçmişken doğan prematüre bebeği nasıl değerlendirmek gerekir? Döllenmeden henüz daha 4 hafta geçmişken kalp oluşup atmaya başladığına göre canlılığın göstergesi kalbin atması mıdır? Yaşamsal fonksiyonları idare eden beyin sapının oluşması mıdır önemli olan yoksa bilişsel fonksiyonları idare eden beyin korteksinin gelişmesi midir esas değer verilmesi gereken? Hekimler bu konuları tartışadursun, hukuki açıdan insanın ancak doğduğunda kişilik kazanması ne kadar doğrudur? Diğer yandan, hayatın diğer ucunda ölüm vardır ve her doğan birey için geçerlidir. Hayatın doğal bir parçası olan ve yaşlılar için "beklenebilir" olan ölümün "erken" olması çevrede üzüntü, endişe, korku, sinirlilik gibi birçok duyguya da sebep olmaktadır. "Bebek ne kadar sorunlu olursa olsun hem sağ kalımını artırmak hem de ağrısız ve sancısız kaliteli bir hayat sürmesini sağlamak ne kadar mümkündür?

Bunlar gibi daha onlarca soru yenidoğan ile uğraşan hekimleri her gün meşgul etmektedir. Ancak bu sorulara cevap arayanlar yalnızca hekimler değildir. Etikçiler, hangi kararların daha doğru olacağı ile ilgilenirken sosyologlar bu kararların gerçekte nasıl alındığına dair çalışmalar yapmakta ve öneriler sunmaktadır. Yenidoğan ölümlerinin büyük bir kısmı hastanelerde ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde meydana gelir. Sağlıklı bebeklerin evde aniden ölmesi çok daha az rastlanan bir durumdur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin stresli ortamında hergün benzer kararlar ile karşı karşıya kalan sağlık personelinde fiziksel ve duygusal yorgunluk, stres ve tükenmişlik sendromu çok daha çabuk gelişmekte ve bu personeller bir süre sonra başka ünitelerde çalışmanın yollarını aramaya başlamaktadırlar. Bebeklerin acı çektiğini görmek ve "bir şey yapamamak" sağlık personelinde profesyonel eksiklik duygusuna da yol açmakta ve ciddi bir duygusal travma yaratmaktadır. Hele de durumu giderek kötüleşen bebeğin ailesinin hala daha ümit var olduğunu görmek, bu travmayı daha da artırmaktadır. Böyle durumlarda bazı personeller, görevlerinin yalnızca hastalara bakmak olduğunu ifade ederken yanı sıra, hayatın ve ölümün anlamını sorgulayan sağlık personeli de çoktur. Örneğin 500 gramlık bir bebeğin, doğup birkaç gün yaşadıktan sonra ölmesinin varoluşsal anlamını sorgulayan personelin ve ailenin,dini ve felsefi inançları büyük ölçüde etkili olmaktadır. Dahası, ölen bir yenidoğanın ailesine bu haberi iletmek ve aileyi teskin etmek de sağlık personelinin görevidir ve ilave bir psikolojik stres kaynağıdır.

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin teknik altyapılarının gelişmesi, yeni cihazlar ile bebeklerin daha yakından incelenerek olumsuzlukların erken ve uygun şekilde takip ve tedavi edilmesi, yenidoğan alanında yapılan araştırmaların artması sonucunda oluşan bilgi birikimiyle yenidoğan ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin sayı, kalite ve bilgi açısından gelişmesi sayesinde günümüzde, 22-23 haftalık erken doğan bebeklerin bile yaşatılabilmeleri mümkün hale gelmiştir. Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 10-12 hafta kalan bu bebeklerde çeşitli kalp, akciğer, bağırsak hastalıkları ve bunlara ait değişik sekeller görülebildiği gibi nörolojik ve bilişsel gelişimlerinde de ciddi sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunların bir kısmı kullanılan aletlerin ve teknolojinin meydana getirdiği yan etkilerle ilişkilidir. Örneğin; uzun süre mekanik ventilatöre bağlı kalan prematüre bebeklerde kronik akciğer hastalığı, beslenme bozukluğu, büyüme gecikmesi, geç sepsis veya prematüre retinopatisi, bilişsel ve akademik gerilikler gibi sorunlar ortaya çıkabilmekte veya trakeostomi ile yaşamaları gerekmektedir. Bebekler ne kadar erken doğarsa doğsun ağrı duyuları gelişmiştir. Yani bebekler de acıyı hisseder.

Aileler bilgilendirilirken genellikle kısa dönemli sorunlar ve mortalite oranları üzerinde durulur. Uzun dönemde ortaya çıkabilecek serebralpalsi, zekâ geriliği, öğrenme güçlüğü, davranış sorunları gibi konular pek gündeme gelmez. Bazı aileler nadiren bu konuda soru sorar. Diğer yandan bebekteki sorunlar uzun dönemde bebeğin kendi hayatını tehlikeye atabildiği gibi bebekle uğraşmak zorunda kalan ailesinde de ciddi sorunlara yol açmaktadır. Taburcu olduktan sonra bile sık sık hastaneye gitmek zorunda kalan ailelerde maddi sıkıntıların yanı sıra birçok psikolojik sorunlar da görülebilmekte ve boşanmalar bile artmaktadır. Diğer yandan, ister erken isterse miadında doğsun, konjenital anomaliler ile doğan bebekler de ayrı bir sorun kaynağıdır. 10-15 yıl öncesine kadar çeşitli kalp, akciğer, merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistem anomalileri ile doğan bebeklerin tedavisi mümkün olmadığı için yalnızca palyatif bakım uygulanır iken günümüzde gelişen görüntüleme yöntemleri ve ameliyat teknikleriyle bu bebeklere çeşitli girişimler uygulanmakta ve yaşatılabilmeleri mümkün olmaktadır. Kanama, enfeksiyon veya asfiksi gibi çeşitli nedenlerden dolayı ağır merkezi sinir sistemi hasarı gelişen bebekler de karar verilmesi gereken bebekler arasında yer almaktadır. Sorunlu doğan yenidoğanların tedavisini ailesi istemediği halde hekimler "yaşamaya değer" bir hayatı öngörüyorsa isterse mahkeme kararı aldırıp tedavilerine devam edebilirler.

Ölmek mi "Kalitesiz" Yaşamak mı?

Esas sorunu her ne olursa olsun bu bebeklerin diğer sağlıklı bebeklere kıyasla erken dönemlerde kaybedilmeleri veya ağır sakatlıklar ile hayatlarını devam ettirmeleri nadir görülen bir durum değildir. Hayat kalitesi kavramı gelecekteki sağlık, gelişim ve iyilik halini, çevreyle anlamlı iletişim kurabilmeyi ve bazal düzeyde entelektüel fonksiyon sahibi olmayı ifade eder. Yalnızca fiziksel engelli olmak veya mali veya sosyal olarak "topluma yük olmak" hayat kalitesi kavramı içinde yer almaz. Bazen bebek yavaş yavaş kötüleşir ve ölümün gelmekte olduğu adeta hissedilir ve bebek kaybedilir. Böyle bir bebeğin ölmesi, yenidoğan ekibinin yetersiz veya hatalı olduğunun göstergesi değildir. Bazen ise herşey yolunda ve güzel gidiyor iken bebek aniden kaybedilebilir. İlk durumda gerek aile gerekse sağlık personeli duruma hazırlıklı olduğu için ölümün getirdiği travma daha az hissedilir. Diğer durum ise çok daha trajik ve travmatiktir ve etkisi de çok daha şiddetli ve uzun süreli olur. Ailenin bebekle olan ilişkisi ve bebekle geliştirdiği bağ, bu travmaların derecesini etkiler. Her bir doğum ve her bir bebek "kıymetli" olmakla beraber, uzun süredir beklenen bir çocuk olması, ailenin tek çocuğu (mirasçısı!) olması, yardımlı üreme teknikleri sonucu doğmuş olması, hatta cinsiyeti bile ailenin tavrını etkilemekte ve bazı çocuklar "daha kıymetli" olarak nite-

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin teknik altyapılarının gelişmesi, yeni cihazlar ile bebeklerin daha yakından incelenerek olumsuzlukların erken ve uygun şekilde takip ve tedavi edilmesi, yenidoğan alanında yapılan araştırmaların artması sonucunda oluşan bilgi birikimiyle yenidoğan ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin sayı, kalite ve bilgi açısından gelişmesi sayesinde günümüzde, 22-23 haftalık erken doğan bebeklerin bile yaşatılabilmeleri mümkün hale gelmiştir.

lendirilebilmektedir. Böyle bir bebeğin kaybı ise doğal olarak daha travmatik olmaktadır. Ailenin bebeğe isim koyması bağlanmanın kuvvetli olduğunun en büyük kanıtıdır. Bebeğin durumunu ümitsiz gören bazı aileler isim koymayı erteleyebilmektedir. Sorunlu bebekleri olan ailelerin yaklaşık yarısı, gebelik boyunca herhangi bir olumsuzluk yaşanmadığını ve bebek hakkında olumsuz bir bilgi edinmediklerini ifade ederler. Dolayısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesinin ve ölümün getirdiği strese hazırlıklı değillerdir. Bu ailelerin yaşadıkları şok, bebeğini trafik kazası gibi aniden kaybeden ailelerin yaşadığı şoktan farklıdır ve yine de yoğun duygular içindedirler. Anne-babaların çoğu gençtir; sevdikleri birisinin acısını görmemiştir ve hayat tecrübeleri eksiktir. Annelerin doğumdan sonra yaşadığı normal fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri de beraber yaşadıkları için duydukları hüzün bir kat daha artar. Bazı anneler, bebeğini emziremememek ve ona bakamamaktan kaynaklanan üzüntü ve endişe duyabilir. Evde bir kardeş varsa yaşına göre o da heyecan, üzüntü, endişe ve korku yaşayabilir.

Yaşamanın Maliyeti Var mıdır?

Yaşama sınırında doğan veya ağır konjenital anomalisi olan bebeklerin tüm yoğun bakım olanakları kullanılarak yaşatılması beraberinde ciddi bir maliyet de getirmektedir. Her ne kadar hayatın parasal karşılığı olmadığı söylense de yoğun acılar içinde birkaç gün veya birkaç ay daha ömrü uzatmanın ne kadar doğru olduğu konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Ötanazi ülkemizde hukuken yasak olduğu gibi dini açıdan da kabul edilebilir bir uygulama değildir ancak bazı ülkelerde uygulanabilmektedir. Örneğin Hollanda'da 2002 yılında kabul edilen Groningen Protokolü yenidoğan ötanazisinin hangi koşullarda ve nasıl yapılabileceğine dair birtakım kurallar belirtmiştir. Bu protokole karşı çıkan birçok kurum ve ülke de mevcuttur. Ancak böyle bebeklerin tüm yoğun bakım olanakları kullanılarak yüksek masraflar ile yaşatılması için tedavilerin "başlanması" veya "başlanan tedavilerin durdurulması" seçenekleri tartışılabilir. Kalbi durduğu veya beyin ölümü gerçekleştiği zaman bebeğin resüsite edilmemesi uygulamasının da hukuki ve etik birçok sorunu birlikte getirdiği açıktır. Bu durum bazen pasif ötanazi kavramı ile iç içe girer. Konuyla ilgili uygulamalar her ülkede ve her kültürde farklı olabildiği gibi benzer durumlarda her ailenin kararı da farklı olabilmektedir. Hekimlerin görevi, hastasının çıkarını en iyi şekilde korumaktır. Ancak ağır konjenital anomalili veya çok erken doğmuş bir yenidoğanın en iyi çıkarı (faydası) nedir? Doğum ağırlığı, gestasyon yaşı veya klinik durumu her ne olursa olsun her bebeğin yaşamaya hakkı olduğu gibi acı çekmemek ve saygın bir şekilde ölmek hakkı da vardır. Kendisi karar veremediği için ailesinin de bebeklerinin kaderi hakkında karar verme hakları bulunmaktadır. Bu hakların bileşkesi nasıl karşılanacaktır? Böyle durumlarda ailenin karar vermesini kolaylaştırmak için genellikle ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmeleri gerektiği ileri sürülür. Bu yaklaşım doğru olmakla beraber bazen depresyon derecesine varacak kadar ağır psikolojik baskı ve travma içindeki ailenin sağlıklı kararlar verebilmesi her zaman mümkün değildir. Ülkemizde birçok kez ailelerin basit tıbbi girişimlerde bile karar verme süreçleri zorlu ve sorunlu olabilmekte, aile büyüklerine veya başka kişilere danışılmak istenmekte ve bu durum da karar verme süreçlerini uzatmaktadır. Bazı aileler son kararı hekimlerin vermesini ister ve "siz bilirsiniz", "elinizden geleni yapınız" gibi cümleler kurarken birçok hekim de bu konuda sorumluluk almak istemediği için kararı ailenin vermesini istemekte ve yalnızca bilgilendirme ile yetinmektedir. Zaten hukuki olarak da ailenin rıza vermediği herhangi bir uygulamayı hekimin yapması mümkün değildir. Birçok ülkede gebelik sırasında yapılan kontroller ile fetüsteki anomaliler erken dönemde tespit edilmekte ve ailenin de rızası alınarak tıbbi tahliye yapılmakta, dolayısıyla yenidoğan bebeklerde anomali oranları düşük olarak gözükmektedir. Annenin hayatı tehlikede olmasa bile böyle bir uygulamanın yapılmasının içinde bazı etik sorunlar barındırdığı kesindir. Ülkemizde ise birçok aile fetüste anomali tespit edilse bile tıbbi tahliyeye izin vermediği için bu bebekler doğmakta ve bir süre yoğun bakım ünitesinde takip edildikten sonra ölmektedir. Erişkinlerde beyin ölümü kriterleri uluslararası konsensüs çalışmaları ile belirlenmiş olmasına karşılık yenidoğanlarda ve 1 yaşından küçük çocuklarda beyin ölümü kriterleri belli değildir. Bu durumun ailede ve sağlık personelinde travma yaratması kaçınılmazdır. Hayatın değeri ve hayatın kalitesi kavramları bir yana, faydacı görüşe göre, bu bebeklerle uğraşmak ülke kaynaklarının "israf edilmesi" olarak da nitelendirilebilir. Bebekleri hakkında karar veren ailelerde daha sonra da çeşitli psikolojik sorunlar ve pişmanlıklar görülür. Bazı kadınlar doğumdan sonra tüplerinin bağlanması için onam vermiş olabilir. Ancak erken doğan bebeğin erken ölümünden sonra kadınların fikri değişebilir ve tekrar çocuk sahibi olmak isteyebilirler. Bu durum annenin tekrar ameliyat olması ile ilgili etik, mali ve sigorta sorunlarını beraberinde getirir.

Palyatif Bakım

Ağır sekelle yaşayabileceği düşünülen veya beyin ölümü geliştiğine karar verilen bebeklerde hayatı uzatmaya yönelik agresif tedaviler (antibiyotik tedavileri, resüsitasyon, parenteral beslenme) kesilmesi düşünülebilirken bebeğin uygun analjezi, hidrasyon ve hemşirelik bakımının yapılarak "rahatlatılması" sağlanmalıdır. Bu durumda bile aileye bebeklerini görmeleri ve birlikte vakit geçirmeleri için gerekli olanaklar sağlanmalıdır. Her ne pahasına olursa olsun

bebeğin yaşatılmaya çalışılması, birçok cihazın kullanılmasını gerektirdiğinde ailenin bebeğe ulaşması da zorlaşmakta ve birlikte geçirecekleri zaman kısıtlanmaktadır. Palyatif bakım, bebeğin ve ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ruhsal acılarını azaltmaya yönelik bir ekip çalışması olmalıdır. Yenidoğan ünitesinin palyatif bakım konusunda belirli protokollerinin olması gerekir. Palyatif bakım verilen bebeklerin ailelerine agresif tedavinin verilmemesinin bebeğin kaderine terk edilmesi anlamına gelmediği, bebeğin hastalığından dolayı öldüğü ve tedavi eksikliğinden dolayı ölmediği ve bebek için bazı şeylerin eksik yapılmadığı ancak tedavinin "değiştirildiği" anlatılmalıdır.

Hangi Bebekler Canlandırılmalı?

Ağır preterm veya anomalili bebelere yapılacak resüsitasyon konusunda 3 görüş bulunmaktadır. Birinci görüş, "emin oluncaya kadar bekleme" olarak nitelendirilebilir ve ölüm gerçekleşinceye kadar yoğun bakım işlemlerinin devam etmesini savunur. İkinci görüş, daha çok İskandinav ülkelerinde ve Kanada'da uygulanan "istatistiksel prognoz" görüşüdür ve prognozun kötü olduğunun istatistiksel olarak belirlendiği gruptaki bebeklerde yoğun bakım işlemlerinin yapılmamasını önerir. Üçüncü görüş ise "bireyselleştirilmiş" görüş olup her bebekte yoğun bakım işlemlerinin başlatılmasını ancak elde edilen veriler ve bebeğin durumuna göre aileyle birlikte bebek hakkında karar verilmesini savunur.

Çok küçük preterm bebeklerde yaşam oranınıetkileyen en önemli faktör akciğer maturasyonudur. Fetal akciğerlerde gaz alışverişini sağlayacak yapılar 23 haftaya kadar gelişmemiştir. Bu nedenle 22 haftalık ve daha küçük doğan bebeklerde akciğerlerin yapısal fizyolojik özellikleri yeterli solunum yapabilecek durumda değildir ve bu dönemde ancak yapay plasenta veya ECMO gibi vücut dışı destek yöntemleri ile solunum bir süre daha devam ettirilebilir. Akciğerler yapısal olarak tam olarak gelişmediği için bu dönemde alveolleri açık tutmak için kullanılan bir ilaç olan surfaktan tedavisinin faydalı olması beklenmez. Ancak bu dönemde gebelik yaşının doğru olduğundan emin olunmalıdır zira 1-2 haftalık bir fark bile çok önemlidir.

Karar verme sürecinde yenidoğan yoğun bakımın dört özelliğinin göz önüne alınması gerekir. Bunlar; yararlılık, etkinlik, verimlilik ve ulaşılabilirliktir. Yararlılık, yapılan uygulamaların bebeğin yararına olup olmadığıdır. Etkinlik, yapılan uygulamaların bebeğin sağkalımına ve sakat kalmasının önlenmesinde ne kadar etkili olduğunun göstergesidir. Ancak bu konuda kontrollü bir çalışma yapılamayacağı için ancak vaka takdimlerinden veya kohort çalışmalarından elde edilen sonuçlar değerlendirilebilir. Verimlilik, yoğun bakım için yapılan masraflar karşılığında elde edilen faydadır. "Yüksek maliyetler ödenerek yaşatılan bir bebeğin serebralpalsili veya zekâ geriliği ile yaşaması ne kadar doğrudur?" sorusunun cevabı, verimlilik tartışmalarını körüklemektedir. Ulaşılabilirlik ise gerçek yoğun bakım ihtiyacı olan yenidoğanların ilgili ünitelere hangi oranda ulaşabildiği gösterir. Ağır konjenital anomalileri nedeniyle yaşatılmaya çalışılan ve 3. düzey ünitede takip edilen bir bebek yerine birkaç günlük yoğun bakım tedavisi sonrasında iyileşme ihtimali çok yüksek olan bir başka yenidoğanın alınmaması etik sorunları gündeme getirir ve sağlık personelinin karar vermesini zorlaştırır. Zira dünyanın hiçbir yerinde kaynaklar sonsuz değildir.

Sonuç

Erken doğan minik bebeklerin devasa sorunları vardır ve bu sorunlar sağlık personelinden ailelere kadar birçok kişiyi etkilemektedir. Özellikle yaşama sınırındaki bebekler ile ağır konjenital anomalisi olan bebekler için tıbbi süreçler daha da zorlu geçmekte ve birçok etik ve hukuki sorun ortaya çıkmaktadır. Kadın doğum hekimleri ile yenidoğan hekimlerinin iş birliği yaparak yüksek riskli gebeleri yakından takip etmeleri, prematüre doğumları mümkün olduğunca engellemeleri ve gerektiğinde akciğer maturasyonunu artıracak girişimleri yapmaları son derecede kritiktir. Bebeklerde tedavinin hiç başlanmaması veya başlanmış tedavinin sonlandırılması kararı hiçbir zaman kişinin tek başına alabileceği bir karar değildir ve mutlaka aileyle birlikte bir konseyin bu kararı vermesi daha doğru bir yaklaşımdır. 2005 yılında kabul edilen Kahire bildirgesinde "Hekimin ilk ve en önde gelen görevi, sağlığın geliştirilmesi, acının azaltılması ve yaşamın korunmasıdır" ilkesi ana ilke olmalıdır. Bu bebeklerde aileler ile birlikte karar verirken ne etik ne de tıbbi ilkelerden ödün verilmeli, dengeli bir yaklaşım sergilenmelidir.

Kaynaklar

Bucher HU, Klein SD, Hendriks MJ et al. Limit of Viability: DifferingPerceptionsandOpinionsbetweenNeonatalPhysiciansandNurses. BMC Pediatr 2018; 18(1): 81

CerianiCernadas JM. TheLimits of Viability in PretermİnfantS, a Growing Dilemma. ArchArgent Pediatr 2018; 116(3)

Domellöf M, Johnson B. TheSwedishApproachtoManagement of Extreme Prematurityat theBorderline of Viability. A HistoricalandEthicalPerspective. Pediatrics 2018; 142 (suppl 1): S533-S538

Gillam L et al. DecisionMaking at theBorderline of ViabilityWhoShouldDecideand on WhatBasis? Pediatr Child Health 2017; 53(2): 105-111

Myers P, Andrews B,Meadow W. OpportunitiesandDifficultiesforCounselling at TheMarginsof Viability. Sem FetalNeonatalMed 2018; 23(1): 30-34

Patel RM, Rysamy M, Bell EF, Tyson JE. Survial of InfantsBorn at PeriviableGestationalAges. ClinPerinatol 2017; 44(2): 287-303

Ream MA, Lehwald L. NeurologicConsequences of PretermBirth. CurrNeurolNeurosciRep. 2018; 18(8): 48

Vohr BR. NeurodevelopmentalOutcomes of ExtremelyPretermInfants. ClinPerinatol 2014; 41(1): 241-255

Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum

Prof. Dr. Adem Akçakaya

1990 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1995 yılında genel cerrahi ihtisasını tamamladı. 2007'de genel cerrahi doçenti oldu. 2013'te profesör oldu. Okmeydanı EAH ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi (BVÜ) Hastanesinde palyatif bakım merkezlerini kurdu. Halen BVÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı, Palyatif Bakım ve Organ Nakli Merkezilerinin müdürü ve Fitoterapi Merkezi eğitmeni olan Dr. Akçakaya aynı zamanda Hekim Hakları Derneği Başkanıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 58 milyon insan ölüyor ve yaklaşık 100 milyon insan palyatif bakıma ihtiyacı duyuyor. Kliniğe yatan hastaların %80'i, polikliniğe başvuran hastaların %50'si bu hastaların yakınlarının %100'ü profesyonel destek veya bakıma ihtiyaç duyuyor. Global palyatif bakım kaynaklarının %55'ini Kuzey Amerika ve ancak %1,5'unu Afrika kullanıyor. Palyatif bakıma ihtiyaç duyanların 1/3'ü kanser hastası, 2/3'ü ise organ yetmezliği, enfeksiyon, nörolojik hastalıkları olan kişilerdir. Dünyada her yıl 7,9 milyon insan kanser nedeniyle ölüyor ve bu tüm ölümlerin %13'ünü oluşturuyor. Tüm kanser ölümlerinin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülüyor, kanserden ölüm artıyor ayrıca dünya nüfusu yaşlanıyor. Kanser tedavisi gören hastaların 2/3'ü palyatif bakıma ihtiyaç duyuyor. Her yıl 20 milyon insana palyatif bakım hizmeti sunmak gerekiyor. Palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların %9'unu çocuk hastalar oluşturuyor. Dünyada hastaların büyük çoğunluğu evde ölmek isterken %80'i hastanelerde ölüyor. Türkiye'de ölümlerin %40'ı evde olmaktadır. Kanserli hastaların %60'ı hastanede ölmekte ve her bir terminal dönem bakım hastası ortalama 15-20 gün hastanede yatmaktadır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 170 bin kişiye kanser teşhisi konulmakta ve yaklaşık 600 bin kişi kanser ile yaşamaktadır.

Palyatif bakımın güncel tanımı "Hayatı tehdit eden hastalıklarda, hastalığın erken aşamasından itibaren yaşam süresini uzatmaya yönelik olan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilen yaklaşımlardır" şeklindedir. Palyatif bakım ciddi bir hastalığın yol açtığı semptomlara, ağrı ve strese yönelik yaklaşımlarla birlikte hastaya ekstra bir destek verilmesini kapsamaktadır. (1) Bir bakım felsefesi olan palyatif bakım organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir. Bu sistem ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin sayısı artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına verdikleri önem artmaktadır. Hastaların ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak hedeflerden biridir. Palyatif bakım bize; daha uzun yaşam süresi, daha iyi yaşam kalitesi, daha iyi hasta ve aile tatmini, daha düşük maliyet sağlar. (2)

Palyatif bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de temelde 3 yaklaşım vardır. Birincisi hastane temelli palyatif bakımdır ve özellikle yüksek riskli kompleks hastaların bakımı yapılır. Bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlar. İkincisi ev temelli bakımdır. Primer bakım ortamı ev ortamıdır. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın hastanın kendi ev ortamında verilmesini sağlamaktır. Üçüncüsü toplum temelli palyatif bakımdır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır. Düşük maliyetle bakım sunulmasından dolayı son yıllarda ön plana çıkmıştır. Hepsinde ortak amaç hasta ve kültürel değerleri temel alan hastaya ve yakınlarına uygun fiziksel psikososyal ve manevi desteğin sağlanmasıdır. (3-5)

Dünyada Palyatif Bakım

Dünyada palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonun sınıflandırılmasına baktığımızda palyatif bakım hizmetleri gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Ülkelerdeki palyatif bakım hizmetleri dört gruba ayrılmıştır. (6)

Grup 1: Palyatif bakım bulunmayan ülkeler ülkelerdir (%32).

Grup 2: Palyatif bakım yapılanmamış ve yeterli olmayan ülkelerdir (%10).

Grup 3: Palyatif bakımın yerel servislerle sağlandığını ülkelerdir (%39).

Grup 3a: Palyatif bakım olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkelerdir.

Grup 3b: Palyatif bakım yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkelerdir.

Grup 4: Palyatif bakım hizmetlerinin

sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulduğu ülkelerdir (%19).

Grup 4a: Palyatif bakımın sağlık sistemi içerisine entegre olma aşamasındaki ülkelerdir.

Grup 4b: Palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine entegre olmuş ülkeleri kapsamaktadır.

Ülkemiz bu sınıflamada 3b yani palyatif bakımın bölgesel olarak desteklediği grupta yer almaktadır. (7)

Palyatif bakımda ölüm kalite indeksinin belirlenmesi önemli yer tutar. Dünyadaki ölüm kalitesinin ölçümü için ölüm kalite indeksi ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi ve üye olmayan toplamda 40 ülkede ölçümler yapılmıştır. Ölçümler, sorulan sorulara doktorların ve uzmanların verdiği cevapların Ekonomist Inteligence Unit'te (EIU) toplanıp özel yöntemler kullanılarak hesaplanması ile yapılmıştır. Türkiye, ölüm kalitesindeki toplam puanı 2,8 ile 34'üncü sıradadır. Ölüm kalitesindeki toplam puan; yaşam sonu bakım servislerinin içinde bulunduğu şartlar, servislerinin ulaşılabilirliği, maliyeti ve kalitesine göre belirlenmektedir. Yaşam sonu bakım şartlarında palyatif bakım politikaları, kişi başı GSYİH'daki payı, ekonomik bağımlı yaş oranı, ortalama yaşam süresi, sağlık harcamalarının GSYİH payı, kişi başı yatak, doktor, hemşire sayısına göre belirlenmektedir. Sosyal güvenlik kurumları, emeklilik sisteminin sağlık kapsamı değerlendirildiğinde İsviçre ve Japonya 7,4 puan ile birinci sırada yer alırken Fransa, Hollanda, Belçika 7,3 puan ile ikinci sırada Türkiye ise 3,5 puan ile 33'üncü sırada yer almaktadır. Yaşam sonu bakıma ulaşılabilirliğe bakıldığında İngiltere 8,4 puan ile birinci sırada iken Türkiye 3,2 puanla 21.sırada yer alır. Maliyet; yaşam sonu bakım için kamu kaynakları, hastalara parasal yük getirmesi ve cepten ödenen paraya göre belirlenmekte ve Avustralya, Hollanda, Yeni Zelanda ve Norveç 9,0 puan ile birinci sırada yer alırken Türkiye, ABD, Güney Afrika ve Japonya 3,3 puanla 31. sırada yer almaktadır. Yaşam sonu bakımda kaliteyi, toplumun bu alandaki bilinci, tıp fakültelerindeki eğitim, bu

Palyatif bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de temelde 3 yaklaşım vardır. Birincisi hastane temelli palyatif bakımdır ve özellikle yüksek riskli kompleks hastaların bakımı yapılır. İkincisi ev temelli bakımdır. Primer bakım ortamı ev ortamıdır. Üçüncüsü toplum temelli palyatif bakımdır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır.

servislerin akreditasyonu, doktor hasta ilişkilerinin şeffaflığı, devletin DNR politikaları değerlendirilerek belirlenir. Kalite sıralamasında İngiltere 9,8 puanla 1. sırada yer alırken Türkiye 2,1 puanla 40.sırada yer almaktadır.

Dünyada palyatif bakım merkezlerinin sayısına baktığımızda toplam 84 ülkede 6.560 ünite bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemen her onkoloji merkezinin palyatif bakım için bir ünitesi veya "hospis"i bulunmaktadır. Bunların ülkelerdeki dağılımlarına baktığımızda ise durum farklılıklar arz etmektedir. ABD'de 5 bin civarında hospis, 3.600 palyatif bakım merkezi ve 19 bin bakım evi mevcuttur. ABD geneli için halen çok sayıda palyatif bakım merkezine ihtiyaç olduğu bildirilmektedir. Palyatif bakım ve hospis hizmetleri doktordan daha çok hemşire ve diğer personeller üzerinden verilmektedir. Hospis hizmetini bir merkezde vermekten ziyade evde verilmesi hedeflenmiş böylece hastaların evlerinde hizmet alması sağlanmıştır. Palyatif bakımın esas odak noktasının hastane merkezleri ile desteklenmiş evde sağlık ve aile hekimliği olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Palyatif bakım eğitimleri; temel eğitim, ileri düzey eğitim ve uzman eğitimi olarak üç seviye ile basamaklandırılmıştır. ABD düzey 4B'dir. 1980'ler de Cleveland Kliniği ve Wisconsin Medikal Kolej gibi kurumlarda hastane tabanlı programlarla palyatif bakım başlamıştır. Tıp fakültelerinin %80'inde palyatif bakım programı bulunmaktadır. Palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Morfine ulaşım kolaydır. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. *Medicare* ve *medicaid* palyatif bakımı kapsamaktadır.

Hollanda'da özellikle Fas ve Türk asıllı kişilerin aile yapılarından dolayı bu merkezleri çok tercih etmedikleri belirtilmiştir. Hollanda palyatif bakım sisteminde yer alan hizmetler farklılıklar arz eder. Tamamıyla evde verilen hizmetler, bağımsız hospisler, yaşlı bakım evlerindeki palyatif bakım üniteleri, bakım evlerindeki palyatif bakım üniteleri, hastanelerdeki palyatif bakım üniteleri, çocuk hospisleri olarak hizmetler yürütülmektedir. Hospise yatacak kişiler ABD'de son 6 ayı kalmış kişiler seçilmiş olmasına, DSÖ'ne göre yine 6 ay olmasına rağmen Hollanda da 3 ay ile sınırlandırılmıştır. Özel palyatif bakım merkezleri vardır. Hizmetin yürümesinde gönüllülük önemli bir yer tutmaktadır.

Almanya'da düzey 4B'dir. 1983 Köln Üniversitesinde cerrahi servisin bir

bölümünde palyatif bakım kurulmuş, 1990'larda palyatif bakım etkinlikleri hız kazanmıştır. 200'ün üstünde palyatif bakım veren merkezi ve 4.200 üstünde palyatif bakım doktoru mevcuttur. Morfin erişilebilir. Tıp fakültelerinde palyatif bakım eğitimi verilmektedir. Zorunlu devlet sağlık sigortası palyatif bakımı kapsamaktadır.

Avusturalya'da düzey 4B'dir. 1987'de dünyanın ilk palyatif bakım bölümü, Maddocks'un başkanlığında Flinders Üniversitesinde açılmıştır. Sağlık sistemine entegre ve yaygın palyatif bakım politikaları mevcuttur. 2005'te palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Ülkede şu anda 320 kadar aktif olarak hizmet veren palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır. Palyatif bakım bilinci gelişmiş ve morfin ulaşılabilirdir. 2007'en beri araştırma ve eğitim desteklenmektedir.

İngiltere'de düzey 4B'dir. Palyatif bakım 1967 Cicely Saunders'in İngiltere'de ilk modern hospisi kurmasıyla başlamıştır. 1982'de ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. Palyatif bakım politikaları vardır. Palyatif bakım uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır. Ülke genelinde yaygındır. Morfine erişilebilir ve palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Finansman Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu (NHS- National Health Service) tarafından sağlanmaktadır.

Kanada'da düzey 4B'dir. 1975 yılında Montreal ve Winnipeg hastanelerinde kurulmuştur. 1995'te bölgesel palyatif bakım hizmet stratejileri oluşturulmuş, sağlık sistemi, toplum tabanlı programlar üzerinde yeniden yapılandırılmıştır. Morfin erişilebilir. Sosyal yardım fonları vardır. Palyatif bakım bilinci çok iyi gelişmemiştir. Üniversite ve halk eğitim merkezlerinde palyatif bakım eğitim programları vardır.

Japonya'da düzey 4B'dir. 1981'de ilk palyatif bakım merkezi açılmıştır. 1990 palyatif bakımı sağlık sigorta fonu kapsamına girmiştir. Palyatif bakım standartları 1997'de belirlenmiştir. Palyatif bakım eğitimi ülkedeki çoğu tıp fakültesi ve tüm hemşirelik okulları müfredatında bulunmaktadır. Ülke çapında 120 palyatif bakım ünitesi hizmet vermektedir. Palyatif bakım bilinci gelişmemiştir.

Singapur'da palyatif bakım düzeyi 4B'dir. 1980'de ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. 1989 palyatif bakım derneği kurulmuştur. Ülke çapında 13 palyatif bakım ünitesi hizmet vermektedir. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Tıp fakülteleri ve hemşirelik okullarının müfredatlarına palyatif bakım eklenmiştir. Morfine ulaşılabilirlik kolaydır. Ulusal sağlık sistemi (medisave) ile entegre ve ödeme kapsamındadır.

Yeni Zelenda'da düzey 4A'dır. 1977'de San Diego hospis kurulmuştur. Ülke çapında 41 palyatif bakım ünitesi vardır. 1989'da palyatif bakım eğitimi başlamıştır. Hükümet ve yüksek miktardaki bağışlarla finansman sağlanmaktadır. Morfin kullanımı yasalarla düzenlenmiş kolay ulaşılabilirdir. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. 720'den fazla doktor, hemşire ve yardımcı sağlık profesyonelleri ile palyatif bakım hizmeti vermektedir.

Çin'de düzey 4A'dır. 120 palyatif bakım ünitesi vardır. Palyatif bakım eğitimi yapılmaktadır. Halkta palyatif bakım bilinci gelişmemiş ve sosyokültürel nedenlerle palyatif bakım ve hospislere karşı önyargı mevcuttur. Hastalar hastanede ölmek istememektedir. Akupunktur palyatif tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır. Doktor-hasta şeffaflığı yoktur. Ölüm tabudur ve morfine ulaşılabilirlik belirsizdir.

Güney Afrika'da düzey 4A'dır. 2004 yılında Afrika palyatif bakım derneği kurulmuştur. Ulusal sağlık politikaları yeterli değildir. Sağlık ve sosyal bakım altyapıları ilkeldir. Kırsal sağlık hizmetleri sadece destekleyici bakımı kapsamaktadır. Palyatif bakım konusunda anlayış eksikliği ve eğitimli profesyonel sıkıntısı vardır. Morfin için yasal düzenleme ve çalışmaları devam etmektedir. Morfin kullanımını kısıtlayıcı ilaç yasaları nedeniyle doktorlarda opiofobi gelişmiştir. Palyatif bakım eğitim programları Botsvana, Etiyopya, Tanzanya, Uganda, Zimbabve ve Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle "HIV ve Afrika'da Kanser Hastaları için Palyatif Bakım Projesi" gibi çalışmalar yapılmaktadır.

Moğolistan'da düzey 4A'dır. Ülke genelinde palyatif bakım hizmetleri ve uygulama standartlarına sahiptir. Her düzeyde ulusal palyatif bakım eğitim programları vardır. Sağlık sistemine entegre ve ücretsiz palyatif bakım hizmeti mevcuttur.

Hindistan'da düzey 3B'dir. Ulusal palyatif bakım politikası yoktur, kanser ve AIDS politikasıyla palyatif bakım erişimi sınırlıdır. Halkın %70'i kırsal alanda yaşamaktadır. Aile bağları güçlüdür, kültürel ve dini inanış nedeniyle hastanede ölmek istenmemektedir. 300 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Palyatif bakım eğitimi olmamakla beraber sağlık sigortası kapsamı çok düşüktür. Sağlık sistemine entegre olmayan fonlarla sistem desteklenmektedir. Morfine ulaşılamamaktadır.

Dünyada palyatif bakım eğitimi ülkeler arası oldukça farklıdır. Palyatif bakım Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Amerika Tıp Birliği (*American Medical Association*) doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programı uygulamaktadır. Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'na üye ülkelerin sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitim ve öğretim programları vardır. İsrail ve Ürdün'de hemşirelik lisans eğitiminde palyatif bakım klinik eğitimin bir parçasıdır. (8)

Türkiye'de Palyatif Bakım

Ülkemizde yıllarca üzerinde durulmamış ve ihmal edilmiş bir alandır. Son zamanlarda yasal düzenlemeler ve Sağlık Bakanlığının desteği ile çok ciddi ilerlemeler olmuştur. Merkezlerin sayısı artsa da gerçek manada palyatif bakım tedavi merkezi sayısı oldukça azdır. Ağrı merkezi sayısı yüksek ancak çoğu büyük şehirlerde yerleşmiştir. Halen çoğu yaşamının son evresindeki hastalara, kimsesizse gönüllü kişiler bakarken aile içerisinde de aileden en metanetli olan aile bireyi bakmaktadır. Geleneksel Türk aile yapısından dolayı, ABD ve Avrupa'daki teşkilatlanmalar olmasa da ölümcül hastalar son evrelerini hala ailelerinin yanında geçirebiliyor.

Türkiye'de 1990'ların başında ulusal palyatif bakım programına gereksinim olduğu fark edilmiş ancak bu da kanser hastalarında ağrı tedavisi sunumunun daha ötesine gidememiştir. "Kanser Bakımevi" İstanbul'da 1993-1997 yıllarında hizmet vermiştir. Bu süre içinde yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, hospis kavramının yeterince anlaşılmaması bu öncü kuruluşun kapanmasına

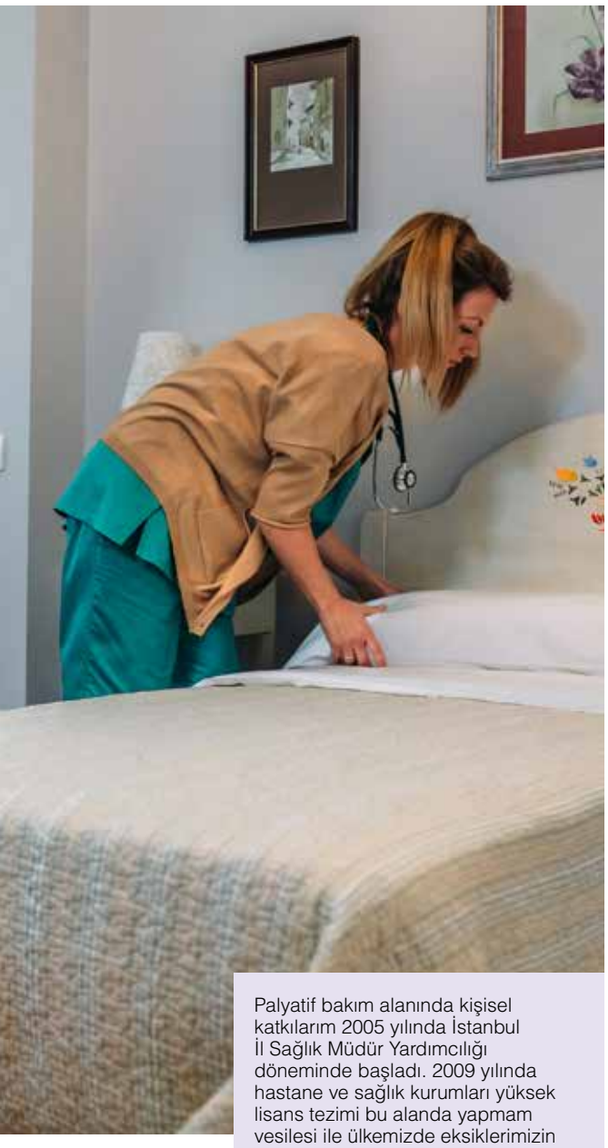
Yaşamın anlamını ve gelişmişlik düzeyimizi gösteren palyatif bakım hastalarına yaklaşımımız kendi yaşamımızı da yeniden gözden geçirmemizi sağlayacaktır. Yaşamının sonunda yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkıdır. Ancak ölümü anlayarak yaşamı içselleştirebiliriz. Yeni açılan palyatif bakım merkezlerine idareciler, sağlık çalışanları ve gönüllüler, benzer bir sonun kendileri içinde olabileceğini unutmadan sahip çıkmalıdır.

yol açmıştır. Kanser hastalarına yönelik ikinci girişim ise hospis bakımı amaçlı kurulan "Hacettepe Umut Evi"dir. Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında kurulmuş ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine bağlı olarak 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür.

Bu alanda yıllar içerisinde öncü hastaneler olmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, bu alanda ilk faaliyet gösteren üniversitelerdendir. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ilk palyatif bakım merkezi açılan eğitim ve araştırma hastanesidir. Ankara Ulus Devlet Hastanesi ilk kapsamlı merkezin açıldığı devlet hastanesi olurken Bezmialem Vakıf Üniversitesi vakıf üniversiteleri arasında ilk palyatif bakım merkezi açılan üniversite olmuştur. Sonraki yıllarda Palya-Türk projesi bu alanda önemli bir açılım olarak planlanmıştır. Birinci seviye toplum temelli merkezleri oluşturmaktadır, aile hekimleri ve evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Hastane merkezleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye bakımı kapsayan akut bakım merkezlerini kapsamaktadır. Kronik bakım merkezlerini ise hospisler oluşturur.

Ülkemizde bu alanda ilk yönerge "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"si olarak 09.10.2014 tarihli ve 640 sayı ile yürürlüğe girmiştir. Sonra palyatif bakım merkezlerine yönelik asgari standartları düzenleyen "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 07/07/2015 tarih ve 253 sayılı makam oluruyla düzenlenmiş ve önceki yönerge yürürlükten kaldırılmıştır. 24.12.2014 SUT'da palyatif bakım merkezlerinin tanımlaması yapılmış, "palyatif bakım tedavisi günde en fazla 1 (bir) kez faturalandırılır" şartı getirilmiştir. 27.02.2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından "Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yürürlüğe girmiştir.

2010 yılında il sağlık müdürlükleri aracılığı ile toplanan verilerde, ülkemizde sadece 9 adet palyatif bakım merkezi vardı ve bunların büyük bölümü üniversite hastanelerindeydi. 33 ilde hizmet veren, toplam 72 adet ağrı bölümü vardı. Bu merkezlerin 35'i devlet hastanelerinde, 31'i üniversite hastanelerinde ve kalan 6'sı da özel sektör içerisinde hizmet vermekteydi. 28 merkez Ankara ve İstanbul'da yerleşik iken 56 merkez Batı ve Orta Anadolu'da yerleşikti. 2014 yılında 15 merkez ve 179 yatak vardı. 2016 yılında yatak sayısı 2.106 idi ve



Palyatif bakım alanında kişisel katkılarım 2005 yılında İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcılığı döneminde başladı. 2009 yılında hastane ve sağlık kurumları yüksek lisans tezimi bu alanda yapmam vesilesi ile ülkemizde eksiklerimizin olduğunu tespit ettim. Palyatif bakım, multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu amaçla ulusal ajansın Avrupa Birliği projelerinden "Hayat Boyu Öğrenme (Leanordo da Vinci)" programları çerçevesinde Almanya'daki palyatif bakım uygulamalarını gözlemlemek ve hizmet verecek ekibin Avrupa standartlarında mesleki eğitim alması için proje oluşturduk. Yurt dışından 2 kurum, Türkiye'den 4 kurumla iletişime geçildi 14 kişi ile Almanya'da eğitim alınması sağlandı. Bu deneyimler diğer kurumlarla paylaşılmak ve sağlık profesyonellerinin yanında, gönüllüler, hasta ve yakınlarının da eğitim almalarını sağlamak için 2013 ve 2018 yılında Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi'ni ayrıca sağlık profesyonellerine 5, gönüllülere 2 kez eğitim ve palyatif bakım kursunu organize ettik. 2019 yılında ülkemizdeki en kapsamlı kitaplardan biri olan ilk defa multidisipliner yaklaşımlı "Palyatif Bakım ve Tıp" kitabını ve bu alanla ilgili 3 değişik kitapta bölüm yazdık.

bir yılda 34.011 hasta bakıldı. 2017 yılında 238 sağlık bakanlığı ve 14 tanesi üniversitede olmak üzere 252 merkez vardı ve toplam yatak sayısı 2.942 idi. 2018 yılında 294 palyatif bakım merkezi ve 3730 yatak sayısı vardı. 2019 yılı mart ayı itibarı ile palyatif bakım merkezi 365 ve yatak sayısı 4.855'e ulaştı.

Sorunlar

Yatak sayısı ve merkezlerdeki artışlarla birlikte bu merkezlerde çözüm bekleyen birçok sorun da ortaya çıkmıştır. Hasta ve yatak başına düşen hemşire sayısı yetersizdir. Sertifika programı çalışan hemşireler için yetersiz, hekimler için ise hiç yoktur. Görev tanımları yapılmamış, özlük hakları yetersizdir. Kalite kriterleri geliştirilmeli, odalar tüm birimlerde tek kişilik olmalı, hasta yakını için sosyalleşme alanları oluşturulmalıdır. Palyatif bakım çalışanlarının sürekli eğitimleri periyodik olarak yapılmalı, hizmet içi eğitimler artırılmalı, tükenmişlik sendromuna karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Eğitim lisans, lisansüstü ve uzmanlık bazlı yapılandırılmalı ve palyatif bakım eğitimi her düzeyde verilmelidir. Palyatif bakım ihtisası oluşturulmalı, tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı kurulmalıdır. Hemşire bakım evleri (*nursing home*) oluşturulmalı, palyatif merkezler arasında koordinasyon birimleri ve hastalar için algoritmalar oluşturulmalıdır. Basamaklandırma muhakkak olmalı, ventilatöre bağlı hasta ve sadece destek tedavisi uygulanan hasta aynı serviste yatmamalıdır. DNR sorunu yasal olarak çözülmeli, son dönem bakım veya kanser hastalarına resüsitasyon konusu netleştirilmelidir.

Destek evi (hospis) yapılanmasının olmaması, hastalarına sahip çıkmayan aile fertleri ya da kimsesiz hastalarda taburculuk işleminin yapılmasına engel olmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için semptom yönetimi ve destek sağlar. Destek evi bakımı ise ölümcül hastalığa sahip altı ay ya da daha kısa yaşam öngörüsünde bulunulan, küratif tedavisi tamamlanmış veya durdurulmuş hastalara sunulmaktadır. Kendi kültürümüze uygun olarak evde sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve yeni oluşturulacak destek evleri ile bu sorunun çözülmesi gerekir. Evde bakım hizmetleri palyatif bakımlarla beraber çalışmalı ve buralara taburculuk işlemleri koordineli yapılabilmelidir.

Son Söz

Ülkemizde palyatif bakım alanında ilerlemeler oldu fakat daha yapılacak birçok iş var. Yaşamın anlamını ve gelişmişlik düzeyimizi gösteren palyatif bakım hastalarına yaklaşımımız kendi yaşamımızı da yeniden gözden geçirmemizi sağlayacaktır. Yaşamının sonunda yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkıdır. Ancak ölümü anlayarak yaşamı içselleştirebiliriz. Yeni açılan palyatif bakım merkezlerine idareciler, sağlık çalışanları ve gönüllüler, benzer bir sonun kendileri içinde olabileceğini unutmadan sahip çıkmalıdır. Bütün planlamalar, destekler, tedaviler hasta odaklı, hastanın yaşam konforunu artırmaya yönelik olmalıdır. Ancak o zaman palyatif bakım ve son dönem hasta bakımı gerçek misyonuna ulaşır. Ancak o zaman bize umut ve endişe ile bakan hastalarımızın ruhuna dokunabilir, onlara fayda sağlayabilir ve hayır dualarını alabiliriz. (11)

Kaynaklar

1) Hawley PH, The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. J Pain & Sympt Manage 2014; 47 (1): e2-e5

2) Akçakaya, A, Akçakaya, FB. "Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihçesi," Akçakaya A (editör) In Palyatif Bakım ve Tıp, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019, pp.2-6.

3) Lagman R1, Walsh D. Integration of Palliative Medicine İnto Comprehensive Cancer Care. Semin Oncol. 2005 Apr;32(2):134-8.

4) https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp-guidelines-2013/

5) https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

6) Torun P. "Dünyada Palyatif Bakımın Gelişimi" Akçakaya A (editör) In Palyatif Bakım ve Tıp, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019, pp.7-10.

7) Lynch T1, Connor S, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. J Pain Symptom Manage. 2013 Jun;45(6):1094-106.

8) Akçakaya A., "Palyatif Bakımda Eğitim", Güncel Sağlık Bilimleri Çalışmaları I, Tuncay Özgünen, Editör, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara, 2019, ss.1-9,

9) Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.

10) Akçakaya, A. "Palyatif Bakım," In Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul: Türkiye Eğitim, Sağlık ve Araştırma Vakfı, 2018, pp.36-37.

11) Akçakaya, A. "Türkiye'de Hastanelerde Palyatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi," İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A. (Editörler), In Palyatif Tıp, İstanbul: İSAR, 2019, pp.1-228.

Yaşa(yadur)mak ya da huzurla ölebilmek

Dr. Öğr. Üyesi Sibel Doğan

1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, ERÜ Onkoloji Hastanesinde kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. 2012 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görev yapmakta, aynı zamanda erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini yürütmektedir.

"Ey ölü, az daha yaşatmak isterdim seni,
Habersiz bırakıp gittiğin evde.
Giysen hazır duran terliklerini,
Odalarda dolaşsan, öksürsen
Toplasan bu yaz da bahçende yemişleri,
Az daha ömür sürsen."
Ziya Osman Saba

İnsanoğlu doğduğu andan itibaren kaçınılmaz olarak ölüme doğru ilerler. Varoluşçu felsefenin önde gelen isimlerinden Alman filozof Heidegger, insanı tanımlarken "ölüme doğru varlık" ifadesini kullanmış ve insanın her an ölmekte olan bir varlık olduğunu belirtmiştir. İnsan ne yaparsa yapsın ölümü hiçbir zaman erteleyemez ve engelleyemez. Diğer taraftan insanlar tarih boyunca ölümsüzlüğün peşinde koşmuştur. Bu konuda yazılı veya dilden dile, nesilden nesle aktarılarak gelen ölümsüzlük efsaneleri vardır. Bunlardan bir tanesi şöyledir: Lokman Hekim zamanının en iyi doktor ve eczacısıymış. Dükkânında her türlü hastalığın çaresi olan ilaçlar varmış. Hastalar içeri girdiklerinde, hastalıklarına iyi gelecek olan ilaç şişesi sallanırmış. Bir gün içeri birisi girmiş. Ancak hiçbir şişe sallanmamış. Lokman Hekim bunun üzerine: "Senin hastalığının çaresi yok, öleceksin." demiş. Adam ölümden kurtuluşunun olmadığını öğrenince çok üzülmüş. Her şeyini satmış. Yanına bir at, tüfek ve av köpeği alarak dağlara çıkmış. Vurduğu hayvanları yiyip, yörüklerden yoğurt, süt alarak yaşıyormuş. Bu arada hastalığı da iyice artmış. Bir ağacın altına gelmiş. Atını bağlayıp yere oturmuş. O sırada bir yörük kadını, bir tas sütü yere koymuş. Yılanların sütü sevdikleri bilinir. Tasa yaklaşan bir yılan sütü içmiş, sonra da zehrini süte kusmuş. Tas yemyeşil olmuş. Ağrıları iyice artan adam: "Gidip şu zehri içeyim de ölüp kurtulayım." diyerek zehirli sütü içmiş. Bir süre sonra ishal olmuş ve kusmaya başlamış. Ancak oldukça hafiflediğini hissediyormuş. Ölmek için içtiği zehirden sonra daha iyi olduğunu görmüş. Gün geçtikçe iyileşmiş ve hastalığı tamamen geçmiş. Lokman Hekim'e gidip: "Sen bana öleceğimi söylemiştin ama ölmedim." demiş. Bunun üzerine Lokman: "Ben sana ala ineğin sütünü nereden bulayım, sütü yılana içirip, nasıl tasa kusturayım? Hastalığının çaresi vardı ama bu ilacı temin etmek zor olduğu için öyle dedim." diye cevap vermiş. Rivayete göre, o gün bugündür, tas ve yılanın eczacılık ve tıp biliminin simgesi olması Lokman Hekim'e dayanmaktadır.

Ölümün kaçınılmazlığı, zaman olarak belirsizliği ve olayın ortaya çıkmasından sonra bilinmezliği, her düşünce ve her inançtaki insanda yüzyıllardır şiirlerle, şarkılarla, inançlarla tanımlanmaya çalışılan korkuların en büyüğünü yaratmıştır. Ölüm, tarihsel ve kültürel koşullar içinde gerçekleşmektedir. Ölüm çok bilinmeyeni olan bir fenomendir. Ölüm yaşamın içinde olsa da onun algılanması, zihinde canlandırılması, özellikle de temsil edilmesi çok zordur. Kimi için ölüm görmezden gelinirken kimi için gelmiş geçmiş en kötü şey, tüm varoluşun başlıca belası, bir felaket, bir trajedi ya da en kötü cezadır. Ölümle ilgili bu görüşlerin hiçbiri yeni değildir, birçoğu geçmişten beri süregelmektedir.

Tarih boyunca ölüm üzerine olumlama, yüceltme, kayıtsızlık, indirgeme ve yadsıma gibi birçok düşünme şekli ortaya çıkmıştır. Ölüm yaşamdan bağımsız değildir. Montaigne'e göre "Ölüm her bakımdan yaşamla karışıp kaynaşmıştır. Ölüm ve yaşam birbirleriyle aynı şeydir. Ölüm, yaşamın kökenidir. Hatta sonsuz olan hayat değil ölümdür." İnsanlık tarihinde doğum kadar ölüm de doğal ve olağan bir durumdur. Dünyanın varoluşundan günümüze, doğup da ölmeyen bir canlı yoktur. Geçmişten günümüze var olan tüm toplumlarda beden ve ölüm kültürün temel öğeleri arasında yer almıştır. 17. yüzyılda aklın oldukça önemli bir konuma gelmesiyle birlikte bedenin konumu da daha belirgin hale gelmiştir. Düşünen, denetleyen ve soru soran aklın tersine sadece bir kabuk olan "beden", diğer fiziki nesnelerden farksız nitelikler ile tanımlanmış maddi bir nesne olarak dış dünyanın parçası şeklinde algılanmıştır. Ölüm ise sadece bedeni etkileyen bir durum olarak görülmüştür. Modern tıbbın beden üzerinden hastalık ve ölüm konusundaki hakimiyeti, bedenin modernite tarafından belirlenen niteliklerine uygun bir ölüm anlayışının da zeminini oluşturmuştur.

Modern ölümün ilk basamağını tıp oluşturmuş ve ölümü hastalık nedenleriyle ilişkilendirmiştir. Bu anlayıştan hareketle modern tıp, ölüme değil ama hastalıklara karşı durabilir, her birini önleyebilir ya da üstesinden gelebilirdi. Ölüm ile savaşmak anlamsızdı ama ölüm nedeni olarak hastalıklarla savaşmak tıbbın yeni anlamı olmuştu. Hatta ölüm; klinik ölüm, beyin ölümü, hücre ölümü şeklinde çeşitlendirilip minik parçalara bölünerek biraz daha yaşamdan uzaklaştırılmış, kabul edilmez hale getirilmişti. Bu süreçte bir başka önemli konu ise ölümü gündelik yaşamın örtüsü altına almak, gizlemek ve mekânlardan, söylemlerden onu kovmaktı. Ölümün günlük yaşamdan ve normaliteden kovuluşu aslında modern toplumun ölümü inkâr etmesinin göstergesiydi. Bu durum toplumsal yaşamın içinde farklı görüntülere sahne oldu; mezarlıkların şehrin dışına taşınması, halka açık cenaze törenlerinin eski katılımını kaybetmesi, ölüm sürecindeki hastaların evinde değil hastanelerin yoğun bakımlarında mekanik bir biçimde hayata veda etmeleri vb.

İnsanlar binlerce yıldan beri sağlıklı, kaliteli ve uzun süreli bir yaşam için çalışmaktadırlar. Ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel gelişmeler sonucunda pek çok hastalık tedavi edilmiş ya da edilebilir hale gelmiştir. Ortalama yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artmasıyla doğru orantılı olarak kronik hastalıklarda artış olmuş, bu hastalıkların artması sonucu ölüm denilen olay güçleşmeye başlamıştır. Bazı insanların ölümü beklemesi işkenceye dönüşmüştür. Eskiden insanlar ölümle burun buruna kaldıklarında "Allah verdi, Allah aldı." derken yaşam süreci uzadıkça insanlar, ölümün doğal olduğu düşüncesinden uzaklaşmış, adeta ölüm döşeği hastanelere taşınmış ve günümüzde ölümler en fazla hastanelerde gerçekleşmeye başlamıştır. Kültürümüzde ölüm döşeği ifadesinin taşıdığı anlamlar vardır. Artık yaşamın sonuna gelmiş, son hastalık dönemindeki bireyin yattığı yatağa, "ölüm döşeği" veya yaygın ifadeyle "rahat döşeği/yatağı" denir. Rahat döşeğinde ölmek deyimi; genellikle tedavilerinde olumlu sonuç alınamayan, ümitsiz hastaları; "evinde, sevdiklerinin arasında rahat ölsün, vasiyetini yapsın, helalleşsin" düşüncesiyle, evinde, kendi yatağında ruhunu teslim etmesi anlamında kullanılmaktadır. Günümüzde bu düşünce çoğu zaman gerçekleşememektedir. Tıbbi ve teknolojik gelişmeler, biyolojik açıdan insanların yaşam süresinin uzamasına yol açmıştır ancak insanın biyolojik varlığının ötesinde, yaşamı yaşam yapan psikospiritüel varlığının göz ardı edilmesine neden olmuştur. Hayatın sadece biyolojik olarak değil, biyografik olarak da korunması gerektiğini savunan James Rachels'a göre; korunması

Yaşamın son günleri, hasta ve ailesi açısından çok önemli ve özel zamanlardır. Hastaya yarım kalan işlerini bitirmek, son hatıralarını oluşturmak, son armağanlarını vermek, manevi huzura ermek, sevdiklerine veda etmek için fırsat sağlar. Bu fırsat aile için de geçerlidir. İyi yönetilen bir yaşam sonu bakım, aile üyelerine olgunlaşma şansı sağlar. İyi yönetilmeyen yaşam sonu bakım ise hastanın gereksiz acılar yaşamasına, bunu gören aile üyelerinin de aylarca devam eden stresine ve kendi ölüm anları ile ilgili yoğun endişe yaşamalarına zemin hazırlar.

gereken hayat, canlı olmaktan kaynaklanan biyolojik bir hayat değil, “bir hayata sahip olmak”tan kaynaklanan biyografik hayat olmalıdır. Canlı olmak ve bir hayata sahip olmak arasında fark vardır. Rachels, “insanların çeşitli arzuları, istekleri ve başkalarıyla ilişkileri açısından karmaşık varlıklar” olmaları nedeniyle daha fazla saygıyı hak ettikleri düşüncesindedir. Bu saygı yaşam sonu dönemde de sürdürülmelidir. Rachels, birçok insana göre ölümün kötü olmasının nedenini, biyolojik yaşamı ‘yaşam’ yapan şeylerin kaybına bağlamaktadır. Bunu şu şekilde açıklar: Ölüm ilk olarak, insanı yaşamının olanaklarından mahrum kılar, ikinci olarak, yeteneklerini geliştirme şansını yok eder, üçüncü olarak isteklerini, arzularını, planlarını boşa çıkarır, dördüncü olarak da yaşamının belli bir amaca yönelik çeşitli aşamalarını anlamsız hâle getirir ve bütün yaşamı tamamlanmamış kılar. Bunlardan dolayı insanlar ölümden korkar. İnsanın ölümü başka bir şeydir, tarifsiz bir acıdır. Ölüm herkes için kaçınılmaz bir sondur ama herkes bu son süreçte iyi bir ölüm ister. İyi ölüm nedir? Herkesin iyi ölüm tanımı tabii ki farklıdır. Başlıca iyi ölüm tanımları; yatakta uyurken ölmek, hiç kimseye muhtaç olmadan, sürünmeden, akıl sağlığını yitirmeden, sevdiklerinin yanında kendi evinde ölmek gibi… Peki insanlar iyi bir ölüm istediklerine göre, bir de bunun karşıtı kötü ölüm olmalı. Kötü ölüm; gereksiz acıların yaşandığı, hastanın isteklerinin yerine getirilmediği, yakınlarının yanında olmadığı, gereksiz ve acı verici tedavilerin uygulandığı, yaşamının işkenceye dönüştüğü ölümleri içermektedir. İnsanların çoğu bu nedenle ölüm kaçınılmaz ise “hayırlı ölüm” olması şeklinde dua ederler. Gelişmiş tıbbi uygulamalar ve özellikle yoğun bakım hizmetleri, bazı hastalar için hayatta kalmayı sağlarken bazı hastalar için yalnızca ölümü geciktirmektedir. Dünya genelinde ve ülkemizde ölümlerin yaklaşık %60’ı hastanelerde ve hastanelerdeki ölümlerin de yine yaklaşık %60’ı yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir.

Hayat kavramı canlı olmaktan ziyade, insanca yaşama, ölene dek yaşama anlamına gelmektedir. Sağlık çalışanları hastanın yaşam kalitesi kadar “ölüm kalitesini” ve “iyi ölümünü” de düşünmelidir. Huzurlu/iyi ölüm; kişinin kendisinin ve yakınlarının ölümü kabullenerek, kişinin ölümünden önce tamamlamak istediği işlerini tamamladığı veya planlayarak düzenlediği, ağrı ve diğer rahatsız edici semptomları olmadan, çocukları veya diğer sevdiği yakınları yanında olarak, evinde veya ev koşullarına göre dizayn edilmiş bir çevrede yaşamının sonlanmasıdır. Terminal dönemdeki hastaların ölüme huzur ve saygınlık içinde ulaşabilmesi sürecinde hasta ve hasta yakınlarının yapacağı ölüm yeri tercihi, ölüm zamanındaki yaşam kalitesini hatta ölümün kalitesini geliştirmesi açısından önemlidir. Terminal dönemde hastalar, sıklıkla başkalarına yük olma, ölürken fiziksel ve duygusal yeteneklerin kaybolması, dayanılmaz ağrıların olması, ölüm sürecinde önemli yaşam hedeflerini başarmadan ölme korkularını yaşayabilmektedir. Bu süreç profesyonelce ele alınmalıdır.

1998 yılında Ruland ve Moore tarafından terminal dönemdeki hastalar için “Huzurlu Yaşam Sonu Teorisi” geliştirilmiştir. Bu teori terminal dönemdeki hastalara huzurlu bir yaşam sonu sağlama ana temasında kavramsal bir çerçeve oluşturmaktadır. Terminal dönemdeki hastalara huzurlu yaşam sonu planlaması nasıl yapılır?

Huzurlu Yaşam Sonu Standardının Sonuç Kriterleri

Hasta için:
- Ağrı yaşamama
- Bulantı deneyimi yaşamama
- Susuzluk deneyimi yaşamama
- Optimum konfor yaşama
- Huzurlu olma
- Yalnız ölmeme

Hasta ve yakınları için:
- Mümkün olan en iyi bakımı alacağına güvenme
- Umut ve anlamlılığı sürdürme
- Hastanın bakımı ile ilgili karar vermeye katılma
- Bir insan olarak onur ve saygı içinde tedavi görme
- Hastanın yaşam sonu ile ilgili pratik ve ekonomik konuların açıklığa kavuşturulması için yardım alma
- Hoş bir çevrede yaşama

Hasta yakınları için:

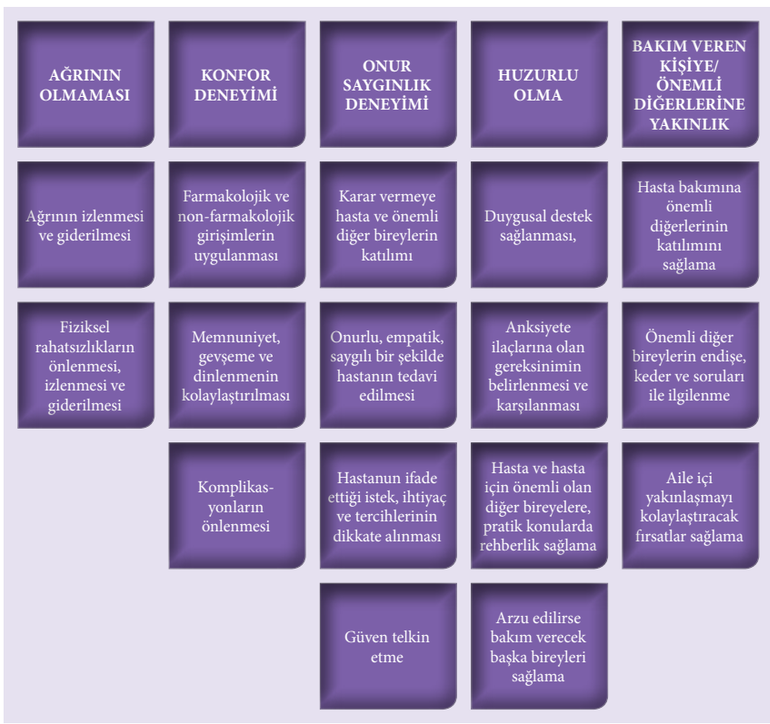
- İstedikleri gibi hastanın bakımında yer alma
- Onların inançları, kültürel törenleri ve isteklerine uygun olarak hasta ile vedalaşabilme
- Farklı cenaze prosedürleri ve olanakları hakkında bilgilendirilme
- Hastanın ölümünden sonra bir izlem ziyareti sunulması

Huzurlu Yaşam Sonu Teorisi"nin ana kavramları 5 başlıkta toplanmıştır:

1) Ağrının olmaması
2) Konfor deneyimi
3) Onur ve saygı deneyimi
4) Huzurlu olma
5) Hasta için önemli olan diğer bireylere yakınlık

Terminal dönemdeki hasta ve ailesinin ihtiyaç duyduğu hizmet ve yaklaşımlar, klasik tıbbi müdahalelerin aksine palyatif bakım müdahaleleri gerektirmektedir. Palyatif bakım, hasta ve ailesinin yaşam niteliği ve konforunun mümkün olduğunca iyileştirilmesine odaklanan, multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hasta ve ailesinin fiziksel, psikospirütüel, sosyokültürel ve çevresel konfor ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve karşılanamayan gereksinimlerine yönelik konforu arttırıcı bakım uygulamaları, palyatif bakımın da olmazsa olmazlarındandır. Palyatif bakımda konforu sağlamak ve sürdürmek için ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlar ile psikolojik, sosyal ve manevi sorunların kontrolü çok önemlidir. Palyatif bakımda amaç, hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanarak hastaya kaliteli yaşam sunulmasıdır. Mevcut sağlık sistemimizin içinde, huzurlu/iyi ölüm dediğimiz süreç ancak ve ancak etkin bir palyatif bakım hizmeti sunan multidisipliner bir ekibin varlığına bağlıdır. Ülkemizde giderek yaygınlaşan palyatif bakım servislerinin, özellikle terminal dönemdeki hasta yakınlarının çoklu ihtiyaçlarına daha etkin cevap verebilmesi için nitelik ve nicelik açısından daha da iyileştirilmeleri zorunludur. Kişisel görüşüm ise terminal dönem hastalar için ülkemizde hospis hizmet modeline geçilmesi gerektiğidir. Günümüzde dünyada palyatif bakım hizmetleri; hastane ortamında, birinci basamak sağlık alanlarında, ev ortamında ve hospislerde sağlanmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki sorunların daha özel koşullarda ele alınması, daha sürece uygun hizmetlerle sağlanması gerekmektedir. Yaşam sonu dönemdeki bireye "ölene dek yaşadığının" hissettirildiği ortamlar hospislerdir. Fayda görmeyeceği bilinmesine rağmen ölümü yaklaşırken hastaların gereksiz yere yoğun bakım ünitelerine yatırılıp, kaliteli bir ölüm gerçekleştirememe sorunu ve sınırlı sayıda, oldukça maliyetli olan yoğun bakım ünitelerinin de gereksiz kullanılmaları sorunlarının çözümü hospislerdir. Yaşamın son günleri, hasta ve ailesi açısından çok önemli ve özel zamanlardır. Hastaya yarım kalan işlerini bitirmek, son hatıralarını oluşturmak, son armağanlarını vermek, manevi huzura ermek, sevdiklerine veda etmek için fırsat sağlar. Bu fırsat aile için de geçerlidir. İyi yönetilen bir yaşam sonu bakım, aile üyelerine olgunlaşma şansı sağlar. İyi yönetilmeyen yaşam sonu bakım ise hastanın gereksiz acılar yaşamasına, bunu gören aile üyelerinin de aylarca devam eden stresine ve kendi ölüm anları ile ilgili yoğun endişe yaşamalarına zemin hazırlar. Huzurlu yaşam sonu hizmetlerinin sağlanması için sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalığının, bilgi ve becerisinin artırılması kadar, palyatif bakım hizmetlerinin yaşam sonu döneme özgü hizmet yapılanması olan hospis sistemine geçişin ülkemiz için gerekli ve önemli olduğunu bir kez daha vurgulamak istiyorum. İnsanlarımızı son nefesine kadar konforlu ve huzurlu bir şekilde yaşatabilmek dileğiyle.

Huzurlu Yaşam Sonu Teorisinin Kavramları



Kaynaklar

Aydoğdu, H. (2016) Kierkegaard ve Heidegger'de Ölümün Eksistensiyal-Ontolojik Çözümlemesi. Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi. 17:127-150

Beckstrand, RL, Callister, LC, Kirchhoff, KT. (2006). "Providing a 'Good Death': Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-life Care". American Journal of Critical Care, 15(1):38-46.

Cimete, G. Yaşam Sonu Bakım. Nobel Tıp Kitabevi. 2002, İstanbul

Çam O, Bilge A. Keskin G. Gidenler ve Geride Kalanlar. Egetan Basım. 2010, İzmir.

Doğan, S. "Huzurlu Ölüm ve Hospisler". SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Eylül-Ekim-Kasım 2015 sayı: 36 sayfa :42-45

Doğan, S. "Yaşamın Sonuna Bakış" SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Aralık-Ocak-Şubat 2016-2017 sayı:41, sayfa: 58-59

Doğan, S. Sağlık Bakımında Konforun Başka Bir Boyutu "Palyatif Bakım" SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2017 sayı: 42, sayfa:84-85.

Gökçe, G. (2017). İyi Ölümden Kötü Ölüme, "İstemli" Ölümden "İstemsiz" Hayata;Öl[dür]me ve Yaşa[t]ma Hakkı Üzerine. MSGSÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 1 (15): 57-91

Ruland, CM. and Moore, SM. (1998). "Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life". Nurs Outlook, 46 (4): 169-175.

Soll, I (2006) "Ölümün İddia Edilen Önemsizliği Üzerine". Malpas, Jeff – Solomon, Robert C. (Editörler), Ölüm ve Felsefe (Çeviren: Nur Küçük) İçinde, (ss. 52–85), İstanbul: İthaki Yayınları.

Yıldırım Y, Doğru Bv, Mehrekula Z, Aykar F. (2017). Terminal Dönemdeki Hastaların Bakımında Huzurlu Yaşam Sonu Teorisi. GÜSBD. 6(3): 195-202

Yaşamın sonu konusundaki tartışmaların etik boyutu

Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Tıp tarihi, deontoloji ve tıbbi etik ile kamu yönetimi alanlarında doktora yaptı. Başkent Üniversitesi Tıp Tarihi ve Tıbbi Etik Anabilim Dalının kuruculuğunu yapan Çobanoğlu Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalının kurucusu ve başkanı olarak halen görev yapmaktadır.

"Tüm dünya için sadece bir kişi olabilirsin fakat bazıları için sen bir dünyasın!"
Gabriel García Márquez

Geçen yıllarda BBC'de okuduğum bir makalenin başlığı son derece ilginçti. "Hekimler, bizi Tithonus gibi yaşatmayın!" Makalenin içeriğinde, gelişen teknoloji ile birlikte insanların evlerinde doğal biçimde ve sevdikleri insanların arasında ölemedikleri anlatılıyordu. Yaşlanıp evde ölmenin imkânsızlaştığı, hastalanan insanların mutlaka hastaneye götürüldükleri ve orada yoğun bakımlarda, yeni teknolojiler eşliğinde uygulanan tedavi yöntemleri ve tıbbi uğraşlar sonucunda, insanların iyileşmesinin sağlanamadığı ama ölüm sürecinin çok uzatıldığını, bu arada hastalara gereksiz ıstırap, acı ve ağrı çektirildiğini anlatan yazar, hekimleri suçluyor ve bunu yapmamaları gerektiğini vurguluyordu. Böyle devam eden yazının sonunda yazar, "vasiyetimdir; yaşlandığımda hastalanırsam beni asla yoğun bakıma götürmeyin" diyerek makalesini bitiriyordu. Hekimleri suçlayan ve başlığıyla ilgimi çeken yazıyı bir solukta okudum. Toplumu yaşamın son dönemlerine ilişkin kendi kararlarını almak yönünde, tartışmaya davet ediyordu. Bu ilginç ve bazı açılardan haklı görülebilecek yazı oldukça sarsıcıydı. Bu konudaki kararlar, farklı durumlarda değişmekle birlikte, sadece hekimleri değil, toplumu oluşturan tüm bireyleri ilgilendiren yönler içermektedir.

Öncelikle Tithonus kimdir? Eski Ege mitolojisinde Tithonus ile ilgili öyküyü bulup, heyecan ve ilgiyle okudum. Tanrıça Eos, diğer adıyla Aurora şafak tanrıçasıydı. Halk arasında "gül elli tanrıça" olarak ta bilinen şafak tanrıçası oldukça güzeldi. Her gün şafakla birlikte yeryüzüne inerdi. Bir gün, bizim günümüzde Çanakkale olarak bildiğimiz yerde, o zamanlar Troya İmparatorluğu olan topraklarda, şafak ile birlikte bir tepenin üzerine indiğinde, çok yakışıklı genç bir delikanlı ile karşılaştı. Troya İmparatorunun küçük oğlu genç Tithonus! Tithonus o kadar yakışıklıydı ki, "yeryüzünde gün ışığının değdiği en yakışıklı delikanlı" olarak tanımlanır. Tanrıça Aurora yani gül elli güzel tanrıça Eos, ilk görüşte bu yakışıklı ve yiğit delikanlıya aşık olur. Troya Sarayı'nın genç prensi Tithonus da bu güzel tanrıçaya aşık olur. İki sevgili çok mutludur. Günlerinin çoğunu birlikte geçirirler. Dillere destan bir mutluluk yaşarlar. Fakat önemli bir sorun vardır. Tanrıça ölümsüzdür. Oysa Tithonus bir ölümlüdür. Eos için Tithonus'un ömrü, bir insan için kelebeğin ömrü ne kadarsa o kadardır. Bu durumu değiştirebilecek tek kişi, tanrılar tanrısı, baştanrı Zeus'tur. Tanrıça Eos, Zeus'a giderek Tithonus'u ölümsüz yapmasını ister. Zeus, ciddi bir sesle sorar "Neden, Tithonus'u neden ölümsüz yapmalıyım?" Eos, "Çünkü ben Tithonus'u seviyorum, O'na çok aşığım" der. Zeus kahkahalar atarak güler. "Eğer ben her aşık olduğumu ölümsüz yapsaydım... Git işine Aurora!" der.

Ancak kadınlar asla vazgeçmezler. Tanrıça Aurora da vazgeçmez ve Zeus'un çok memnun olacağı etkinlikler düzenler, çok hoşuna gidecek hediyeler sunar ve tam eşref saatini yakalar. Zeus çok keyiflenir ve "Dile benden ne dilersen Aurora?" dediğinde, Aurora "Tithonus'a ölümsüzlük!" der ve Zeus Tithonus'u ölümsüz yapar. Fakat, Aurora eksik dilek dilemiştir. Sonsuz gençlikle birlikte ölümsüzlük dilemediği için Tithonus yaşlanmaya başlar ama ölümsüzdür. Böylece, yıllar geçtikçe giderek yaşlanan Tithonus, yaşlanır, yaşlanır, yaşlanır... Genç ve güzel tanrıça Eos önceleri yüzlerce yıl sevdiği adama bakar ama dışarıda

hayat akıp gitmektedir. Bir süre sonra dışarıdaki yaşamın çekiciliği karşısında Eos, Tithonus'u bakıcılara bırakarak gider. Tithonus, ağrı ve acılar içinde inleyen çok yaşlı, hiçbir ihtiyacını kendisi karşılayamayan, sürekli bakıma muhtaç, kendi kendine sağdan sola dönemeyen, beslenemeyen ama asla ölmeyen, ölemeyen mitolojik bir figürdür. İşte BBC yazarı, "Hekimler, bizi Tithonus gibi yaşatmayın!" derken bu duruma atıfta bulunuyordu. In Winter şiirinde, Edwin Morgan Tithonus üzerinden, mevsimlerin geçişi analojisi ile ölümün gerekliliğini vurgular.

Geçmişte, yaşlılığa bağlı çoklu organ yetmezliği gibi nedenlerle insanlar evlerinde ölürlerdi. Şimdi yoğun bakımlarda yer alan ileri teknoloji nedeniyle, iyileşme umudu olmayan terminal dönemde hastalar aylarca bazen yıllarca bu teknolojik desteğe bağlı olarak yaşatılmaktadır. Tam bu noktada yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmaktadır. Yaşatmak değeri ile donanmış hekimler, ölümün bir hak haline geldiği durumlarla karşılaştığında, hasta iyileştirilemeyen hastalığı nedeniyle ölmeyi talep ettiğinde ne yapmalıdır? Bu ve benzeri sorunlar sadece hekimlerin değil, insanlığın tartıştığı önemli etik problemler içermektedir. Günümüzde öncelikle Hollanda, Belçika gibi ülkeler başta olmak üzere, sınırları belirlenmiş koşullarda ölme hakkı olarak tanımlanan ötanaziye izin vermektedir. Ülkemizde ötanaziye izin verilmediği gibi, aktif ötanazi kesinlikle yasaktır. Uygulayan, teamülden adam öldürmekle eşdeğer olarak cezalandırılır. Almanya gibi bazı ülkeler ise ötanaziyi yasaklarken tasarlayarak adam öldürmekle eşdeğer saymazlar. Ötanazi ve yoğun bakımlarda terminal dönemde hastaların yanı sıra, uzun süreli bitkisel yaşamda olanların son derece özel ya da biricik olabilen durumunu hukuk kurallarıyla belirlemek son derece zordur. Bu nedenle terminal dönemde olup, yoğun bakımlarda teknolojik desteğe bağlı yaşatılan hastaların durumları hakkında oldukça yoğun etik tartışmalar yapılmaktadır.

Yaşamın son döneminde yoğun bakım hastalarının tedavisinde etik yaklaşım son derece önemlidir. Hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri açısından, oldukça hassas ve kritik bir dönem olan terminal hastalarda, etik ikilemlerin yoğunlaştığını görüyoruz. Bu ikilemlerin başında çoğu zaman hastanın bilincinin kapanması nedeniyle, yeterliliğinin olmaması ve ikilemli durumlarda aydınlatılmış onamının alınamaması gelmektedir. Oysa yeterliliği olan her hastaya, hastalığının ne olduğunu ve kendisine ne yapılacağını anlatarak onamını almak etik ve yasal bir yükümlülüktür. Hastanın onamını alamadığımız durumlarda dolaylı onam almaya çalışırız. Yine yoğun bakımlarda beyin ölümü tanısının konulması süreci, beyin ölümü tanısı konulan bireylere uygulanacak prosedürlerde profesyonel etik davranış ile bu süreçte hasta yakınları ile iletişimde etik ikilemler… gibi oldukça yoğun dilemmalar içeren durumlar ve bu durumlarda yaşanan farklı etik sorun kümeleriyle karşımıza çıkmaktadır.

Yoğun bakımların normal kliniklerden farklı özgün yönleri, teknolojik zorunluluk, yararsız tedavi, beyin ölümü, yaşam desteğinin çekilmesi, enfeksiyon yoğun bakım hastalıklarının özel yönleri, mahremiyet hakkı gibi etik yönden sağlık profesyonellerini yakından ilgilendiren ikilemli durumlara ilişkin kavramlar dünyanın birçok ülkesinde üzerinde ciddi tartışmalar yapılarak hukuki ve etik açıdan tartışılmaktadır. Yoğun bakım ünitelerine hastaların kabul ve taburculuk kriterlerinin belirlenmesi, bakım gereksinimleri ile yoğun bakım kaynakları arasında bir dengenin kurulmasını sağlar.

Terminal dönemdeki hastalara palyatif bakım sağlanması son derece önemlidir ve kanımca temel bir insan hakkıdır. Palyatif bakım, ciddi sağlık sorunu olan kişileri, sağlık açısından daha konforlu hale getirmek, hastalığı nedeniyle yaşayabilecekleri sorunları (ağrı, bası yarası gibi) önlemek ve bu şekilde hastanın yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeyde tutmaya yönelik yapılan multidisipliner bakımdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Palyatif bakım; "Ağrı ve diğer fiziksel ve psikolojik problemleri erken tanıyıp, değerlendirip, tedavi ederek, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemleri önlemek ve rahatlatmak yoluyla, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini düzeltme yaklaşımı"dır. Palyatif bakım üniteleri ile yoğun bakım ünitelerinin ayrımı yapılmalı, yoğun bakım üniteleri palyatif bakım ünitelerine dönüştürülmemelidir. Bununla birlikte, yoğun bakım hastalarının palyatif bakımları da son derece önemlidir.

Yoğun bakımlarda en güç kararlardan biri teknolojik ya da farmakolojik girişimlerle yaşamın desteklenmesinin hasta bireyin bulgularının azaltılması ya da iyileştirilmesine katkıda bulunmadığına karar vermektir. Tedavinin uzun süre hasta bireye hiçbir yarar sağlamadığı durumlarda sonlandırılması, hastaya zarar vermekten kaçınma, saygınlığına ve yaşam kalitesine zarar vermeme ilkeleri doğrultusunda etik yönden doğru kabul edilir.

Yoğun bakımlarda en güç kararlardan biri teknolojik ya da farmakolojik girişimlerle yaşamın desteklenmesinin hasta bireyin bulgularının azaltılması ya da iyileştirilmesine katkıda bulunmadığına karar vermektir. Tedavinin uzun süre hasta bireye hiçbir yarar sağlamadığı durumlarda sonlandırılması, hastaya zarar vermekten kaçınma, saygınlığına ve yaşam kalitesine zarar vermeme ilkeleri doğrultusunda etik yönden doğru kabul edilir. Yaşamın son dönemlerinde, yaşamı destekleyici tedaviye başlanmaması/sonlandırılması kararlarının çok boyutlu sosyal, ekonomik ve etik sonuçları vardır. Bu tür kararlar bizleri özerkliğe saygı, yaşama saygı gibi değerlerimizi, mesleki sorumluluklarımızı, sağlık bakımının hedefleri ve öncelikleriyle ilgili inançlarımızı gözden geçirmemize, değerlendirmemize zorlamaktadır.

Yaşam sonundaki hastaya hizmet verenlerin etik yükümlülükleri

Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya

1995 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1997-2001 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aile hekimliği ihtisasını tamamladı. 2001-2016 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Tesisleri'nde aile hekimliği uzmanı olarak görev yaptı. Bu esnada geriatrik nütrisyon, yara bakımı, akılcı ilaç kullanımı, palyatif bakım ve son dönem hastanın etik sorunları üzerine çalışmalarda bulundu. 2016 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi ve Haydarpaşa Numune EAH Palyatif Bakım Merkezi Hekimi olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine devam etmektedir.

Endüstri devrimlerinden sonra oluşan modern toplum yapısında pek çok hizmet gibi sağlık hizmetinin de kurumsallaşması, ciddi kronik hastalığı olan kişilerin son zamanlarını kendi evleri yerine sağlık tesislerinde geçirmesine neden olmuştur. Ailenin geçirdiği dönüşümle de bağlantılı olarak artık kronik hastalıklarının son devresindeki (terminal dönemdeki) pek çok hasta bu dönemlerini bakımevlerinde, hastanelerde (hastanelerin yoğun bakımları, palyatif bakım merkezlerinde) veya -yurt dışındaki bazı uygulamalarda- hospislerde geçirmektedir. Bu hassas süreci yaşayan hasta, bilinci açık veya kendi hakkında karar verecek bilişsel kapasitede olsun-olmasın, belirlenmiş tıbbi ve ahlaki haklara sahiptir. Bunun yanı sıra, bu hizmeti veren sağlık personeli de evde bakım, palyatif bakım veya kurumsal bakım alan hastaya hizmet vermekte olsa da aynı derecede tıbbi ve ahlaki yükümlülüklerini yerine getirmekle mükelleftir. Bu tıbbi veya ahlaki sorumluluklardaki herhangi bir ihmal veya aksama, gerek hasta gerek sağlık personeli için olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.

İnsanlık tarihinin başından beri söz konusu olan ahlaki kurallar tıp tarihinde gerek *Hammurabi Kanunları* gibi hukuki metinlerde, gerek Hipokrat ve İbn-i Sina gibi büyük düşünürlerin katkılarıyla tıp etiğinde yer almaktadır. Hipokrat'tan bu yana "*primum non nocere*" kuralı geçerliliğini tüm gücüyle hissettirse de günümüzde artık eski paternalist (babacıl), yani hekimin hastası için en doğru kararı kendisinin verdiği tıp anlayışından, hastanın özerklik (otonomi) hakkından yola çıkan, hastanın da duygu ve düşünceleri üzerinden karar verme mekanizmasına katıldığı bir yaklaşım ön plana çıkmıştır. Bu modern tıp etiği yaklaşımı, "prensipçilik" adı altında, dört ana ilkeden oluşmaktadır. Bu ilkeler; özerklik (otonomi), yarar verme, zarar vermeme ve adalet şeklinde özetlenebilir.

Özerklik İlkesi

Özerklik ilkesinin belki de modern tıp etiğinin bel kemiğini oluşturduğunu söyleyebiliriz. Hastanın özerk bir eylem içinde bulunabilmesi için kasıt güdebilmesi, yapmayı seçeceği eylemi anlamış olması ve karar verirken herhangi bir kontrol altında tutulmamış olması gerekmektedir. Bu şartlar yerine geldikten sonra kendisine uygulanacak eylem hakkında karar veren hasta, seçtiği eylemin uygulanmasına da imkân bulabilmelidir. Son dönem hastalar bilişsel açıdan yeterli olabilir veya bilişsel fonksiyonları çeşitli nedenlerle bozulmuş olabilir. Hayatının son dönemindeki hasta bilişsel açıdan yeterli olsa dahi, hastalık yükü nedeniyle ağır depresyon durumunda ise yine sağlıklı bir karar verme hali içinde olamayabilir. Gerek böyle bir durum için gerek bilişsel kapasitesi bozuk hastalar için profesyonel destek ve gerektiğinde vekil tayiniyle hastanın kendisiyle ilgili tıbbi işlemlerinde seçim hakkı korunmuş olur.

Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere pek çok ülkede buna yönelik, *advance directives* (ileri direktif veya tıbbi vasiyet) adı verilen prosedürler, hastanın henüz bilişsel kapasitesi korunmuş vaziyette iken ileriye yönelik direktif verebilmesine imkân tanımaktadır. Uygulamanın kendi içinde bazı zorlukları olsa ve bu tarz bir yasal işlemi gerçekleştirme oranları ülkelerin sosyo-kültürel özelliklerine göre değişse de bu uygulamanın hastanın kendi özerkliğini korumasına yardım ettiği görülmektedir. Yine adı geçen ülkelerde son zamanlarda *advance care planning* (bakım planı vasiyeti) uygulaması ile hastanın sadece tedavisi değil, daha geniş perspektifle bir bakım planı oluşturması sağlanmaktadır.

Türkiye'de henüz bu tarz uygulamalar için yasal bir zemin olmaması, son dönem hastaların özerkliğine saygı gösterme konusunda sağlık personelinin bazı zorluklarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Kendisi hakkında onam veremeyecek durumda olan hastaların son dönemlerinde yasal vasisi olan yakınlarının hasta hakkında karar verirken

hastanın vekili değil sahibi gibi davrandığına rastlanabilmektedir. Yoğun iş ortamında ve zor süreçte sağlık personeli hasta yakınlarının/vasisinin hastanın sahibi gibi davranması ve hasta özerkliğine aykırı tutumları karşısında, profesyonel tutumunu değiştirmemelidir. Hastaların son dönemlerini varsa daha önceden belirtilmiş kendi iradelerine, beyanlarına, arzularına ve insanlık onuruna uygun geçirebilmeleri için hasta yakınları veya vasisi ile uygun bir iletişim içinde en uygun kararı vermek önemli bir ahlaki görevdir.

Yarar Verme İlkesi ile Zarar Vermeme İlkesi

Malumdur ki tababetin kökeni yarar verme güdüsüne dayalıdır. Hipokrat'ın "*Hastalıklara gelince, iki şeyi alışkanlık edin; yardım etmeyi, ya da en azından zarar vermemeyi.*" sözüyle de ilkeleşen yararlılık prensibinin hayatın sonundaki hastalara karşı uygulanmasında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu dönemde ömrün süresi kadar önemli diğer husus yaşamın kalitesidir. Bu yüzden hastaya uygulanacak tedavilerde beyhude (yararsız, futile) tedaviler gözden geçirilmeli, hastanın nitelik olarak da tatmin edici bir süreç yaşamasına yardım edilmelidir. Nitekim bu süreçte hastanın küratif tedavisi mümkün olmadığında semptomatik tedavisi yoluyla iyi olma halini amaçlayan "palyatif tıp" tüm dünyada her geçen gün yaygınlaşmaktadır.

Aynı zamanda hastaya yarar verme ile zarar vermeme ilkesinin birbirine karşıt olabildiği, hatta hasta onam veremeyecek bir durumda ise özerklik ilkesine de vekiller üzerinden önem verilmesi gereken durumlar yaşanabilmektedir. Böyle bir durumda etik açıdan uygun karar verme süreci hasta, yakını ve sağlık personeli için uzun ve karmaşık bir prosedür olabilmektedir. Burada sağlık profesyoneli hem hastaya yarar verme ve en az zararı vermeyi hedef olarak belirlerken aynı zamanda hastanın özerkliğine ve onuruna da saygı gösterebilmelidir. Hasta onam veremeyecek durumda ise hasta yakınları hastanın onam verebilecek durumda iken belirttiği arzu ve dileklerine uygun vekalet etmelidir. Bu süreçte uygun ve sağlıklı bir iletişim ve bilgilendirme metodu, başta hasta olmak üzere tüm taraflar için en uygun sonuçları sağlayabilir.

Adalet İlkesi

Sağlık hakkı; cinsiyet, ırk, din, etnisite veya yaşı ne olursa olsun tüm insanlara eşit olarak sunulması gereken evrensel bir haktır. Sağlık hizmetinde öncelikle makro düzeyde; yani genel bütçeden sağlığa ayrılan bütçe, sağlık hizmetlerinden kimin ne kadar faydalanacağı vb. konularda adalet uygulanması söz konusudur. Mikro düzeyde adalet ise

Kendisi hakkında onam veremeyecek durumda olan hastaların son dönemlerinde yasal vasisi olan yakınlarının hasta hakkında karar verirken hastanın vekili değil sahibi gibi davrandığına rastlanabilmektedir.
Yoğun iş ortamında ve zor süreçte sağlık personeli hasta yakınlarının/ vasisinin hastanın sahibi gibi davranması ve hasta özerkliğine aykırı tutumları karşısında, profesyonel tutumunu değiştirmemelidir.

hastanelerin servislerinde yatak dağılımı, ayaktan hizmet alacak veya hastaneye yatacak hastaların seçimi gibi lokal düzeydeki adaleti içermektedir.

Hayatının son dönemindeki hasta, artık şifa umudu olmasa dahi, ilerlemiş hastalığından veya ileri yaşından bağımsız olarak gerekli tedavi hakkına sahip olmalıdır. Tedavisi zor, şifa umudu düşük bu hastalara karşı hekimin önyargılı olmaması, insanlık onurunun hayatın son anına ve ölümden sonra dahi devam ettiğinin bilincinde olması, gerekli tıbbi yaklaşımdan veya uygulamadan kaçınmaması ahlaki bir zorunluluktur. Yukarıda bahsettiğimiz dört ana prensibin felsefesinden yola çıkarak oluşturulan ve hayatın son dönemindeki hastaya hizmet verenlerin dikkat etmesi gereken diğer prensipler ise aşağıda yer almaktadır:

Dürüstlük

Sağlık hizmeti verirken hastaya karşı dürüst olmak, özerkliğe saygı prensibiyle yakından bağlantılıdır. Hastanın kendisi hakkında verilecek karara katılabilmesi için önce doğru bilgilendirilmesi gereklidir. Doğru bilginin nasıl ve ne şekilde verileceği de başlı başına bir sanattır, diyebiliriz. Hastayı doğru bilgilendirme, yanıltmama, anlık bir olaydan ziyade bir süreçtir. Ağır ve kronik hastalıkla baş etmeye çalışan hastaların tüm teşhisleri ve yaşayacakları sürecin doğru zamanda ve iyi bir planlama ile paylaşılması en uygunudur. Anglosakson kültüründe hasta kendisiyle ilgili tüm gerçekleri-sıklıkla- tam ve net olarak bilmek isterken Doğu kültüründe hastaya gerçeklerin ya çok azı veya hiçbiri söylenmemekte, kanser gibi prognozu kötü hastalıkların teşhisi ve prognozu hasta yakınlarıyla paylaşılmaktadır. Ancak bu durumun artık hastanın özerkliğini bir daha eline alamaması, tüm karar verme mekanizmasının hasta yakını ve hekim arasında ilerlediği, hastanın pasivize edildiği düşüncesindeyiz. Hasta son nefesine kadar hasta yakınının ve hekimin kontrolünde kalmakta, çok inceden sezse de gerçeklerle yüzleşememesi nedeniyle son işlerini yapabilmek veya vedalaşmak için ortam bulamamaktadır. Bu yüzden hastaların gerçeklerle tedricen yüzleşmesi, ilk teşhisin konduğu andan itibaren ara görüşmelerle sağlıklı bir karar verme mekanizmasının oluşturulması sağlanabilir.

Mahremiyet ve Sırdaşlık

Bilinen ilk hekim andı olan İmhotep Andı; "*evlere alındığım zaman gözlerim orada olup bitenleri görmeyecektir, … bana aktarılan sırları saklayacağım*" ifadesiyle hekime hasta mahremiyetini hatırlatmaktadır. Ünlü göz hekimi İbn Ebû Usaybia (1194-1247)'nın Uyunul Enba'sında hekimin mahremiyet sorumluluğu şöyle yer alır: "*Hastaların tedavi vakitlerinde gördüğüm veya tedavi vakitleri dışında insanlardan işittiğim, dışarıda konuşulmayacak şeyleri ve benzeri konuşulmayacak şeyleri konuşmaktan kaçınacağım.*" Hasta ile ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli hastanın fiziksel, manevi kimliğini ve bilgilerini hastanın rızası dışında paylaşmamakla yükümlüdür. Günümüzde iletişim araçlarının, kamera özelliği olan akıllı telefonların ve sosyal medyanın yaygınlaşması sağlık hizmeti esnasında bu sorumluluğun yerine getirilmesinde en büyük olumsuzluklardan birini teşkil etmektedir. Bazı kez medyada, onam veremeyecek durumda olan hastaların fotoğraflarının paylaşıldığı görülmektedir. Bu hastaların görüntülerinin, seslerinin üçüncü bir kişiyle mesleki zaruretler dışında paylaşılması hukuken suç ve ahlaki olarak sorunludur. Günümüzde ailelerin kendi çocuklarının dahi fotoğraflarını

Hastanın özerkliği (otonomisi) korunmalı, yeterli bilgilendirme sonrası hastanın tüm kararlara iştirak edebilmesi sağlanmalı; hasta, kararını belirtebilecek durumda değilse hasta yakınları vekalet edebilmelidir. Bu esnada hastanın en yararına olacak uygulamalar yarar/zarar oranına göre planlanmalı ve beyhude tedaviler sık sık gözden geçirilmelidir.

sosyal ortamda paylaşmasının hukuki sonuçları konuşulmaya başlamışken en önemli görevi hasta sırrını saklamak olan sağlık personelinin çok daha dikkatli olması gerekmektedir. Ayrıca hastanın tıbbi bilgilerinin de -bildirimi zorunlu hastalıklar gibi- gerekli durumlar dışında paylaşılmaması önemli bir ahlaki görev olup, tersi durumlar ulusal ve uluslararası hukuka aykırılık teşkil etmekte ve dava konusu olabilmektedir.

Ötanazi Yasağı

Latince "iyi ölüm" anlamına gelen ötanazi; "İ*yileşmeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu kendisi ve yakınlarınca bilinen, zihinsel yeterliliğe sahip bir kişinin, kendi bilinci ve özgür iradesi ile vermiş olduğu karar üzerine kendisini tedavi eden hekim aracılığıyla acısız bir biçimde hayatının sonlandırılması*" olarak tanımlanmıştır. Ötanazi ile ilgili genel tartışmalara ve argümanlara girmeden, ülkemizde yasak olduğunu belirtmeyi uygun görmekteyiz. Hukuki olarak "istemli aktif ötanazi" (hastanın isteğiyle hekimin hastasının hayatını sonlandırması) ve "hekim yardımlı intihar" (hastanın isteğiyle hekimin ötanazi metoduna yardım etmesi ve uygulamanın hasta tarafından gerçekleştirilmesi) işlemleri bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD'nin bazı eyaletlerinde yasal olmasına rağmen ülkemizde hukuken suçtur. Hastanın ızdırabı arttığı veya depresyonu ağırlaştığı veya artık onurluca yaşamadığını düşündüğü zaman bu konuda talepte bulunmasına rastlanmaktadır. Yine bazı zamanlarda bakıcı yükünün dayanılmaz olduğu, bakım veren kişinin artık bakımın yükünü kaldıramaz olduğu veya baktığı yakınının acı ve ızdırabına dayanamayarak bu tarz taleplerde bulunduğuna rastlanılmaktadır. Ancak bu tarz fiziksel ve psikososyal rahatsızlıkların çözümü, modern tıpta eskisine göre yüksek oranda mevcuttur. Hastanın veya yakının fiziksel-psikososyal ızdırabı anlaşılıp, örneğin etkin dozda ağrı tedavisi yapıldığı, mevcut depresyonun tedavi edildiği, sosyal devlet olmanın gereği olarak bakıcının yükünün hafifletildiği ve palyatif tıp uygulamalarının etkin kullanıldığı durumlarda bu tarz taleplerin azalması kuvvetle muhtemeldir.

Sonuç olarak, bu yazıda özetlemeye çalışılsa da yaşamın sonundaki hastalara karşı hekimin ve diğer sağlık profesyonellerinin yükümlülükleri çok kapsamlı ve kolay olmayan bir süreçtir. Hastanın özerkliği (otonomisi) korunmalı, yeterli bilgilendirme sonrası hastanın tüm kararlara iştirak edebilmesi sağlanmalı, hasta kararını belirtebilecek durumda değilse hasta yakınları vekalet edebilmelidir. Bu esnada hastanın en yararına olacak uygulamalar yarar/zarar oranına göre planlanmalı ve beyhude tedaviler sık sık gözden geçirilmelidir. Yine aynı zamanda sağlık hizmeti sunumunda adil olunmalı, hem bu hastalara sağlık hizmeti sunarken herhangi bir ihmalden kaçınılmalı ama kısıtlı imkanlar karşısında diğer tedavi şansı olan hastalar da göz önünde bulundurulmalıdır. Yine hastanın onuru korunarak beden ve kimlik mahremiyeti elden geldiğince sağlanmalı, tıbbi verileri gerekmiyorsa üçüncü kişilerle paylaşılmamalıdır.

Görüldüğü üzere ağır çalışma koşulları altındaki sağlık personelinin bu yükümlülükleri yerine getirme sürecinde tükenmesine (*burn out*) karşı gerekli önlemlerin alınması, bu alanda çalışan profesyonellerin psikososyal açıdan desteklenmesi, hizmet içi eğitimlerle tıbbi görevleri kadar etik sorumlulukları hakkında farkındalıklarının canlı tutulması da verilen sağlık hizmetinin kalitesini artıracaktır. Konuyla ilgili diğer bir husus ise; henüz ülkemizde mevcut olmayan "tıbbi vasiyet (ileri direktif)" uygulamasının hekimin onam veremeyen hastalarda hastanın önceki dilek ve arzularına uygun davranarak özerkliğini koruma ve insanlık onuruna uygun müdahale etme çabalarında hekime yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

Beauchamp TL, Childress JF. Biyomedikal Etik Prensipleri. Çev: M. Kemal Temel), BETİM, İstanbul, 2017.

Brown BA. The History of Advance Directives a Literature Review. J Gerontol Nurs 2003;29(9):4-9.

Dülger MV. Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg 2015;1(2):43-80.

Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, et al. The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in The United States: Adherence to Proposed Safeguards and Effects on Physicians. JAMA 1998;280(6):507-513.

İlgili Ö, Şahinoğlu S, Acıduman A, ve ark. İslam Dünyasında Hekim Andı Uygulaması ve Hipokrat Andı'nın İzleri (İslam Dünyasında Hekim Andı). Lokman Hekim Derg 2016;6(3):137-149.

İlkiliç İ., "Söylemek ya da Söylememek. Asıl Mesele Bu (mu)? Hastaya Kötü Teşhis ve Prognozun İletilmesinde Epistemolojik ve Etik Sorunlar", İlkılıç İ, Özkaya H., Uçar A (Ed.), Palyatif Tıp, İSAR Yayınevi, İstanbul, 2019.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. http://www.un.org.tr/humanrights/images/pdf/1-insan-haklari-evrensel-beyannamesi.pdf. (Erişim Tarihi: 22.12.2019).

Kaya M. İbn Ebû Usaybia. TDV İslam Ansiklopedisi 1999; 19:445-446.

Özkara E. Ötenazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar. Seçkin, Ankara, 2001.

Özkaya H, İlkılıç İ. "Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar". İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A (Ed), Palyatif Tıp, İSAR Yayınevi, İstanbul, 2019.

Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making Before Death. NEJM 2010;362(13):1211-1218.

Yıldız M. Ötanazi Hasta Vasiyetnamesi ile Palyatif ve Hospis Bakımına Genel Bir Bakış. Yücel D, Gönültaş MB (Ed), Adli Sosyal Hizmet: Yaklaşım ve Müdahale, Nobel, Ankara, 2016.

Yoğun Bakımdan Fotoğraf Paylaşan Hemşireye Soruşturma. https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/yogun-bakimdan-fotograf-paylasan-hemsireye-sorusturma/667437, (Erişim tarihi: 20.12.2019).

Tıp hukuku açısından hayatın sonu

Prof. Dr. Hakan Hakeri

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu. Doktorasını Almanya'nın Köln Üniversitesinde 1996 yılında tamamladı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesinin kurucu dekanlığını yaptı. Tıp Hukuku Dergisi'nin editörlüğünü ve her yıl düzenlenen Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu ile iki yılda bir düzenlenen Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi'nin başkanlığını yürütmekte ve halen İstanbul'da avukatlık yapmaktadır.

Tıp hukukundaki çetrefilli sorunlardan biri de hayatın sonuna ilişkindir. Bir yandan hastanın bu dönemde aldığı kararların hukuki geçerliği tartışılırken öte yandan bu dönemde sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımının nasıl olması gerektiği ve ortaya çıkabilecek hukuki sorunlar önem taşımaktadır. Konu uygulamada da tartışılmaktadır. Türk tıp hukuku mevzuatında konu ayrıntılı olarak düzenlenmemiş olmakla beraber, Türk Tabipleri Birliğinin konuya ilişkin etik bildirgesi ile Avrupa Birliği Komisyonu'nun kılavuzu da bulunmaktadır. Bu yazıda konu, müstakil sorunlar bağlamında, hukuki durum, olması gereken hukuk ve önerilerim kapsamında incelenecektir. Öncelikle hayatın sonu kavramının belirsiz bir kavram olduğuna işaret etmek gerekir. Şahsi kanaatim, hukuki açıdan bu kavramın tanımına veya belirlenmesine gerek bulunmadığıdır. Zira önemli olan bu dönemde ortaya çıkan sorunlardır. Hukuki anlamda bakıldığında öncelikle hayatın sonundan bağımsız olarak tüm tıbbi müdahaleler bakımından geçerli olan prensiplerin, kuralların hayatın sonu açısından değerlendirilmesi gerekirken öte yandan, sadece hayatın sonuna ilişkin sorunların da tartışılması gerekmektedir. Bu sorunların başlıcaları şunlardır:

1. Beyin Ölümü

Hukukumuzda beyin ölümü kabul edilmiştir. Sadece tıbbi müdahaleler veya organ nakli açısından değil, gerek medeni hukuk (bu kapsamda miras hukuku da) ve gerekse ceza hukuku açısından da beyin ölümü, yasal ölüm olarak belirlenmiştir.

Bu noktada belirtmek gerekir ki, beyin ölümü gerçekleşmiş bir kimsenin bağlı olduğu ventilatör cihazının kapatılması pasif ötanazi olmaz. Hukuk düzeni bu kişiyi ölü olarak kabul ettiğinden, cesede yönelik olarak artık ötanazi söz konusu olmaz.

Beyin ölümü gerçekleşmiş hamile kadının çocuğunun doğurtulması için yaşatılması zorunluluğu hukuken bulunmamaktadır. Zira bu kimse hukuk nezdinde artık ölüdür. Çocuğun ölümüne neden olunması da çocuk düşürtme suçunu oluşturmaz. Bu nedenle, bu konuda bir düzenleme ile sağlık çalışanlarına cihazı kapatmama yükümlülüğü getirilmelidir. Ayrıca hukuken ölmüş bir kimseye yapılan masraflarla ilgili olarak da Sosyal Güvenlik Kurumu nezdinde bir sorun yaşanmaması için mevzuatta düzenleme gereksinimi bulunmaktadır.

2. Rıza

Bugün için sağlık çalışanlarının hastaya tıbbi müdahale yapmalarının temel hukuki dayanağı hastanın rızasıdır. Hasta, kendi geleceğini belirleme hakkına mutlak olarak sahiptir. Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan, "Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz'da da *"Yaşamın son dönemi, genellikle, hastanın kendini çok zayıf ve savunmasız hissettiği anlardır; hastanın, kendisi hakkında özgür iradesiyle karar vermesi anlamındaki özerklik yetisini hayata geçirmesinin çok zor olduğu dönemdir. Bu nedenle hastanın yaşamın son döneminde özerkliği ve kendisi ile durumu değerlendirerek, alınacak kararlara katılması meselesi, başlı başına sorunlu bir alandır. Böylesi bir durumda, özellikle zihinsel yetilerinin gerilediği, sınırlandığı durumlarda, hastanın, sağlıklı iken nasıl düşündüğünü, istek ve görüşlerinin ne olduğunu sorgulamak, önceden, ileriye dönük olarak verilmiş bir beyanı olup olmadığını araştırmak, yaşamın son dönemi kararlarının ayrılmaz parçasıdır"* ifadeleriyle bu hususa dikkat çekilmiştir.

Hayatın sonu bakımından karşımıza bu çerçevede üç sorun çıkmaktadır: Yakınların tedaviyi reddetmesi, varsayılan rıza ve tıbbi vasiyet.

a. Hasta Yakınlarının Tıbbi Müdahaleyi Reddetmesi: Hastanın bilinci kapalı olduğu takdirde, rızasının alınması için yakınlarına danışılması gerekmektedir. Bu çerçevede öncelikle tartışılması gereken husus, yakınların kim olduğudur. Konu mevzuatımızda açıkça düzenlenmemiştir. Bununla beraber, sağlığında organlarını bağışlamamış kişilerle ilgili olarak kimlerden rıza alınacağına ilişkin olarak Organ ve Doku Nakli Kanunu'nda yer alan hüküm burada da dikkate alınabilir: "… sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisi…"

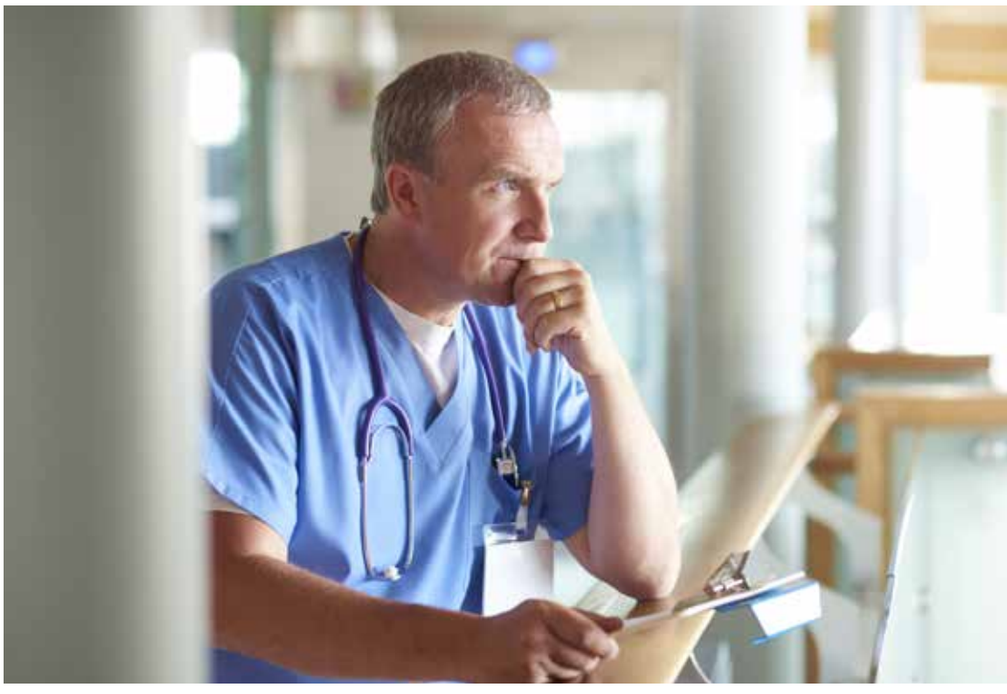
Burada ortaya çıkabilecek sorun, bu yakınların hastaya müdahaleye rıza göstermemeleridir. Hastaya yapılacak tıbbi müdahale zaten gereksiz olacaksa "beyhude tedavi" kısmında ele alacağım gibi bu durumda müdahale zaten yapılamaz. Ne var ki, buradaki sorun, tedavinin gerekli olmasına rağmen hasta yakınlarının müdahaleye rıza göstermemeleridir. Bu takdirde hastanın ölüme terk edilmesine müsaade edilemez. Aile rıza göstermeye ikna edilemiyorsa müdahale acil ise derhal yapılmalı; değilse başhekimlik tarafından Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına haber verilerek, ailenin bir ihmalinin olup olmadığının takip edilmesinin sağlanması gerekir.

b. Varsayılan Rıza: Hastanın bilinci kapalı ve yanında yakınlarının olmaması halinde, tıbbi müdahalenin temel koşulu olan rızanın nasıl alınacağı sorunu karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada, varsayılan rıza kurumuna başvurulur. Hastanın bilinci açık olsaydı bu müdahaleyi kabul ederdi diyebileceğimiz müdahaleler yapılabilecektir.

c. Tıbbi Vasiyet: Bilinci kapalı hastalarda hastanın önceden düzenlediği veya ifade ettiği bir tıbbi vasiyeti olabilir. Ancak hukukumuzda bu konuda açık bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlam hukuki güvenceler ve kesinlik olmadığı müddetçe, tıbbi müdahalenin gerekli olduğu hallerde, bu tür belge veya ifadeler esas alınarak tıbbi müdahaleden sarfı nazar edilmesinin hukuken doğru olmayacağı kanaatindeyim.

Olması gereken hukuk açısından da bu belge düzenlenmeden önce hekime danışılması, belgenin geçerlik tarihinin öngörülmesi ve herhangi bir şekil şartına bağlanmaksızın belgenin geçersiz ilan edilmesi imkânının sağlanması gerekir. Hasta bilincinin kapalı olacağı durumlar için karar vermek üzere bir kimseyi yetkili kılabilir. Sahih bir irade ile yapılmış bu tercihlere sağlık çalışanları uymak durumundadır ve belirlenen temsilcinin görüşüne göre tıbbi müdahale sürecine karar verilmelidir. Bu noktada ortaya çıkan başka bir sorun, Hastanın kardiyopulmoner resüsitasyonu reddetmesi halinde nasıl hareket etmek gerekeceğidir?

Hasta bilinci açıkken hekimlerine bu konuda iradesini bildirmişse ve bu irade sahih bir irade ise o takdirde hastanın bilinci kapandığında artık bu işlem yapılmamalıdır. Buna karşılık hastanın bilinci kapalı olarak hastaneye gelmesi halinde, bu konu aslında bahsedilen tıbbi vasiyete ilişkin bilgiler çerçevesinde çözümlenmelidir. Ancak tıbbi vasiyetten farklı olarak kişi örneğin DNR talimatını vücuduna dövme olarak yaptırmışsa nasıl hareket etmek gerekecektir? Hukukumuzda bu konuya ilişkin açık bir yasal dayanak bulunmadığından, şahsi kanaatim bu tür beyanların geçerli olarak esas alınıp müdahaleden kaçınılamayacağı yönündedir. Bu tür dövmelerin hukuksal bir geçerliliği yoktur. Aksi yönde birçok tereddüde yol açabilecektir. Bu dövmenin hasta istemeden yaptırılmış olma ihtimali; hastanın bu kararından dönmüş olması durumu da söz konusu olabilir. Tıbben gerekli bir müdahalenin hasta yakınlarının talebiyle yapılmaması söz konusu olamaz. Hekimin de beyhude bir müdahale olmadıkça, kendi kararı veya yakınlarının talebiyle resüsite yapmaması hukuki sorunluluğuna yol açabilir. Hekim tıbbi bir değerlendirme sonucunda resüsitasyona gerek görmezse ve bu kararı tıbben savunulabilir bir karar ise hukuki sorumluluğu söz konusu olmayacaktır.



Hasta bilinci açıkken hekimlerine bu konuda iradesini bildirmişse ve bu irade sahih bir irade ise o takdirde hastanın bilinci kapandığında artık bu işlem yapılmamalıdır. Buna karşılık hastanın bilinci kapalı olarak hastaneye gelmesi halinde, bu konu aslında bahsedilen tıbbi vasiyete ilişkin bilgiler çerçevesinde çözümlenmelidir. Ancak tıbbi vasiyetten farklı olarak kişi örneğin DNR talimatını vücuduna dövme olarak yaptırmışsa nasıl hareket etmek gerekecektir?

3. Ötanazi

Hukukumuzda ötanazi ile ilgili tek açık kural Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesi hükmüdür. "Ötanazi Yasağı" başlığını taşıyan bu hükme göre: "Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dâhil, kimsenin hayatına son verilemez." Konu üzerinde çok ayrıntılı durmaksızın, kısaca uygulamada yaşanan sorunlar üzerinden konuyu izah etmekte yarar görü-

yorum. Öncelikle, hukukumuz bireylere kendi vücut ve hayatı üzerinde tasarruf yetkisi vermektedir. Bir kimsenin hayatına son vermesi hukuka aykırı bir eylem olmadığı gibi suç da oluşturmamaktadır. Sadece erkek vatandaşlar bakımından askerliğe elverişsizlik amacıyla vücut üzerinde tasarrufta bulunmaya izin verilmemektedir. Öte yandan gerek Anayasamız ve gerekse Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Medeni Kanun ve Türk Ceza Kanunu, bireyin "rıza" hakkına işaret etmektedir. Bu çerçevede konu değerlendirildiğinde, kişinin kendi vücudu ve hayatı üzerinde tasarruf hakkının bulunduğu, ancak bu hakkın başkasına devredilmesi durumunda sınırlamalar söz konusu olduğunu görülmektedir. Buna göre bir kimse hayatına son verebilirken; bir organını kesebilirken bu yetkiyi bir başkası aracılığıyla kullanmasına müsaade edilmemektedir.

Ötanazi açısından değerlendirildiğinde, ister aktif olarak ister pasif olarak bir kimsenin hayatına sağlık çalışanının kendi kararıyla son vermesi insan öldürme suçunu oluşturur. Buna karşılık, sorun hastanın hiç hastaneye gitmemesi veya hastanede olmakla beraber, ölüm tehlikesine rağmen tıbbi müdahaleyi kabul etmemesi halinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarındaki yaygın yanlış kanaat, hastanın ölüme terk edilemeyeceği, bunun pasif ötanazi olarak suç oluşturacağıdır. Buradaki sorun, öncelikle pasif ötanazinin tanımından kaynaklanmaktadır. Pasif ötanazi, hastanın tedaviyi reddetmesi söz konusu olmamasına rağmen, sağlık çalışanının müdahaleyi yapmamasıdır. Buna karşılık, hastanın tedaviyi reddetmesi halinde, bu, ötanazi değildir. Zira tedaviyi ret hakkı tüm mevzuatta tanınmıştır. Konu hakkında sağlık çalışanlarının tereddüdünün nedeni aktardığım yönetmelik hükmüdür. "Kendisinin talebi olsa dahi hayatına son verilemez" hükmü, "hastanın rızası olmasa bile, müdahale etme zorunluluğu vardır; aksi durum pasif ötanazi olur" şeklinde yorumlanmaktadır. Hâlbuki bu hüküm aktif ötanaziye işaret etmektedir. Hastanın tedaviyi reddetmesinin ötanazi ile bir alakası bulunmamaktadır. Pasif ötanazi sağlık çalışanının kendi aldığı kararla, hastaya müdahale etmeyerek ölmesine neden olmasıdır ki, Türk Ceza Kanunu'nun 83. maddesi kapsamında suç oluşturan bir eylemdir. Buna karşılık hastanın talebi olsun veya olmasın hastayı öldürmek ise Türk Ceza Kanunu'nun 81.maddesi kapsamında değerlendirilecek bir suçtur. Bununla beraber, gerek anayasamız ve gerekse bahsedilen kanunlar, kişilere kendi vücudu üzerinde tasarruf hakkı tanıdığı ve hastanın rızası olmadan ona müdahale etmeyi yasakladığından, hasta ölecek olsa bile ona müdahale edilmemesi pasif ötanazi olmaz; bu durum, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının bir yansımasından başka bir şey değildir.

Dolaylı aktif ötanazi ise hekimin hastanın acısını azaltmak üzere kullandığı ve kullanılmasının tıp bilimi tarafından öngörüldüğü bir ilacın kaçınılmaz bir yan etkisi olarak hastanın yaşamının kısalması durumudur. Dolaylı ötanazi bakımından başlıca amacın acının hafifletilmesi olması, hastanın aydınlatılarak bu uygulamaya rıza göstermiş bulunması, "ölümün kaçınılmaz ve yakın olması ve tedavi ile sonuçları arasında uygun bir dengenin varlığı" aranmaktadır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14. maddelerinde "hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur" demektedir. Bu hükümler dolaylı ötanaziye müsaade eden hükümlerdir.

4. Beyhude Tıbbi Müdahaleler

Beyhude, boşa veya gereksiz tedavi olarak da adlandırabileceğimiz etkisiz tedavi (*futile treatment*), klinik amaca ulaşmak açısından etkisi olmayan tedavidir. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na göre, hekim, yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi hastasına veremez (md. 30). Hiçbir hekim, faydasız, etkisiz veya hastanın yararına olmayan bir tedaviyi sürdürmeye zorlanamaz. Beyhude, abes, sonuçsuz kalacağı anlaşılan bir tedaviyi sürdürme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hekimin mesleki özerkliği gereği, tıbbi müdahalenin gerekliliği ve yararlılığı konusunda karar verecek olan bizzat hekimdir. Nitekim mahkemeler de aynı yönde karar vermiştir: Uygun tedavi konusunda karar vermek kural olarak tıp mesleği profesyonellerinin işidir. Bu karara konu olayda, 75 yaşındaki erkek hasta kalp krizi sonrası 25 dakika oksijensiz kalmış ve yoğun bakım ünitesinde derin komada bilinci kapalı şekilde tedaviye alınmıştır. Mekanik olarak ventile edilen ve suni beslenen hastanın tükürüğünü yutması da mümkün olmadığından, tükürüğü makineyle çekilmektedir. Kornea ülserini önlemek için de gözleri bantlanmıştır. Müdavi hekim yaşam desteğinden hastayı çekerek, palyatif bakıma alma kararı almış, bu karara karşı aile mahkemeye başvurmuşsa da başarılı olamamıştır. Mahkeme üç ayrı bilirkişi raporu almıştır. Buna göre tedaviye devam edilmesi hastanın yararına değildir. Tedaviye devam edilmesini gerektiren tıbbi bir gerekçe de bulunmamaktadır. Hastanın durumu esaslı bir iyileşme belirtisi ve umudu göstermemektedir. Dolayısıyla

müdahale beyhudedir, belki sadece hastanın ömrünü çok kısa bir süre uzatabilecektir.

Avrupa Konseyinin Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz'da da benzer görüşler belirtilmiştir: "*Eğer mevcut olguda, uygulanmak istenen ya da uygulanmakta olan tedavi biçimi, hastanın içinde bulunduğu durumla uyumlu değilse, onun ihtiyacına yanıt vermekte yetersiz kalıyorsa, hala bu tedavide ısrar etmek, "terapötik inat" (ya da mantıksız ısrar) olarak adlandırılır. Bu tür durumlarda, hekimin hastası ile uygun biçimde görüşüp, onun durumu iyice anlayacağı şeklide iletişim kurmasıyla, bu tedaviyi geri çekebilir ya da sonlandırabilir.*" "*Yaşamının son döneminde hastaya artık yarar sağlamayan ve içinde bulunduğu durumla bağdaşmayan herhangi bir tedavinin sınırlanması veya geri çekilmesi meselesinde; hastanın sürmekte olduğu hayatının niteliği düşünülerek, palyatif bakım da dahil olmak üzere, verilen tedaviye devam edilmemesi kararının, tıbbi uygulamada hastanın kişiliğine gösterilen saygının gereği olabileceği unutulmamalıdır.*"

Türk Tabipleri Birliğinin Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirgesi'nde de şu düzenlemeler yapılmıştır: "*Hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlarda tedavi ya da uygulama tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilmektedir. Özellikle terminal dönemde agresif yaşam destek tedavilerinin hastaya durumunu düzeltme şansı tanımadığı ve fizyolojik bir yarar sağlamadığı, aksine ilave ağrı, acı çekmesine ya da sıkıntı çekme süresinin uzamasına neden olduğu durumda öngörülen tedavinin yapılmaması etik açıdan savunulabilirdir. Hastaya önerilecek her tıbbi uygulamanın hastaya getirebileceği yarar, verebileceği zarar ve riskler dikkate alınmalı, elde edilecek tıbbi yarar ile katlanılacak külfet tartılmalı, en azından dengelenmelidir.*"

Bu noktada dikkat edilmesi gereken husus, ancak hastaya müdahale edilmesinde tıbbi yarar veya gereklilik bulunan hallerde pasif veya aktif ötanazinin söz konusu olabileceğidir. Zaten tıbben yapılacak bir şey yoksa böyle bir hastaya müdahaleyi bırakmak ötanazi olarak değerlendirilemez. Beyhude tedavi nedeniyle müdahale edilmemesi halinde hekimlerin bir konsey olarak karar alıp, bunu yazıya dökmelerinde hukuki açıdan yarar vardır. Önemle belirtmek gerekir ki, yaşam süresini uzatmanın hedeflenmediği, yaşamı konforlu hale getirmeyi hedefleyen palyatif bakım boşa tedavi kapsamında kabul edilmemektedir. Son olarak önemle vurgulamak gerekir ki, müdahalenin anlamsız olması, başka ifadeyle, hastanın zaten ölecek olması, hekime, hastasının ölümünü aktif veya pasif olarak sağlama hakkı vermez.

5. Kötü Teşhisin Saklanması

Hekim, kural olarak ağır ve hatta ölümcül hastalıkları dahi hastasına söylemekle yükümlüdür. Böylece hasta, önerilen tedaviye bağlı riskler hakkında tasavvur sahibi olabilmelidir, örneğin kanser hastalarında kemoterapi gibi. Her ne kadar hekimler hakkında, "hekimin görevi hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını gidermek, fakat her zaman için teselli etmektir" deniliyorsa da bu husus, gerçeğin saklanmasını haklı kılmaz. Bu çerçevede göz önünde bulundurulması gereken husus, otonomi aydınlatmasının bir sınırının tedaviye zarar verme ihtimali olduğudur. Dolayısıyla, ancak tedavi nedenleri bilgilendirmeyi engelliyorsa, otonomi aydınlatmasının yapılmaması yönünde yaygın bir kanaat vardır. Uygulamada aydınlatma yükümlülüğünün, hastanın bilgilendirme halinde yaşamı veya sağlığına yönelik ciddi tehlikelerin bulunması durumunda söz konusu olmayacağı kabul edilmektedir.

Konu mevzuatımızda açıkça düzenlenmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği md. 19): "*Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.*"

Dikkat edilirse, yönetmelik hekime teşhisi saklama yükümlülüğü öngörmemekte; bu konuda hekime takdir yetkisi vermektedir. Bu çerçevede, "*söylenen her şey gerçek olmalı, fakat tüm hakikat tümüyle birlikte ve birden söylenmemelidir. Kötü teşhisi hasta sonradan bilmek istese bile, hastanın o anda bu gerçeği kaldıracak psikolojik güce sahip olup olmadığı kontrol edilmelidir.*"

Hekim olumsuz sonuçları nedeniyle aydınlatmadan vazgeçse bile, hasta açısından önem arz eden ve zarar vermeyecek diğer hususlarda aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmelidir. ABD'de olumsuz etki nedeniyle aydınlatmanın yapılmaması birçok eyalette açıkça kanun hükmü olarak düzenlenmiş bulunmaktadır. Buna karşılık Avustralya'da gün geçtikçe ağırlık kazanan görüş, bu uygulamanın paternalist olduğu ve ancak çok sınırlı hallerde hayata geçirilmesi gerektiği yönündedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği, tedavisi olmayan hastalığın bildirilmesini de 19. maddede düzenlemiş bulunmaktadır. Buna göre, "*tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.*" Bu hüküm esas itibarıyla isabetli olmakla birlikte, "hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması" şartına bağlı olarak teşhisin yakınlarına bildirilmesine ilişkin hüküm, tıp hukukunun genel ilkelerine aykırıdır. Hastanın ancak açık rızası halinde teşhis ailesine bildirilebilir. Aksi yönde bir talebi varsa zaten teşhis yakınlarına bildirilemez. Bu yönüyle hüküm doğru değildir.

Kaynaklar

Duttge, Gunnar, "Rechtssicherheit von End-of-Life-Decisions, Intensiv und Notfallbehandlung", 44, Nr. 2/2019, s. 77-85.

Hakeri, Hakan, "Türk Hukukuna Göre Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Uygulamaları", Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp (Editörler: İlkılıç/Özkaya/Uçar), İstanbul 2019, s. 61-66.

Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, 18. Baskı, Ankara 2020.

İlkılıç, İlhan, "Söylemek ya da Söylememek, Asıl Mesele Bu (mu)?, Hastaya Kötü Teşhis ve Prognozun İletilmesinde Epistemolojik ve Etik Sorunlar", Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp (Editörler: İlkılıç/Özkaya/Uçar), İstanbul 2019, s. 109-123.

The Guide on the Decision-making Process Regarding Medical Treatment in end-of-life Situations (Türkçe Çeviri: Yeşim Işıl Ülman).

Türk Tabipleri Birliği Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirge.

Yaşamın sonuna ilişkin kararlar

Prof. Dr. Fulya İlçin Gönenç

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunudur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde yüksek lisans ve doktorasını tamamlayan Gönenç, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesinde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını, 2015 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Ana Bilim Dalı'nda sürdürmektedir. Medipol Üniversitesi İlaç ve Sağlık Hukuku Merkez Müdürlüğü görevini yürüten Gönenç, Kurucusu ve Başkanı olduğu Sağlık Hukuku ve Eğitimi Derneğinde, hasta hakları, tıp hukuku ve etiği konusunda sivil toplum örgütlerinde, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve GETAT Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda görev yapmaktadır. Çeşitli üniversitelerde Roma hukuku, tıp-sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans, doktora dersleri vermektedir. Çalıştığı alanlarda ulusal ve uluslararası sempozyumlarda sunumları, makaleleri ve kitapları bulunmaktadır.

Geçen hafta Sağlık Hukuku dersine girdiğim tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerime ölüm üzerine sorular sorduğumda, eğitimleri boyunca pek çok bilgiyi edindikleri ancak "ölüm"ün bunlardan biri olmadığını daha net olarak gördüm. Ölüme yol açabilecek tıbbi durumları bir çırpıda saymalarına rağmen, ölmekte olan hasta ve hasta yakınına yaklaşım konusunda söyleyebildikleri çok sınırlıydı. Tıp eğitiminin amacı hastalıkları tedavi etmek, insan hayatını kurtarmayı öğretmek üzerineydi; ölüm ve ölümlülük, konuları arasında yoktu. Yine dönemin son dersini yaptığım Sağlık Hukuku lisansüstü öğrencilerime, ikinci dönemin ilk dersi için Tolstoy'un İvan İlyich'in Ölümü ve "ölüm" üzerine kendi seçtikleri bir kitabı okumalarını ödev olarak verdiğimde, çoğu hukuk fakültesi mezunu olan öğrencilerim, eğlenceli buldukları başka konular hakkında okuma yapmayı tercih ettiklerini ima ettiler. Tıp ve hukuk öğrencileri bakımından ortak olan bakış açısı, konunun "sevimsiz" olduğu, ölümün tıp bilimi için ve hatta hayata tutunamayan, hastalığını yenemeyen, içinde bulunduğu mücadeleyi kaybeden hasta için bir tür başarısızlık olduğu yönündeydi ve çoğu ölüme doğrudan tanıklık etme sürecinden geçmeyen genç öğrenciler açısından ölüm daha çok hastanelerde, yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşen bir durumdu. Dolaylı olarak tanıklık ettikleri ölümlerde; ölenler, çoğunlukla yaşamın sadece günler hatta saatler boyu uzatılmasını sağlayan müdahalelere maruz kalan, bilinci artık yerinde olmayan, hastalıkla mücadelede yorgun düşmüş kişilerdi ve onlar için yapılabilecekler zaten sınırlıydı ve yapılmıştı. Oysa ölüm bir sonuç değil, bir süreçtir; onurlu bir ölüm için yapılabilecekler ise sınırsızdır. Ölüm sürecinin tıbben olduğu gibi hukuken de doğru yönetilip yönetilmediği ise en önemli sorunlardan biridir.

Yaşamın başlangıcı ve sona ermesine ilişkin konular biyohukuk ve biyoetik açısından en tartışmalı konuların başında yer alır. Herbirimizin yaşam ve ölüme verdiği anlam kişisel yaklaşımlarımızla sınırlı kalmamakta, bir yandan tıbbi teknolojinin ve tıp pratiğinin günümüzde mümkün kıldığı olanaklar ve gelecekteki yeni olasılıklarla ölüm olgusuna bakışımız değişirken, diğer yandan kendimiz dışındaki kişilere karşı hukuki, ahlaki ve tıbbi sorumluluklarımızın nerede başlayıp nerde bittiği sorusuyla şekillenmektedir. Yaşamın sonu ve yaşamın sonuna ilişkin kararlarda temel karar vericinin kim olduğu meselesi; yaşam kalitesi, boşuna-nafile-etkisiz tedavi, sınırlı kaynakların adil kullanımı, yaşamı destekleyen tedaviler (tedavi vermemek, sonlandırmak, hastanın tedaviyi reddetmesi vb.), önceden verilmiş hasta talimatları, onurlu ölüm hakkı gibi kavramların daha çok gündeme gelmesine neden olmaktadır.

Ölmekte olan hastaların da tüm hastaların sahip olduğu haklara aynı şekilde sahip olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Bunula birlikte, ölmekte olan hasta açısından hasta özerkliği ve mahremiyetinin korunması, bilgilenme ve karar verme hakkının tam olarak sağlanması beraberinde pek çok güçlüğü de getirmektedir. Örneğin yaşamın son dönemi, genellikle, kişinin kendisini zayıf ve savunmasız hissettiği ve kendisi hakkında özgür iradesiyle karar vermesi anlamındaki özerklik yetisini hayata geçirmesinin çok zor olduğu bir dönemdir. Bu nedenle hastanın yaşamının son döneminde kendi durumunu değerlendirerek alınacak kararlara katılması başlı başına sorunlu bir alandır. Bu durumda, özellikle zihinsel yetilerinin gerilediği, sınırlandığı durumlarda, hastanın sağlıklı iken nasıl düşündüğünü, istek ve görüşlerinin ne olduğunu sorgulamak, önceden, ileriye dönük olarak verilmiş bir beyanı olup olmadığını araştırmak, yaşamın son dönemi kararlarının ayrılmaz parçasıdır. Avrupa Konseyinin, CM/Rec(2009)11 numaralı Tavsiye Kararı, hastanın hukuken ehliyetsiz olduğu durumlarda, "önceden verilmiş hasta talimatları" ve "temsil yetkisinin ilkelerini" ele almaktadır. Söz konusu Tavsiye Kararı, üye devletlerin, yasal ehliyet sahibi erişkin yaştaki bireylerin, ileride ortaya çıkabilecek bir hukuki yetersizlik haline ilişkin, "önceden verilmiş talimatlar" ya da "temsilcilerin yetkilendirilmesi" aracılığıyla, gelecekte kendileri hakkında karar vermeleri konusunda hukuki yönden düzenlemeler yapılmasını önermekle birlikte, konuya yaklaşımlar hukuk

Hastanın karar verme sürecine artık katılamayacağı durumlarda karar, hekim ve hasta dışındaki üçüncü taraflarca alınacaktır. Söz konusu kararların sadece hekimlere bırakılması başta hasta özerkliği olmak üzere tıp etiğinin temel ilkeleri ile bağdaşamayacağı gibi, zor ve ağır sorumluluk gerektiren kararları vermenin yükünü sadece hekimlere yüklemek mümkün de değildir.

sistemlerinde farklılıklar göstermektedir ve Türk hukuku bakımından konu henüz tüm yönleri ile ele alınmamıştır.

Önceden verilmiş talimatlar, ayırt etme gücü bulunan bir erginin, rızasını açıklayamayacağı durumlarda ortaya çıkacak sorunlarla ilgili olarak vermiş olduğu talimatlar ya da açıklamış bulunduğu arzulardır. Söz konusu talimatların hukuken bağlayıcılığı ve bunun koşulları ayrı bir konu olmakla birlikte, Türkiye'nin taraf olduğu İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 6. maddesinde, hekimlerin, hastalarının daha önce belirtilmiş isteklerini göz önüne almaları gerektiği belirtilmektedir.

Hasta hakları arasında yer alan "onuru ile ölme hakkı" çerçevesinde, hastalara yaşamlarının son döneminde insan onuruna uygun koşullarda hizmet sunulması ve insan olarak sahip olduğu tüm haklardan yararlanabilmesinin sağlanması, özerklik ve mahremiyet haklarına uygun koşullarda, kaliteli bakım ve tedavi hizmetleri sunulması temel insan haklarının bir gereğidir. Hekimin, hastanın karşılaşması muhtemel risk ve zararı mümkün olduğunca en aza indirip, hastanın en yüksek ölçüde yarar sağlamasına hizmet ederek, yarar-zarar dengesini gözetmesi gerekir. Yaşamının son döneminde hastaya artık yarar sağlamayan veya içinde bulunduğu durumla tam uyumlu olmayan herhangi bir tedavinin sınırlandırılması veya geri çekilmesi mümkün olmalıdır. Bununla birlikte, kişinin bedeni üzerinde mutlak surette tasarrufta bulunabilme hakkı bulunmadığından kişinin kendisine karşı işlenebilecek suçlara karşı önceden izin vermesi, öldürülmeyi talep etmesi hukuken kabul edilemez. Kişilik haklarından vazgeçmemiz mevcut hukuki düzenlemeler çerçevesinde mümkün değildir. Türk hukuku yönünden ötanazinin yasal olmaması bir yana, tedavisi imkansız bir hastalığın son dönemindeki hastaların, özerkliklerini, konforlarını ve saygınlıklarını garanti eden bakımı alabilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özenin gösterilmesi ve hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmanın bir zorunluluk olduğu açıkça ifade edilmiştir (m.14).

Genel kural olarak, yaşamının son dönemindeki hastanın gerçeği bilme hakkı kapsamında tanısı ve sağlık durumu hakkında tüm ayrıntıları bilme hakkı vardır. Hastanın kendisine ilişkin bilgileri öğrenmek istemeyeceği ya da bu gibi bilgiler ile baş edemeyeceği ileri sürülerek, hastadan bilgilerin saklanması artık kabul görmeyen bir bakış açısı olduğu gibi hasta haklarına da aykırıdır. Günü-

müzde, hastaya bilgi verilmesinin hastanın kendi geleceği ile ilgili karar alma hakkı için önemli ve gerekli olduğu, örneğin yaşamının son döneminde olan hastanın yakınlarıyla kişisel ilişkilerini, malvarlığını düzenleme, psikolojik ve dini destek alma gibi hakları, hastanın gerçeği bilmesi hakkına önemli dayanaklar oluşturabilmektedir. Hastanın, yaşamının sonunda, ölürken bulunmayı tercih ettiği yer ve koşulları seçme hakkına saygılı biçimde bakım verilmesi büyük önem taşır.

Hastanın karar verme sürecine artık katılamayacağı durumlarda karar, hekim ve hasta dışındaki üçüncü taraflarca alınacaktır. Söz konusu kararların sadece hekimlere bırakılması başta hasta özerkliği olmak üzere tıp etiğinin temel ilkeleri ile bağdaşamayacağı gibi, zor ve ağır sorumluluk gerektiren kararları vermenin yükünü sadece hekimlere yüklemek mümkün de değildir. Diğer yandan toplumun kültürel, ahlaki ve dini yapısı, gelenekselleşmiş hekim tutumları, ülkelerin sağlık politikaları da yaşam sonuna ilişkin karar verme süreçlerinde etkili olabilmektedir. Tıp biliminin görevi sadece hastalıkların nedenlerini, özelliklerini bilmek, hastayı tedavi etmek değil, tıp etiği açısından ortaya çıkan sorunları tespit etmek ve çözümler üretmeye çalışmaktır. Ölmekte olan bir hasta ve yakınına yönelik yaklaşım tıp pratiğinin tıp etiği ile kesiştiği en kritik alanlardan birisidir. Yaşamın değeri ve yaşama verdiğimiz anlam çoğu zaman yaşam sonuna ilişkin kararlarımızda belirleyici olabilmektedir. Genellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan etik sorunların bireysel olmaktan çok kamusal bir yönü vardır, sağlık hizmet sunumunda verilen kararların üçüncü kişi ya da kişilerin yaşamlarına ilişkin olması bu kararları daha da önemli hale getirir. Bir hekimin ölmekte olan hasta açısından tedaviye başlamaması, tedaviyi durdurması ya da sürdürmesinde vardığı karara sadece tıbbi verilerle ulaşabilmesi her zaman mümkün olamayabilir. Kaldı ki bu konuda kesin bir kılavuzu olmayan hekim, verdiği kararın üçüncü kişilerce sorgulanabilecek olması ihtimali ile çoğu kez gereksiz ve yararsız bir tedaviyi sürdürme kararı alabilmektedir. Oysa, tedavi hasta bakımından ölçülebilir bir fayda sağlamadığında, artmış ağrıyı, acıyı dindiremediğinde ve hastanın yaşam kalitesini baskıladığında; hekimin söz konusu tıbbi müdahalenin hastaya sağlayacağı yararın, hastanın katlanmak durumunda olduğu ağır külfetin yanında, çok az olduğu sonucuna varması halinde, -hastanın sürmekte olduğu "yaşamın kalitesi" düşünülerek- verilen tedaviye devam edilmemesi kararı alması mümkündür. Bu kararın tıp hukuku ve etiği açısından hastanın kişiliğine gösterilen saygının bir parçası olduğu kabul edilmelidir. Bununla birlikte, yaşamı destekleyen tedavileri sonlandırma kararlarında hastanın "yaşam kalitesi" ölçütü modern tıbbın temel ahlaki sorunlarındandır. Yaşam kalitesi anlayışı her bireyin değerleri, inançları, deneyim ve beklentileriyle ilişkili olarak farklı olacağı gibi genel bir "yaşam kalitesi" tanımı yapmak da mümkün değildir. Bir kişinin yaşam kalitesi ya da yaşamının değeri öncelikle ona ait bir değer olup, yaşamın son döneminde verilecek kararlarda gözetilecek olan hastanın bizzat kendisi için arzu edilen yaşam kalitesi olup, o yaşamın başkaları veya toplum için kalitesi ya da değeri olmamalıdır. Ölmekte olan hastaların içinde bulundukları durum nedeni ile karar veremeyecek durumda olduğunu ileri sürerek onlar adına karar almak ya da bu konuda genellemeler yapmak doğru bir yaklaşım olarak kabul edilemez.

Yaşamın son döneminde hastaya ilişkin verilen kararların içeriği kadar, karar verme sürecinin kendisi de önemlidir. Ölmekte olan hasta ile ilgili tıbbi karar alma sürecinin pek çok tartışma ve belirsizliği beraberinde getirdiği kabul edilmekle birlikte, hastanın tıbbi tedavisi ya da bakımı ile ilgili karar almada, ilk ve esas tarafın hastanın kendisi olduğu unutulmamalıdır. Hasta kendisi ile ilgili kararları almada yetersiz kalıyorsa ya da artık bu kararı vermesi mümkün değil ise onun yerine karar verirken; alınan kararın, hastanın karar verme iradesine sahipken verebileceği kararlarına mümkün olduğunca yakın olması ya da hasta hakkındaki kararın, onun üstün yararı gözetilerek alınmış olması önemlidir.

Kaynaklar

Beauchamp T.L. Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press; 2013.p.1-25.

Magnusson R.S.The Devil's Choise:Re-Thinking Law, Ethics, and Symptom Relief in Palliative Care. J L Med&Ethics 2006; 34:559-569.

Delbeke E. Legal Aspects of the Withholding and Withdrawing of Intensive Care in Extemely Premature Infants. Med Law 2001;28:581-591.

Gönenç, F.İ. Hukuki ve Etik Açıdan Resüsitasyon. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2015; 36:50-51. http://www.sdplatform.com/Dergi/896/Hukuki-ve-etik-acidan-resusitasyon.aspx (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

Gönenç, F.İ. "Kişiliğin Korunması ve Ötanazi", III.Ulusal Sağlık Hukuku Sempozyumu, "Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı ve Ötanazi" (ed. Hamide Tacir, Aysun Altunkaş) Kadir Has Üniversitesi, Seçkin Yayıncılık, İstanbul 2017; 103-110.

Gönenç, F.İ. "Hukuki ve Etik Açıdan Yoğun Bakım", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi "Yoğun Bakımda Etik ve Hukuk Özel Sayısı", s.21-26. (Turkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2016;2(1).

Harris, J. Hayatın Değeri, Tıp Etiğine Giriş (çev. Süha Sertabiboğlu),istanbul 1998.

Kirchhoff KT. Kowalkowski JA. Current Practices for Withdrawal of Life Support in Intensive Care Units. Am J Crit Care. 2010;19(6):532-541.

Sert, G. Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları, İstanbul 2019.

Willem A.L. End-of-Life Decisions, Ethics and the Law.A Case for Statutory Legal Clarity and Reform in South Africa Geneva: Globethics.net, 2012.

Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz (Çev.Yeşim Işıl Ülman), Avrupa Konseyi, Şubat 2015.

Ölümcül hastaların tedavi tercihleri ve Hekimoğlu örneği

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç

1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

ABD'nin meşhur Dr. House dizisinin Türkiye versiyonu olarak yayına giren Hekimoğlu'nun geçenlerde yayımlanan 5. bölümünde ALS hastalığı olduğu düşünülen bir hastanın, işlerin kötüye gitmesi durumunda kendisini hayata döndürecek müdahalede bulunulmaması yönünde talimat vermesi konusu işlendi. Dizi doğrudan orijinalinin uyarlaması olduğu için orijinaldeki cümleler aynen ya da benzer şekillerde yerli versiyonda da yer almaktaydı. Tek farkla! Yerli versiyondaki hasta, menajeri ve avukatı aracılığıyla hastane yönetimiyle bir talimat protokolü imzalarken orijinal versiyonundaki hasta tüm talimat kâğıtlarını kendi imzalıyordu. Bu farklılığın gerekçesi, Türkiye'de bu tür talimatlara ilişkin yasal bir mevzuatın bulunmaması olabilir. Dizinin yapımcıları bu konuyu dikkate almışlar ancak dizinin bu bölümündeki konuyla ilgili diğer sahneler aynen korunduğu için ortaya ilginç bir durum çıkmış.

Dr. Ateş Hekimoğlu'nun (Türkiye versiyonundaki Dr. House) ekibinde Dr. Emre ve Dr. Zeynep'le birlikte yer alan ve daha önce söz konusu hastanın özel doktoru Dr. Tanju'nun yanında da çalışan Dr. Mehmet Ali hastanın tedavisini üstlenmiştir. Hekimoğlu'nun ekibindeki üç doktor yönetim ofisine çağrılmış, hastanın DNR talimatı ile ilgili protokol hatırlatılmış ve herhangi bir şekilde kalbi veya solunumu durursa CPR (canlandırma) yapmamaları konusunda uyarılmışlardır. Yapılırsa ne olacağı sorusuna da "Eğer CPR yapılırsa hastane yüklü bir tazminata mahkûm edilir, sizler de işinizi kaybedersiniz." şeklinde cevap almışlardır. Bu görüşmenin etkisindeki ekip, hastanın solunum problemi dolayısıyla O_2 satürasyonunun aşırı düşük olduğunu gördükleri anda aralarında şöyle bir konuşma gerçekleşir:

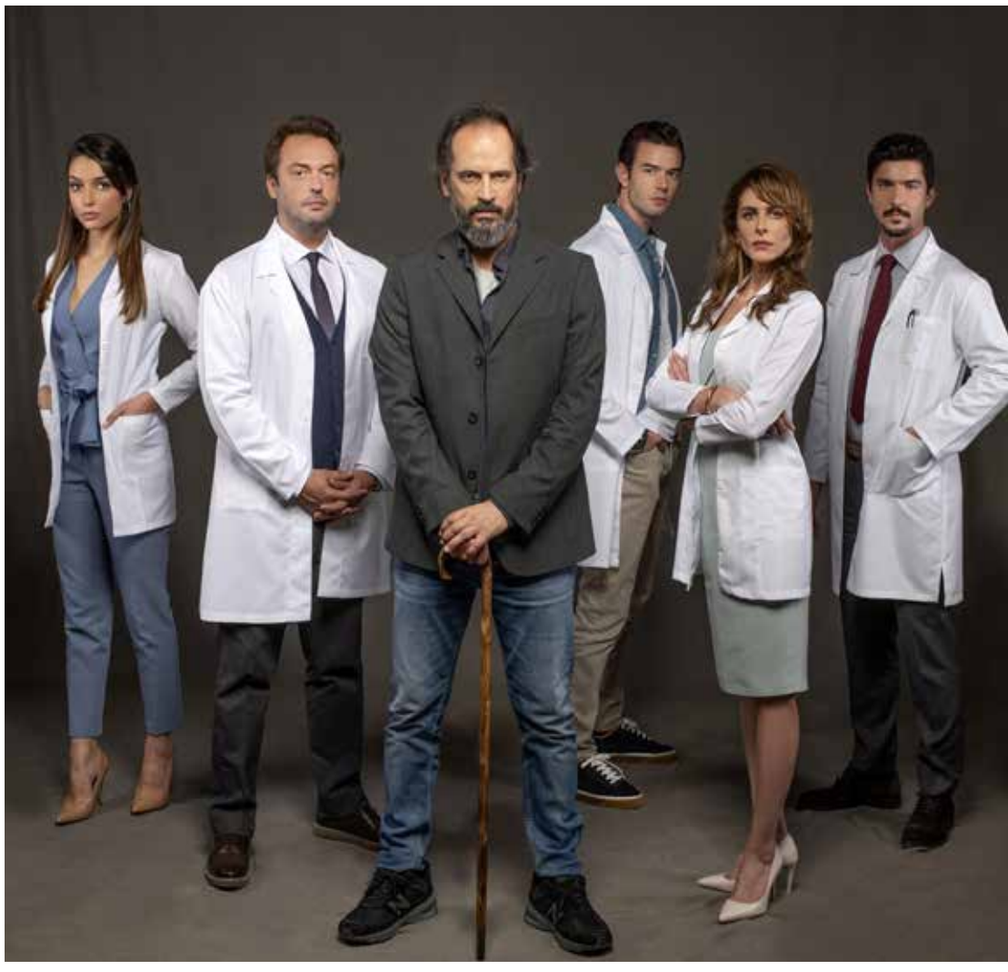
Emre: Entübe etmemiz lazım hemen.
M. Ali: Emre dur! Adamın protokolü var. Adam istemiyor.
Zeynep: Nasıl yani ya! Hiçbir şey yapmayacak mıyız?
M. Ali: Adam istemiyor. Adamın protokolü var. (Zeynep çaresiz başını tutarken Dr. Ateş Hekimoğlu içeri girer.)
Ateş: Satürasyon 70! Ne kadar zamandır böyle?
Emre: 10 dakikadır.
Ateş: Entübe etsenize.
M. Ali: Adam öldü.
Ateş: Adam ölmedi. (Emre'ye hitaben) Hadi entübe et!
Emre: Hocam adamın protokolü var, dokunamam.
Ateş: Emreee hadi!
Emre: Hocam dokunamam.
Ateş: O zaman ben entübe ederim. (Entübe etmeye başlar).
M. Ali: Hocam ne yapıyorsunuz? (Ateş entübasyona devam eder.)
M. Ali: Hocam böyle bir şey yapamazsınız! (Diğer doktorlar eylemsiz kaldığı için havayolu hortumunu ambalajından dişleriyle yırtarak çıkarıp havayolunu açar. Zeynep'ten ambu cihazını vermesini ister.)
Ateş: Ambu!
M. Ali: Hocam bu yaptığınız yanlış! Durur musunuz?
Ateş: Ambu! (Zeynep ambu cihazını eline alır.)
M. Ali: Hocam bunu yapamazsınız diyorum size!
Ateş: Zeynep ambu! (Zeynep kararsız kalır)
M. Ali: Verme!
Ateş: Kızım versene şunu! (Zeynep vermeye niyetlenir.)
M. Ali: Zeynep verme! (Zeynep yeniden kararsız kalır.)
Ateş: Uzat!
M. Ali: Sakın! (Ateş kararsız kalan Zeynep'in elindeki ambu cihazını kapar ve diğer doktorların bakışı altında ambu cihazını kullanarak hastanın nefes almasını sağlar. Bu esnada hastanın menajeri içeri girer ve hiddetle sorar).
Menajer: Ne yaptınız ona siz? Cihan'a ne yaptınız?
Zeynep: Hoca hayatını kurtardı.

Evet, nedir bu konuşmalardaki protokol konusu? İngilizcede "*advance directives*" olarak adlandırılan ve bir

kimsenin henüz şuuru yerindeyken ileriye yönelik olarak yaptığı, rızasını açıklayamayacağı bir duruma düşmesi durumunda kendisine uygulanacak ya da uygulanmayacak tıbbi müdahalelerle ilgili bildirimlerdir. Bunları *"ön talimatlar"* olarak adlandırabiliriz. (Aslında yaşamımızın sonunda nasıl davranılmasını istediğimizi belirten bu yasal belgenin adı tam olarak "*advance healthcare directives*" olup dilimize "ileriye dönük sağlık talimatları" şeklinde çevrilebilir. Kısaca "*advance directives*" olarak kullanılan bu kavram, bazı kaynaklarda "gelişmiş sağlık direktifleri" şeklinde dilimize çevrilmiş olsa da buradaki "*advance*" kelimesi "gelişmiş" olarak çevrilmek yerine "*önceden verilmiş*" ya da "ileriye dönük" olarak çevrilebilir. Biz kısaca "*ön talimatlar*" olarak kullanmayı tercih ettik.

Bu talimatlar iki şekilde olabilir. Birincisi, kişinin henüz şuuru yerindeyken şuurunun kaybolduğu anda kendisine ne tür uygulamaların yapılmasına ya da yapılmamasına izin verdiğini gösteren "yaşam vasiyeti" ya da "yaşam dilekçesi" adı verilen yazılı belgedir. (İngilizcesi "*living will*" olan kavram, bazen yanlış olarak "yaşayan vasiyet" şeklinde tercüme edilse de "yaşama ilişkin vasiyet" anlamındadır.) Bu belgede kişinin, ihtiyaç duyulduğu anda, yaşam destek tedavisi olarak adlandırılan kardiyo-pulmoner resüsitasyon (CPR), mekanik ventilasyon, enteral ve parenteral beslenme, hidrasyon ve diyaliz gibi tıbbi prosedürlerden ne kadar almak ya da almamak istediği belirtilir. İkincisi, kendisinin karar veremeyeceği durumda kendisi adına karar vermek üzere birini/birilerini tayin ettiğini gösteren "yasal sağlık yetkilisi" (*health care power of attorney*) belgesidir. Bu belgede tanımlanan ve beyanı yapmış olan kişi adına karar verme merciinde olan yasal sağlık yetkilisi, belgede yazılı olan hususlar dışında farklı bir görüş bildiremez ve temsil ettikleri kişinin yararına hareket etmek mecburiyetindedir. Yasal sağlık temsilcisi genellikle kişinin yakınları olabileceği gibi bazen aile hekimi, bazen de kişinin güvendiği başka kimseler olabilmektedir.

Şimdi gelelim dizide de karşımıza çıkan DNR talimatları'na. Ön talimatların en çok görülen şekli olan ve İngilizce "*do not resuscitate*"in (resüsitasyon yapmayın/canlandırmayın/diriltmeyin) kısaltması olan DNR talimatları'nın



hangi durumlarda dikkate alınacağı, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bu talimatlara uymalarının ya da uymamalarının hukuki ve etik yönleri de önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Şimdi kısaca bu hususları gözden geçirelim.

Hukuki Yönden Bakış

Gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmında yasal prosedürü belirlenmiş olan bu talimatlar, *"özerklik"* ilkesine dayandırılarak kişinin kendi sağlığıyla ilgili karar verme hakkı olarak görülmektedir. Örneğin ABD'de, 1 Aralık 1991'de yürürlüğe giren bir federal kanun olan "*The Patient Self-Determination Act*" ile bu hak belirlenmiştir. Uygulamanın nasıl olacağı ile ilgili eyaletler arasında fark bulunsa da temel hususlar söz konusu kanunda yer almaktadır.

Avrupa Birliği'nde ise Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin 2009/11 sayılı "*Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity*" isimli yönergesinde

Her yaptığımız tıbbi eylemin mutlaka hastanın yararına olması gerektiğini belirten "yararlılık ilkesi" ile Hipokrat'tan bu yana tıbbın en temel prensibi olan ve Hipokrat tarafından "Önce zarar verme" olarak ifade edilen "zarar vermeme ilkesi" arasında bazen ikilemde kalınması söz konusu olabilmektedir. Yararlılık her zaman bir eylemi gerektirirken zarar vermemek için bazen eylemsiz kalmak da gerekebilir.

Etik olarak doğru bulduğumuz hususlar, bazen yasal olmayabildiği gibi yasalara uygun olan bazı durumlar da etik anlayışımıza aykırı gelebilmektedir. Hekimler en çok da bu durumlarda ikilem yaşamaktadırlar. Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR)'un, geri dönüşü olmayan terminal dönemde veya resüsitasyondan sonra çok kısa yaşam beklentisi olan durumlarda uygulanması hem etik hem de hukuk açısından oldukça tartışmalı bir konudur, hele bir de ön talimatlarla ilgili yasal düzenlemelerin olduğu ülkelerde ve yasal olarak verilmiş bir DNR talimatı varsa…

yetersizlik durumları için devam eden vekaletname ve önceden verilmiş talimatlar hakkında ilkeleri belirleyen tavsiye kararı alınmıştır. Bu karar üzerine Almanya, Avusturya, Hollanda, İngiltere, İtalya, İsviçre gibi birçok Avrupa Birliği ülkesinde yasal düzenlemeler yapılmış ancak her ülkenin mevzuatı ve formaliteleri de kendine özgü olmuştur.

Tabloda da görüldüğü gibi, yaşamın sonuna dair önceden verilmiş talimatlar, henüz ülkemiz gündemine girebilmiş değildir ve bu itibarla yasal bir zemine oturmamıştır. Bu durum hekimlerin ve diğer sağlık personelinin işlerini oldukça zorlaştırmaktadır. Bu itibarla Türkiye'de hekimlik icra eden kişilerin DNR talimatına uymamaları durumunda tazminat davalarıyla karşı karşıya kalmaları mümkünken uymaları halinde de taksirle adam öldürme suçlaması ile hakim karşısına çıkmaları söz konusu olabilecektir. Bu yüzden bu tür durumlarda nasıl davranılması gerektiğinin yasal olarak açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Gerçi söz konusu dizinin her iki versiyonunda da her iki kahramanımız hakkında ayrıca suç duyurusunda bulunulmaktadır. Hekimoğlu'nun kendisine gelen zarfı verip içinde yazanı okumasını istediği Dr. Zeynep'in "Hakkınızda savcılığa suç duyurusunda bulunulmuş. Cezai soruşturma açılmış." demesi üzerine verdiği tepki ise çok manidardır: "Adamın hayatını kurtarıyorsun seni mahkemeye veriyorlar. Tıp çok ilerledi."

Dava aşamasında mübaşir tarafından "Davalı Ateş Hekimoğlu. Darp suçlaması hakkındaki dava için duruşmaya!" diyerek çağrıldığı mahkeme salonunda da suçlanan doktor ile hakim arasında aşağıdaki konuşmalar geçmektedir:

Hakim: Ateş Bey'in hakkında Cihan Yenerler'i darp ettiği gerekçesiyle suç duyurusu bulunuyor. Tekerlekli sandalyedeki bir adama mı saldırdınız?

Davalı Avukatı: Sayın Hakim. Davalının darptan kastı Ateş Hekimoğlu'nun rızası olmadan boğazına hortum sokmasıdır.

Ateş (yerinden kalkarak müdahale eder): Sayın hakim medikal hortum, yanlış olmasın. *Ölecekti adam,* hayatını kurtarmak için.

Etik Yönünden Bakış

Konu öncelikle tıp etiğinin *"özerkliğe saygı ilkesi"* çerçevesinde ele alınmalıdır. Özerkliğe saygı ilkesi, "kişinin kendisi hakkında yapılacak işlemlere kendisinin özgürce karar vermesi" olarak tanımlanabilmektedir. Bu ilke ışığında kişi, ileride kendisi ile ilgili karar alamayacak duruma düştüğünde, kendisine tıbbi müdahale yapılıp yapılamayacağını ya da bu hususta kim(ler)in karar verebileceğini "ön talimat" belgeleriyle belirleyebilir. "Ön talimat" belgelerinin geçerli olması için öncelikle kişinin ergin ve hukuki ehliyet sahibi olması, özgür iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak bu belgeyi imzalamış olması gerekir. (Bu talimatlar herhangi bir zamanda kişinin kendisi tarafından geri alınabilir.)

Avrupa Konseyi Biyoetik Komitesi tarafından 2014 yılında "*Guide concerning the decision-making process regarding medical treatment in end of life situations*" (Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz) kaleme alınmıştır. Bu kılavuza göre kişinin kendisi hakkında vereceği kararın geçerli olabilmesi için anlama, değerlendirme, muhakeme edebilme ve seçim yapabilme yeteneklerine sahip olması gerekmektedir. Tıp etiğinin "yararlılık" ve "zarar vermeme" ilkeleri de bu konuda devreye girmektedir. Her yaptığımız tıbbi eylemin mutlaka has-

Tablo: Çeşitli ülkelerde ileriye dönük sağlık talimatlarının yasal durumu

ABD	Yaşam vasiyeti ve yasal sağlık yetkilisinin en fazla kabul gördüğü ülkedir.
Almanya	18 Haziran 2009'dan itibaren ileriye dönük sağlık talimatları hakkında yasal düzenleme vardır.
Avustralya	Yaşam vasiyeti hazırlanabilir.
Finlandiya	İleriye dönük sağlık talimatı genel olarak kabul görmektedir.
Fransa	Yaşam vasiyetinin bağlayıcılığı yoktur. İleriye dönük sağlık talimatının geçerli olması için üç yılda bir yenilenmesi gerekir. Ötanazi yasaktır.
Hollanda	Hastalar ötanazi talimatı yazabilir. Hekimler hastanın kurtulma ümidi olmadığı konusunda fikir birliği içinde olmalılar.
İngiltere ve Galler	İleriye dönük sağlık talimatı yazılarak vekil tayin edilebilir.
İsviçre	Yaşam vasiyeti hastanın iradesini temsil etmektedir.
İtalya	Hasta ileriye dönük sağlık talimatı verebilir ve bunu uyguladığı için hekimlere bir sorumluluk yoktur. (14 Aralık 2017'de kabul edilen yasayla 31 Ocak 2018'den itibaren yasal düzenlemeye kavuştu.)
Norveç	Yaşam vasiyeti ile ilgili hukuki düzenleme yoktur.
Türkiye	İleriye dönük sağlık talimatı ile ilgili bir yasal düzenleme yoktur. Sadece organ nakli için Organ Bağışı Belgesi söz konusudur. Yasal temsilci kavramı vardır. Ötanazi yasaktır.
Uzak Doğu/Asya Ülkeleri	Yaşam vasiyeti kabul görmemektedir.

tanın yararına olması gerektiğini belirten "yararlılık ilkesi" ile Hipokrat'tan bu yana tıbbın en temel prensibi olan ve Hipokrat tarafından "Önce zarar verme" olarak ifade edilen "zarar vermeme ilkesi" arasında bazen ikilemde kalınması söz konusu olabilmektedir. Yararlılık her zaman bir eylemi gerektirirken zarar vermemek için bazen eylemsiz kalmak da gerekebilir. Yararlı olması için yaptığımız tıbbi müdahaleler aynı zamanda zarar verme potansiyeline de sahip olabilir. Bu durumda yarar/zarar dengesinin yarar yönünde bariz bir üstünlüğünün bulunması gereklidir.

Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hastaları hakkında tıbbi kararlar verirken en önemli argümanları iken bu iki ilke genellikle özerkliğe saygı ilkesi ile karşı karşıya gelmektedir. Hekimler hastaları için en yararlı olanı yapma eğiliminde olsalar da bazen hastalar yararlı olanı tercih etmek istemeyebilirler. Bu gibi durumlarda hastanın yeterli düzeyde bilgilendirilmesinden sonra kararın kendisine bırakılması gerekmektedir.

Entübe Edilmek mi, Entübe Edilmemek mi? İşte Bütün Mesele Bu! Tabii Etik Olarak!

DNR talimatı verilmesi hususunda, kişinin bu kararı verirken hangi psikolojide olduğu da çok önem arz etmektedir. Üstelik buradaki örnekte olduğu gibi teşhisin yanlış konulmuş olma ihtimali de hastanın psikolojisini bozan ana etken olabilir. Dizide kişinin psikolojisine güzel bir vurgu olan aşağıdaki sahne vardır:

(Ekip, Ateş Hoca'nın odasına girerek vaka hakkında tartışmaya başlar.)
Ateş: IVIG durumunu kötüleştirdi. Demek ki multifokal motor nöropati teşhisi yanlıştı. Acaba asıl derdi ne?
M. Ali: Sizin asıl derdiniz ne hocam?
Ateş: Valla benim derdimi herkes biliyor. Mühim olan hastanın derdi ne?
M. Ali: Hasta entübe edilmek istemiyordu, entübe ettiniz. Ortada imzalı bir protokol var.
Ateş: Entübe edilmek mi entübe edilmemek mi? İşte bütün mesele bu! Tabii etik olarak!
M. Ali: Ortada bir mesele falan yok hocam. Mesele çok net. Hasta entübe edilmek istemiyordu.
Ateş: Tabii buna karar verebilecek ruhsal durumdaysa. Tiroit değerleri onu biraz depresif yapıyordu, biliyorsunuz.
Ateş: Benim asıl merak ettiğim neden böyle bir protokol imzaladı? Neden entübe edilmek istemiyordu? Entübe edilmek istemedi çünkü ALS yüzünden yavaş yavaş ölmek istemiyordu. Hasta ALS değil.
M. Ali: Hata sizin. İzinsiz müdahale eden sizsiniz. Zorla entübe ettiniz.

Etik değerlere saygı konusunda ve özellikle hastalarla iletişimde ciddi sorunları bulunan bir doktor karakteri olan Dr. House'un ya da Türkiye versiyonu olan Dr. Hekimoğlu'nun DNR konusuna etik olarak yaklaştığını beyan etmesi de ayrı bir ironi olarak gözden kaçmamaktadır. Tüm bunlara rağmen yanlış teşhis faktörü de asla göz ardı edilmemelidir ki bu vakada hastanın ALS olmadığı sonradan ortaya çıkmakta ve hasta iyileşmektedir.

Konunun değişik bir boyutu da ön talimatların maddi veya manevi baskı altında verilmiş olması ya da verildikten sonra olabilecek fikir değişikliklerinin yeterince resmî belgelere yansıtılamama ihtimali olabilir. Bu da geçersiz bir talimata dayanılarak hastanın yaşam hakkının elinden alınmış olması sonucunu doğurabilir. Bir de belirlenmiş yasal sağlık yetkilisinin kötü niyetli olması ya da karar vermeye yeterli olmaması gibi durumları da göz ardı etmemek gerekir. Bunlar da ön talimatların önemli birer handikabıdır. Ancak tüm bunların yanında terminal dönem hastalarda nafile/gereksiz tedaviler de yapılmamalıdır.

Etik ve Hukuk Çatışması

Etik olarak doğru bulduğumuz hususlar, bazen yasal olmayabildiği gibi yasalara uygun olan bazı durumlar da etik anlayışımıza aykırı gelebilmektedir. Hekimler en çok da bu durumlarda ikilem yaşamaktadırlar. Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR)'un, geri dönüşü olmayan terminal dönemde veya resüsitasyondan sonra çok kısa yaşam beklentisi olan durumlarda uygulanması hem etik hem de hukuk açısından oldukça tartışmalı bir konudur, hele bir de ön talimatlarla ilgili yasal düzenlemelerin olduğu ülkelerde ve yasal olarak verilmiş bir DNR talimatı varsa…

Ancak temel amacı ani ve beklenmeyen bir ölümü engelleyerek yaşamı kurtarmak olan CPR'ın, DNR talimatı olan fakat terminal dönemde olmayan hastalarda uygulanmayarak yaşam kalitesini bozmadan engellenebilecek olan ani bir ölümü engelleyememe sonucuna yol açması da DNR talimatının özüne aykırı olsa gerektir. Bu gibi durumların ayrımının yapılması bazen oldukça zor olabilmektedir. Sonuç olarak, ülkemizde yasal mevzuatın acilen hazırlanarak bu gibi durumlarda hekimlerin ve diğer sağlık personelinin etik ve hukuk çelişkisinin kurbanı olmaması sağlanmalıdır ve bu ağır yük sadece hekimlerin üzerine bırakılmamalıdır.

Kaynaklar

Avrupa Konseyi Biyoetik Komitesi'nin Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuzu, "Guide Concerning the Decision-making Process Regarding Medical Treatment in End of Life Situations" (2014). https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c5 (Erişim Tarihi: 02.02.2020). (Türkçe Versiyonu: https://www.yogunbakim.org.tr/data/pdf/COE_End_of_Life_Guide_Turkish.pdf (Erişim Tarihi: 02.02.2020).

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin 2009/11 Sayılı Prensip Kararı: "Principles Concerning Continuing Powers of Attorney and Advance Directives for Incapacity" https://rm.coe.int/168070965f (Erişim Tarihi: 02.02.2020).

Baeuchamp L T. Principles Biomedical Ethics. Oxford University Press. Seventh Edith. Oxford: 2013.

Ekinci Osman, Tokaç Mahmut. "Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar." Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri. (Editör: Nimet Şenoğlu), Ankara Nobel Tıp Kitabevi Yayınları, Ankara, 2019; 1041-1048.

Hekimoğlu dizisinin video kayıtları. https://www.kanald.com.tr/hekimoglu/bolumler (Erişim Tarihi: 02.02.2020).

Kahveci, Rabia. Sağlık Hizmetlerini Demokratiklestirecek Bir Adım: Son Dönem Yasam Destek Kararlarına Hastaların Katılımı, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007, 15:90-93.

Örnek Büken Nüket, Akpınar Aslıhan (Ed.). Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar, Hacettepe Biyoetik Merkezi Yayını, Ankara, 2014.

Özkaya Hilal, İlkılıç İlhan. Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar (Kitap bölümü), Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp (Editörler: İlhan İlkılıç, Hilal Özkaya, Abdullah Uçar), İSAR Yayınları, İstanbul, 2019.

İntihar, ötanazi ve psikiyatri

Prof. Dr. Mustafa Bilici

1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uludağ Üniversitesinde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTÜ'de doçent (2000), Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğretim üyesi ve ayrıca Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisinde psikiyatr olarak çalışmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü intiharı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul eder. İntihar oranlarının az gelişmiş ülkelerde ve Akdeniz ülkelerindeki oranının gelişmiş Avrupa ülkelerinde özellikle de Kuzey Avrupa ülkelerininkinden daha düşük olduğu bilinmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar, ölüm nedenleri arasında sekizinci sıradadır ve yaklaşık olarak yılda 30 bin ölümden sorumludur. Bu tüm ölümlerin %1,4'ünü oluşturmaktadır. Ülkeler ve bölgeler arasındaki intihar oranı değişimlerinin arkasında, coğrafi konum, güneş ışığı alma oranı, ekonomik düzey, din, kültür ve toplumsal roller gibi pek çok biyolojik ve psikososyal etken farklılıklarının bulunduğu bilinmektedir.

İntihar kısaca kendini öldürmek demektir. İntihar sonucu ölen insanların önemli bir kısmının daha önce intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Dolayısıyla intihar sonucu ölümlerin riskini artıran pek çok etkenden bahsedilebilir. Bu etkenler arasında, erkek olmak, tedavisi zor bir hastalığa sahip olmak, manevi hayatın fakirliği, ateşli silah gibi intihar araçlarına ulaşım kolaylığı, psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmak, madde kullanımı ve iflas gibi çok çeşitli faktörler sayılabilir.

Aklı başında bir insan intihar etmek ister mi şeklinde sıkça sorulan bir soru, "neden olmasın" şeklinde cevaplandırılabilir. Zira intihar eden pek çok kişinin ölmeden önce herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığının olmadığına dair sağlam bilgiler mevcuttur. Ancak bir psikiyatrik hastalık olmasa da kanaatimce bir insanın kendisini sebepsiz yere öldürmesi patolojik bir davranıştır.

Sıkça sorulan bir başka soru, dindarlık intihardan korur mu şeklindedir. Bu soru sıklıkla evet şeklinde cevaplandırılır. Hastalarım arasında "dinim yasaklamasaydı çoktan kendimi öldürürdüm" diyenleri çok gördüm. Ancak yine de dindarların da ağır bir depresyona girmesi ve bunun sonucunda sabah namazını kıldıktan sonra hayatlarına son verdiklerine de çok şahit oldum. Yani ağır depresyon geçirmek insanın sağlıklı düşünme becerisini ortadan kaldırarak ölümü cazip bir seçenek haline getiriyor olabilir.

Pek çok insan intihar etmeden önce bulgu verme eğilimindedir. Mesela intihar notu yazma, sandıktaki tabancayı çıkarıp bakımını yapma, gece yarısı tavan arasına çıkma ve sevdikleriyle durup dururken helalleşme gibi davranışlar dikkat çekici olabilir. İntihar yöntemleri değişkenlik gösterebilir. Erkeklerin ası ve ateşli silah gibi "sert", kadınların ise kimyasal maddeler gibi "yumuşak" yöntemleri tercih etme eğiliminde oldukları bilinir. Ancak silaha ulaşmak kolaysa kadınların da ateşli silahı sık tercih ettikleri bilinir. Anestezi hekimlerinin damarlarına yüksek doz anestezik ilaç zerk ederek intihar etmeleri de sıklıkla erişim kolaylığı ile ilgili olabilir. Ayrıca bu hekimlerin "uykuya dalar gibi" ölme yöntemini seçerek bir tür ağrısız ölümü hedeflemiş olabilecekleri de düşünülebilir. Ancak ölüm "bir kez" yaşanan bir deneyim olduğu için hangi ölümün daha az sancılı olduğuna dair bir veriye asla ulaşılamayacaktır.

Yukarda intiharın bir halk sağlığı sorunu haline geldiğinden bahsetmiştik, o nedenle intihardan korunma da bu bahis altında işlenmektedir. Özellikle majör depresyon, bipolar affektif bozukluk, şizofreni, alkol ve madde bağımlığı gibi ruhsal hastalıkların erken teşhis ve tedavisi intihardan korunmada çok önemlidir. Ayrıca çeşitli psikososyal ve ekonomik düzenlemelerin de bu kapsamda sayılması gerektiğini söyleyebiliriz.

İntihardan bahsetmişken "parasusisid" kavramına değinmekte yarar var. Sigara, alkol, hızlı araba kullanma, tedavi reddi, ekstrem spor yapma gibi ölümle sonuçlanma ihtimali yüksek aktivitelerde bulunmak intihar olarak adlandırılmasa da "intihar benzeri" davranışlar olarak nitelendirilebilir. "Atın ölümü arpadan olsun" misali, "şu ölümlü dünyada ne olursa olsun yaşamaya devam etmeliyim" düşüncesi yerine "nasıl olsa öleceğim, bari şu kısacık dünya hayatında kendimi sevdiğim şeylerden mahrum bırakmayayım" fikrinin ağır bastığı kişilerin parasuisidal davranışlara eğilimli oldukları tahmin edilebilir.

İntiharla bağlantılı olabilecek bir diğer konu ise ötanazidir. Bilindiği gibi 1991 yılında 50 yaşında olan Bayan B'ye otanazi uygulamasına yardım eden Dr. Chabot hakkında bir dava açılmıştır.

Bir insanın makul ve mantıklı bir biçimde yaşama hakkından vazgeçmesi asgari saygıyı hak etmektedir. Kanaatimce içinde tüm tarafların yer aldığı bir heyet oybirliği ile kişinin ölmesini uygun görürse böyle bir insanın ölümüne yardımcı olmak gerekir. Kimin yardımcı olacağı ise gönüllülük prensibine ya da kanunun görevlendirmesine göre yapılabilir.

Davaya konu olan Bayan B. sorunlu bir evlilik yaşamış ve bu evlilikten iki oğlu olan bir annedir. Bu sorunlu evliliğin ışığında büyük oğlu Patrick 1986 yılında intihar etmiştir. Kendisinde de intihar etme isteği olması nedeniyle psikiyatrik tedavi almıştır. İki yıl sonra yani 1988'de babası vefat edince küçük oğlu Rodney ile birlikte evden ayrılmış ve eşini terk etmiştir. Ancak olaylar peşini bırakmamış ve evden ayrıldıktan iki yıl sonra yani 1990 yılında trafik kazası geçirerek hastaneye yatırılan Rodney'e kanser teşhisi konulmuş, bir yıl sonra 1991'de küçük oğlu vefat etmiştir. Oğlunun vefat ettiği gece de dahil sayısız intihar girişimi olan Bayan B. daha sonra İstemli Otanazi Birliğine başvurarak ölme isteğini belirtmiştir. Burada tanıştığı Dr. Chabot ile Ağustos-Eylül 1991 tarihleri arasında psikiyatrik görüşmeler yapmış ancak Bayan B'nin ötanazi isteğini sürekli tekrarlaması sonucunda Dr. Chabot üç meslektaşının görüşünü de alarak Bayan B'nin olum talebini kabul etmiş ve uygun miktarda ilaç ve ilaçların kullanım şekilleri hakkında bilgi de vererek ölümüne yardım etmiştir. Bu olay sonucunda Dr. Chabot'a dava açılmış ancak suçsuz bulunmuştur. 1994 yılında Yüksek Mahkeme "Acısı somatik kökenli olmayan ve ölümcül olmayan hastalıklarda da intiharda yardım etme durumunu tanımıştır. Hollanda Tabipler Birliği ve Hollanda Psikiyatri Birliği de mahkemenin kararını desteklemiştir. Ancak Türkiye gibi pek çok ülkede bir insanın ölümüne yardımcı olmak suç kapsamında değerlendirilmektedir.

11 Şubat 2005 tarihinde gösterime giren, yönetmenliğini Alejandro Amenábar'ın yaptığı, senaryosunu ise yönetmen ile birlikte Mateo Gil'in yazdığı ve başrolünü Javier Bardem'in oynadığı İçimdeki Deniz (*Mare Dentro*) adlı film hayatın anlamını sorgulaması açısından hayli ilgi çekici. Balıklama sığ bir denize atladığı için boynu kırılan ve yaklaşık 30 yıl yatağa ve başkalarına bağımlı kalan bir adamın (*Ramon Sampedro*) değişen hayatının potasyum siyanürlü ötanaziyle noktalanmasını anlatıyor film. Ramon'un kazadan sonra hayatla tek ilişkisi deniz manzaralı penceresidir. Ramon'un hayatına giren iki kadın, Avukat Julia ve köylü kadın Rosa, adam tarafından bir sevgi imtihanına tutulur. Adam onlara "Beni gerçekten seven ölümüme yardımcı olur" der. Kadınlardan hangisi onu gerçekten seviyorsa onun eliyle gelecektir ölüm. Sonuçta Rosa bu sınavı kazanır ve adama potasyum siyanürlü suyu ikram eder.

Bilindiği gibi boyun kırılması genellikle omuriliğin kopmasına ve boyundan aşağısının felç olmasına neden olmaktadır. Böyle bir kişinin akli melekeleri yerinde olmasına karşın, boynundan aşağısındaki vücudunu hissedemez ve kontrol edemez. Elini ayağını kullanamaz, yürüyemez, büyük ve küçük abdestini yaptığının farkına varamaz, cinsel ilişkiye giremez. Yapabildiği şeyler ise konuşmak, düşünmek, üzülmek, kahrolmak, uyumak, nefes almak ve ağzına konan gıdayı yutmaktan ibarettir. Kısaca böyle bir kişi yaşamak için

başkalarına tam bağımlı akıllı ve canlı bir ceset olarak tasvir edilebilir. Sürekli ve etkili bir bakımın gerektiği bu tür kişilerde bakımın kalitesindeki düşme, sırtta ve kuyruk sokumunda yaraların oluşumuna, enfeksiyonların baş göstermesine ve beslenme sorunlarına yol açabilir. Ölüm genellikle bu tür bakım sorunlarının yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle olmaktadır. Eğer kaliteli bir bakım söz konusu ise kişi uzun yıllar yaşayabilir. Başa gelmeyince bilinmez ama bir an için böyle bir duruma düştüğünüzü düşünün. Sanki hadise sizin değil de bir başkasının başına gelmiş gibi davranırsınız. Ama daha sonra acı gerçekle yüzleşirsiniz ve "Neden ben?" diye sorarsınız "Milyarlarca insan dururken neden ben?" diye haykırırsınız. Sonra tedavi arayışlarını başlatırsınız ama tüm kapılar yüzünüze kapanır. Daha sonra mevcut durumu zor da olsa kabullenmeye başlarsınız. Bu kabul pek çok ruhsal sorunu da beraberinde getirir; Depresyon, anksiyete bozukluğu, uyku, iştah ve davranış problemleri. Sevdiğiniz insanların elinde bir gün iki gün bakılırsınız ama daha sonra yavaş yavaş yük olduğunuzu düşünürsünüz. En sonunda çaresiz teslim olursunuz ve içinize gömülürsünüz. Artık tek çıkar yolun ölüm olduğunu savunursunuz ve bunu gerçekleştirmek için elinizden geleni yaparsınız.

Bir de madalyonun öbür yüzü var. Sevdiğiniz bir insanın boyundan aşağısının felç olduğunu hayal edin. Yaşaması için sizin vereceğiniz bir damla suya ve bir lokma ekmeğe muhtaç. Parmağını bile kıpırdatamadığı için her ihtiyacını siz karşılıyorsunuz. Altını bezleyip temizliyorsunuz. Tırnağını kesiyorsunuz, tıraşını yapıyorsunuz. En zoru ise size yaptıklarınız karşısında teşekkür yerine hakaret ediyor ve kovuyor. Böyle yaparak bakım kalitesini düşürmeye ve böylece ölmeyi kolaylaştırmaya çalıştığını bildiğiniz için hakarete rağmen hizmette kusur etmemeye çalışırsınız. Siz de ona kızarsınız, tartışırsınız ama yine de bakımını sürdürmek zorunda hissedersiniz. Her gün size kendisini öldürmeniz için yalvarıp duran birine artık tahammül edemez olursunuz. Bir iki derken siz de tükenirsiniz, içinizden eceli ile ölse diye geçirirsiniz, en iyi çözümün ölmesi olduğunu düşünürsünüz. Ama bunu bir türlü söyleyemezsiniz. Hatta böyle düşündüğünüz için kendinize kızarsınız. Bir süre sonra siz de tükenirsiniz.

Soru şu: Tüm tedavi umutları kesilmiş, yaşamak için tamamen başkasına bağımlı hâle gelmiş birinin ölme hakkı (ötanazi) olabilir mi? Burada da şu soruyu sormak gerekir: Yaşamak bir hak mı yoksa mecburiyet midir? Bu soruya "haktır" diye cevap verirseniz, kişinin sahip olduğu bir haktan feragat etme hakkının da olduğunu teslim etmek zorunda kalırsınız. Çünkü hak benim değil mi ister kullanırım ister feragat ederim diye düşünenler çıkabilir. Bu düşünce son derece makul ve mantıklıdır. Dolayısıyla amansız bir hastalığa yakalanmış kişinin yaşadığı ıstıraba bir son vermek için yaşama hakkından feragat etmesi anlaşılır olacaktır. Yani yaşama hakkından feragat eden için ötanazinin mantıklı bir tercih olduğunu kabul etmek durumunda kalırız. Yaşamak bir mecburiyettir dersek yapacak tek şey her ne surette olursa olsun insanı yaşatmaya çalışmak gerekecektir. Bu mecburiyetin nereden geldiği çok fazla önemli değildir. Fakat bu mecburiyeti kimin uygulayacağı ciddi bir sorundur. Eğer yaşamak mecburi ise ölmek isteyen bir insanı kim tutabilir? Her ölmek isteyenin başına bir kendisini öldürmekten alıkoyacak bir muhafız koyamayacağımıza göre yaşamanın mecburiliği anlamını yitirmektedir. Ötanazi ile alâkalı tek mesele kişinin ölmesi için birine bağımlı olmasıdır. Böyle olunca işin içine bir diğer kişi girmektedir ve o kişinin de ötanaziyi uygulamak isteme ya da istememe hakkının olması söz konusudur. Etik açıdan bakıldığında sağlıkçıların ettikleri yemin gereği hastayı yaşatma mecburiyeti vardır. Hiç kimse çaresiz de olsa hastasının ölmesi için uğraşamaz. Fakat yukarıdaki gibi aklı başında bir felçlinin çeşitli gerekçelerle yaşamayı reddetmesi anlaşılır bir şeydir. Dikkat edilirse burada ölmeyi istemekten değil, yaşamayı reddetmekten bahsediyoruz.

Toparlarsak, bir insanın kendini ya da bir canı öldürmesinin tartışılacak bir tarafı yok ama bir insanın makul ve mantıklı bir biçimde yaşama hakkından vazgeçmesi asgari saygıyı hak etmektedir. Kanaatimce içinde tüm tarafların yer aldığı bir heyet oybirliği ile kişinin ölmesini uygun görürse böyle bir insanın ölümüne yardımcı olmak gerekir. Kimin yardımcı olacağı ise gönüllülük prensibine ya da kanunun görevlendirmesine göre yapılabilir.

Şimdi kendinizi Bayan B'nin ya da Bay Ramon'un yerine koyarak empati yapmaya çalışın. Onların yerinde siz olsaydınız ne yapardınız? Bu soruya çok çeşitli cevaplar verilebilir. Benim cevabım şu: Bayan B ile tam empati yapamadığım bir şey diyemiyorum ama Ramon'un yerinde olsam aynısını yapardım.

Kaynaklar

Bekâroğlu M, Bilici M, Hocaoğlu Ç, Gürpınar S, Soylu C. Trabzon'da 1995 Yılı İntihar İnsidansı. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10: 190-200.

Bilici M, Bekaroğlu M, Hocaoğlu C, Gürpınar S, Soylu C, Uluutku N. Incidence of Completed and Attempted Suicide in Trabzon, Turkey. Crisis, 2002; 23: 3-10.

Kumaş G. (2005) Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Otanazi Hakkındaki Düşünceleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Psikiyatride Sinema Sinemada Psikiyatri, Sinemanın ve Film Kliplerinin Psikiyatri ve Psikoterapi Gruplarında Kullanımları (2010). Editör: Dr. Mustafa Bilici, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınları.

Ekonomi penceresinden son dönem hastalarına verilen hizmetler

Prof. Dr. Haydar Sur

1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Hayatı tehdit eden sağlık problemlerini yaşayan çocukların, yetişkinlerin ve onların ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmek üzere kurgulanmış yaklaşıma palyatif bakım, denir. Yaşamın kalan kısmında hep sürüp gidecek olan her türlü bedensel, psikolojik, sosyal ya da manevi sorunların önlenmesi veya dindirilmesi anlamına gelmektedir. Haysiyeti, yaşamın kalitesini ve gittikçe ilerleyen hastalıklarda kanıtlara göre olabilecek en iyi hizmetin sunulmasını hedeflemektedir. Çocukların palyatif hizmetleri ile yetişkinlerinki birbirinden belirgin farklılıklar gösterir. Çocuklara verilen hizmetlerde aileler de hizmete ihtiyaç duyar. Tanı konulmasıyla birlikte bu hizmetler başlar ve çocuk doğrudan hastalıkla ilgili hizmet almasa da aileye bu hizmetler verilmelidir. Özellikle marjinal grupların ve yoksullarla savunmasızların bu hizmetlere erişimi için özel önlemler alınmış olmalıdır (1).

Küresel bir tahminle, bütün ölümlerin %40-60'ında palyatif bakım ihtiyacı vardır. Yetişkinlerin palyatif bakım ihtiyacını gösterdiği durumlar genellikle kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum sistemi hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) olmaktadır. Bunun dışında kronik böbrek yetersizliklerinde, kronik karaciğer hastalıklarında, romatoid artritte vb. bu ihtiyaç ortaya çıkabilmektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 20 milyon kişi yaşamının son yılına girerek palyatif bakım hizmeti ihtiyacı göstermektedir. Bu kişilerin %78'i az gelişmiş veya hiç gelişmemiş ülkelerde yaşayanlar arasındadır. Palyatif bakım hizmeti ihtiyacı gösteren çocukların da %98'i bu ülkelerdedir (1).

Palyatif hizmetler, önceleri sadece kanser hastalarına özgüymüş gibi alınıyorken günümüzde yaşlanan toplum demografisiyle bu hizmetlere giderek artan bir ilgi bulunmaktadır. Kaynakların verimli kullanımına tarihte en çok önem verilen dönem yaşanmaktadır ve palyatif hizmetler, diğer hizmet türleri ile rekabet içindedir. Bu nedenle ömrün son dönemine girildiğinde (buna hayatın sonu, yaşam sonu vb. standart bir isim gerekiyor) verilen/verilmesi gereken hizmetlerin maliyetlerine ait çok ayrıntılı bilgimizin olması gerekmektedir (2).

Ömür beklentisi ve tıpta gelişmelerin büyük artış gösterdiği bir yüzyıl gerisinde kalmıştır. Antibiyotikler ve kritik bakım teknolojileri (ventilasyon, diyaliz vb.) insanların daha uzun yaşamasını sağlamışsa da bu durum morbiditenin azaldığı anlamına gelmemekte, yalnızca morbidite sürelerinin uzamasının sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşamın son dönemlerinde demansın artması ve ailelerin yaşlılarına verdiği bakım yeteneklerinin iyice azalması sorunun bir başka boyutunu oluşturmaktadır. Yaşam sonu sağlık ve bakım hizmetlerinin kurumsal yapılara kalmış olması sağlık hizmetlerinde maliyetlerin çok önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. ABD'de yapılan araştırmalar yaşlılık döneminde yaşın artmasıyla hastaneye yatırılma oranlarının giderek azalma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Daha az hastaneye yatırılsa bile yaşlılık dönemindeki kişiler kronik hastalıklardan ve tek başına yaşama işlevlerinin kaybından dolayı uzun dönem bakım merkezlerine ihtiyaç duymaktadır (3). Ülkemizde hem kültürel etkiler hem de uzun dönem bakım merkezlerinin yaygınlaşmamış olması nedenleriyle yaşın ilerlemesiyle birlikte hastaneye daha az yatırılma sonucu da ortaya çıkmamaktadır.

Kanada'nın Ontario Eyaleti'nde hastalarla ve hastalara bakım veren kişilerle yapılan görüşmelerde, büyük bölümünün ölümün evde gerçekleşmesini istediği bulunmuştur. Evde kaliteli bakımın verilebilmesi ve doktorun aksatmadan uygun zamanlarda evde hastayı görmeye gitmesi durumunda bu oran çok yükseklere çıkmaktadır. Buna rağmen Ontario'da birçok kişinin, son dönemlerinde palyatif bakım alsalar bile, ölümü hastanede gerçekleşmektedir. Palyatif bakım hizmetlerini 2014-2015 döneminde almış 54 bin kişi üzerinde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, ömrünün son bir ayı içinde; palyatif bakım alanların %48, hastanede ölenlerin %64, en az 15 gününü hastanede geçirenlerin %25, en az bir kere planlanmamış acil hastane başvurunda bulunanların %63 olduğu bulunmuştur (4).

Bir sistematik tarama araştırmasında 38 çalışmanın incelemesinden elde edilen sonuçlara göre ömrünün son dönemlerini yaşayan hastaların %33-38'i gereksiz ve faydasız hizmetler almıştır. İlerlemiş dönem hastalarının %28'ine (%11-90 dağılım aralığıyla) resüsitasyon uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde ölüm oranı ortalaması %42 (%11-90 dağılım aralığıyla) olmuştur. Bir hastane odasında ölüm oranı %44,5'tir (%29-60 dağılım aralığıyla). Diyaliz, radyoterapi, transfüzyon ve yaşam destek tedavileri gibi aktif uygulamaların verilme prevalansı ortalama %30'dur (%7-77 dağılım aralığıyla). Ölmek üzere olan hastalara yararsız antibiyotik uygulanması, kardiyovasküler, endokrin ve sindirim tedavileri %38'dir (%11-75 dağılım aralığıyla). Faydasız test uygulanması ise %33-50 arasındadır. Son dönemini yaşayan hastalara faydasız da olsa bazı girişimler ve tedaviler kaçınılmazdır ve yapılmalıdır ancak bu yüksek oranlar bize konunun ince ayarlamalarla yeniden profesyonel mercilerin düzenlemelerine ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir (5).

Yaşam Sonu Dönemi Sağlık Hizmetlerine Ekonomik Yaklaşım

Son 20-30 yıldır başta ABD olmak üzere bütün dünyanın sağlık yönetimi gündemini meşgul eden önemli bir soru şudur: Yaşama umudu tıbben sona ermiş terminal dönem hastalarına, ne kadar harcama yapılmalıdır? Bu sorunun tıbbi boyutu yanında etik, politik, dini vb. başka boyutları bulunmaktadır. Devlet sağlık sigortası olan Medicare, ABD'de 1978 ile 2006 arasında tüm bütçesinin %25'ten fazlasını yaşama umudu kalmamış hastaların terminal dönem bakım hizmetlerine ayırmıştır ve bu harcama, hasta başına 13,401 $ ile 38,975 $ arasında tahmin edilmiştir. Bu hastaların artan maliyetlerinde özellikle kullanılan yoğun bakım hizmetlerinin giderek artmasının etkisi kesindir ve diğer iki etken arasında hastaneye yatırılma oranlarının artışı ve hekim muayene hizmetlerinin yoğunlaşması olduğu öne sürülmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi açısından kesinlikle sürdürülemez bir durumdur ve terminal dönemdeki kişilere verilecek hizmetlerin yeniden ele alınıp düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Vicdani, insani, etik, ahlaki vb. açılardan ele alınıp insan yaşamının bir gününün bile paha biçilmez değerde olduğunu öne sürmek, var olan kamaşanın akılcı çözümler için ele alınmasının önüne geçmekten başka bir işe yaramamakta ve sağladığı faydanın çok sınırlı olmasına rağmen akıl almaz hacimde bir pazarın oluşmasına katkıda bulunmaktadır (6).

Sağlık ekonomisi araştırmaları sağlık hizmetlerinde isabetli karar vermeye yarayan sonuçlar üretmektedir. Palyatif hizmetler için de bunun yapılması gerekiyor. Palyatif bakım hizmetleri çerçevesinde kalacak kişilere hangi kuruluşlar ne tür hizmetler vermekte ve bunu hangi alternatif maliyetler ile yapmaktadır? Anahtar soru budur ve karşılaştırma ile doğru karara ulaşılabilir. Bu karşılaştırmalar esnasında toplumun duyarlılık noktalarını es geçerek yalnızca maliyet ile karara varmak da hata olacaktır. Toplumsal hassasiyetlerimiz için ne kadar maliyete katlanmakta olduğumuzu bile ortaya koymalıyız ve burada akıl dışı duygusallıklara düşmemeliyiz. Bunun dengesini bulabilmek için hem sağlık ekonomisi hem de sosyoloji, antropoloji vb. bilimlerinin mantığıyla araştırmalar yapıp sonuçları tek potada eritmeliyiz.

Palyatif bakım bağlamında verilen hizmetlerin çok karmaşık, çoklu etkileşim içinde olan unsurlarla bezeli olduğu görülmektedir. Değişik hizmet kuruluşlarının çalışma alanlarına parça parça giren, multisektörel bir etkileşim ağı örüntüsüyle yüz yüzeyiz. Bu hizmetler içinde kalan kuruluşlar ve kişiler resmi veya özel değişik kaynaklardan finansman sağlamaktadır. Hastaneler, yaşlı ve engelli bakım merkezleri, palyatif bakım birimleri, hospisler, evde bakım uygulamaları işin içine girmiştir. Ayrıca informal, ailenin kendi çabalarıyla evde verdiği bakımın boyutları da maliyetleri de net olarak ortaya konulamamaktadır. Genel olarak sağlık ekonomisinde maliyet araştırmalarının kural ve yöntemleri açıkça ortaya koyulmuş olsa da bu kural ve yöntemler palyatif bakım maliyetleri çalışmalarında tam olarak işlememektedir. Belki de bu nedenle, palyatif bakım hizmetlerinin maliyetlerine ilişkin araştırmalar nadirdir. Bu çalışmaların çoğu da yaşam sonuna yaklaşmış kişilerin ailelerinin ve toplumun onlara verdiği destekleri göz önüne almadan yalnızca resmi maliyetleri içeren çalışmalardır.

Gardiner ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları geniş kapsamlı bir sistematik tarama çalışması ile palyatif bakım kapsamına girebilecek hizmet türlerinde gözden kaçırılmaması gereken maliyet kalemlerini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmanın özeti sayılabilecek bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir. Burada hastanede hizmet, bakımevinde veya evde profesyonel bakım, hospis veya palyatif bakım merkezinde bakım, aile içinde informal bakım olmak üzere dört ayrı seçeneğin maliyet unsurları ayrıştırılarak göz önüne getirilmektedir. Palyatif bakım ile ilgili maliyet araştırması yapacak kişilerin ve bu konuda politika belirleyicilerin bu unsurları çok iyi bilmesi gerekmektedir.

Bu sayılan bileşenlere bakıldığında, ortaya net bir maliyet-etkililik tablosunun konulmasının kolay olmadığı anlaşılmaktadır. Yapılan bazı çalışmaların palyatif bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerinden daha az maliyetli ve/veya daha memnun edici olduğuna ilişkin kanıtlar kesin değildir. Böylelikle konuyla ilgili yeni çalışmaların yapılması ihtiyacı da belirgin hale gelmektedir.

ABD'de Medicare kapsamında hospis hizmetleri de vardır ve bu ödeme mekanizması ayrıntılarıyla belgelendirilmiş durumdadır. NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization)'ın 2012 yılına ait "NHPCO Facts and Figures" isimli raporunda 2011 yılı için ABD'de görülen toplam 2,513.000 ölü-

mün 1,059.000'inin (%44,6) hospislerde gerçekleştiği bildirilmektedir. 1998'den 2008'e gelindiğinde Medicare'in hospislere ödediği miktar 5 kat artarak 2,2 milyar $'dan 11,2 milyar $'a erişmiştir. Özel sağlık sigortalarının verdiği poliçe seçeneklerinin de dayandığı temel, yine Medicare'in kapsama koşullarıdır. Bu kapsamda tıbbi hizmetler yanında bakım hizmetleri ve hastaya gereken donanımlar da yer almaktadır (6).

2016 yılında ABD'nin North Carolina Eyaletinde toplam 12,4 milyar dolarlık sağlık harcamasının 2,6 milyar doları (%21) gençlere ve yaşlılara verilen uzun dönem bakım hizmetlerinde harcanmıştır. Bu 2,6 milyar doların %56'sı ise yalnızca yaşlılara yönelik uzun dönem sağlık hizmeti harcamasıdır. Yaşlı bakım evlerindeki hizmetlerle karşılaştırılınca, evde bakım hizmetleri daha kaliteli ve daha az maliyetli sonuçlar vermektedir (3).

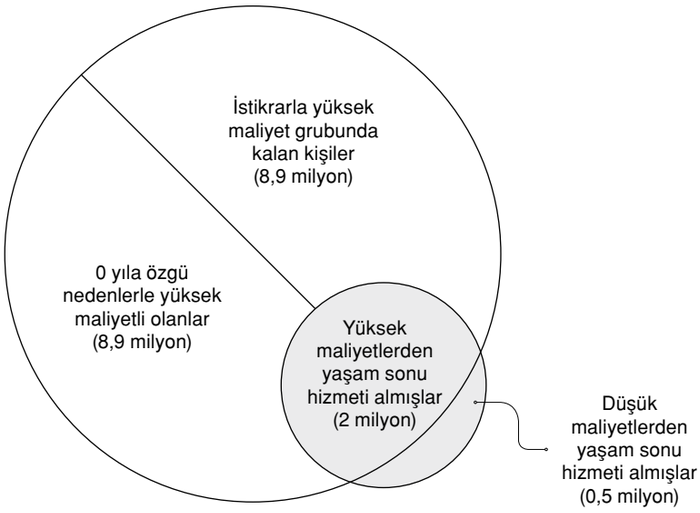
Uzun dönem bakım hizmetinin konum yerine bakılmaksızın, maliyetleri yükselten bir faktör; yoğun bakım hizmetlerinden yarar sağlamayacak olsalar bile ciddi hastalığı olan kişilerin tercihlerine göre onlara hizmetlerin veriliyor olmasıdır. Ancak 2011 yılında ABD'de yapılan öncü bir çalışmada, Medicare harcamalarında en yüksek %5 maliyete erişmiş kişilerin (18,2 milyon kişi) ancak %11'i o yıl içinde ölmüştür. Bu %5'lik yüksek maliyetlilerin %49'u o yıl kalp cerrahisi gibi yüksek maliyetli bir işlem görmekte, ama daha sonraki yıl bunların çok büyük bölümü düşük maliyetliler arasına karışmaktadır. Yüksek maliyetlilerin %40'ı 2011'den önce veya sonra da yüksek maliyetli hastalar grubuna girmiş ve hep yüksek maliyetli olması çok muhtemel kimselerin oranıdır. 2011 yılında ölen yaklaşık 2,5 milyon kişinin 500 bini (%20) yüksek maliyetli hastalar arasında değilken ölmüştür. Bütün bu bulguların bize gösterdiği iki gerçek vardır: 1) Yaşam sonu hizmetlerin maliyetleri yüksek sağlık harcamalarının ana nedeni değildir. 2) Öyle olsa bile, yaşam sonuna yaklaşmış kişiler maliyetleri de göz önünde bulundurmakta ve gereksiz işlemlere harcama yapmaya çok istekli olmamaktadır (3). Bu çalışmanın sonuçlarını özetleyen şema Şekil 1'de gösterilmiştir.

Bu sonuçların ABD ülkesinde geçerli olduğunu, ülkemizde yaşam sonuna yaklaşmış kişilerin ve ailelerinin tercih yaparken ne gibi bir tavır içinde oldu-

Tablo 1: Palyatif Bakım ve Bileşenlerinin Ekonomik İncelenmesinde Unsurlar ve Genel Çerçeve.

Perspektif	Maliyet Türleri	Maliyetin Bileşenleri
Hasta ve aileleri ve/veya cemiyet Devlet/Kamunun finansmanıyla verilen sağlık hizmetleri Üçüncü taraf/ özel sektör/kar amacı gütmeyen kuruluşlar	Hastane	Hastaneye yatırılma/yatak, gün
		Personel maliyetleri
		Tıbbi malzeme, cihaz vb.
		Yatan hasta işlemleri (ameliyat, kemoterapi vb.)
		Tanı koyma işlemleri, lab., görüntüleme vb.
		İlaçlar ve ilaç uygulamaları
		Ayaktan hasta müracaatı
		Acil Servise gelişler
		Ambülans vb. taşıma
		Hastanede günlük hizmet
		Ayaktan hizmetler (kemoterapi vb.)
		Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar
		Amortisman ve bina gibi sabit giderler
		Palyatif bakım birimi müracaatı
		Palyatif bakım ayaktan hizmet müracaatı
	Bakımevinde veya Evde Profesyonel Bakım	Aile hekimine gidişler
		Hekimin veya hemşirenin ev ziyaretleri
		Diğer sağlık profesyonellerinin ev ziyaretleri (sosyal çalışmacı, psikolog, ergoterapist vb.)
		İlaç ve ilaç uygulama
		Tıbbi ekipman, tıbbi yardım ve uyarlama
		Günlük bakım hizmetleri
		Bakımevlerinde ve uzun dönemli bakım ünitelerinde kalışlar
		Taşıma
		Tanı testleri ve lab. masrafları
		Kişisel destek (banyo, beslenme, giyinme, evde yardım vb.)
		Diğer sosyal hizmetler
		Beslenme danışmanlığı
		Ağız diş sağlığı hizmetleri
		İletişim masrafları
		Soluklanma ve dinlenme hizmetleri ve rehabilitasyon
		Sabit giderler
		Hizmet kullananlara hizmet alması için doğrudan yapılan ödemeler
	Hospis ve Uzmanlaşmış Palyatif Bakım	Yatırılarak hospis tedavi kalışları / yatak.gün
		Personel maliyetleri
		Tıbbi malzeme
		Yatırılış işlemleri
		Tanı koyma işlemleri, lab. vb.
		İlaçlar ve ilaç uygulama
		Ekipman ve yardımlar, adaptasyon hizmetleri
		Ayaktan hasta müracaatı ve klinikler
		Evde hospis uygulamaları
		Uzmanlaşmış palyatif bakım biriminden ev ziyaretleri
		Palyatif bakıma başlangıç maliyetleri
	İnformal hizmetler	Ev bakıcıları
		Ev halkının bakım desteği
		Ekipman ve yardımlar, ev adaptasyonları
		İlaç uygulamaları
		Sigorta ödemeleri
		Seyahat ve barınma masrafları
		Cepten ödemeler (park ücreti, yeme içme vb.)
		İşten kayıplar nedeniyle gelir kaybı
		Bakıcıların saatlik veya günlük ödemeleri
		Kullanıcı katkısı içindeki ödemeler

Kaynak: Gardiner et al. 2017. Çeviren: Haydar Sur.



Şekil 1: ABD'de 2011 yılında en yüksek maliyetli %5 grubu hastaların (18,2 milyon kişi) kalıcı veya geçici - o yıla özgü yüksek maliyetli olma ve yaşam sonu hizmeti alma durumları.

Kaynak: Natalie C. Ernecoff, Sally C. Stearns, 2018.

ğunu gösteren kapsamlı ve ayrıntılı bir çalışma yapılmamıştır. Bu konuda takdire değer bir çalışma Hacettepe Üniversitesinde gerçekleştirilen Meltem Saygılı'ya ait doktora tezi çalışmasıdır. Bahsedilen çalışmada palyatif bakım merkezinden hizmet alan 60 hasta, devlet hastanesinde genel bakım alan 59 hasta ve evde sağlık hizmeti alan 41 hasta (toplam: 160 hasta) ve onlara bakım veren 154 aile üyesiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada palyatif bakım merkezi ile devlet hastanesi genel hasta servislerinde yatan hastalara ait maliyet ve etkililik sonuçları toplumsal bakış açısı ile, evde sağlık hizmetleri ile sunulan palyatif bakım hizmetlerinin maliyet-etkililik sonuçları hasta perspektifi ile değerlendirilmiştir. Etkililik ölçümünde; hastalar için semptomlardaki iyileşme, yaşam kalitesi düzeyleri, aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri ve hastaya bakım veren aile üyeleri için, aile bakım memnuniyeti ve aile bakım yükü değerlendirilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre; devlet hastanesinde genel bakım alan hastaların semptom düzeylerinde, palyatif bakım merkezinde hizmet alan hastalara göre daha fazla iyileşme yaşandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yaşam kalitesi değerlendirmesinde; genel sağlık durumu, fonksiyonel durum ve semptom durumu açısından en kötü skorlar palyatif bakım merkezinde palyatif bakım alan hastalarda ölçülmüştür ($p<0,05$). Yaşam kalitesi açısından en iyi genel sağlık durumu düzeyi evde sağlık hizmeti alan hastalarda ölçülürken; fonksiyonel durum değerlendirmesinde, en iyi skorlar devlet hastanesinde genel bakım alan hastalardan elde edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların ve bakım veren aile üyelerinin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet düzeyi en yüksek model, Palyatif Bakım Merkezi Modeli olmuştur ($p<0,00$). Ailelerin bakım yükünün en yüksek olduğu model yine Palyatif Bakım Merkezi Modeli'dir. Palyatif bakım modelleri arasında aile bakım yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hizmet alınan modellere göre QALY kazanımları değerlendirildiğinde; palyatif bakım merkezinden hizmet alan hastaların QALY değeri ortalama -1,0±4,0, devlet hastanesinde genel bakım alan kanser hastalarının QALY değeri ortalama 1,5±4,8 ve evde sağlık hizmeti alan hastaların QALY değeri ortalama 2,5±3,3 olarak hesaplanmıştır. Maliyetlerin değerlendirilmesinde ise; doğrudan ve dolaylı maliyetlerin (cepten harcamalar) en yüksek olduğu model, "Palyatif Bakım Merkezi Modeli" olmuştur. Çalışmada maliyet-etkililik değerlendirmesinde, elde edilen kazanımlar açısından "İlave Maliyet Etkililik Oranları" hesaplanarak modeller karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre; toplumsal perspektiften ele alındığında devlet hastanesinde genel bakım almak, palyatif bakım merkezinde bakım almaktan daha maliyet-etkili bulunmuştur. Hasta perspektifinden karşılaştırma yapıldığında ise; evde sağlık hizmeti modeli, devlet hastanesinde genel bakım modeli ve palyatif bakım merkezi modeline göre daha maliyet-etkili bulunmuştur. Hasta perspektifinden, yaşam kalitesine ilişkin kazanımlar değerlendirildiğinde (genel sağlık durumu, fonksiyonel durum ve semptom düzeyi) yine en maliyet-etkili model evde sağlık hizmetleri modeli olmuştur. Hasta perspektifinden, hasta memnuniyet düzeyi değerlendirildiğinde, en maliyet-etkili yöntem; devlet hastanesinde genel bakım modeli iken, ailelerin memnuniyet düzeyleri ve bakım yükleri açısından en maliyet-etkili model Evde Sağlık Hizmetleri Modeli olarak bulunmuştur (7).

Sonsöz

Ülkemizde bir yandan yoğun bakım hizmetlerinin, acil servislerin ve ambülans taşımalarının neredeyse yarıdan fazlasının gereksiz kullanım sayılabileceğinden hiç kuşku yoktur. Bu hizmetler de sağlık hizmetlerinin en maliyetli kısımlarını oluşturanlar arasındadır. İhtiyaç bulunduğu takdirde her maliyete katlanarak hizmeti sürdürebilmek için gereksiz kullanımları olabildiğince azaltmak yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Toplumsal bilincin oluşturulmasına yönelik çabaların yanında, acil servislerin ve yoğun bakım ünitelerinin son dönem hastalarının ve yakınlarının buldukları yerlere sığınarak hem ihtiyacını kısmen giderdiği hem de içini rahatlattığı ortamlar olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için de özellikle son dönem hastalarına yönelik hastaların ve yakınlarının kabul gösterebileceği şekilde kurgulanmış yaşam sonu destek merkezleri yaygınlaştırılmalı ve Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki çalışmalarına hız verilmelidir.

Kaynaklar

1) WHO, Planning and Implementing Palliative Care Services: A Guide for Program Managers, Geneva, 2016.

2) Clare Gardiner, Christine Ingleton, Tony Ryan, Sue Ward and Merryn Gott, What Cost Components Are Relevant for Economic Evaluations of Palliative Care and What Approaches Are Used to Measure These costs? A systematic Review, Palliative Medicine 2017, Vol. 31(4) 323– 337. DOI: 10.1177/0269216316670287.

3) Natalie C. Ernecoff, Sally C. Stearns Costs at the End of Life: Perspectives for North Carolina, N C Med J. 2018;79(1):43-45. 0029-2559/2018/79110.

4) Health Quality Ontario, Palliative Care at the End of Life, Ontario; 2016.

5) M Cardona-Morrell, JCH Kim, RM Turner, M Anstey, IA Mitchell, K Hillman, Non-beneficial Treatments in Hospital at the End of Life: A Systematic Review on Extent of the Problem. International Journal for Quality in Health Care, 016, 28(4), 456–469, DOI: 10.1093/intqhc/mzw060.

6) Haydar Sur, Didem Sur, Tıbben Bitmiş Sayılan Ömürlere Hospis Çözüm mü? SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2015 tarihli 36. Sayı36-41.

7) Meltem Saygılı, Üç Farklı Palyatif Bakım Hizmet Modelinin Kanserli Hasta – Hastaya Bakım Veren Aile Üyeleri Açısından Değerlendirilmesi ve Maliyet-Etkililik Analizi, Doktora Tezi, Hacettepe Ün Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2016.

İnsan ömrü ne kadar uzadı?

Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer Çekin

1962 yılında İstanbul'da doğdu. Ankara Fen Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aile Hekimliği uzmanı olan Çekin, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Politikaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Zeytinburnu Tıbbi Bitkiler Bahçesi projesi yürütücüsüdür.

İnsanoğlunun, tarihin eski devirlerinde çoğunlukla yaşlanmaya fırsat bulamadan öldüğü ama son yüzyıllarda kaydettiği ilerleme ve tıbbi başarılar sayesinde ömrünü birkaç katına çıkardığı sıklıkla ve övünçle zikredilir. Bu iddianın doğruluğu, insan ömrünün uzunluğunu belirtmek için kullanılan "ömür beklentisi" veya "beklenen ömür" göstergeleriyle test edilebilir. Ömür beklentisi hesabını yapan ilk kişi, 76 yılda bir dünyanın yakınından geçtiğini keşfettiği kuyruklu yıldıza adı verilen çok yönlü bilim adamı Edmund Halley (1656-1742)'dir. Halley'in, Breslaw şehri için 6 bin 193 doğum ve 5 bin 869 ölüm kaydını analiz ederek yaptığı ve 1693'te yayımladığı ilk ömür beklentisi hesapları, İngiliz hükümetinin, devlet tahvillerini alıcının yaşına uygun fiyattan satmasının yolunu açmıştır (1). Bu hesap yöntemi demografi ve aktüerya biliminin gelişmesinde önemli rol oynamıştır.

Belli bir toplulukta, belli bir yılda ve belli bir yaş aralığında ölenler, yaşayanlara oranlanarak hayatta kalma ihtimali bulunur ve her yıl için, doğumdan itibaren her yaşta, erkeklerin ve kadınların önlerindeki ömür ortalaması %95 güven aralığında hesaplanır. Böylece yıla ve yaşa özgü ömür beklentisi tabloları oluşturulur. Ömür beklentisi göstergesi tahmini değil, ölçüme dayalı; azami veya asgari değil, ortalama; kişisel değil, toplumsaldır. Ömür beklentisi göstergesi, kohort veya hipotetik kohort (periyod) olarak iki şekilde hesaplanır. Kohort ömür beklentisi, ilerleyen yıllar içinde ölüm oranlarındaki düşmeyi de hesaba kattığı için genellikle periyod ömür beklentisinden yüksek çıkar. Günümüzde daha çok periyod ömür beklentisi kullanılmakla birlikte geçmiş için yapılan hesaplarda iki gösterge birleştirilir.

Doğumdan sonraki ilk ayda ölüm (yenidoğan ölümü), ilk yılda ölüm (bebek ölümü), ilk 5 yılda ölüm (çocuk ölümü) veya ilk 15 yılda ölüm, toplum sağlığı göstergesi olarak kullanılabilir. Ölüm riski ilk ayda en yüksek orandadır ve giderek azalır. Kümülatif risk ise giderek artar; bu yüzden çocuk ölüm oranı, bebek ölüm oranından fazladır. Toplumda bebek ölümleri yüksekse doğumda ömür beklentisi düşük çıkar. Ancak riskli zaman geride kaldıkça ömür beklentisi de artar. Basitleştirirsek, toplumda insanların yarısı 1 yaşında, diğer yarısı ise 80 yaşında ölse, doğumda ömür beklentisi 40,5 yıl olur ancak 1 yaşında ömür beklentisi 79 yıla çıkar. Yani bebek ölümleri dahil edilmezse ömür beklentisi yaklaşık iki kat artar. Bu yüzden, doğumda ömür beklentisi sağlık göstergesi olarak kullanıldığında bebek ölümlerinin yüksek olduğu topluluklarla diğerleri arasında ömür uzunluğu uçurumu görünür.

Ömür uzunluğunu belirtmek için ömür beklentisi dışında iki gösterge daha kullanılmaktadır. Ortanca ölüm yaşı, belli bir zaman diliminde ölümlerin yarısının altta, yarısının üstte kaldığı yaştır. Modal ölüm yaşı ise ölüm riskinin azalmasından (mesela 10 yaşından) sonra ölümün en muhtemel veya sık olduğu yaştır ve savaş, salgın hastalık gibi olağandışı olayların sebep olduğu ölüm dalgalanmaları çıkarılarak hesaplanır. Modal ölüm yaşı ortanca ölüm yaşından, o da doğumda ömür beklentisinden birkaç yıl yüksek çıkar.

Tarih Boyunca Bebek ve Çocuk Ölüm Oranı

Amerika Birleşik Devletleri'nin Kentucky eyaletindeki Knoll arkeolojik sahasında bulunan yaklaşık 5 bin 300 yıl öncesine ait avcı-toplayıcı topluluğun kalıntılarından bebek ölüm oranının %30, puberte öncesi ölüm oranının ise %56 olduğu hesaplanmıştır (2). Bugün farklı coğrafyalarda yaşayan ve gıda, tıp, doğum kontrolü, sanitasyon gibi modern imkanlardan etkilenmemiş avcı-toplayıcı topluluklarla ilgili 20 farklı çalışma benzer bir sonuca ulaşmıştır: Bebek ölüm oranı %26,8; puberte öncesi çocuk ölüm oranı %48,8. Bu oranlar, 19. yüzyıl öncesinde farklı kıtalarda yaşanan bebek ve çocuk ölümlerinin oranına çok benzerdir: %26,9 ve %46,2 (3). Bebeklerin dörtte biri 1 yaşını doldurmadan, yarıya yakını da puberte öncesinde ölmektedir. 19. yüzyıl ortalarında 5. yaş gününü göremeyen çocukların oranı İtalya, İspanya ve Almanya'da %40'ın üzerinde, Fransa'da %30, İngiltere'de %25, İsveç ve Norveç'te %20 kadardır (4,5).

Tarihi kayıtlar, 18. yüzyıla kadar annelerin ortalama 6 çocuk doğurduğunu, buna rağmen yıllık nüfus artış hızının %0,04 olduğunu göstermektedir (5). Halbuki 4 çocuk, her nesilde nüfusu iki kat artırmaya, 6 çocuk ise üç kat artırmaya yeterlidir. Nüfusun az hızla artmasının en önemli sebebi, başta hastalıklar olmak üzere, doğumsal problemler, şiddet ve kazalardan kaynaklanan bebek-çocuk ölümleridir. Bebek ölüm oranının yüksek olduğu bazı toplumlarda bebeğe hemen isim konmaz veya ölen bebeğin ismi sonraki bebeğe konur. Kayıtlar daha çok

sindirim ve solunum sistemi hastalıklarından ölüme işaret etse de 17. yüzyıl öncesine ait hastalık isim ve belirtilerinin bugün hangi hastalığa karşılık geldiği net değildir. Hızlı endüstrileşen ülkelerde bebek-çocuk ölümleri 100-150 yıl içinde %5'lere inerken, 20. yüzyılın sonu ile 21. yüzyılın başında endüstrileşen ülkelerde bu gelişme, 50 yıldan kısa sürede sağlanmıştır (5). Çoğu ülkede çocuk ölüm oranı bebek ölüm oranından daha önce ve çabuk düşmüştür (4).

Tarih Boyunca Ömür Uzunluğu

Günümüzün medeniyetten uzak avcı-toplayıcı topluluklarında yapılan çalışmalarda, doğumda ömür beklentisi 30-37 yıl, 45 yaşında doğurgan dönemi geride bırakan kadınların ömür beklentisi 20-22 yıl (ulaşılması beklenen yaş 65-67) bulunmuştur. Tanzanya'daki Hadza topluluğunda yenidoğan erkek bebeğin 15 yaşına varma ihtimali %55, Paraguay'daki Ache topluluğunda %71 olarak tespit edilmiştir. 15 yaşında ömür beklentileri 36 yıl (ulaşılması beklenen yaş 51) ve 43 yıl (ulaşılması beklenen yaş 58) olmaktadır (6,7).

İnsanların tarıma ve yerleşik hayata geçmesiyle birlikte özellikle enfeksiyonlara maruz kalma ve "gıda fakirleşmesi" yüzünden ölüm oranının yükseldiği, hayatta kalanların güçlü genetik yapılarını sonraki nesillere geçirdiği, böylece ömür beklentisinde artış yaşandığı, tarıma daha önce geçen toplulukların bu avantajı sürdürmesi yüzünden, sosyoekonomik farklar bir yana bırakılsa bile, Avrupalıların ömür beklentisinin Afrikalılardan, Avrupa kökenli Amerikalıların da Afrika kökenli Amerikalılardan 5 yıl kadar fazla olduğu ileri sürülmüştür (8).

Eski Mısır'da ömrün 18 yıl olduğu iddiası, ünlü firavun Tutankhamun'un -muhtemel genetik bozukluklar ve sıtma sonucu- 18 yaşında ölmesinden kaynaklanmış olmalıdır. Oysa ondan yarım yüzyıl sonra başa geçen ve Hititlerle Kadeş Anlaşması'nı imzalayan II. Ramses savaş yaraları, eski kırıklar, diş çürükleri ve artritle malül olarak 90 yaşında ölmüştür.

Eski Yunan ve Roma'da yaşamış, ismi kitaplara geçmiş 397 kişinin cinayet, intihar ve savaşla ölenleri çıkarılınca kalan 298 kişiden MÖ 100 öncesinde doğanlarda ortanca ölüm yaşı 72, daha sonra doğanlarda ise 66'dır. Bu ömür kısalmasında su tesisatında kurşun kullanılmasının rolü olduğundan şüphelenilmektedir (9). MÖ 700'lerde yaşayan Yunan şairi Hesiod "Bir erkek 30 yaşının çok altında ve çok üstünde evlenmemeli" der (10). Eski Roma'da konsül olabilmek için 43 yaşını doldurmak gerekiyordu. MÖ 106'da doğan ve MÖ 63'te konsül olan Cicero, 63 yaşında öldürülmeden bir yıl önce kaleme aldığı eserinde, yaşlılığı övmüştür: "Genç, uzun yaşamayı ümit eder, ihtiyarsa gencin ümit ettiğini zaten ele geçirmiştir, o yüzden daha iyi durumdadır." (11).

1500 yıl önce toprağa verilmiş 174 Anglo-Sakson'un iskeletinde yapılan çalışmalar, 149'unun 65 yaş altında, 16'sının 65-74 yaşında, 9'unun da en az 75 yaşında öldüğünü göstermiştir (12). 13. yüzyıl başıyla 18. yüzyılın ortası arasında, İngiliz aristokrasisinden 21 yaşında bir gencin ömür beklentisi 41-50 yıl (ulaşılması beklenen yaş 62-71) idi. Yalnız 14. yüzyılda veba salgını dolayısıyla doğumda ömür beklentisi 45 yıla düşmüştür (13).

14. yüzyıl başından 16. yüzyıl sonuna kadar süren İtalyan Rönesansı'na damgasını vurmuş 48 düşünür ve sanatçının ortanca ölüm yaşı 66 olmakla birlikte (14), Michelangelo, Rondanini Pietà'sını yonttuğu günlerde öldüğünde 89 yaşına yaklaşıyordu. Ama o da çağdaşı Sinan'dan 10 yıl az yaşamıştı. 17. yüzyıl sonlarında Edmund Halley, 60 yaşına gelen kişinin ömür beklentisini 12,09 yıl (ulaşılması beklenen yaş 72,09) olarak hesaplasa da, öldüğünde 85 yaşını geçmişti.

Ömür Kıyaslamasında Yapılan Hata

İki dönem arasında ömür farkı kıyaslanırken -bilerek veya bilmeyerek- ileri yaşta ömür beklentisi yerine doğumda ömür beklentisi kullanılmakta ve ömür uzaması abartılmaktadır. Bu durumu İngiltere (Birleşik Krallık) ve Amerika Birleşik Devletleri nüfus verilerini (15,16) temel alarak oluşturduğumuz tablolar yardımıyla görmek mümkündür.

İngiltere ♂ | ♀ nüfus verileri				
Yıl	**Bebek ölüm oranı (%)**	**Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)**	**65 yaşında ömür beklentisi (yıl)**	**65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)**
1841	16,4 | 13,6	40,2 | 42,2	10,9 | 11,5	75,9 | 76,5
2011	0,48 | 0,39	79,0 | 82,8	18,3 | 20,9	83,3 | 85,9
		Doğumda ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)	**İleri yaşta ömür beklentisine göre 1841 - 2011 arasında ömür farkı (yıl)**	
		38,8 | 40,6	7,4 | 9,4	

170 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 38,8 yıl, kadınlarda 40,6 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 7,4 yıl, kadınlarda 9,4 yıl uzamış görünmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri ♂ | ♀ nüfus verileri				
Yıl	**Bebek ölüm oranı (%)**	**Doğumda ömür beklentisi ve ulaşılması beklenen yaş (yıl)**	**65 yaşında ömür beklentisi (yıl)**	**65 yaşında ulaşılması beklenen yaş (yıl)**
1900	14,6 | 12,0	46,3 | 48,3	11,5 | 12,2	76,5 | 77,2
2010	0,66 | 0,55	76,2 | 81,0	17,7 | 20,3	82,7 | 85,3
		Doğumda ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)	**İleri yaşta ömür beklentisine göre 1900 - 2010 arasında ömür farkı (yıl)**	
		29,9 | 32,7	6,2 | 8,1	

110 yıl içinde ömür, doğumda ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 29,9 yıl, kadınlarda 32,7 yıl; ileri yaşta ömür beklentisi dikkate alınırsa erkeklerde 6,2 yıl, kadınlarda 8,1 yıl uzamış görünmektedir.

Ulaşılan Yaş

19. yüzyıl ortası ile 20. yüzyıl ortası arasında bebek ve çocuk ölüm oranının hızla azalması, doğumda ömür beklentisini büyük ölçüde artırırken doğum hızını azaltmıştır (5). Zira doğum sayısını artıran önemli bir sebep, bebek ve çocukların açlıktan, hastalıktan ölmeleri ve annelerin ölenleri ikame edecek bebekler doğurma isteğidir. Sosyoekonomik düzeyin yükselmesiyle doğumun azalması, açlık ve hastalığın doğum hızının sonucu olmaktan çok, sebebi olabileceğini düşündürmektedir. 20. yüzyılın ortasından sonra erişkin yaşlarda da ölüm oranı azalıp ömür beklentisi artmıştır (17). 2017'de erkeklerin doğumda ömür beklentisi 50-82 yıl (ortalama 70 yıl); kadınların doğumda ömür beklentisi 54-87 yıl (ortalama 75 yıl) olmuştur (18).

İnsanların giderek daha uzun yaşaması sonucu insanoğlunun ulaşabildiği yaşın da giderek arttığı düşünülmektedir. Oysa günümüzde olan, ileri yaşları gören insanların sayısının artmasıdır. Tarihte pek çok insanın, torununun torununu sevecek kadar uzun yaşadığı bilinir. Kafkasya gibi bazı coğrafyalarda yüzyıllık ömür, haber değeri taşımaz. 120 küsur yaşında ölen insanların "hayat sırları" uzun yaşama ümidi taşıyan günümüz insanı için merak konusudur. Ömrün hangi şartlarda ne kadar uzayabileceği tartışmalıdır (11). Ömür uzamasının tek başına uygun bir ölçü olamayacağının kabul edilmesiyle, 2001'den itibaren "sağlıklı ömür beklentisi" göstergesi de kullanılmaktadır.

Kaynaklar

1) Halley E. An Estimate of the Degrees of the Mortality of Mankind, Drawn from Curious Tables of the Births and Funerals at the City of Breslaw; within An Attempt to Ascertain the Price of Annities Upon Lives. Philosophical Transactions (1683-1775) Royal Society. 1693; 17:596-610.

2) Johnston FE, Snow CE. The Reassessment of the Age and Sex of the Indian Knoll Skeletal Population: Demographic and Methodological Aspects. American Journal of Physical Anthropology 1961;19(3):237-44.

3) Volk AA, Atkinson JA. Infant and Child Death in the Human Environment of Evolutionary Adaptation. Evolution and Human Behavior 2013; 34(3):182-92.

4) Pozzi L, Ramiro Farinas D. Infant and Child Mortality in the Past. Annales de Démographie Historique 2015; 1(29):55-75.

5) Roser M, Ritchie H, Dadonaite B. Child and Infant Mortality. In ourworldindata.org 2019.

6) Gurven M, Kaplan H. Longevity Among Hunter-Gatherers: A Cross Cultural Examination. Population and Development Review 2007; 33(2):321-65.

7) Blurton-Jones NG, Hawkes K, O'Connell JF. Antiquity of Postreproductive Life: Are There Modern Impacts on Hunter-Gatherer Postreproductive Life Spans?

8) Galor O, Moav O. The Neolithic Revolution and Contemporary Variations in Life Expectancy. Working Papers 2007-14, Brown University, Department of Economics.

9) Montagu JD. Length of Life in the Ancient World: A Controlled Study. J. R. Soc Med. 1994; 87:25-6.

10) Hesiod. Works and Days. (ed) Sinclair TA. Georg Olms Verlag, 1985.

11) Marcus Tullius Cicero. İhtiyarlık. (çev) Sarıgül A. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, 1989.

12) Cave CM, Oxenham MF. Sex and the Elderly: Attitudes to Long-Lived Women and Men in Early Anglo-Saxon England. Journal of Anthropological Archaeology 2017; 48:207-16.

13) Lancaster HO. Expectations of Life: A Study in the Demography, Statistics, and History of World Mortality. Springer-Verlag, 1990.

14) Griffin JP. Changing Life Expectancy Throughout History. J. R. Soc Med. 2008; 101:577.

15) National Life Tables 1841-2011, Office for National Statistics, UK.

16) United States Life Tables 1900-2010, HHS CDC NCHS National Vital Statistics System, USA.

17) Oeppen J, Vaupel JW. Broken Limits to Life Expectancy. Science 2002; 296:1029-31.

18) https://data.worldbank.org 2019.

Sosyal pencereden ölüme bakış

Dr. Öğr. Üyesi Salih Kenan Şahin

1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde, İşletme Yüksek Lisansını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsünde tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yanı sıra aktif siyasi görevler yaptı. 2005-2009; SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürlüğü sürecinde, Genel Sağlık Sigortasının kuruluş çalışmalarına katkı verdi. 2009-2019 arasındaki iki dönem Pendik Belediye Başkanlığı yapan Dr. Şahin halen İstanbul Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesidir.

"Ölüm güzel şey budur perde ardından haber,
Hiç güzel olmasaydı ölür müydü peygamber?"
Necip Fazıl Kısakürek (1904-1983) (1)

Yaşamsal biyolojik fonksiyonların geri dönüşsüz bir şekilde işlevlerini kaybetmesini, ölüm olarak tanımlıyoruz. Ölümü canlılıktan ayıran zaman ve biyolojik sınırlar, o kadar incedir ki kesin ölümü ve zamanını tanımlamak oldukça zordur. Bugün dünyanın çoğu ülkesinde dolaşım ve solunum sistemlerinin yapay destek almaksızın çalışmaması ve santral sinir sistemi fonksiyonlarının durması "hukuken ölüm" olarak kabul edilmektedir. Bu üç ana sistemin fonksiyonlarının durması ise "somatik ölüm" olarak tanımlanır. İnsan vücudunda bu üç sistemin fonksiyonlarının durmasından sonra, hücre içi fonksiyonlar vücudun canlı olduğu dönemdeki işlevleri yürütememektedir. Buna da "hücresel ölüm" denilmektedir. (2) Yaşlanarak ölen bir kişinin ölümü "doğal ölüm" olarak kabul edilirken genç birinin normal olarak tanımlanan yaşam sürecinin dışında ortaya çıkan bir nedenle (kaza, cinayet, intihar) ölümü "doğal olmayan ölüm" olarak kabul edilmektedir. (3)

İnsan ne yaparsa yapsın unutamayacağı, nereye giderse gitsin kaçamayacağı, ne tarafa bakarsa baksın yüzleşeceği, yüzleşmek zorunda olduğu bir "ölüm" gerçeği vardır. (4) İnsanoğlu ölümsüzlüğü aramaktan vazgeçmemekte ve ölümden kurtulmaya çalışmaktadır. Ölümle ilgili kaygılarımızın ana nedeni, kendi ölümümüzün yaklaşmakta olduğunun fark etmemizdir.

Modern toplumlarda, gençlik, güzellik, sağlıklılık, üretkenlik, yüceltilmekte, yaşlılık, engellilik, zayıflık, hastalık, ölüm değersizleştirilmektedir. Ölümle birlikte ölümü hatırlatan sembolleri de hayatın görünür alanlarının dışına çıkarılmaktadır. Toplumsal yönlendirme ve kişisel korkularımız ölümü unutturma çabasındadır. Tüm bunlara rağmen, ölüm hayattaki en önemli gerçektir ve vaktinde gelecektir.

N'eylersin ölüm herkesin başında.
Uyudun uyanamadın olacak
Kim bilir nerde, nasıl, kaç yaşında?
Bir namazlık saltanatın olacak.
Taht misali o musalla taşında.
Cahit Sıtkı Tarancı (1910-1956) (5)

Yaşlılık doğal bir süreçtir, zorlukları olsa da hayat içinde aktif kaldıkça daha sağlıklı olacaktır. Hayatı bilinçli bireyler olarak yaşamadığımız için popüler akıma kapılarak, yaşlılara yer olmayan, kârlılığı yüksek konutlar tercih edilmektedir. Kariyer ve bedensel haz merkezli yaşam, sevgiyi ve duyguyu değersizleştirmektedir. Fırsatçı yaklaşım, yaşlılığa bağlı durumları hastalık olarak tanımlanmasıyla, yaşlı ve hasta bakım merkezleri, huzur evleri ile kıdemlilerimiz hayatın dışında izole edilmektedir. Yaşlılar görülmeyince, ölüm de hatırlanmamaktadır.

Kabil, kardeşini öldürünce ne yapacağını bilememiştir. "Allah tarafından yollanan karganın toprağı eşeleyerek ona cesedi gömmesini işaretiyle", kardeşi Habil'i toprağa verdiği, Kur'an'ı Kerim'de (Maide:31) ifade edilmektedir. Böylece öldükten sonra toprağa verilme yani mezar kültürü başlamıştır. Mezarlıklar, ölümü hatırlatan en önemli sembollerdir.

Baudrillard, ilkel toplumların başlangıçta ölülerini evlerinin içine gömdüklerini böylece ölüleriyle daha yakın olduklarını düşündüklerini bu çerçevede de ölümün yaşamla daha yakın olduğunu ifade etmiştir. Baudrillard, Orta Çağ'da henüz ölümün Hıristiyan toplumlarca dışlanmadığını, bu dönem insanların ölülerini köy, kasaba ya da kentlerin ortalarına gömdüklerini ve onları yaşamlarından henüz uzaklaştırmadıklarını belirtmiştir. (3)

Kadim medeniyetimizde mezarlık yerleşimin ortasındadır. Birçok tarihi camimiz kabirlerle iç içedir. Kıble istikametindeki camlardan kabirleri görerek namaz kılınabilmektedir. Modern toplumlarda, mezarlıkların yaşanılan mekânlardan/

kentlerden uzaklaştırılması aslında ölümün mekânsal ayrımlaştırılmasıdır ve modern zamanların ölüm stratejisidir. (3) Bazı kültürlerde beden yakılarak küle döndürülmektedir. Birçok gerekçe zikredilmektedir. Ancak yeşil alanların mezarlıklar olarak kullanılmasına karşı oldukları yaklaşımı oldukça şaşırtıcıdır. Hâlbuki bizim kültürümüzde ağaç özellikle servi ağacı mezarlıkların en önemli parçasıdır. Bugün şehirlerimiz içindeki en iyi yeşil alanlarımız mezarlıklarımızdır.

Yas ve Kalanlar

Bir yakının kaybıyla insanın kazandığı ilk şey, ölüme dair artmış bir farkındalıktır. Ölümle yüzleşme, değerlendirilmesi hâlinde yıkıcı değil yapıcıdır. Hayatı besleyen bir yönü vardır. (4)

Kaybettiğimiz kişinin ardından "yas tutmak" yaşanması gereken doğal bir süreçtir. Kişi yas tutma sürecinde duygusal olarak bu kaybını (boşanma, iflas, ev vb. kayıplar da olabilir) ya da ölümü (ölümle gelen kayıplar) protesto eder; normal işlevlerinde (kendine bakım, çalışmak, aile ve sosyal ilişkileri yürütmek vb.) bazı aksamalar görülür ve kişi bazı ruhsal sorunlar yaşar. Kişinin hayatına normal ve sağlıklı devam edebilmesi için yasını tutması ve yas sürecini tamamlaması gerekmektedir. Bu yas tutma süreci sonunda insan yaşadığı kaybı yaşamının bir parçası haline getirerek bununla yaşamayı öğrenir. (6)

Yas tutmak kaybedilen kişiyi unutmak ya da artık sevmemek anlamına gelmez. Yas, sadece kaybı ve bununla ilgili duyguları kabullenmek, başa çıkabilmeyi ve bu duygularla yaşamı sürdürmeyi öğrenmek anlamına gelir. Başka bir deyişle, fiziksel olarak mezara gömdüğümüz kişiyi, psikolojik olarak da mezara gömebilmeyi başarabilmektir. (6) Artık o insanla ilişki manevi ilişkiye dönüşür ve hatıralar üzerinden devam eder. Kalanlarda, ölene ait bir hatıra alanı oluşur. J. W. Worden, yas sürecindeki kişi için dört aşamalı görev modelini oluşturmuştur, bu modele göre;

1) Ölümü kabullenme,
2) Ölüm sonrası oluşan acının üstesinden gelme,
3) Ölen kişinin olmadığı yaşama yeniden uyum sağlama,
4) Ölen kişi ile olan bağın duygusal düzlemde yer değiştirmesi. (6)

Ölümün şekli yasın niteliğinin belirlenmesinde önemlidir. Uzun zamandır yaşama destekle tutunan asırlık bir büyüğün ölüm yasının şiddeti görece daha azdır. Ölümü beklerken yaşamın son günlerini sevdikleriyle bir arada geçirip vedalaşarak, kendi yatağında, iman ile ölmek belki hepimizin tercihi olacaktır. Böyle bir ölüm öncesi dönemin de kendine has özellikleri vardır. Yaşam destek sistemleri, evde bakım, palyatif bakım gibi sistemlerin yeterliliği, evde bakımı ve desteği yapacak kişilerin bilinç, bilgi ve beceri düzeyi önem kazanmaktadır. Her evlat için anne ve babasına ömrünün son günlerinde refakat edip, gerekli özen ile hizmet ederek, onların hayır duasını almak paha biçilmezdir.

Ancak günümüz modern yaşam biçiminde buna tanınan imkânlar sınırlıdır. Evlerin yapısı, eşlerin desteği, çocukları ölüm ortamından uzak tutmaya çalışan yaklaşımlar, evde bakım servislerinde yaşanan zorluklar, profesyonel bakıcının maliyet ve problemleri, son dönem

Kadim medeniyetimizde mezarlık yerleşimin ortasındadır. Birçok tarihi camimiz kabirlerle iç içedir. Kıble istikametindeki camlardan kabirleri görerek namaz kılınabilmektedir. Modern toplumlarda, mezarlıkların yaşanılan mekânlardan/kentlerden uzaklaştırılması aslında ölümün mekânsal ayrımlaştırılmasıdır ve modern zamanların ölüm stratejisidir.

tedavilerinin oluşturduğu yan etki ve komplikasyonlar, yaşlıları kurum bakımına doğru yönlendirmektedir. Evde bakımda gerekli donanım ve malzeme desteği konusunda sosyal güvenlik sistemi ve belediyeler cömert olsa da bütüncül bir yaklaşım tesis edilemediğinden israf ve yetersizlik bir arada olmaktadır. Ölüm sonrası kalan malzeme ve donanımın yönetimi bile sorun olabilmektedir. Evde yaşlı ve yatalak hasta bakımının yönetiminde sosyal hizmet uzmanlarının eksikliği nedeniyle, maalesef bu alan sahipsizdir.

Evde bakım, kurum bakımı gibi maliyetlidir. Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığının yakınlarına bakanlar için

On yıllık belediye başkanlık sürecinde çok sayıda cenaze merasimine iştirak ettim. İki tabloyu çok anlamlı bulurum. Annesi ölen, bir tıp profesörü arkadaşımın cenazesinde cemaat iki elin parmakları kadardı. Her şeyi olup, dostu olmayan çok meşgul arkadaşım da muhtemelen ilk defa bir cenazeye katılmıştı. Diğer cenaze töreni ise bir inşaat kalfasına aitti. Gittiğim pek çok cenazede onunla karşılaşmışımdır. Annesinin cenazesi mahşeri kalabalık idi. Başkan olmama karşın, taziye verirken kalabalıktan dolayı oldukça zorlanmıştım. Uzun lafın kısası yaşarken de dost lazım, ölürken de…

ödediği evde bakım parası mevcuttur. Ancak terminal dönem bakımı için kamunun hastaneler dışındaki kurumsal yapıları sınırlı sayıdadır. Tüm bunlar yüksek maliyetli bakım işleminin ücretini karşılamaktan uzaktır. Bu nedenle yaşlıların hastanede ölüm oranları giderek yükselmektedir. Palyatif klinikler yaygınlaşmakta ancak uygulamada standartlaşma sorunları yaşanmaktadır.

Yoğun bakımda yaşam destek sistemleri ve müdahaleler başta olmak üzere, terminal hastaya müdahale tıpta güncel bir tartışma konusudur. Bu konuda uzlaşılmış uygulamalar olmadığı için yaşlının hastanede ölümü; hastane, sağlık personeli, vaka yakınları ve vaka için incitici olabilmektedir.

Aileler cepten ödeme ile bakım sürecinin önemli bir kısmını finanse etmek zorunda kalmaktadır. Ekonomik durumu iyi varlıklı aileler bunu karşılayabilse de dar gelirliler ciddi sorunlar yaşamaktadır. Varlıklı ailelerin finansman sorunu olmasa da başka problemleri oluşabilmektedir. Miras tartışmaları bazen ölüm öncesi başlayarak, yoğun duygusal süreci olumsuz etkilemektedir. Ancak yine de en iyisi kalabalık bir aile ortamında, dostlar ve akrabalarla vedalaşarak hayata veda edebilmektir. Yaşamak da ölmek de sevgi ve sevenlerle güzeldir.

Ölüm her zaman yaşlılıkta gelmemektedir. Bazen aniden, kimi zaman da hastalık sonrası genç insanlar da ölebilmektedir. Kazalar en yıkıcı ölüm tablolarıdır. Genç bireylerin beklenmedik bir zamanda kaybı tüm yakınlarda büyük bir travma yaratmaktadır. Hazırlıksız yakınların yas yönetimi hassasiyet gerektirir. Seyrek olmayarak karşılaşılan bu duruma sağlık sistemimiz tıbbi müdahale merkezli yaklaşmakta, vaka yakınları için yeterli özeni göstermemektedir. Vakayı yaşatmak için özenle tıbbın bütün imkânlarını kullanan sağlık personelinin, ölüm gerçekleşince yakınlarını özensiz bir şekilde bilgilendirmesi, tasvip edilmese de istenmeyen durumlara sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetinin tıbbi boyutu yanında sosyal boyutu da dikkate alınarak, sağlık kurumlarında yeterince sosyal hizmet uzmanına fırsat vermeliyiz. Ölüm riski yüksek vakalarda, ailenin hazırlanması, ayaküstü “vaka öldü” demek yerine, uygun olan mekânda ve uzman personelle aileyi bilgilendirmek daha insani olacaktır. Sosyal hizmet uzmanları hem acil vakalarda hem de servis ve yoğun bakımda ölen veya ölmek üzere olan vakaların ailelerinin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi için gereklidir.

Ölenin kaybının derecesi, ailesine, dostlarına, topluma katkısına, sosyal ve sembolik önemine bağlıdır. Sosyal boşluk, ölenin sosyal yapıda yarattığı boşluğu ifade etmektedir. (3) Alimin ölümü alemin ölümü gibidir, değer kattığı herkes için büyük kayıptır. Devlet, kültür ve sanat adamlarının kaybı da toplumları derinden etkiler. Yerlerine yeni değerler yetişse de hiçbirinin yeri doldurulamaz.

Edebiyatın destansı konularının başında sevgilinin ölümü gelir. Hangi yaşta olursa olsun eşin ölümü, kalan eş için zor atlatılan bir süreci beraber getirir. Eşini kaybeden ileri yaş erkeklerin ömürlerinin, eşlerini kaybeden kadınlara göre daha kısa oldukları ve depresyona daha

yatkın oldukları bilinen bir gerçektir. Ayrıca gençken kocasını kaybedip çocukları ile hayat mücadelesini tek başına yüklenen kadınların durumu da oldukça zorludur. Aile büyükleri, bazen kadını istemediği biri ile zorla evlendirmek isterken, çoğu zaman da kadının istediği biri ile evlenmesi kabullenilmemektedir. Zor ekonomik koşullarda çocuklarına hem annelik hem babalık yapıp, onları okutup, evlendirdikten sonra yalnız ve kimsesiz kalmış anne hikâyeleri de vardır.

Gençlerin ölümü herkesi üzer. Ancak gencin annesinin durumu farklıdır. Evlat acısı annelerin kalbinde ömür boyu kaynar. Ölüm süreci yas üzerinde belirleyici bir etkendir. Uzun süren hastalık veya engelle yaşayan ölümü beklenen evlatların süreci mutlaka profesyonel destek gerektirir. Ancak intihar, cinayet, tecavüz ve aşırı doz alkol ya da uyuşturucu ile ölüm gibi toplumsal yansıması yüksek durumlarda özel yaklaşım şarttır. Psikolojik destekle birlikte, sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımının katkısı da oldukça yüksektir.

İçimde kaynayan bir mahşer var
Bu mahşer birde annelerinin kalbinde kaynar
Çünkü onlar yün örerken pencere önlerinde
Ya da çamaşır sererken bahçelerinde
Birden alıverirler kara haberini
Okul dönüşü bir trafik kazasında
Can veren oğullarının.
Erdem Beyazıt (1939-2008) (7)

Çocuklukta anne ya da babanın veya her ikisinin birden kaybı, oldukça zor ve travmatik bir tecrübedir. Ölüm kavramını tam algılayamayan çocuğun aynı zamanda bağımlı olduğu kişinin kaybının yerini doldurması güçtür. Güven duygusunu, geleceğe dair umutlarını kaybeden çocuğun ölen ebeveyninin olmadığı dünyaya uyumu zordur. Çocuğun yas süreci kadar, hayatının geri kalan kısmının yönetimi de profesyonel desteğe ihtiyaç duyar.

Yas sürecini desteklemede psikolojik ve dini danışmanlık öne çıkmaktadır. Dini danışmanlar, başvuran kişilerin yaşamın getirdiği sorunlara inandıkları din yoluyla anlam aramaktadırlar. (8) Yas döneminin sağlıklı geçirilmesi için destek veren psikolojik yas danışmanları, yaşanılan kaybın gerçek olduğunun kabullenilmesine ve danışanın kayba yönelik duygularını fark edip yaşamasına yardımcı olmayı amaçlar. Bu çerçevede danışman, danışanın ölen kişi olmaksızın hayatını devam ettirmesini destekleme, kaybına yönelik bir anlam bulmasına yardımcı olma, kaybedilen kişiye yönelik duygusal enerjisini başka ilişkilerine yönlendirmesini kolaylaştırmada rehberlik eder. (8)

Duygusal dönem sonrası da pek çok bireyin sosyal ve ekonomik konular başta olmak üzere farklı desteklere ihtiyacı olması muhtemeldir. Burada yine sosyal hizmetin bütüncül kuşatıcı yaklaşımı en çok katkıyı sağlayacaktır. Sosyal hizmet uzmanları, bireyin kaybedilen kişi olmaksızın hayatını devam ettirmesini desteklemek, sürecin gelecek yaşam planlarını ve etkinliklerini olumsuz şekilde etkilemesini önlemek için özellikle kayıptan sonraki ilk yıl boyunca kritik zamanlarda geride kalanlara sürekli destek sağlamalıdır. (9)

Sosyal hizmet, ölen kişi olmaksızın yaşayabilmek ve bağımsız kararlar alabilmek için var olan sorunlar ile baş etmede desteği amaçlar. Aile, arkadaş, komşu gibi sosyal destek verebilecek kişilerle temasını güçlendirmek, çalışma yaşamına yönlendirmek, öğrencileri okula devam etmeleri için desteklemek, çalışmayanları, yaşlıları ve ev kadınlarını yeni ilgi ve uğraşı alanları bulmaya teşvik ederek, uyum için çok önemli katkı sağlar. Ani ve iyi düşünülmemiş kararların (örneğin taşınmak, işini veya şehir değiştirmek gibi) önüne geçerek gerekirse destek gruplarına, psikologlara ve ruh sağlığı hizmeti veren kişi ve/veya kurumlara yönlendirir. (10)

Cenaze törenleri her kültür ve inanç sisteminde yer almıştır. Hiçbir kültür ve inanç sistemi öleni bir kenara bırakıp hayatına devam etmemiş, ölümü gündem yapıp öleni bu dünyadan uğurlamaya dönük ritüeller geliştirmiştir. Hiç şüphesiz bu ritüeller insanların hayatında bir şekilde yer alan birisine duyulan saygının yanında ölenin ardından kalanlara yönelik oldukça fayda veren bir süreçtir. Cenaze törenleri öncelikle, ölenin yakınları için ölümü kabullenmeyi kolaylaştırır. (4)

Cenaze töreni ile birlikte yasın ilk aşaması olan inkâr durumunda olan ölenin yakınları emin olurlar ki yakını oldukları insan ölmüştür ve geri dönüşü yoktur. Böylelikle yas sürecini inkârdan diğer basamaklara geçerek tamamlamaları ve devam eden bir yasa dönüştürmemeleri daha kolay olur. (4)

Sevdiğimiz kişiyi toprağa vermekle bizim rehabilitasyonumuz da başlar. Böylece onu toprağın serinliğine emanet eder ve kendi içimizde bir onarım ve kabullenme sürecini başlatmış oluruz. Cenaze törenlerinin çok önemli bir diğer işlevi ölenin yakınlarının yaşadığı acıyı cenazeye gelen insanlarla paylaşabilmeleridir. (4)

On yıllık belediye başkanlık sürecinde çok sayıda cenaze merasimine iştirak ettim. İki tabloyu çok anlamlı bulurum. Annesi ölen, bir tıp profesörü arkadaşımın cenazesinde cemaat iki elin parmakları kadardı. Her şeyi olup, dostu olmayan çok meşgul arkadaşım da muhtemelen ilk defa bir cenazeye katılmıştı. Diğer cenaze töreni ise bir inşaat kalfasına aitti. Gittiğim pek çok cenazede onunla karşılaşmışımdır. Annesinin cenazesi mahşeri kalabalık idi. Başkan olmama karşın, taziye verirken kalabalıktan dolayı oldukça zorlanmıştım. Uzun lafın kısası yaşarken de dost lazım, ölürken de…

Kaynaklar

1) Kısakürek NF. Güzel Şey https://www.antoloji.com/guzel-sey-siiri (Erişim Tarihi: 01.01.2020).

2) Notları https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/3.html (Erişim Tarihi: 01.01.2020).

3) Burcu E, Akalın E. Ölüm Olgusu Üzerine Sosyolojik Tartışmalar. Türkiyat Araştırmaları Dergisi 2008 http://www.turkiyat.hacettepe.edu.tr/dergi/8Sayi.pdf (Erişim Tarihi: 01.01.2020).

4) Sayar K. Ölümün ardından. Diyanet Aylık Dergi. 2011 p. 13–5. https://dergi.diyanet.gov.tr/makaledetay.php?ID=13733&SRC= (Erişim Tarihi: 31.12.2019).

5) Tarancı CS. Otuz Beş Yaş I Şiirce http://siir.me/otuz-bes-yas (Erişim Tarihi: 01.01.2020).

6) Zara A. Kayıplar, Yas Tepkileri ve Yas Süreci. In: Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları. İMGE Yayınları; 201. p. 73–90. http://www.aytenzara.com/wp-content/uploads/2012/02/Kayıplar-Yas-Tepkileri-ve-Yas-Süreci.pdf (Erişim Tarihi: 31.12.2019).

7) Beyazıt E. Sana, Bana, Vatanıma, Ülkemin İnsanlarına Dair https://www.antoloji.com/sana-bana-vatanima-ulkemin-insanlarina-dair-siiri/ (Erişim Tarihi: 31.12.2019).

8) Kara E. Yas Süreci ve Dini Danışmanlık. Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2016, 251–70. http://dergipark.gov.tr/doi/10.21054/deuifd.284624 (Erişim Tarihi: 31.12.2019).

9) Bildik T. Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas. Ege J Med. 2013;52(4):223–9.

10) PDA (Psikososyal Dayanışma Ağı). Yas Süreci [Internet]. Türk Psikiyatri Derneği. http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/19/yas-sureci (Erişim Tarihi: 31.12.2019).

Ölümün kelimeleri

Ahmet Turgut

1975 yılında Malatya'da doğdu. 1994'de İTÜ İnşaat Mühendisliği bölümünden mezun oldu. 2004 yılından itibaren birçok TV dizisi ve sinema filminin senaryosunu yazdı. 2010 yılında ilk romanı "Bozkırın Sırrı" yayınlandı. Kerbela vakıasını konu edinen "Aşkın Şehidi", "Aşkın Elçisi", "Aşkın Secdesi" romanlarından oluşan üçleme 2015 yılında Kerbela Türbe Vakfı tarafından "Hz. Hüseyin (ks) Hizmetinde En İyi Metin Ödülü" aldı. 2016'da "Kalbim Kudüs'te Kaldı" romanı yayımlandı. Tarihi romanlar haricinde deneme-makale türünde "Temiz Akla Çağrı", Muhammedi Şuur ve Ahlak", "Kelimelerin Kalbi" ve "Akıl, Aşk ve Ötesi" kitapları bulunmaktadır.

Kimimiz aşktan yana nasiplidir, kimimiz sağlıktan yahut mülkten. Kimileri bilginin ve erdemin izinde yaşar, kimileri şan şöhretin. Vicdanının sesine kulak verenlerimiz de vardır, dünya yıkılsa umursamayanlarımız da. Nihayetiyle müşterek şahitliğimiz, insanlığın iki ortak paydasının doğum ve ölüm olduğudur. Nitekim yeryüzü nöbetini tamamlayıp kendisinden geriye hoş bir seda bırakan Âşık Veysel'in (1894-1973) dilinde "İ*ki kapılı han*"dır hayat. İlki doğum kapısıdır, ikincisi ölüm. Biri karşılar, diğeri uğurlar. İkisinin arası bir ömürlük konukluktur.

Evet; doğumu ezel âleminden mülk âlemine gönderiliş, ölümü ise âhirete intikal bilenlerin indinde dünya bir misafirhanedir sadece. İnsan ise en kıymetli misafir… Bu şuurun 13. asra yansıyan gönül erlerinden Mevlâna Celâleddin, meşhur Mesnevî'sinin VI. cildinde doğumla birlikte ölüm davullarının vurulmaya başladığını ama kişinin bunu son nefeste işittiğini söyler.

Yine Mesnevi'de (III. cilt) "*Herkesin ölümü kendi rengindedir*" buyurur ve ekler: "Ölümün i*nsanı Hakk'a kavuşturduğunu unutup ondan nefret edenlere, korkunç* düşman*lar gibi gelir ölüm. Ölüme dost olabilenlere ise dostane yaklaşır.*" Keza yaşadığı misafirhaneye tutkuyla bağlanmak yerine geldiği yurdu özleyenlerin indinde "*Hubbu'l-vatan, mine'l-iman*" (Vatan sevgisi imandandır) hadis-i şerifinin en zirve açılımı, sılaya dönüş arzusudur, ezel yurduna yeniden hicrete çıkarcasına. Zaten böylesi bir Hakk'a rücu aşkıyla yanıp tutuşan Mevlâna, vuslat habercisi saydığı vefatı tadınca adeta düğün gecesi (Şeb-i Ârus) yaşamışçasına uğurlandı beka âlemine. Onun gibi Yunus Emre (13. asır) de bizardır konuk edildiği şu misafirhaneden. Üstelik bilir ki; vefat sadece tadılır, son değildir asla. Bilakis ölümsüzlüğe aralanan kapıdır sılaya dönüş. "*Bu dünya ol ahiretten içeru* / Âşıkın *yeri var kimseler bilmez / Yunus öldü deyu sala verirler / Ölen hayvan imiş, âşıklar ölmez."* Bunlar ve benzeri nice uyarıya rağmen nereden gelip nereye gittiğimizi unutarak korkarız aşinası olduğumuz şu misafirhaneden ayrılmaktan. Öyle ki; bilfiil ölerek bunu tecrübe etmekten korktuğumuz gibi, sevdiklerimizin vefat yoluyla bizi terk etmesi de başlı başına bir korku uyandırır bizde.

Nitekim ölümün ayırdığı sevgililer her kültürde edebiyatın ana konularından birini teşkil ede gelmiştir. Kendi coğrafyamızdan bakınca ölümün ayırdığı sevgilileri anlatan en gönül titretici sedalardan birini Abdülhak Hamit Tarhan'da (1852-1937) buluyoruz. Sahi, "Makber" isimli şaheseri işitmeyen, hele de onun musiki formunu dinleyip derinden sarsılmayanımız yoktur muhtemelen. Ciğerden gelen bir "*Eyvah!..*" ile başlayan bu şiir, "*Ne yer ne yar kaldı* / Gönlüm dolu âh *u zâr kaldı / Şimdi buradaydı gitti elden / Gitti ebede gelip ezelden*" dizeleriyle yüreğimizi dağlamaya koyulur. Soru-cevap yoluyla ilerleyen mısralar, zaman zaman isyana varan sorgulamalar eşliğinde hayat ve ölüm arasında tefekkürlere davet eder bizi. *"Ya Rab, öleyim mi neyleyim ben / Ayrı mı yaşayayım sevdiğimden*?" Nihayetiyle Makber'den gönüllerde kalan derin iz, şairin eşi Fatıma Hanımın ayrılığına duyduğu ıstıraptır. Öyle ki; satırlar ölümsüz bir aşk vazeder. İronik olan ise eşinin vefatını Türk edebiyatının en mahzun şiirlerinden biriyle resmeden Abdülhak Hamid'in; Fatma Hanım'ın cenazesinde tanıştığı bir kadına âşık olup sonrasında onunla evlenmesidir.

Yine Tanzimat Dönemi şairlerinden Recaizade Mahmut Ekrem (1847-1914) de vefat nedeniyle yaşadığı derin hüznü kaleme alır. Bu kez evladının ardı sıra yanan bir baba vardır karşımızda. *"Bu ayrılık bana yaman geldi pek / Ruhum hasta, kırık kolum kanadım / Ya gel bana ya oraya beni çek / Gözüm nûru, oğulcuğum, Nijad*'ım." Servet-i Fünun romanının güçlü kalemlerinden Mehmet Rauf'un (1875-1931) satırlarına yansıyan ölüm de insanı eşinden dostundan, kardeşten atadan ayıran, çocukları öksüz ve âşıkları mahrum bırakan azaplar yekûnudur. Keza dönem şairlerinden Osman Fahri (1890-1920) de ölümü "zulüm" olarak niteler. Ağabeyi Ali Nusret'in ölümü üzerine kaleme aldığı bir şiirde *"Ah, zalim ölüm! Çabuk söyle / Hangi tırnaklarınla kıydın ona?*" diye seslenir. Lakin karşılıksız aşk yükünü taşıyamayarak genç yaşta intihara sürüklenir ve "Zalim" olarak vasfettiği ölümün tırnaklarını kendi elleriyle geçirir bedenine.

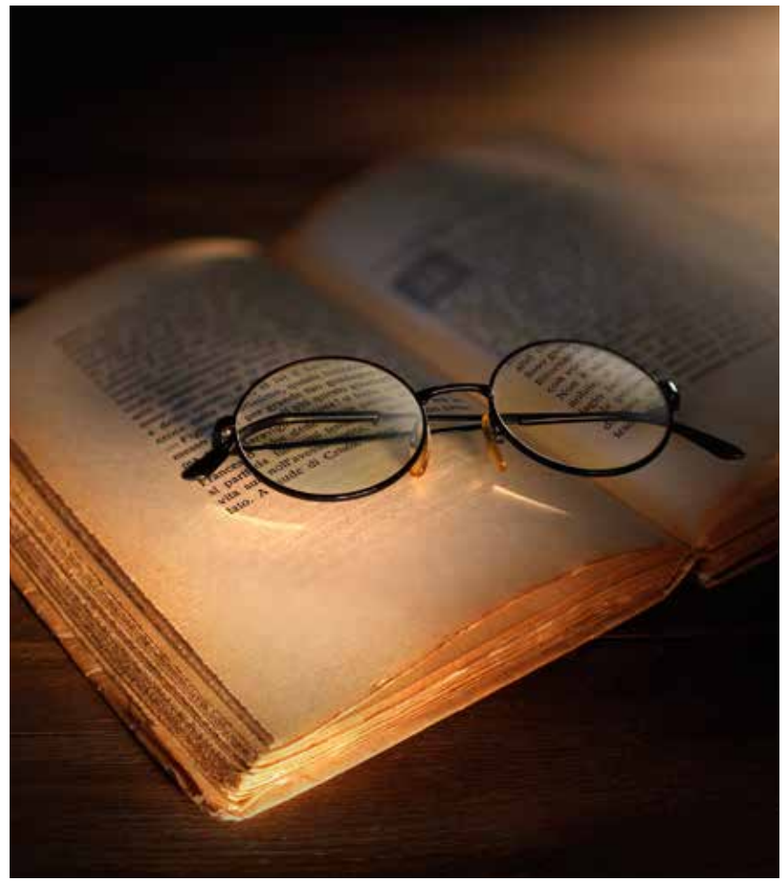
Cumhuriyet Dönemi şairlerimiz de sıklıkla ölüm temasını işler. Selefleri olan Tanzimat şairlerinin izince ölümü isyana gerekçe sayanlar da çıkar içlerinde.

Kadim geleneğin izince ölümü emanetlerin sahibine iadesi olarak görenler de… Dini duyarlılıkları baskın olmasa dahi Hecenin Beş Şairi'nden sayılan Faruk Nafiz Çamlıbel'e (1898-1973) göre ölüm, yeryüzünde başlayan rüyanın yer altında devam etmesidir adeta. Orhan Seyfi Orhon (1890-1972) da ölümü "ebedi uyku" olarak tasvirler. Ölüme karşı bu iyimser imaj, Yusuf Ziya Ortaç (1895-1967) da bir kademe daha yükselir. Öyle ki; ölüm artık "şefkatli bir anne" olarak sunulur. "*Son damla yaş bu servi gölgesine sinecek / Alnımı okşayınca ölümün anne eli.*"

Cahit Sıtkı Tarancı (1910-1956) ile birlikte yeniden bir korku teması haline gelir ölüm. Nitekim onun kaleminden beliren ölüm, güzel olan her şeyin katilidir ve apansız gelişiyle sinsi bir tuzaktır. *"Kapımı çalıp durma ölüm / Açmam / Ben ölecek adam değilim / Alıştım bir kere gökyüzüne / Bunca yıldır yoldaşımdır bulutlar."* Ölüme karşı bu dik başlı duruşunu "Otuz Beş Yaş Şiiri"nde terk eder nedense. "*Neylersin ölüm herkesin başında*" der ve devam eder: "*Uyudun uyanamadın olacak / Kim bilir nerde, nasıl, kaç yaşında / Bir namazlık saltanatın olacak / Taht misali o musalla taşında."*

Toplumsal Gerçekçilik akımının öncü isimlerinden Nazım Hikmet (1902-1963) de "Ölümün Sırrı" isimli şiirinde itidal telkin eder adeta. *"Bu sırrı sormağa karar verdim ben / Hayatı hicranla dolu ölüden / Baktı boş gözlerle* âyet *okurken / Dedi ben hayatı ölümde gördüm."* Yine Toplumsal Gerçekçi şairlerden Attila İlhan (1925-2005) ölüm karşısındaki eşitliğimizi hatırlatır "An Gelir" isimli şaheserinde. "*Evvel zaman içinde / Kalbur saman ölür / Kubbelerde uğuldar Bâkî / Çeşmelerden akar Sinan / An gelir / -Lâ ilâhe illallah- / Kanunî Süleyman ölür."*

Son asrın İslami duyarlılık sergileyen kalemleri kadim geleneğin izince bakarlar ölüme. Onu kâh "*ebedi haz diyarına yolculuk*" yahut "*emaneti Rabbe teslim etmek*" olarak anlatırlar. Kâh ölümün öte âleme hicret olduğunu hatırlatıp onu "*büyük randevu*" olarak tasvir ederler. Keza "*bayram*"dır ölüm, "*diriliş*"tir. Nitekim İstiklâl şairimiz Mehmet Akif Ersoy'a (1873-1936) göre herkes yolcudur şu misafirhanede. Musalla ise en büyük ibreti dillendiren hatip kürsüsü sayılır. "*Ya Rab! Ne hatiptir ki makber /* İnsanlara en derin *meâli / Bir vahy-i bülend kudretiyle / Telkin ediyor lisân*-ı hâli."



Yahya Kemal (1884-1958) ölüme dair düşüncelerini "Sessiz Gemi" şiiriyle pay eder. "*Artık demir alma günü gelmişse zamandan / Meçhule giden bir gemi kalkar bu limandan / Hiç yolcusu yokmuş gibi sessizce alır yol / Sallanmaz o kalkışta ne mendil ne de bir kol."* "Rindlerin Ölümü" isimli şiirindeyse "bahar ülkesi" olarak ölümü yâd eder. "Ölüm aslında bir bahar ülkesidir bir rinde */ Gönlü her yerde buhurdan gibi yıllarca tüter / Ve serin serviler altında kalan kabrinde / Her seher bir gül açar, her gece bir bülbül öter."* Nitekim mukaddere rızayı beşerî tasalarla buluştururken "Ölmek kaderde var, bize ürküntü ver*miyor"* der ve ekler: "*Lakin vatandan ayrılışın ıst*rabı zor.*"*

Ölümü müjde ve güzellik olarak betimleyen Necip Fazıl (1904-1983), hayli üst perdeden bir ölüm imajı sunar. "Öleceğiz, müjdeler ol*sun, müjdeler olsun / Ölümü de öldüren Rabbe secdeler olsun!" "*Ölüm güzel şey, budur perde arkasından haber / Hiç güzel olmasaydı ölür müydü Peygamber?*"* Keza ölümün ölümü şehitlerin ahvalince Erdem Bayazıt'ın (1939-2008) mısralarına da konu edilir. "Ölüm bize ne yakın / Bize ne uzak ölüm / Ölümsüzlüğü tattık / Bize ne yapsın ölüm!" Ölüme kadim geleneğin izince yaklaşan kalemlerin son dönem üstadı Sezai Karakoç'tur (D:1933) şüphesiz. Öyle ki; irfani geleneğimizin "Ölmezden evvel ölmek" ilkesini "öleni ölümle diriltmek" olarak tasvirler ve onu vuslatın vesilesi sayar. "Öleni ölümle diriltmek / Ölümle sağ tutmak sağ olanı / Ölümün ışınıyla görmek*/ Karanlık gecede / Kara taştaki / Kara karıncayı."*

O yüce Gönül Erinin sekiz asır evvelinden nefes verdiği "*Yunus öldü deyu sala verirler / Ölen hayvan imiş âşıklar ölmez*" beytine nazireymişçesine seslenen yine Sezai Karakoç'tur. *"*Şair, önce kendi ağıtını yaz */ Binlerce ağıttan önce / Gün gelip saat çalınca / Vaktin olmaz kendi ağıtını söylemeye."* Evet; şu misafirhanemizi değil, onun ve cümle misafirlerin Biricik Sahibini (cc) arzulayanların gönlünde can buldu "ölümün kelimeleri". "Kelimelerin ölümü" ise misafirhaneyi, her şeyin Sahibi (cc) ile değişenlerin elinden oldu. Rabb-i Rahim, kelimelerini öldürmeyen, bilakis O'ndan (cc) bir kelime olduğunu idrak etmek suretiyle ebet diriler arasına kattığı kullarından eylesin bizleri!

Müzikle ölmek, müzikte ölmek

Prof. Dr. Hanefi Özbek

1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevine tabip olarak atandı (1991). Van Türk Musiki Derneğini kurdu (1993), Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümünün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığına İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Prof. Özbek halen Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Müdürü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Türk müziği, birbirinden farklı, hepsi de hayatın içinden olan konuları işlemiştir. Bu durum hem halk müziği hem de sanat müziği için geçerlidir. Dini müzikte Allah (cc), Hz. Peygamber (sav.), Ehl-i Beyt konuları, örneğin Mevlevi ayinleri, Alevi semahları ve Bektaşi nefeslerinde sanatlı bir şekilde işlenmiştir. Bektaşi babası Cemali Baba'nın (1836-1924) nefesi aşağıdaki gibidir (1):

İmamların katarına katılan
İrfan pazarında varı satılan
Dost didârına çeşmi açılan
Ehl-i ikrâr olup imâna geldi

Kim ki bir mürşidin elin tutmadı
Ehl-i Beyt'e elbet mülhak olmadı
Ademiyyet menzilini bulmadı
Bu âlem içre hayvâna geldi

Sakınup aldanma dünyâ varına
Fırsat elde iken koyma yarına
Vücûdunu yakan aşkın nârına
Canlar Tûr olup cânâna geldi

Âdem*'in vechini anlatmak için*
Hem vechu'llahı bildirmek için
Salât-ı vahdeti kıldırmak için
Cemâlî bu demde bürhâna geldi

Elbette insana duyulan aşk konusu da geniş bir şekilde işlenmiştir. Bu konuda Karacaoğlan'ın eline kim su dökebilir? (2):

Ala gözlerine kurban olduğum
Say edip aleme bildirme beni

Açıp ak gerdanı durma karşımda
Ecelimden evvel öldürme beni

Dilber at kolların dola boynuma
Ölüm endişesi gelmez aynıma
Bir gece misafir eyle koynuna
Sabah oldu deyu kaldırma beni

Karac(a) oğlan tutma beni el gibi
Akıttım gözümden yaşı sel gibi
Bahçende açılan gonca gül gibi
Dizip al yanağa soldurma beni

Askerlikle ilgili konular mehter müziğinde, kahramanlık türkülerinde ve Köroğlu koçaklamalarında oldukça zengin bir şekilde ele alınmıştır (3):

Çamlıbel erleri girdi sıraya
Bugün yiğitlerin cengi var cengi
Kılıç parlatanlar geldi buraya
Bugün yiğitlerin cengi var cengi

Çarhacılar *bu meydana inmeli*
Koçyiğitler arap ata binmeli
Nara atıp sağlı sollu dönmeli
Bugün yiğitlerin cengi var cengi

Topuzları savurmalı düşmana
Naralar salmalı girip meydana
Düşmanlar gelmeli burda amana
Bugün yiğitlerin cengi var cengi

Köroğlu der var mı bizim dengimiz
Şimdi belli olur yiğit hangimiz
Üç saat sürmeli bütün *hengimiz*
Bugün yiğitlerin cengi var cengi

Müzikte işlenen konular yalnız bunlarla sınırlı olmayıp mizahi konular da ele alınmıştır. Örneğin "*Manda yuva yapmış söğüt dalına, yavrusunu sinek kapmış gördün mü?*" mısrası ile başlayan türkü, müzikte mizaha hoş bir örnektir. Yine Neşet Ertaş'ın çalıp söylediği "*Kar yağar kar üstüne / Y*âr sevmiş yâr üstüme */ Varsın sevsin neyleyim / Turp yemiş nar üstüne*" türküsü, ayrıca Erzurum yöresinden "*Ellerin elçekli gelin / Golların golçaklı gelin / Oguli ben doğurdum / Kedi bacaklı gelin*" türküsü de başka bir mizah örneğidir.

TRT repertuvarında olup henüz gün yüzüne çıkarılmamış erotik konulu ezgiler de bulunmaktadır. Bazen bir binaya duyulan hayranlık melodilere dökülürken bazen de şehrin bir semti veya şehrin kendisi müziğin konusu olmuştur: Münir Nurettin Selçuk'un nihavent şarkısı "*Yok başka yerin lütfu ne yazdan ne de kıştan / Bir tatlı huzur almaya geldik Kalamış'tan*" ve aynı makamda "*Kandilli yüzerken uykularda / Mehtâbı* sürükledik sularda"; Cinuçen Tanrıkorur'un hicaz fantezisi "*Kandilli'de eski bahçelerde / Akşam kapanınca perde perde / Bir hâtıra zevki var kederde*"; Münir Nurettin Selçuk'un hicaz şarkısı "*Sana dün bir tepeden baktım aziz İstanbul / Görmedim gezmediğim, sevmediğim hiçbir yer /* Ömrüm oldukça gönül tahtına keyfince kurul / Sade bir semtini sevmek bile bir ömre değer*" bu* konu için örnek olarak verilebilir.

Müzikte işlenen başka konular da vardır elbet. Bunlardan belki de en yakıcı olanı ölümdür. 19.yy'ın şairlerinden Niğdeli Hikmet Bey bir gün evinden çıktığında,

mahallede bir evden bağırışlar duyar. Komşularından birinin 4-5 yaşlarındaki oğlu ölmüştür. Ölüm zaten acıdır ama hikâyesi daha da acıdır. Çocuk, çocukluğunu yapmış, yaramazlık etmiştir. Babası da ona bir tokat atmıştır. Ancak tokadın şiddetiyle küçük yere düşmüş ve başını yere vurmuştur. Düştüğü yerde de kalmıştır. Hikmet Bey, bu acı olayı dizelerine taşımış, Türk müziğinin büyük bestekârlarından Şevki Bey (1860-1891) bu dizeleri hüseynî makamında bestelemiştir (4):

Nedir bu hâletin ey meh-cemâlim
Nasıl kıydı sana ol kanlı zâlim
Tükendi akl ü endişem hayâlim
Aman söyle perîşân oldu hâlim

Türk müziğinin deha bestekârı Hammâmîzâde İsmail Dede Efendi, oğlu Salih'in ölümü üzerine aşağıdaki sözleri beyâti makamında bestelemiştir (5):

Bir gonca-femin yâresi vardır ciğerimde
Âteş dökülürse yeridir âr-ı serimde
Her lâhza hayâli duruyor dîdelerimde
Takdire nedir çâre *bu varmış kaderimde*

Türk müziğinin büyük bestekârlarından Hacı Arif Bey, kalp krizinden ölmeden evvel Niğdeli Hikmet Bey'in aşağıdaki sözlerini kendi tertip ettiği kürdilihicazkâr makamında besteler (6):

Gurûb etti güneş dünya karardı
Gül-i bağ-ı emel soldu sarardı
*Felek de böyle mâtemler ararda*ı
Gül-i bağ-ı emel soldu sarardı

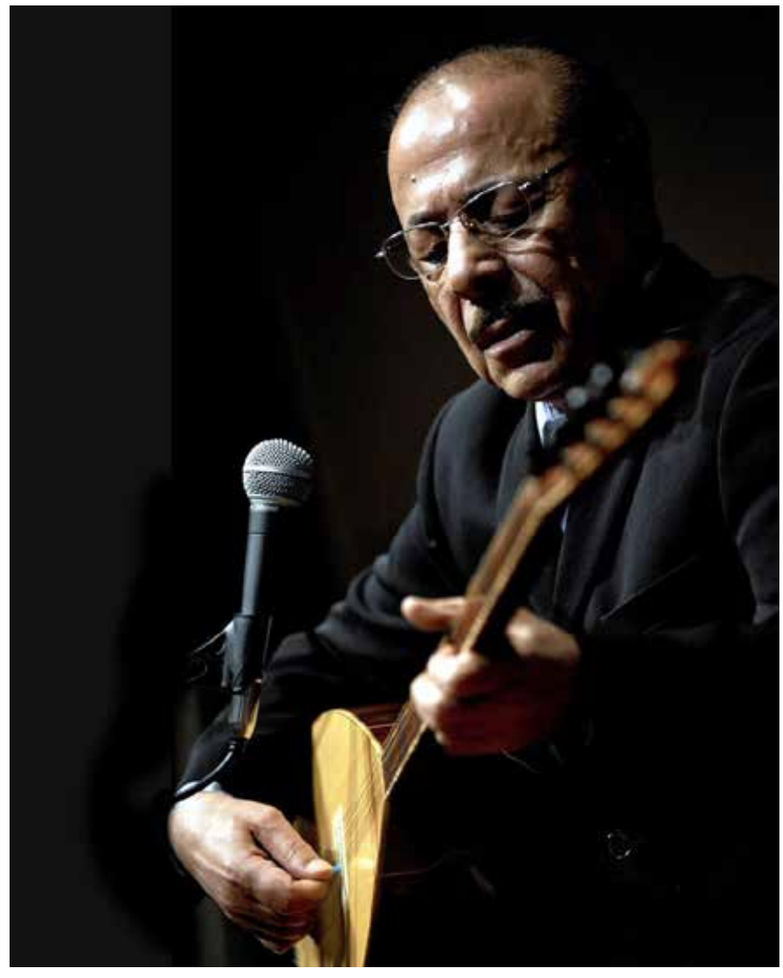
Karacoğlan bir Urfa türküsünde ölümü bakın nasıl işliyor (7):

Vara vara vardım ol kara taşa
Hasret ettin beni kavim kardaşa
Sebep ne gözden akan kanlı yaşa
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm

Nice sultanları tahttan indirdi
Nicesinin gül benzini soldurdu
Nicelerin gelmez yola gönderdi
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm

Karacoğlan der ki kondum göçülmez
Acıdır ecel şerbeti içilmez
Üç derdim var birbirinden seçilmez
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm

Bir Adana türküsünde Karacaoğlan söylemeye devam eder (8):



Üryan geldim *gene üryan giderim*
Ölmemeye elde fermanım mı var
Azrail gelmiş de can talep eyler
Benim can vermeye dermanım mı var

Dirilirler dirilirler gelirler
Huzur-ı mahşerde divan dururlar
Harâmî var diye korku verirler
Benim ipek yüklü kervanım mı var

Er isen erliğin meydana getir
Kadir Mevlâ'm noksanımı sen yetir
Bana derler gam yükünü sen götür
Benim yük götürür dermanım mı var

Karac'oğlan der ki ismim överler
Ağu oldu bildiğimiz şekerler
Güzel sever diye isnad ederler
Benim Hak'tan özge sevdiğim mi var

Ali Osman Feymani'den alınan bir Çukurova türküsünde ölümle hasbıhal var (9):

Ölüm yakamda*n tutma git*
Gençlik çağım geçende gel
Gurbet elde merhamet et
Var sılama göçende gel

Şu *dünyanın hevasından*
Geçmez gönül davasından
Yavrularım yuvasından
Ganatlanıp uçanda gel

Bahar gelme, yazda gelme
Kışda gelme, güzde gelme
Seksen, doksan yüzde gelme
Yüz onunu geçende gel

Feymani''nin ladesini
Takib eyle vadesini
Ölümsüzlük badesini
Var elinden içende gel

Günümüz halk şairlerinden Sivaslı Kaya Özbek söyler bakalım ne der (10):

Bir his var içimde yanıyor benim
Kara toprak beni arıyor derim
Taş toprak bir olmuş sarıyor görün
Gayrı veda etmek zamanı geldi

Kars yöresinden bir türküde Pir Sultan Abdal görelim ne der (11):

Gelmiş iken bu yerleri gezelim
Ölüm ile ayrılığın elinden

*Gonca gonca g*üllerini derelim
Ölüm ile ayrılığın elinden

Yaz gelince bir bozcacık meşeyim
Dalgam gelmiş bulanayım coşayım
Eylen kömür gözlüm helallaşalım
Ölüm ile ayrılığın elinden

*G*ünahlı *kardaşlar günahım tartar*
Hasretli yüzünü yüzüme sürter
Yeter bu ayrılık ölümden beter
Ölüm ile ayrılığın elinden

Pir Sultan Abdal'ım eyliyor firak
İşte ben gidiyom yollarım ırak
Durmadan ağlıyor şu yangın yürek
Ölüm ile ayrılığın elinden

Bir Havsa türküsünde Pir Sultan Abdal devam eder (12):

Ne kaçarsın ölümden bulurlar seni
Zebaniler gibi soyarlar seni
Bir kuru tahtada yuğarlar seni

Hoşça yuğun kardaşlar tenim naziktir
Su dökücü kardaşlar halim yazıktır

Azrail'i görünce belim büküldü
Yetmiş iki damarımdan kan çekildi
Saatine varmadan dilim tutuldu

Hoşça yuğun kardaşlar tenim naziktir
Su dökücü kardaşlar halim yazıktır

Azrail geldi oturdu yanıma
Salıvermedi döneyim bir bir yanıma
Pençesiyle vurdu tatlı canıma

Hoşça yuğun kardaşlar tenim naziktir
Su dökücü kardaşlar halim yazıktır

Suyumu vursunlar kazan dolunca
Kefeni biçsinler boylu boyunca
Ayleşmeyin kardaşlar beni yuğunca

Hoşça yuğun kardaşlar tenim naziktir
Su dökücü kardaşlar halim yazıktır

*Pir Sultan'ı*m *dört kardeş kabrimi kazar*
Azrail gelmiş deftere yazar
Anam deli olmuş saçını yolar
(Babam divane olmuş tabutu düzer)

Hoşça yuğun kardaşlar tenim naziktir
Su dökücü kardaşlar halim yazıktır

Ölümle ilgili Hz. Mevlâna şöyle söyler (Farsçadan çeviren Feyzi Halıcı) (13):

Ne ziyan var şu ölümden, a gönül çekme aman
Niye cansız kalacaksın,olacaksın yine can
Hani gökten yere indin ya gönül önceleri
Çıkacaksın yine yerden göğe, gelsin de zaman

Konuyu Yunus Emre'den bir ilahi ile bitirelim (14):

Nice bu dert ile yanam
Ecel ere bir gün ölem
Meğer ki sinimde bulam
Şöyle garip bencileyin

Bir garip ölmüş diyeler
Üç günden sonra duyalar
Soğuk su ile yuyalar
Şöyle garip bencileyin

Hey Emre'm Yunus bîçâre
Bulunmaz derdine çâre
*Var imdi gez ş*ardan şara
Şöyle garip bencileyin

"Sağ"lıcakla kalın.

Kaynaklar

1) Yusuf Ziya Yörükan, Alevî-Bektâşî ve Tahtacı Nefesleri, Ötüken Yayınları, İstanbul-2011.

2) https://www.antoloji.com/ala-gozlerine-kurban-oldugum-siiri/?siralama=p (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

3) https://www.turkudostlari.net/soz.asp?turku=7267 (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

4) https://eksisozluk.com/nedir-bu-haletin-ey-mehcemalim--1371908 (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

5) https://www.turksanatmuzigi.org/eserlerimiz/sarkilarimiz/b-sarki/bir-gonca-femin-yaresi-vardircigerimde/ (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

6) https://www.notaarsivleri.com/NotaMuzik/gurub_etti_gunes_dunya_karardi(1).pdf (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

7) https://www.antoloji.com/bir-ayrilik-bir-yoksulluk-siiri/?siralama=p (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

8) https://www.antoloji.com/uryan-geldim-yine-uryan-giderim-siiri/?siralama=p (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

9) http://www.turkuler.com/sozler/turku_olum_yakamdan_tutma_git.html (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

10) Kaya Özbek, Benim Dünyam, Sage Yayıncılık, Ankara-2018.

11) http://www.turkuler.com/sozler/turku_gelmis_iken_bu_yerleri_gezelim_olum_ile_ayrilik.html (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

12) https://www.turkudostlari.net/soz.asp?turku=20144 (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

13) https://www.notaarsivleri.com/NotaMuzik/ne_ziyan_var_su_olumden_a_gonul_cekme_aman.pdf (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

14) https://www.siir.gen.tr/siir/y/yunus_emre/soyle_garip_bencileyin.htm (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

Beyin gücü

Beyin, omurilik ve sinir cerrahisinde hedef odaklı, yeni nesil akıllı teknolojilerle işbirliği yapan güçlü akademik kadrodan oluşan beyin takımı

Beyin cerrahının üçüncü gözü: Teknoloji

GAMMA KNIFE

CYBER KNIFE

O-ARM

STEALTHSTATION

INTRA-OPERATIVE MR

NAVIGATION

▸ ONKOLOJİK NÖROŞİRURJİ/NEUROSURGICAL ONCOLOGY ▸ SPİNAL NÖROŞİRURJİ/SPINAL NEUROSURGERY ▸ PEDİATRİK NÖROŞİRURJİ/PEDIATRIC NEUROSURGERY ▸ FONKSİYONEL NÖROŞİRURJİ/FUNCTIONAL NEUROSURGERY ▸ BEYİN VE OMURİLİĞİN DAMAR HASTALIKLARI/VASCULAR NEUROSURGERY ▸ PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ/PERIPHERAL NERVE SURGERY ▸ EPİLEPSİ CERRAHİSİ/EPILEPSY SURGERY ▸ NÖROENDOSKOPİ/NEUROENDOSCOPY ▸ HİDROSEFALİ/HYDROCEPHALUS

MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 4447044

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik medipolsaglik medipolsaglik MedipolSaglik

Sadık Yalsızuçanlar: ‘Yaşama hastalığı’na müptela birisi ne kadar sağlıklıdır?

Ömer Çakkal

Roman ve öykü yazarı Sadık Yalsızuçanlar’ı aktif gazetecilik yaptığım yıllardan beri tanıyorum. Farklı türlerde onlarca kitap yazan Yalsızuçanlar’ın aynı zamanda kendi tabiriyle “okuma oburluğuna tutulmuş” biri olduğunu bu röportaj vesilesi ile öğrendim. Aynı zamanda “kıdemli bir hasta” olduğunu da. Yalsızuçanlar’ın şehirlerini, hastanelere ve sağlığa hangi pencereden baktığını siz de muhtemelen ilk kez bu röportajda okuyacaksınız.

Sadık Yalsızuçanlar senarist, yapımcı, sinema-TV kuramcısı ve illa ki yazar. Hem de ne yazar. Hemen her konuda yazar! Türkiye’de ve belki de dünyada en çok kitap yazan kişi siz olabilirsiniz. İlk olarak şunu sormak istiyorum: Kainata anlatacak ne çok şeyiniz var, bunca kitapla ne anlatmak istiyorsunuz?

İltifat ediyorsunuz üstadım. Dünyada çok yazan pek çok kişi var. Hemen her gün düzenli biçimde yazanlar var. Bizde de çok. İki yüzü aşkın kitabı olan yazarlarımız var. Bendeniz biraz hikâye, birkaç roman, biraz da deneme yazdım. Diğer kitaplar eh işte… Çocuk kitapları dışındakiler genellikle söyleşi türünde veya seçki biçiminde olanlar. Onlarla hayli yekûn tutuyor ama dediğim gibi hikâye ve roman fazla değil. Ancak gene de haklısınız, benim kuşağımdakiler arasında sanırım çok kitap yayımlamış olanlardan biriyim. Bir gün Enis Batur’un belgesel çekimlerini yapıyorduk, “Ne kadar çok kitabınız var” anlamında bir şey söyledim. “Her gün düzenli yazıyorum” dedi. Gerçekten de her gün yazıyor Batur. Belli bir saatte oturuyor masaya ve mutlaka yazıyor. Tabii böylesi bir düzenli “üretim” çok kitaba dönüşüyor. Neyse… Evet ben de dönüp baktığımda, “Ne çok anlatacak şeyim varmış” diyorum. Gerçi anlattıkça artıyor. Yalnızlık artıyor, dert birikiyor, aşk artıyor ama çaresizce çırpınıyorum. Tabii bu daha çok öyküyle, romanla olunca böyle oluyor. Yoksa sinema da yazmışım mesela. Birkaç kitap… Televizyona yani kitlesel iletişim ortamlarına ilişkin yazmışım. Okuduğum kitaplarla ilgili yazmışım. Masallar yazmışım. Çocuk kitapları da hayli birikmiş meğer. Gerçi mektuplar da hayli birikti ama onları yayımlamayı düşünmüyorum.

“Dedem dervişti babam ise sinema salonu işletmecisi”

Malatyalısınız. Babanızın işlettiği sinema salonunda tanıyorsunuz sinemayı. Hikâye anlatıcılığını ilk orada mı öğrendiniz?

Evet, Malatyalıyım. Babam aslen Muş’un Varto ilçesinin Çayıryolu, eski adıyla Mergemist köyünden. Gençken Malatya’ya gelmiş. Daha doğrusu dedem Malatya’ya yerleşince babam da birlikte gelmiş. Babam okumamış. Okuma-yazmayı askerde öğrenmişti. Askerlikten sonra Malatya’da önce bir sinemanın büfesini işletmeye başlamış, sonra yazlık sinemaya ortak olmuş. Derken kendisi sinema açtı. Bizim evin arkasında genişçe bir arazi vardı, oraya müthiş bir yazlık sinema yaptırdı. Uzunca bir süre orasını işletti. *Renkli Sinema*, Malatya’nın *Büyük Sinema*’dan önce en güzel salonuydu. Onu da kirvem işletiyordu. Babamda, kaynağını bilemediğim bir sinema tutkusu vardı. Tabii biz de çocukken, 6-7 yaşlarından itibaren her akşam sinemadaydık. Hafta sonları özellikle giderdik. O zaman Ankara Gazozu efsaneydi. Gazoz, çekirdek, soğuk/buzlu su satar; yer gösterir, teşrifatçılık yapardık. O süreçte çoğunu üç-beş kez seyrettiğim filmler bende hem sinema tutkusunu besledi hem de “hikâye anlatma” arzusunu geliştirdi… Annemi de anmalıyım. Annem en basit bir konuyu bile o kadar güzel, ballandıra ballandıra anlatırdı ki… Dilin nasıl büyüleyici bir etkiye sahip olduğunu ondan öğrendim. Anlatırken epeyce deyim ve atasözü kullanırdı, argo kelimelere de başvururdu. Babam da öyleydi. Küfür ve argo dağarcığım hayli zengin o yüzden! Bu süreç bende öykü yazma, anlatma isteğini çok besledi. Ortaokul Türkçe öğretmenim ve lise edebiyat hocamın da özendirmesiyle edebiyat fakültesini seçtim, Türk dili ve edebiyatı okudum. Edebiyatın zenginliğiyle asıl tanışıklığım o dönemde başladı. Evimizde pek kitap yoktu, okuyan olmazdı. Okul veya ilçe kütüphanesinden edindiğim,

öğretmenlerimin verdiği kitapları içer gibi okurdum. Ortaokul ve lise yıllarımda hayli okudum. Ancak üniversite döneminde tam bir obeze dönüştüm, ne bulursam okuyordum. Sadece edebiyat değil, felsefe, sosyoloji, din, iktisat, siyaset, tarih, yani aklınıza gelen her alanda, türde kitaplar okudum. Bir yazarın bütün eserlerini okuyordum. Külliyat okumaları. Bunun sonradan çok yararını gördüm. İlk öykülerimi de bu dönemde yazmaya başladım.

Edebiyata olan ilginizi ilk ne zaman fark ettiniz? Yazar olmanızda edebiyat fakültesinde okumanız etkili oldu mu? Yoksa yazarlık yeteneği insanın özünde mi vardır?
Ortaokul son sınıfta diyebilirim. Çocukluğum geniş aile ortamında geçti. Çok çocuklu bir aileydi bizimkisi. Nineler, dedeler, dayılar, teyzelerle birlikteydik. Bahçeli, çok odalı, geniş bir evde büyüdüm. Ancak tuhaf bir biçimde yalnızdım ben. Aile efradı çok olunca tabii her çocukla ilgilenemiyor insanlar. Dedem dervişti babam ise garip bir şekilde sinema işleten, daha modernist bir yaşama ve tutuma sahip biriydi. O dönemde ortaokul Türkçe öğretmenim Turan Gültekin'den çok etkilendim. İyi ki de etkilenmişim. Bize Türk edebiyatının en seçkin yazarlarını okuttu. Edebiyatı sevdirdi, yazmaya özendirdi. Fakülte tecrübesi, benim için ayrıca değerli bir süreçtir. Zaten yazmaya hazırlık sınıfında başladım. Hacettepe Türkoloji'de okuyordum. Kıymetli hocalarım oldu. Bizim Divan, Halk ve Tekke Edebiyatı'nı, dünya edebiyatından örnekleri bu süreçte okudum, tanıdım, çok sevdim. Deli gibi okuyordum, yazıyordum. Öğrenciyken bir kitabım yayımlandı. İki kitaplık öykü yazdım. Zaten okuldan sonra kısa bir süre öğretmenlik yapmıştım, o süreçte de kitaplaştı onlar. Bir Avrupalı yazar, "Yazarlığın onda dokuzu çalışmak, onda biri yetenektir" der. Bu görüşe katılıyorum.

Yazmak sizin için nasıl bir süreç, nasıl bir ortamda yazarsınız? Yazarken sizi motive eden şartlar neler?
Mecbur kalmazsam dışarıda, parkta, kahvede, otelde, trende, otobüste filan yazamıyorum. Evde, çalışma odamda yazabiliyorum. Genellikle de geceleri çalışıyorum. Çok bereketli oluyor. El yazım berbat, hiç yazamıyorum elle. Eskiden daktilo, şimdi bilgisayarla yazıyorum. Tarihsel, belgelere ihtiyaç duyan bir hikâye değilse oldukça süratli, tuşlara yetişmekte güçlük çekecek bir hızda yazıyorum. Sancıyla yazdığım bazı metinler oluyor ama genellikle kelimeler, cümleler akar zihnimden. Kafein ve nikotin iki temel motivasyonum. Kahveciyim yani. Bir de tütünü çok

"Benim de şehirlerim oldu. Malatya'yı başta anmalıyım. Çünkü çocukluk ve ilk gençlik yıllarım burada geçti. Babamın işlettiği sinemalar buradaydı ve o sinemalarda beni etkileyen yüzlerce filmi burada seyrettim. Sonra gençlik dönemimin geçtiği Hatay, Dörtyol'u anmalıyım. Ardından yüksek öğrenim için geldiğim ve bir daha kısa süreler dışında ayrılmadığım Ankara. Hacı Bayram-ı Veli'yi burada tanıdım. Bünyamin Ayaşî'yi, Taceddin Veli'yi, Mehmed Âkif'i… Kısa bir süre öğretmenlik yaptığım Sivas ile TRT'deki yapımcılık döneminin bir kısmını geçirdiğim bir sayfiye ve ittihat şehri olan İzmir'i de anmam gerekiyor."

seviyorum. Bağışlayın özendirmek için söylemiyorum ama durum böyle.

İyi yazarlığı nasıl tarif edersiniz?
Bu, iyiden ne kastettiğinize bağlı. Yani sahih, gerçek, kalıcı, eser denebilecek kitaplar yazmışlardan söz ediyorsanız birkaçını tanıdım. Bu tanışıklığa dayanarak şunu söyleyebilirim: Samimiyet gösterisi yapanları bir kenara bırakacak olursam gerçekten samimi, özü sözü bir olan, para ya da şöhret kazanma gibi saiklerle yazmayan, yazının kendisini yazdırdığı bir kalemi olan, gizlide açıkta bir olan yazar sanırım iyi yazardır.

İnsanı kalem tutmaya iten sebepler varsa sizin yazma sebebiniz nedir?
TRT'de kültür belgeselleri çektiğim yıllarda bunu ben de birçok yazara sormuştum. Bazısı afalladı, bazısı saldırgan bir soru diye reaksiyon gösterdi. Kendime de zaman zaman sorarım bunu. Ben niye yazıyorum? Dilime gelen ilk cevap "Bilmiyorum" oluyor. Soruyu kafamda sürekli dolaştırdığım zamanlarda şöyle diyebiliyorum: Çocukluktan itibaren biriken derdi, aşkı anlatmak istiyorum. İçinden çıkamadığım şeyleri anlamlandırmaya çalışıyorum. Kendimi, tanıdıklarımı, memleketimin insanlarını, dünyayı, zamanımı anlamak ve tanımak istiyorum. Sanırım bu saikle yazıyorum. Yazdıkça pek çok şey daha derin, daha anlamlı kavranabiliyor, daha güzel ve iyi yanlarıyla bilinebiliyor, daha doğru düşünülebiliyor.

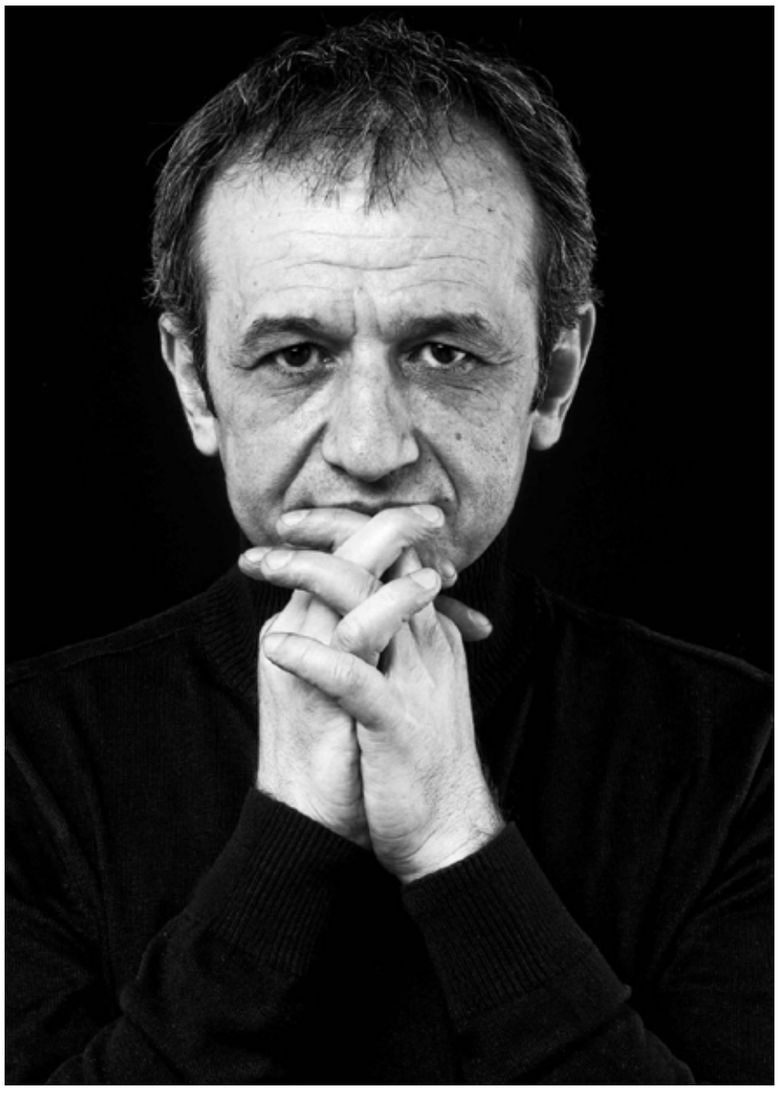
"Gençliğimde obur bir okurdum, artık daha seçiciyim"

"Beyanda sihir, şiirde hikmet vardır" derler. Siz buna inanıyor musunuz?
Kuşkusuz… Bedi ve beyan büyülüdür. Sözün kendine özgü bir büyüsü var. "Gönül deniz, dil kıyıdır" derler, doğrudur. Ancak dil de denizdir yani denizin içindedir, ona dahildir. Dil, anlamdır. Hani düşünür diyor ya, "Araç mesajın kendisidir." Dil denilen o muazzam dünyanın eşiğinden girince büyülü bir şey oluyor. Bir şey dile gelince yayılıyor, büyüyor, bazen buharlaşıyor, kamusallaşıyor. Bir anda tuhaf bir çaresizlik alanı açılıyor. İnsan için bu son derece besleyici bir şey. İnsanın en güçlü anları, en savunmasız ve çaresiz zamanında ortaya çıkar. Dile gelen, dilden çıkan şey, bir anda sizi hem savunmasızlaştırıyor hem de her şeye ve herkese açık bir müdahale ve yorum alanının oluşmasını sağlıyor. Bu süreç de zaten büyüleyici. Efendimiz, "Şiirin bazısı şüphesiz hikmettir" buyurmuşlar. Şiirle şuur akrabadır. Bir bakıma bulanık bir alan. Bu yüzden, "Biz, O'na şiir öğretmedik…" buyurulmuş. Yani hikmet verdik. Gerçi hikmetin aracı sembol ve sükuttur ama hikmetin değerini biz ancak dile dökebildiğimizde anlatabiliyoruz. Yani onu da ancak dille yapabiliyoruz. Sözle, beyanla, şiirle… Aliya İzzetbegoviç'in kitabında aktardığı bir şiir tarifi var. Çok etkilenirim ondan. Şöyle diyor: "Şiir, anlatılamazın anlatılamazlığını anlatmaktır."

Hikâyeleştirmenin, hikâye anlatmanın önemi üzerine bir hususu sormak isterim. Kur'an-ı Kerim'de Allah Teâlâ insanlara belirli mesajları verirken neden hikâye etme yöntemine başvurmuş olabilir? Sizce bunun hikmeti nedir?
İnsanın dramaya ihtiyacından söz edilir. Biz, hem bir meseleyi dramatik bir yapı içinde öyküleme ihtiyacı duyarız hem de böylesi bir kurguyla bize anlatılan meseleyi daha derin kavrarız. Bu bakımdan tahkiye denilen hikâyeleştirme ve öyküleme tekniği yüzyıllardır oldukça kullanışlı bir yöntem olarak var olageldi. Esasen bütün kutsal metinlerde meseller yer alır ve bunun en olgun örneklerine Kur'an'da rastlarız. Yusuf veya Musa kıssası, bir tür uzun soluklu dramatik anlatılar olarak yüzyıllardır ilgiyle okunur, yorumlanır ve kendi içinde çoğalarak bugüne değin gelir. Bunun insan zihninin ve algısının kavrama biçimleriyle doğrudan bir ilgisi olduğunu düşünüyorum. İnsanlara Hakk'ın buyruklarını getirmek üzere gönderilen peygamberlerin hayatları bizatihi birer meseldir. Masal, biliyorsunuz meselden gelen bir kelime ve çocukluktan itibaren bizler masallarla, hikâyelerle, anlatılarla büyürüz. Onların diline, kurgusuna, dünyasına açık bir zihinsel yapımız var. Algı biçimlerimiz arasında bize en etkin şekilde içerik aktaran dil olarak tahkiye bu bakımdan çok etkin ve canlı birer yöntemdir.

İnsanın üzerine, yaşadığı kentlerin kokusu siner derler. Bize biraz şehirlerinizden ve size kattıklarından, sizden aldıklarından bahsedebilir misiniz? Tanpınar'ın 5 şehri vardır mesela. Sizin kaç şehriniz var?
Tanpınar'ın "Beş Şehir"i, dönüp dönüp okuduğum bir kitap. Bir medeniyetin başka bir medeniyete tümüyle dönüşemeyeceğini anlatan eser, bir yanıyla alabildiğine hüzünlüdür. Öte yandan kültürel sürekliliğin bütün müdahalelere rağmen kendini dayattığının ifadesi yönüyle de medeniyet belleğimizin en nadide malzemelerinin anlatıldığı muhteşem bir kitap. Benim de şehirlerim oldu. Malatya'yı başta anmalıyım. Çünkü çocukluk ve ilk gençlik yıllarım burada geçti. Babamın işlettiği sinemalar buradaydı ve o sinemalarda beni etkileyen yüzlerce filmi burada seyrettim. İlk aşklarımı, ilk heyecanlarımı burada yaşadım. Benim zihinsel maceramda çok etkin olan babaannem ve dedem burada yaşadı. Modernleşmeden en az etkilenen korunmuş köşeler buradaydı. Sonra gençlik dönemimin geçtiği Hatay, Dörtyol'u anmalıyım. Ardından yüksek öğrenim için geldiğim ve bir daha kısa süreler dışında ayrılmadığım Ankara. Hâlen burada yaşıyorum. Hacı Bayram-ı Veli'yi burada tanıdım. Bünyamin Ayaşî'yi, Taceddin Veli'yi, Mehmed Âkif'i… Üniversite yıllarımda Ankara'yı kirli havasına, soğuğuna, asık suratlı bir memur şehri olmasına rağmen çok sevdim. Ankara'da üniversiteyi okuyanlar genellikle burada yaşamayı yeğler. Ben de zorunlu olmadıkça dışarı çıkmadım. Yaklaşık bir buçuk sene İstanbul deneyimim oldu. İstanbul'u da çok sevdim, hâlâ seviyorum. Bunların dışında kısa bir süre öğretmenlik yaptığım Sivas ile TRT'deki yapımcılık döneminin bir kısmını geçirdiğim bir sayfiye ve ittihat şehri olan İzmir'i de anmam gerekiyor. İkisi de hayatıma çok şey kattı; bu şehirlerde kitaplar yazdım, anılar biriktirdim. Sivas, benim için ilginç bir tecrübeydi. Halk kültürünün nadide örneklerini, zemheriyi, buzu, soğuğu, insan sıcağını burada tattım. Aşık Veysel'i, Tecer dağını, çocukluğun masumiyetini gördüm. "Yakaza" adlı ilk romanımı burada yazdım.

Yazarlık kimliğinizin yanında iyi bir de okursunuz. Yazmak ve okumak arasındaki münasebet size göre nedir?
Çocukluk yıllarımda Kemalettin Tuğcu çok okudum ama asıl okuduğum çizgi romanlardı. Tarkan başta olmak üzere deli gibi Teksas, Tommiks, Zagor filan okurdum. Yazın babamın işlettiği sinemaların yanı sıra belli saatlerde, rahmetli radyocu İrfan Usta'nın dükkânına giderdim. Radyo, pikap, teyp ve sonradan siyah beyaz döneminde televizyon

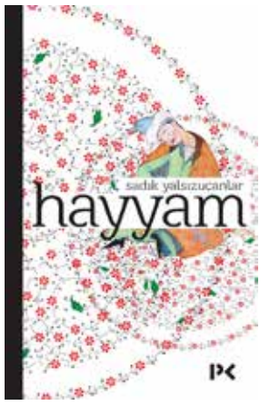


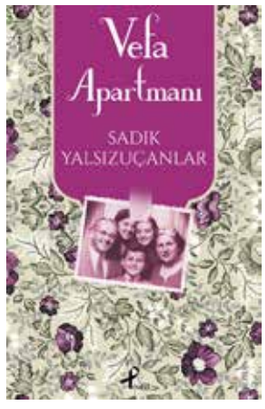
"Çizgi romanları defalarca, adeta ezberleyerek okudum. Sonra, fotoromanlar… Onlara da bayılırdım. Nasıl bir oburlukla okuyordum, anlatamam. Divan, Halk ve Tekke-Tasavvuf edebiyatından, modern Türk edebiyatından, günümüz edebiyatından ayrım yapmaksızın okudum Üniversite yıllarında felsefeye ilgim arttı. Hatırat kitaplarına, menakıpnamelere, divanlara bayılıyordum. Sıkı bir dergi takipçisiydim. Ankara, Seyranbağları'nda geçti. Binaların bodrum katlarında hurdacı ve eskiciler çoktu. Onlara düzenli biçimde uğrar, kilo ile çuval dolusu kitap alırdım. Kazandıklarımın en az üçte ikisini kitaba harcardım. İyi bir yazar olmanın sıkı bir okur olmakla ilgisini herkes bilir. Çok okumanın marifet olmadığını zamanla öğrendim."

tamirciliğini öğrendim. İrfan ustanın evladı olmamıştı. Beni çocuğu gibi severdi. Çizgi romanlardan topluca alır, ciltlettirir, verirdi. Onları nasıl okuduğumu tahmin edemezsiniz. Defalarca, âdeta ezberleyerek okudum. Sonra, fotoromanlar… Onlara da bayılırdım. Yerli-yabancı fotoromanlardan da hatırı sayılır bir koleksiyonum oldu. Ortaokul sonda elime bir roman geçti, sonradan *best-seller* olan Brezilyalı Carolina Maria De Jesus'un romanı. Yazının büyüleyici etkisini ilk tattığım kitaptır. Türkçe ve edebiyat öğretmenlerimin sayesinde Türk ve dünya edebiyatından sayısız roman, öykü, şiir okudum ama asıl üniversite yıllarımda sıkı bir okura dönüşmeye başladım. Nasıl bir oburlukla okuyordum, anlatamam. Prof. Dr. Mahmut Kaplan ve diğer büyüklerimin yönlendirmesiyle bizim Divan, Halk ve Tekke-Tasavvuf edebiyatından, modern Türk edebiyatından, günümüz edebiyatından ayrım yapmaksızın okudum. Üniversite yıllarında felsefeye ilgim arttı. Batı felsefe tarihinin başlıca isimlerini bu süreçte okumaya başladım. Tarihe de çok meraklıydım. Hatırat kitaplarına, menakıpnamelere, divanlara bayılıyordum. Sıkı bir dergi takipçisiydim. Haftalık ve aylık dergilerin neredeyse tamamını alırdım. Yeni yayımlanan kitapları edinir, hemen okurdum. Üç-dört senem Ankara, Seyranbağları'nda geçti. Binaların bodrum katlarında hurdacı ve eskiciler çoktu. Onlara düzenli biçimde uğrar, kilo ile çuval dolusu kitap alırdım. Bir defasında, kaldığım eve yakın yerde bulunan Bilgi Yayınevi'nin deposunu su basmıştı. Islanan, bozulan kitapları dışarı bırakmışlardı. Birkaç arkadaşımla birlikte üç-beş çuval kitabı oradan edindik. Zafer çarşısına her gün mutlaka uğrar, kitap alırdım. Kredinin yanı sıra Fethi Gemuhluoğlu'nun kurucu genel sekreteri olduğu Türk Petrol Vakfı'ndan yüklüce burs alıyordum ve yarı zamanlı çalışıyordum. Kazandıklarımın en az üçte ikisini kitaba harcardım. Tabii zaman içinde daha titiz oldum. Belirli alanlara odaklandım. Özellikle edebiyat ve sinemaya… Bir yazarın bütün eserlerini sırasıyla okur, notlar alırdım. O günlerden kalma hayli not var kitaplığımda. Bütün bunlar benim için son derece değerli tecrübelerdir. Ayrım gözetmeksizin, zaman zaman eleştirel bir gözle ama tutkuyla okudum. O yoğunlukta ve hızda okuyamıyorum şimdi. Az ama düzenli okuyorum. İyi bir yazar olmanın sıkı bir okur olmakla ilgisini herkes bilir. Çok okumanın marifet olmadığını zamanla öğrendim.

“Arifleri aşkla seviyor, menkıbelerini okumaya doyamıyorum”

İzninizle biraz sinema konuşalım mı? “Rüya Sineması” bir kitap adından öte bir kuram mı?
Kuram değil de sinemanın doğasına ilişkin bir zihinsel spekülasyon. Sinema ile rüya arasındaki olgusal ve metafiziksel ilişkileri konu edinen yazıların toplamıydı “Rüya Sineması” kitabım. Bu konuyla ilgili ilk yazım Dergâh dergisinde yayımlanmıştı. Merhum Ayşe Şasa çok etkilenmişti, dergiye bir yazı yazdı. Ardından görüşmeye başladık. Uzunca bir süre, hemen her gün, bazen saatlerce süren telefon konuşmalarımız oldu. Bu arada peş peşe, kitaptaki yazıları yazıyordum. Böylece “Rüya Sineması” kitabım oluştu. Yayınlandığında hayli ilgi devşirdi, tartışmalar oldu. Bizde sinema, iletişim ya da edebiyat kuramı yok. Esasen eser kuramdan önce geldiğinden buna ihtiyaç var mı ondan da emin değilim. Rüya sineması tabirini ilk defa Suad Alkan’ın bana yazdığı bir mektupta okudum. Sonradan Sezai Karakoç’un bir kitabında da geçtiğini öğrendim. O mektubu yayımladım bir kitabımda. Orijinali bende duruyor. Sezai Bey, bize özgü bir film dili olması gerektiğinden bahisle rüya sinemasından söz ediyordu. Sinema bir rüya, bir düş sanatıdır; bir düş makinası da deniyor. Rüya ile sinema arasında ilginç benzerlikler var. Ben, öncelikle rüya kuramlarıyla ilgili gerek Batı’da gerekse bizdeki rüya ile ilgili literatürü tarayarak nasıl bir müktesebat var onu derledim. Sonra rüya-sinema benzerliğinin boyutlarını daha ayrıntılı biçimde yazdım. Sahih, sadık rüyanın film anlayışı, film dili bakımından bize bir imkân sunabileceğini ima ettim. Mesele bundan ibaret. Bizde, ulusal, milli, beyaz, irfani sinema başlıklarıyla yüklü bir tartışma geçmişi var. Şimdi, buradan baktığımda yararları olmakla birlikte bütün bu tartışmaların çok anlamlı olduğunu söyleyemem. Asıl olan filmin kendisidir. Güzel, seyredilebilir, evrensel nitelikte filmler yapmamız gerekiyor. Sinema öncelikle bir oyun, bir eğlencedir. Düşündürür, etkiler ama belirleyemez. Duyularımıza doğrudan seslenir, ayrıca kurduğu hikâyeyle, karakterlerle özdeşleşme yoluyla bilincimizi etkileyebilme gücü vardır. Bir birikimdir, kendinden önceki sanat birikimlerini bünyesinde toplamıştır. Büyülü bir dili vardır. Dediğim gibi, filmin kendisidir asıl olan, filme ilişkin konuşmalarımız, düşüncelerimiz ondan sonra gelir. Yoksa önce kuramı yapalım sonra filmini dersek bu pek anlamlı, işlevsel bir şey olmaz.





Gerçek soy isminiz Yılmaz mı, Yalsızuçanlar mı? Yalsızuçanlar ifadesinin özel bir anlamı var mı?
Bizim aile soyadımız, Yalsızuçanlar. Öğrenim hayatım boyunca bunun sıkıntısını yaşadım. İlk yurt dışı çıkışım için pasaport almaya çalışırken mesele çıktı. O zamanlar nüfusta kayıtlı olduğunuz müdürlüğe telgraf çekiliyordu. Birkaç kez yanlış çekmişler. Soyadım yanlış yazılmış. Gecikti ve söz verdiğim etkinliğe katılamadım. Kızdım, mahkeme kararıyla değiştirdim. Fakat savcı dostumdu, soyadı olarak ne diyelim deyince “Söylenildiğinde, telefonda filan anlaşılan bir şey olsun” dedim, Yılmaz’ı önerince kabul ettim. Sonradan emeklilik işlemlerinde sorun çıktı. O kadar çok Yılmaz varmış ki… Hasılı kurtulamadık. Yalsızuçanlar bizim eski soyadımız, halen kitaplarda filan onu kullanıyoruz. Vaktiyle babama sorduğumda aslında en eski soyadımızın Güzeller olduğunu öğrenmiştim. Geçmişte aile arasında tatsızlık yaşanmış, amcam bizden habersiz gidip soyadını değiştirmeye çalışmış, nüfus müdürü bütün ailenin soyadını değiştirip kendi inisiyatifiyle Yalsızuçanlar yapmış falan. Anlamı nedir, inanın ben de bilmiyorum. Niye böyle konmuş, o nüfus görevlisi kimdi, neden yaptı anlayabilmiş değilim!

Tevazu, erdem ve hikmet sahibi olmak bugünün dünyasında pek kıymeti olan şeyler değil. Bu konularda neler düşünürsünüz?
Tevazu, erdem ve hikmet sahibi olmanın kıymetli olduğuna hayır demek imkânsız. Ancak bunu bendenize izafe ediyorsanız itiraz ederim. Ne tevazu ne erdem ne de hikmet var bende. Keşke olsaydı. Tevazu kısmında birazcık

umutluyum ama hikmet faslında nasipsiz olduğumu üzülerek belirtmeliyim. Hikmet, ilahi bir bağış, dilediğine veriyor. Talip olmak lazım, aşkla, tutkuyla… Ama ona ehil ve hazır hale gelmek için yapılması gerekenleri yapabiliyor muyum? Buna evet diyemeyeceğim. Dilediğine veriyor ama ona layık ve hazır olmak, onu aşkla istemek ve isteklerini yerine getirmek gerekiyor. Erdem ise kişinin kendi hakkında bir kıymet hükmü vaz geçemeyeceği apayrı bir nitelik.

Birçok sufi hikâyesi yazdınız. Anadolu'nun manevi mimarlarının yaşamlarını edebiyatımıza, sinemaya, dizi filmlere konu edilmesi konusunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Onlara dilerseniz "sufi hikâyesi" demeyelim, bazı ariflerin hayatından yansıyan hikâyeler veya anlatılar diyelim. İlk romanım "Yakaza"dan sonra, Muhyiddin İbnü'l-Arabî'nin hayatını konu edinen bir roman yazmıştım: "Gezgin." Onu, Harakanî hazretlerini konu eden "Cam ve Elmas" takip etti. Ardından Ömer Hayyam'la ilgili bir novella: "Şey." Sonra Niyazî Mısrî hazretleri için "Anka." Ardından bir Bediüzzaman anlatısı "Dem." Bu arada Tevfik İleri merhumun anlatıldığı "Vefa Apartmanı." Ve hikâyeler… Özellikle son iki hikâye kitabımda günümüzde veya yakın tarihte yaşamış, meczup, meclup, âşık ve delilerin yaşamlarından hareketle öyküler yazdım. İlki "Deli Tomarı", ikincisi "Allah'ın Adamları" adıyla yayımlandı. Bütün bunları, irfan iştiyakıyla yazdığımı hissediyorum. Arifleri aşkla seviyorum. Onların gerek divanlarını, eserlerini gerekse menkıbelerini okumaya doyamıyorum. Sonra kırık dökük kalemimle, modern edebiyatımızın dağarına katma niyetiyle yazıyorum. Bu, benim için çok değerli bir çaba. Öyle görüyor, bu yüzden yazıyorum. Çağımızın ruhunu iki tür/alan iyi yansıtabiliyor: Roman ve film. Tabii, bu güzel tecrübelerin filme aktarımı oldukça zor ve sorunlu. Çekim öncesi araştırma ve senaryo çalışmalarının çok çok titiz kotarılması gerekiyor. Sıkı bir metin olmazsa film de iyi olamıyor. Çekimlerin ve çekim sonrası işlemlerin de aynı duyarlılıkta ve titizlikte yapılması lazım. Çok kötü örneklerine maalesef tanık olduk, zaman zaman da olmaktayız. İyi örnekleri de var. Bütün bu çalışmalar, hem edebiyatımız hem de film dağarımız, dilimiz ve dünyamız için son derece kıymetli.

"Televizyon ve Kutsal" kitabınıza binaen sormak istiyorum: Referansı kutsal olmayan bir araçla kutsal içeriği aktarmamız nasıl mümkün olacak?

Evet, o kitapta bu sorunun cevabını aramaya çalışmıştım. Hayli oldu yayımlanalı. Esasen düzenli biçimde böylesi soruların peşine düşen, düzenli aralıklarla yayımlanan yazılar yazmıştım. Kitap, o yazıların toplamından ve tekrar düzenlenmesinden oluşmuştu. Televizyon bizim toplumsal kültürel ortamımızın etkin ve yaygın bir iletişim aracıydı. Kitlesel ve küresel iletişim teknikleri arasında bu aygıt, gündelik yaşamımızın dokularına nüfuz ediyordu. Evimize girmişti. Odaksızdı. Bir içeriği aktarıyor, ardından ona tümüyle aykırı bir başka içeriği yansıtıyor, bir önceki aktarımda oluşan duyarlığı parçalıyor, buharlaştırıyordu. Bu aygıt ancak dilimizde, malumat denilen, yabancı dilde, enformasyon tabir edilen bir tür sabun köpüğü içeriğin aktarımına imkân verebiliyordu. Referansı kutsal değildi ama kutsal içeriği de izlenirliği yüksek olunca tabii aktarabiliyordu. Bu aktarımdaki sorulara, sorunlara kafa yordum. Aygıtı sorgulamaya çalıştım. Nasıl dönüştürülebileceğine ilişkin sorular sordum. O dönem hayli ilgi devşirdi. Günümüzde iletişim ortamları hayli çeşitlendi. Bugün çocuklarımız, ellerindeki akıllı telefonlarla bilgileniyor, eğleniyor ve haberleşiyorlar. Televizyona kimse rağbet etmiyor. Film platformlarına üye olup film seyrediyoruz. Görsel dil ve kültür alabildiğine değişti, dönüşüyor ve bu çok hızlı oluyor.

"İlk romanım "Yakaza"dan sonra, Muhyiddin İbnü'l-Arabî'nin hayatını konu edinen bir roman yazmıştım: "Gezgin." Onu, Harakanî hazretlerini konu eden "Cam ve Elmas" takip etti. Ardından Ömer Hayyam'la ilgili bir novella: "Şey." Sonra Niyazî Mısrî hazretleri için "Anka." Ardından bir Bediüzzaman anlatısı "Dem." Bu arada Tevfik İleri merhumun anlatıldığı "Vefa Apartmanı." Bütün bunları, irfan iştiyakıyla yazdığımı hissediyorum. Arifleri aşkla seviyorum. Onların gerek divanlarını, eserlerini gerekse menkıbelerini okumaya doyamıyorum. Sonra kırık dökük kalemimle, modern edebiyatımızın dağarına katma niyetiyle yazıyorum. Bu, benim için çok değerli bir çaba."

“Kıdemli bir hastayım, hastaneleri biraz eğlenceli buluyorum”

Son olarak biraz da sağlık ve tıp konularında konuşabilir miyiz? 21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?

Bu soru için doğru adres olduğumu söyleyebilirim. Çünkü ben kıdemli bir hastayım! Defalarca ameliyat oldum, sık sık sağlık kuruluşlarının eşiğini aşındırmaktayım, çok ilaç kullanıyorum ve birçok kronik hastalığım var. Müzmin bir bel fıtığı hastasıyım. Üç kez ameliyat oldum. Üçüncüsünde altı adet platin kullanıldı. İki defa bel fıtığından ameliyat eşiğinden döndüm, omurga nahiyesine enjeksiyonlar yapıldı. Açık kalp ameliyatı da oldum. Çift taraflı kasık fıtığı ameliyatı. İki defa bacaklarımdan ortopedik sorun yüzünden operasyon geçirdim. Ağır bir kaza yaşadım, sol bacağım opere edildi, diz nahiyesi iki defa açıldı. Ağzımda sekiz adet implant var ve mükemmel bir migrene sahibim! Gerilim tipi baş ağrılarım için denemediğim yol kalmadı. Akupunktur, biyoenerji, Çin yağları, masaj vs. Bir operasyon girişiminin eşiğinden döndüm. Zaman zaman tolere edilebilir sınırlarda seyretmesine rağmen sık diyebileceğim bir periyotta en yakın hastanenin acil servisinde alıyorum soluğu! Hastane veya şifahane ne derseniz deyin, o ünlenmiş sözü hatırlayalım, “Ne muhtaç etsin ne de eksikliğini göstersin” söz grubuyla nitelenebilir. Bilge Karasu, biliyorsunuz kanserden gitti. Ölümünden sonra yayımlanan, bazısı eksik metinlerin birinde, köktenci bir biçimde eleştirerek, mesela hastane için, “tıp dininin mâbedi” ifadesini kullanır. Allah eksikliğini vermesin en küçük bir rahatsızlığımızda da en ağır hastalığımızda da hemen koştuğumuz hastanedeki gündelik rutini, “bu dinin ayinleri” biçiminde tanımlar. Tabii bendeniz böylesi bir nitelemeyi de tanımı da abartılı ve tepkisel buluyorum. Hastaneleri, inanmayacaksınız ama mesela biraz eğlenceli bulurum. İzmir’de, seksenli yılların son çeyreğinde dört-beş ay kadar yatmışlığım oldu. Belde yine herniasyon var, becek ve ayak keçe gibi… Böylesi durumlarda insanın psişik yapısı da çöküyor adeta. Yüz asık. Mutsuz. Sürekli şikayetçi… Bir hocamız vardı, yanlış hatırlamıyorsam ABD’den yeni gelmiş. Orada doktora sonrası ya da uzmanlık sonrası hayli çalışmış, cerrahisiz tedaviye çalışıyor. Hafta bir belden enjeksiyon

yapıyor. Odada toplam altı hastayız. Diğerleri beyinden ya opere edilmiş ya da hasarlı filan hastalar. Kalkamıyorlar. Çoğunun refakatçisi yok. Bendeniz bakıyorum. Sürekli yattığımız için midir, üç-dört saatlik uykuyla yetinebiliyorum. “Boş zaman” çok. Sürekli okuyorum. Hoca sabah vizite çıktığında, elimde kitapla görüyor. “Nasılsın bakayım bugün?” diyor, “İyiyim hocam ama tam kalçanın üstünde bir noktada yanma, ağrı oluyor” filan diyorum. Hoca bir şey demeden geçip gidiyor. Bir üç beş derken dört ay geçti. Bu arada tabii hastaneye ilk geldiğimdeki ağrı düzeyi neredeyse yüzde doksan azaldı. “Nasılsın?” diye sorunca yine mızırdandım, “Yarın taburcu oluyorsun” dedi, “Keyfin yerinde, ekmek elden su gölden, neredeyse bir kütüphaneyi de devirdin, eh artık git” dedi. Etrafındakiler güldü tabii. Sağlıklı olmak nedir? Bu da çetin bir soru. Mutlu olmak, huzurlu olmak, iyi olmak nedir? Bunlar o kadar karmaşık şeyler ki… Mesela kişinin kendisini iyi hissetmesi, sağlıklı olduğunu anlamına gelir mi? Sağlıklı olan ama mutsuz veya huzursuz olan birisi için gerçekten sağlıklı denilir mi? Tabii hekimler açısından sağlıklı olmanın nesnel ölçütleri var. Onlara bir itirazım yok. Ancak mesela, “yaşama hastalığı”na müptela birisi için ne kadar sağlıklıdır diyebiliriz? Bir bilge kişiye öksürük arız olmuş. O kadar çok öksürüyor ki, sohbetini bile engelliyor. Dervişlerinden biri çekinerek, “Efendim bir hekime görünseniz…” Cevabı ilginç: “Evladım, şimdi nasıl gi-

“Kıdemli bir hastayım! Defalarca ameliyat oldum. Çok ilaç kullanıyorum ve birçok kronik hastalığım var. Müzmin bir bel fıtığı hastasıyım. Üç kez ameliyat oldum. Üçüncüsünde altı adet platin kullanıldı. Açık kalp ameliyatı da oldum. İki defa bacaklarımdan ortopedik sorun yüzünden operasyon geçirdim. Ağır bir kaza yaşadım, sol bacağım opere edildi, diz nahiyesi iki defa açıldı. Ağzımda sekiz adet implant var ve mükemmel bir migrene sahibim! Gerilim tipi baş ağrılarım için denemediğim yol kalmadı. Akupunktur, biyoenerji, Çin yağları, masaj vs. Zaman zaman tolere edilebilir sınırlarda seyretmesine rağmen sık diyebileceğim bir periyotta en yakın hastanenin acil servisinde alıyorum soluğu!”

dip, 'efendim bende böyle bir emanet var, bundan rahatsızım, istemiyorum, bunu benden uzaklaştırın?' diyeyim. O, Hakkın bir misafiri, bedenimize gelmiş, şimdi ona nasıl seni istemiyorum diyeyim?" Bunu tabii modernler patalojik bulabilirler. Kendi açılarından da haklıdırlar. Tabii ki bir sağlıksızlık belirtisi bizi hekime, hastaneye götürmeli. Ancak bir de işin böylesi bir boyutu var. Daha doğrusu, spekülasyona açık bir yanı var. Mesela, gerçekten de "Sağlıklı kafa, sağlıklı vücutta mı bulunur?" Böyle ise yıllarca başını, dağdaki taş evinin duvarlarına çarpan, krizleri günlerce süren, ağrıdan bayılan Friedrich Nietzsche'ye sağlıksız mı diyeceğiz? Daha doğrusu, baş sağlıklı değil ama amiyane tabirle kafa yerinde, bunu nasıl açıklayacağız? Gerçi hekimlerin öğütleri bizim için çoğu zaman altın değerinde olmalı ve bu aziz emaneti hassasiyetle korumalıyız ama sadece bedenen sağlıklı olmak yetmiyor. Başa dönüyorum, hastane veya şifahane her neyse ne muhtaç olalım ne de eksikliğini görelim diyebileceğimiz bir yer.

Sizce ülke olarak sağlıkta neredeyiz?

Efendim bendeniz ilk ameliyatımı 1985 senesinde oldum. Sonra defalarca operasyon geçirdim. O günlerle bu günler, kıyas dahi kabul etmez biçimde farklı. Şimdi gerçekten de sağlık bilimlerinde, teknolojisinde, teşhis, tanı, tedavi hizmetlerinde, hekim-hasta ilişkilerinde, ilaç üretimi ve tüketiminde çok çok güzel yerlerdeyiz. Eksikler yok mu? Var. Hatalar olmuyor mu? Oluyor. Ama eskiye kıyasla bugün çok daha iyi bir yerdeyiz. Aksini söylemek gerçekten de hem yanlış hem de haksızlık olur.

Eskiden biri ölünce "Eceliyle öldü" denirdi. Şimdi bu sözü pek işitemiyoruz? Yani "Kanserden, trafik kazasından öldü" derken "Tıp yaşatamadı" mı demek istiyoruz aslında? Biraz Azrail'i yok mu sayıyoruz?

Sanmıyorum. Dilimizde "Eceliyle öldü" ifadesi, "Herhangi bir kaza, ne bileyim kurşunlanma, bıçaklanma, düşme, çarpmadan ölmedi; yatağında, ömrünü tamamlayıp gitti" anlamında kullanılıyor. Bu dünya, sebepler dünyası denir ya… Hak, her şeyi bir nedene bağlıyor. Biz de doğrudan O'na değil, araca itiraz ediyor, şikayet okları gönderiyoruz. Yoksa kaza sonucu ölen birisi için "kazada öldü" ifadesini kullanan kişinin bilinçaltında, gerçekte onu Hak öldürdü algısı zaten var. Agnostik hatta ateist olanlarda bile var. Sartre, "Ölüm, dramanın kaynağıdır" diyor. Ölümle birlikte bir travma yaşıyoruz. Geride bıraktığı kaos, onu anlamlandırırken bilinçaltını da üste çıkarıyor ve o süreçte gramerimizin rengi değişiveriyor. Mina İrgan'ın, "*Bir Dinazorun Anıları*" kitabında şöyle bir şey hatırlıyorum: "*Dini inançlarıma gelince… Allaha şükür, ateistim…*" Ölüm, malum, ifadenin donması olarak da nitelenir. Yani hem bedenin yığıldığı yer olarak yüzdeki ifadenin donması hem de dilin bitişi, donuşu.

"Ölümü tadıyor ama o deneyimi öyküleyemiyoruz"

SD, esasen sağlık politikaları ve kültürü dergisi. Bu bağlamda sormak istiyorum: Sağlık hizmetleri ve sağlık okur yazarlığını geliştirmede sinemanın rolü neler olabilir?

Bu, daha önce hiç düşünmediğim bir şey. Sanırım filmlerin çoğu bunu bir biçimde yapıyor. Çünkü en dramatik olan, ölüm. Yani asıl dramayı sert bir biçimde, en koyu bir şekilde oluşturan, mayalayan şey ölüm. Film hikâyelerinde bir şekilde bir veya birkaç karakterin yolu sağlık kurumuyla, doktorla ne bileyim hemşireyle kesişebiliyor. Mesela bizde sağlık kurumlarındaki sorunları, daha doğrusu sağlıkla ilgili sorunları yansıtmada çok etkili olabilir. Doğrudan konusu sağlık olan filmler de var. Az da olsa böyle filmler de seyrediyoruz. Ama asıl etkileyici olan, sağlık olgusunu, sağlığa ilişkin sorunları göze sokmadan, olayların kendi doğal işleyişi içinde yansıtmak. Sinema da roman gibi bir bakıma topluma ayna işlevi görebiliyor. Dolayısıyla sağlık sorununun yansıması da yoğun biçimde olabiliyor. Okur yazarlığı nasıl geliştirir, onu bilemiyorum. Yani sağlık okur yazarlığına ilişkin bir deneyimim hiç olmadı. Doğrusu kronik hastalıkları çok olan biri olarak sağlığa ilişkin yazıları da pek fazla okumadım.

SD'nin bu sayısında "hayatın sonu ve ölüm" konusunu dosya yapıyoruz. Hayatın sonu size neler çağrıştırıyor?

Ölümle hayat sonlanmıyor. Biz, ebedi bir hayat çizgisi üzerindeyiz. Ondan geldik, ona dönüyoruz. Ölümle, bize verilen geçici bir sürenin sonuna gelmiş oluyoruz. Yani geçici olarak ifade donuyor, dil donuyor. Doğumdan önce bir belirsizlik var, ölümden sonra ayrı bir belirsizlik… Tabii Kuran'da her şey açıklanmış, onu kastetmiyorum. Deneyimlemek anlamında biz mesela kendi ölümümüzü anlatamıyoruz. Biz ancak başkasının ölümünü anlatabiliriz. Onu da bir gözlemci olarak. Ölüm tadılıyor. Tadıyoruz ama o deneyimi öyküleyemiyoruz. Bunun bir istisnası var: Gönül eğitiminden geçmiş, benliği açılmış insanlar, hayata gelmeden önceki süreçlerini ve öldükten sonraki süreçleri bilebiliyorlar yani seyredebiliyorlar deniyor. Seyr-ü süluk tabirinin seyir kısmı bunu ima ediyor.

Son soru: Sizce iyi hekim nedir, iyi hekim nasıl olmalıdır? Sizce sadece iyi insanlar mı iyi hekim olabilir?

İyi hekim deyince, benim ilk aklıma Haluk Nurbaki Hoca geliyor. Ayhan Songar geliyor. İzmir'de, fakülte hastanesinde belimi üçüncü kez yarmadan, sabırla, titizlikle sadece arada minik eziyetler ederek omur nahiyesine yaptığı enjeksiyonlarla dayanılmaz bel ve bacak ağrılarımı yok eden hocamız geliyor. Güler yüzlü, sabırlı, işine âşık, hizmetini şevkle yapan, bir ibadet iştiyakıyla davranan, hastasını bir prototip olarak görmeyip birey olarak, tekil bir vaka olarak gören, hisseden, dokunan, şefkatle dokunan hekimlerimiz o kadar çok ki. Hepsine minnet borçluyuz. İyi bir insan iyi bir hekim olabilir mi? Bilmiyorum. Şunu söyleyebilirim: Kötü insandan iyi hekim olabileceğini düşünmüyorum. İyi insanlardan iyi hekimler olur ama iyi bir insan olmanızın iyi hekim olmanıza yeteceğini de zannetmiyorum vesselam.

Koronavirus (SARS-CoV-2) ve artan/artırılmış endişelerimiz

Prof. Dr. Mustafa Altındiş

1966 yılında Konya'da doğdu. 1989'da Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında klinik mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atandı, 2013'te Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçti. Halen Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Dalı ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

Yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda o konuyla ilgili bildiğimiz kadar bilmediğimiz şeyler de önem arz eder. Yeni koronavirüs enfeksiyonu verileri paylaşılırken kamuoyunda oluşan endişenin, oluşturulan panik havası ile manipüle edildiği görülüyor. Basında ve sosyal medyada salgına dair henüz netleşmemiş, bilinmeyen, geçerliliği kanıtlanmamış ve doğrulanmamış verilerin yaygınlaştırılması insanları korku ve çaresizliğe sürüklüyor. Her yıl hijyen/ekonomi/eğitim yetersizlikleri, olumsuz yaşam ve çalışma koşullarının etkisi ile tüberküloz, sıtma vb. önlenebilir, tedavisi olan bulaşıcı hastalıklardan ölen yüzbinlerce insan daha az dikkat çekerken, bu tür salgınlara dair bilinemezci yaklaşımların ve eldeki bilimsel verilerle ulaşılamayacak felaket senaryolarının küresel ölçekte de körüklendiği görülmektedir. İyi ya da kötü niyetli, klavyesi olan herkesin bir şeyler yazdığı bu dönemde sadece sağlık otoritesine kulak kesilmek, direktifler doğrultusunda hareket etmek gerçekçi olacaktır. Ülkemiz adına sağlık otoritesinin sürece oldukça hızlı, titiz ve bilimsel yaklaştığını bildirmeliyiz. Bu yazıda da sağduyulu yaklaşmak ve toplumda paniğe neden olan korku hikâyelerini önlemek adına bildiklerimizden başlamak daha faydalı olacaktır.

Çin'in Wuhan kentinde ilk kez aynı anda birden fazla kişide bildirilen yeni bir koronavirüs salgını, bugüne kadar 70'e yakın ülkede (ve beş kıtada) 90 binden fazla onaylanmış vakaya ve çoklu ölümlere neden olmuş ve dünyanın çeşitli yerleri kadar ülkemizde de aynı soruyu gündeme getirmiştir: Endişelenmeli miyiz? Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından koordine edilen uzman ekipler en kısa sürede cevap almak için kilit sorular üzerinde çalışsalar da belirsizlik seviyesi hala yüksektir. Ancak hastalığın SARS ve MERS'den daha az ölümcül olduğu, hastalananların günümüz koşullarında da en iyi nasıl tedavi edileceği ve tam olarak nasıl yayıldığı artık netlik kazanmıştır. 31 Ocak 2020 verilerine göre yeni koronavirüs ile SARS'ın mortalite oranları karşılaştırıldığında koronavirüsün daha az ölümcül olduğu belirlenmiştir (%2,1'e karşın %9,6). Virüsün bir hayvan kaynağından ilk ortaya çıktığı düşünülmektedir ancak kesin kaynak henüz doğrulanmamıştır. Hastalık artık insan popülasyonundadır ve insandan insana yayılım da olabilmektedir. Bu ilk dönemlerdeki belirsizlik, ortaya çıkan bulaşıcı hastalık salgınlarının doğasında var olan endişeyi artırmaktadır. Tüm bu belirsizlikler ortadan kalkana kadar da dünyanın endişelenmesi beklenen bir durumdur. HIV, influenza ve tüberküloz gibi insanlığın en köklü sağlık tehditlerinin de muhtemelen tür bariyerini hayvanlardan insanlara atlayan, ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar olarak başladığını hatırlamakta fayda var.

Virüsün Çıkışı ve Özellikleri

Çinli yetkililer Wuhan, Çin'deki ilk "gizemli zatürre" vakalarını DSÖ'ye bildirdikten kısa bir süre sonra, hastalığa neden olan virüs izole edilmiş ve koronavirüs ailesinin bir türü olarak tanımlanmıştır. 2003 yılında dokuz aylık bir salgına dönüşerek 26 ülkeyi etkileyen, 8 binden fazla enfeksiyon vakası ve yaklaşık 800 ölümle sonuçlanan, son derece bulaşıcı ve hayatı tehdit eden bir koronavirüs olan SARS (Şiddetli Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu-*Severe Acute Respiratory Insufficiency Syndrome*) ile aynı virüs ailesine aittir. 2012 yılında ortaya çıkan ve bugün de devam eden ikinci bir yeni koronavirüs -MERS CoV (Orta Doğu Solunum Sendromu-*Middle East Respiratory Syndrome*)- daha az bulaşıcıdır (öksürme ve hapşırma yerine yakın temasla yayılır). SARS koronavirüsü ve MERS koronavirüsü arasında farklar vardır. Aynı virüs ailesine ait olmasına rağmen patojenlerin aynı şekilde davranmadığı vurgulanmaktadır. Yeni virüsün SARS veya MERS gibi ya da hiçbirinin olmadığı ya da olmayacağı henüz bilinmemektedir.

Neden Çin?

Çin; aşırı kalabalık, insanların adeta üst üste yaşadığı en az 6 şehre sahiptir. Çin şehirlerinin çoğunda kalabalık nüfus son derece sağlıksız ortamlarda yaşamakta, sağlıklı içme-kullanma suyu ve güvenli gıdaya ulaşamamaktadır. Sağlık hizmetleri ve mekânları yetersizdir, denetimler ise zayıftır. Bu nedenle sorunun Çin'den başlaması dünya için de Çin için de büyük tehdittir. Salgın büyürse dünya Çin'e kapanır ve bu durum, Çin için çok büyük kayıp olur. Bu nedenle Çin, enfeksiyonun yayılmaması için çok büyük bir çaba içindedir.

Koronavirüslerin Konak Çeşitliliği ve Sınıflandırılması

Koronavirüsler (CoV); zarflı, tek zincirli pozitif RNA virüsleri olup, oldukça geniş bir aile oluştururlar. Birçok hayvanda (kedi, köpek, at, sığır, domuz, kuş, kemiriciler, kümes hayvanları) aynı insanlarda olduğu gibi solunum yolu enfeksiyonu yapar. Yarasalar ise rezervuardır; virüsü taşır ancak hastalanmazlar. Virüs genomu büyük olup ara konak hayvanlardan insanlara türler arası geçiş yapar. Farklı türlerde nokta mutasyonlar gibi nedenlerle koronavirüsler, zaman içinde hayvan-hayvan veya hayvan-insan arasındaki bulaşlarda değişime uğrayıp daha önceden hiç olmayan yeni bir tip ile ortaya çıkabilirler. Sınıflandırmada alfa, beta, gamma ve delta koronavirüsler olmak üzere 4 cinse ayrılmıştır. Günümüze kadar insanlarda enfeksiyona neden olan 7 tür gösterilmiştir ve bunlar sadece alfa ve betakoronavirüs cinsi içindedir. Bu türler "soğuk algınlığı" benzeri kliniğe sebep olan 229E, OC43, NL63 ve HKU1 türleri ile 2002 yılında Çin'den yayılan SARS-Cov, 2013 yılında Orta Doğu'dan yayılan MERS-Cov ve son olarak da 2019'un son günlerinde Çin'in Wuhan şehrinde gösterilmiş ve resmi isimlendirmesi SARS-CoV-2 olarak yapılmış olan bir betakoronavirusdür.

Bulaş Şekilleri

Başlangıçta vakaların çoğunluğu ile Wuhan'daki deniz ürünleri pazarı ilişkilendirilirken son vakaların çoğunun pazarla doğrudan bir bağlantısı yoktur. Bu gerçek, insandan insana bulaşın mümkün olduğunu düşündürmektedir. İnsandan insana bulaşın mümkün olması da salgının hızla genişleme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Hava yoluyla insanlara bulaşmakta, solunum yollarında tutunmakta ve mukoza hücrelerinde çoğalıp tahribat oluşturmaktadır (pnomoni). Yeni koronavirüs, solunum sekresyonlarıyla havaya saçılmakta ve yüzeylere

Çin; aşırı kalabalık, insanların adeta üst üste yaşadığı en az 6 şehre sahiptir. Çin şehirlerinin çoğunda kalabalık nüfus son derece sağlıksız ortamlarda yaşamakta, sağlıklı içme-kullanma suyu ve güvenli gıdaya ulaşamamaktadır. Sağlık hizmetleri ve mekânları yetersizdir, denetimler ise zayıftır. Bu nedenle sorunun Çin'den başlaması dünya için de Çin için de büyük tehdittir. Salgın büyürse dünya Çin'e kapanır ve bu durum, Çin için çok büyük kayıp olur.

tutunmakta olup yayılma hızı yüksek görünmektedir. Ancak virüsün havada kalma ve bulaştığı çevresel maddeler üzerinde bulunma süresi henüz bilinmediğinden, niceliksel yayılma hızı hakkında net bilgiler edinilememiştir. Ancak SARS ve MERS'ten daha hızlı yayılacağını düşündüren bir seyir de gözlenmektedir. Yine de önümüzdeki bahar sonuna doğru enfeksiyonun hız kesmesi muhtemeldir.

Sağlık Çalışanları ve nCoV

Salgının ilk zamanlarında, sağlık çalışanlarında enfeksiyonun bulunmaması, SARS-CoV-2'yi hem SARS-CoV hem de MERS-CoV'den ayıran bir özellikti. Önceki iki CoV salgınında, sağlık hizmetleri her iki salgını da besleyen önemli bir bulaş noktası işlevi görmüştü. DSÖ verilerine dayanarak, her 10 MERS-CoV vakasından 1'inin sağlık çalışanı olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının -özellikle de genç olma ve altta yatan hastalığı bulunmama ihtimallerinin yüksek olduğu düşünülürse- hastalıklarının asemptomatik olabileceği için yeni CoV'ye potansiyel maruz kalma durumlarını dışlamak çok erken olabilir. SARS-CoV salgını sırasında tarif edilmemesine rağmen, bazı MERS-CoV çalışmalarında asemptomatik vakalar %12,5 ile %25 arasında değişmektedir. Benzer bir durum SARS-CoV-2 için de geçerli olabilirdi ancak son dönemlerde asemptomatik bireylerin hastalığı yaymada çok etkili olmayacakları da netleşmiştir. Bu da salgının daha kolay kontrol altına alınmasını sağlayabilecektir.

Bulaş konusunda değinilmesi gereken diğer bir parametre, SARS-CoV-2 yayılmasında rol aldığı düşünülen "süper yayılma"dır (super-spreading). Süper yayılma, bir virüsün popülasyondaki bulaşın çoğunluğundan sorumlu, virüsü yüksek miktarda yayan azınlıktır. Hem SARS hem de MERS CoV salgınları süper yayıcı hastaların kanıtlarını belgelemişlerdir. Genel olarak, koronavirüs salgınlarında enfekte kişiden, enfekte olduğu süre boyunca hastalığı 1 ila 3 kişiye yayması beklenmektedir. Bununla birlikte, SARS ve MERS CoV hastalarının kabaca %10'unun süper yayılmaya sebep olduğu ve hastalıkları süresince virüsü en az 10 kişiye bulaştırdığı gösterilmiştir. Bu vakalar dünyadaki salgının önemli bir bölümünden sorumlu tutulmuştur. SARS-CoV-2 için

bugüne kadar sınırlı bir insandan insana yayılma oranı saptanmıştır. Bununla birlikte, Wuhan'ın içinde ve dışında vakalardaki son dönemdeki hızlı artış ve önceki koronavirüs salgınlarında da bu fenomenin tespit edilmiş olması, salgını körükleyen süper yayılan bireylerin potansiyel olarak mevcudiyetini işaret etmektedir.

Hassas Popülasyonlar

Sınırlı hasta verileriyle, SARS-CoV-2'ye en duyarlı olabilecek popülasyonlar hakkında sağlam beyanlarda bulunmak zordur. Bununla birlikte, SARS ve MERS CoV salgınlarında hastalık şiddeti, yaş, cinsiyet ve genel sağlık durumu başta olmak üzere birçok koşuldan etkilenmektedir. SARS-CoV-2'den erken hasta raporlarında da benzer eğilimler vardır. SARS-CoV-2 ile ilişkilendirilen şiddetli vakalar, ölümle sonuçlanan vakalar da dahil olmak üzere yaşlı hastalar (> 60 yaş) ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular hem SARS hem de MERS-CoV enfeksiyonu ile ilişkilendirilen hastalığın derecesi ve ölüm oranının 50 yaşın üzerindeki kişilerde yüksek oluşuyla benzerdir. Benzer şekilde, kişinin altta yatan bir başka kronik hastalığının olması (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, KOAH vs…) genel duyarlılıkta kritik bir rol oynar. SARS-CoV-2 için sınırlı mortalite verileri mevcuttur; bununla birlikte, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun mortalite ile sonuçlanan olguların büyük çoğunluğunda hipertansiyon, diyabet, kalp ve/veya böbrek fonksiyon sorunları dahil olmak üzere kendilerini daha duyarlı hale getirebilecek önemli sağlık koşullarının bulunduğu belirlenmiştir. 2013'teki MERS-CoV salgınında da ölümlerin çoğunda sigara içme, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve/veya diğer kronik hastalıklar bulunmakta idi ve bu durum hayvan modellerindeki bulgularla korelasyon göstermektedir. Sonuçlar, SARS-CoV-2 enfeksiyonunu takiben bu savunmasız hastalar için üst düzeyde tedbir almanın gerekli olduğunu göstermektedir.

Korunma ve Tedavi

Şu anda SARS-CoV-2 enfeksiyonunu önleyecek bir aşı ya da tedavi edecek özgün bir ilaç yoktur. Ribavirin ve in-

terferon tedavisinin (IFN) koronavirüs enfeksiyonu üzerinde sadece sınırlı etkileri vardır. Ancak tedavide kullanılabilecek üç aday ilaç olduğu gösterilmiştir; klorokin (sıtma ilacı), remdesivir ve ritonavir (AİDS ilacı). Remdesivir ile ilk olgu ABD'de başarı ile tedavi edilmiştir. Şimdiye kadar, iyileşen hastalardan elde edilen plazma ve antikor ile tedaviler ana tedavi olarak önerilmiştir. Enfeksiyonu önlemenin en iyi yolu bu virüse maruz kalmaktan kaçınmaktır.

• Her şüpheli temas ya da işlem sonrası ellerinizi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkayın. Sabun ve su yoksa alkol bazlı bir el dezenfektanı kullanın.
• Gözlerinize, burnunuza ve ağzınıza yıkanmamış ellerle dokunmaktan kaçının.
• Hasta olan insanlarla yakın temastan (en az bir metrelik mesafe) kaçının.
• Hasta olduğunuzda evde kalın.
• Öksürüğünüzü veya aksırığınızı kolunuz veya bir mendil ile örtün ardından mendili çöp kutusuna atın.
• Sık dokunan nesneleri ve yüzeyleri temizleyin ve dezenfekte edin.
• Gıda güvenliğine her zaman dikkat edin, iyi pişirilmemiş hayvansal ürün/gıda ve iyi temizlenmemiş sebze meyve tüketmeyin.
• Ateş, öksürük ve nefes almada zorluk yaşayan kişiler; erken tıbbi yardım almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmalı, maskeli gitmeli ve varsa seyahat geçmişlerini sağlık profesyoneli ile paylaşmalıdırlar.

Güncel Durum

3 Mart 2020 tarihi itibarıyla -ilk olgulardan yaklaşık 2 ay sonra- küresel olarak yeni koronavirüs (SARS-CoV-2) için toplam 92.220 doğrulanmış vaka bildirilmiştir. Bu tarih itibarıyla ölüm sayısı ise 3.129'dir. Vakaların %98,35'i Çin'den bildirilmiştir. Çin'in Wuhan bölgesine seyahat geçmişi olan vakalar; Tayland, Hong Kong, Singapur, Japonya, Kore, Amerika Birleşik Devletleri, Tayvan ve Fransa'da yeni vakalara neden olmuşlardır. Çinli yetkililer, bildirilen vakaların %25'inin hastane bakımı gerektirdiğini bildirmişlerdir (%16 ağır hasta, %5 kritik hasta ve %4 ölüm).

Türkiye'de doğrulanmış SARS-CoV-2 vakası bildirilmemiştir. Ancak globalleşen dünyada importe vakaların ortaya çıkma olasılığı kaçınılmazdır. İmporte vakaların önlenmesi adına Sağlık Bakanlığı tarafından 23 Ocak 2019 tarihi itibarıyla bazı Wuhan-İstanbul seferlerinin durdurulması ve havaalanında giriş yapan kişilerin termal kamerayla taranması gibi tedbirler alınmıştır. 3 Şubat 2020 tarihinde de Çin'den gelen tüm uçuşlar ve aktarmaları iptal etmiştir.

Sonuç

Bu noktada yapılması gereken önceki dönemlerde meydana gelmiş salgınlardakine benzer şekilde virüsün bulaşma modellerini ve enfekte olmuş insanları izlemek olacaktır. Sosyal medyada dolaşan biyolojik silah vurgusu muhtemelen kasıtlı odak yaymalarıdır. Ancak koronavirüs gibi hayvanlarda zararsız, insana geçtiğinde ağır hastalık yapabilen virüslerin silah amacıyla kullanılması küresel güçler ve stratejik gücü yüksek ülkelerin gündemlerinde olabilir. Bazen de seçkin viroloji laboratuvarlarının çalışma kazaları sonrası etrafa saçılabilir. Bütün bunlar yanında bize düşen bilime odaklanmak, hastalığın devam eden araştırmalarını takip etmek, sürdürmek ve gerekli bilgileri paylaşmaya devam etmektir. Salgının kontrol edilmesini de sağlayacak olan spekülasyonlarla hareket etmek değil pozitif bilimin gerekliliklerini yerine getirmek ve soğukkanlılıkla surveyansa ve sağlık okuryazarlığı eğitimlerine devam etmek olacaktır.

Tablo 1: SARS-CoV-2'a bağlı olgu sayıları

Çin Halk Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Heyeti'nin 21-29 Ocak güncellemelerine dayalı SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile olgu sayıları

Gün*	Kesinleşen		Şüpheli		Ölüm		İyileşen		Ağır Vakalar		Yakın temasa bağlı takipte olan	
	Yeni	Toplam	Yeni	Toplam	Yeni	Toplam	Yeni	Toplam	Yeni	Toplam	Toplam	Takipten çıkarılan
21	77	291	27	54							1739	817
22	149	440	26		9					102	2197	765
23	131	571	257	393	8	17				95	5897	969
24	259	830	680	1072	8	25	6			177	9507	1087
25	444	1287	1118	1965	16	41	3	38		237	15197	1230
26	688	1975	1309	2684	15	56	11	49	87	324	23431	325
27	769	2744	3806	5794	24	80	2	51	137	461	32799	583
28	1771	4515	2077	6973	26	106	9	60	513	976	47883	914
29	1459	5974	3248	9239	26	132	43	103	263	1239	65537	1604

**Çin Halk Cumhuriyeti Ulusal sağlık Heyeti verileri (30 Ocak 2020).*

Kaynaklar

Al-Tawfiq, J.A.; Gautret, P. Asymptomatic Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) Infection: Extent and Implications for Infection Control: A Systematic Review. Travel Med. Infect. Dis. 2019, 27, 27-32.

Assiri, A.; Al-Tawfiq, J.A.; Al-Rabeeah, A.A.; Al-Rabiah, F.A.; Al-Hajjar, S.; Al-Barrak, A.; Flemban, H.; Al-Nassir, W.N.; Balkhy, H.H.; Al-Hakeem, R.F.; et al. Epidemiological, Demographic, and Clinical Characteristics of 47 Cases of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Disease from Saudi Arabia: A Descriptive Study. Lancet Infect. Dis. 2013, 13, 752–761.

Fehr, A.R.; Channappanavar, R.; Perlman, S. Middle East Respiratory Syndrome: Emergence of a Pathogenic Human Coronavirus. Annu. Rev. Med. 2017, 68, 387–399.

Hung, I.F.N.; Cheng, V.C.C.; Wu, A.K.L.; Tang, B.S.F.; Chan, K.H.; Chu, C.M.; Wong, M.M.L.; Hui, W.T.; Poon, L.L.M.; Tse, D.M.W.; et al. Viral Loads in Clinical Specimens and SARS Manifestations. Emerg. Infect. Dis. 2004, 10, 1550–1557.

Metintaş S. https://www.kirmizilar.com/tr/index.php/duyuru-aktivite/4778-yeni-koronavirusinfeksiyonu-cin-ve-otesi-21-yuzyil-yeni-infeksiyon-ajanlariyla-mucadele-yuzyili-mi-olacak (Erişim Tarihi: 30.01.2020)

Rahman, A.; Sarkar, A. Risk Factors for Fatal Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections in Saudi Arabia: Analysis of the WHO Line List, 2013–2018. Am. J. Public Health 2019, 109, 1288–1293.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, SARS-CoV-2 Hastalığı Sağlık Çalışanları Rehberi, Ocak 2020.

Wong, G.; Liu, W.; Liu, Y.; Zhou, B.; Bi, Y.; Gao, G.F. MERS, SARS, and Ebola: The Role of Super-Spreaders in Infectious Disease. Cell Host Microbe 2015, 18, 398–401.

World Health Organization. WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan, China. https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china (Erişim Tarihi: 28.01.2020).

Geçmişten geleceğe sosyal hizmet ve sivil toplum

Dr. İbrahim Altan

1964 yılında İstanbul'da doğdu. Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesinden mezun oldu. 2004 yılından itibaren Endonezya, Pakistan, Nijer, Filistin, Somali, Yemen, Suriye, İran, Arakan, Etiyopya, Lübnan, Makedonya, Bosna, Bulgaristan vb. ülkelerde insani yardım çalışmaları yönetti. Deniz Feneri Derneği Genel Sekreterliği, İslam İşbirliği Teşkilatı İnsani İşler Birimi Türkiye temsilciliği görevlerini yürüttü. Halen Türk Kızılay Genel Müdürü ve Cumhurbaşkanlığı Sosyal Politikaları Kurulu Üyesidir.

Dr. Selman Salim Kesgin

2011- 2017 yılları arasında Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde araştırma görevlisi, 2016-2017 arasında Oxford Üniversitesinde Göç, Siyaset ve Toplum Araştırmaları Merkezinde misafir araştırmacı olarak akademik çalışmalar yürüttü. Kesgin halen Türk Kızılay-Kızılay Akademi bünyesinde insani yardım çalışmaları, göç politikaları konusunda akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Büşra Nur Erdoğdu

İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Bölümünden mezun oldu (2014). Halen Türk Kızılay bünyesinde sosyal politikalar alanında akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Sosyal hizmet, toplumdaki eşitsizlikleri en aza indirerek bireylerin fırsatlara erişimini kolaylaştırmak için çalışan, sosyal uyumu ve toplumsal refahı artırmaya odaklanan ve birey, toplum ve devlet ilişkisini hak temelli olarak ele alan bir çalışma alanıdır. Sosyal hizmet kavramı bu yönüyle Sanayi Devrimi sonrasında ortaya çıkan modern zamanlara ait bir kavramdır. Tıpkı yine modern dönemlere ait diğer bir kavram olan sivil toplum kavramı gibi. Resmi kurumların dışında kalan ve bunlardan bağımsız olarak çalışan, politik, sosyal, kültürel, hukukî ve çevresel amaçları doğrultusunda çalışmalar yürüten ve kâr amacı gütmeyen örgütler olarak tanımlanan sivil toplum kuruluşları, sosyal hizmet alanında da önemli faaliyetler yürütmektedir. Sivil toplum kuruluşları ve sosyal hizmetin amaçları teoride benzerlik gösterdiği gibi sivil toplum kuruluşları, sosyal hizmetin uygulamadaki bir aracı olarak da kullanılabilmektedir. Sivil toplum kuruluşları, toplumdaki ihtiyaca binaen doğan örgütlenmeler oldukları için toplumdaki sorunların doğru tespiti, gerekli çözümün üretilmesi ve uygulanmasında devletin sividdeki destekçisi ve yönlendiricisi konumundadır. Aynı zamanda sivil toplum kuruluşlarının üstlendikleri görevler açısından; sosyal hizmet ve sosyal politikalar da devletin sorumluluklarını hafifletici ve bu sorumlulukları hatırlatıcı etkileri olduğu söylenebilir. Sosyal hizmet ve sivil toplum kavramları aralarında varoluşsal ilişki olan bir dizi anahtar kavramı hatırlatmaktadır. Bu yönüyle gönüllülük, bağış, hak, yardımseverlik, vicdan gibi kavramlar sosyal hizmet ve sivil toplum birlikteliğinin farklı yönlerine işaret etmektedir. Gönüllülük kavramı sosyal hizmetin profesyonel bir meslek olmakla birlikte mesleğin tatbikinde gönüllülük ruhunun önemine işaret ederken bağış kavramı bu alandaki faaliyetlerin finansal yapısını ve sürdürülebilirliğini öne çıkarmaktadır. Yardımseverlik, vicdan kavramları yardıma muhtaç kişilere destek sağlamaya yönelik motive edici duyguları vurgulamakta, hak kavramı ise bu faaliyetlerin bir lütuf olarak üst dille sunulması yerine hak temelli bir yaklaşımla savunulmasını öne çıkarmaktadır. Bu kavramların hepsinin hak ettiği değere sahip olduğu bir sosyal hizmet rejiminin insani ve sürdürülebilir olacağı aşikârdır.

Sosyal hizmet ve sivil toplum kavramlarının modern dönemlere ait kavramlar olması bu alana ait faaliyetlerin de

modern dönemlerde başladığı anlamına gelmemelidir. Zira bu iki kavramın işaret ettiği uygulamaların kültürümüzde yüzlerce yıllık tarihi vardır. Örneğin vakıf kültürünün uygulamaları tamamen sosyal hizmet alanını kapsamaktadır. Sivil toplum anlayışının Batılı anlamından daha farklı tarihsel, sosyolojik şartlarda geliştiği Türkiye'deki sivil toplum kuruluşu anlayışının temelleri vakıf kültürüyle atılmıştır. Örneğin 17. ve 18. yüzyılda vakıfların Osmanlı ekonomisindeki payının sırayla %15,97 ve %26,80 olduğu göz önünde bulundurulduğunda ve bu vakıfların sağlık, eğitim, barınma gibi alanlarda faaliyet gösterdiği dikkate alındığında vakıfların günlük hayattaki rolü ve önemi anlaşılacaktır. Türkiye'de sosyal hizmet faaliyeti sunan sivil toplum kuruluşlarının hâlihazırdaki durumuna bakıldığında dernek, vakıf, sendika olarak adlandırılan 117.554 faal sivil toplum kuruluşunun var olduğu görülmektedir. Bu sivil toplum kuruluşlarına kategoriler altında bakıldığında; insani yardım amaçlı dernekler, hak ve savunuculuk dernekleri, engelli dernekleri, sağlık alanında faaliyet gösteren dernekler, yaşlı ve çocuklara yönelik dernekler temaları altında faaliyet gösteren yaklaşık 12 bin derneğin çalışmalarının sosyal hizmet ile doğrudan kesiştiği söylenebilir.

Türkiye'de sosyal hizmet alanındaki sivil toplum kuruluşlarının önemi, tam anlamı ile 17 Ağustos 1999 depremi ile görünür olmuştur. Gerek deprem sonrası ihtiyaç duyulan sosyal hizmet faaliyetleri gerekse 2000'li yıllarda yaygınlaşan sivil toplum yaklaşımı Türkiye'de sivil toplum kuruluşu sayısının ve faaliyet alanlarının hızlıca artmasına yol açmıştır. Türkiye'de sivil toplum kuruluşlarının yaygınlaşmasında 2000'li yıllar önemli bir dönüm noktası olmakla birlikte Osmanlı Dönemi'nden itibaren varlığını sürdüren sosyal yardım kurumlarının bu sektörde önemli bir yeri olduğu açıktır. Darülaceze, Darüşşafaka, Himaye-i Etfal, Hilal-i Ahmer gibi sivil toplum kuruluşları Türkiye'nin sosyal hizmet ve sivil toplum serencamını Osmanlı'dan bugüne taşıyan önemli kurumlardır. Kuruluşunun 151. yılını kutlayan Türk Kızılay da Osmanlı'dan Cumhuriyet'e tevarüs edilen sivil toplum kuruluşlarındandır. 1868 yılında "Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti" adıyla kurulan Hilal-i Ahmer, Vatana Muhabbet Yaralılara Muavenet düsturuyla 151 yıldır faaliyetlerine devam etmektedir. Kuruluş Dönemi'nde cephe gerisinde askere sağlık hizmeti sunan bir kurum görünümünde olan Hilal-i Ahmer'in yaralılara muavenet yaklaşımı yıllar geçtikçe ve ihtiyaçlar çeşitlendikçe toplumun tüm dezavantajlı kesimlerine yönelik kapsayıcı çalışmalar yapmasını gerektirmiştir. Bu yönüyle Kızılay özelinde bakıldığında sosyal hizmetin sivil toplum alanındaki yansımalarını birçok açıdan ele almak mümkündür.

- Doğal ve beşer afetlere yönelik çalışmalar
- Yaşlılara yönelik hizmetler
- Göçmen ve mültecilere yönelik çalışmalar
- Çocuklara yönelik programlar
- Engellilere yönelik çalışmalar
- Nakit temelli yardım programlar
- Toplumsal huzurun tesisi ve sürdürülmesine yönelik çalışmalar

Türk Kızılay'ın sosyal hizmet alanındaki çalışmalarının başlıca faaliyet alanlarına örnek olarak gösterilebilir. Bu faaliyetlerin her biri farklı toplumsal grupların ihtiyaçlarını gidermek üzere tasarlanmış projeler altında yürütülmektedir. Bu kapsamda Türk Kızılay bünyesinde bulunan şubeler, toplum merkezleri, aşevleri, huzur evleri, kimsesizler evi ve giyim yardım merkezleri vasıtasıyla ihtiyaç sahipleri için sosyal yardım ve hizmetlerini sürdürmektedir. Savaş sonrası, önceki sosyoekonomik imkânlarını kaybeden veya asgari yaşam standartlarının gerisinde kalan kişilere ve bu kişilerin birlikte yaşadığı yerel halka yönelik çalışmalar yürüten Toplum Merkezleri çatısı altında; Türkiye'ye uyum eğitimi (yasal haklar ve insani hizmetlerle ilgili bilgilendirme), Türkçe dil eğitimi, mesleki kurslar, bireysel ve grup psikososyal destek aktiviteleri, grup terapileri, bireysel terapiler, çocuklar için drama, müzik ve atölye çalışmaları, çocuk ve genç dostu alan faaliyetleri, sağlık bilgilendirme ve yönlendirme çalışmaları, kadınlar için bilgilendirme toplantıları, el sanatları, giyim üretim, sanat ve tasarım eğitimleri, işe yönlendirme, saha çalışmaları (ihtiyaç tespiti vb.), vaka takibi, koruma gibi faaliyetler yürütülmektedir. Türk Kızılay, bağışçılarından aldığı desteklerle profesyonel kadrosunu tekmil eden gönüllüleriyle sahadaki insani yardım aktörü olan diğer sivil toplum kuruluşları ve kamu kurumları ile hak temelli bir yaklaşımla sosyal hizmet alanında çalışmalarını sürdürmektedir.

Kızılay ve insani yardım sektöründe faaliyet gösteren diğer sivil toplum kuruluşları bu faaliyetlerini büyük ölçüde bağışçılardan gelen desteklerle ve gönüllülük çalışmaları ile uygulamaktadır. Buradan da görüleceği üzere sosyal hizmet ve gönüllülük kavramları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Dolayısıyla gönüllüğün ve bağış kültürünün toplumun tabanına yayılan bir anlayışla ele alınması sosyal hizmet uygulamalarının sivil toplum eliyle sunumunu kolaylaştıracak ve daha etkili hale getirecektir. Sosyal hizmet sektörünün geleceğine dair projeksiyonlar sektörün kaynak ve hizmet çeşitliğini sağlamak zorunda olduğunu göstermektedir. İnsani yardım sektörünün geleceğini şekillendirecek olan toplumsal, siyasal krizlerin nitelik ve niceliğindeki değişimler, şehirleşme, dijital teknolojideki gelişmeler, göçler gibi faktörler sosyal hizmet sektörünü ve sivil toplum kuruluşlarının bu sektör içindeki rolünü de doğrudan etkileyecektir. Bu kapsamda özellikle artan yaşlı nüfus, aile içi şiddet, evsizlik, iklim değişikliği, teknoloji ve temel hizmetlere erişimde yaşanan problemler gibi gelişmeler sosyal hizmet alanındaki sivil toplum kuruluşları için önemli göstergelerdir. Sosyal hizmet alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları bu göstergelerdeki değişim trendlerini izleyerek, kendi aralarında sektörel ve bölgesel koordinasyon mekanizmaları kurarak insan merkezli ve bereketli çalışmalar ortaya koyabilirler.

Kaynaklar

https://www.siviltoplum.gov.tr/derneklerin-faaliyet-alanlarina-gore-dagilimi (Erişim Tarihi: 01.12.2019)

Şahin, L., & Öztürk, M. (2011). Küreselleşme Sürecinde Sivil Toplum Kuruluşları ve Türkiye'deki Durumu. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, (54), 3-29.

Memiş Ağa'nın Mevlüde

Dr. Mine Hanoğlu

İstanbul'da doğdu. Almanya'da başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesinden mezun olduktan sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1984 yılında bitirdi. İdil'de mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri Özel Nisa Hastanesinde anestezi uzmanı olarak çalışmaktadır.

Memiş Ağa'nın Mevlüde ile karşılaştığım zaman o doksan küsur, bense on küsur yaşındaydım. Yaşlarımızın toplamı yüz küsur ettiğinden mi bilinmez, o anı aradan geçen kırk yıla rağmen unutmadım. Naciye yengenin Köprü Sokak'ın sonundaki eski evindeydik. Şimdi yıkılıp gitmiş olan bu ev, muhayyilemde sapasağlam durur; yılların ve yağışların ahşaba verdiği biçim gereği hafif sağa kaykılmıştır sadece. Hayalimde hala gıcırdayan kapıyı açıp karanlık hole girerim, sonra hemen sağa dönüp Zerrin ablanın odasına çıkan beş basamağı tırmanırım, Zerrin abla odasının dört duvarını zamanın starlarının posterleri ile kaplamıştır. Sola dönüp her basamağı ayrı bir nağme ile inleyen eğri büğrü merdivenlerden üst kata çıkarım. Üst kattaki sofanın zemini Ahmet amcanın balığa çıktığı Karadeniz gibi iri dalgalıdır, dalgaların haşmetini yere serili pala kilimler bir nebze söndürür. Tam karşıda bir dizi tabak rafı ve tezgâhtan oluşan mutfak vardır. Mutfağın yanındaki odada Naciye yengenin bir karış dantelli beyaz eteklerle süslü demir karyolası bir padişah tahtı gibi ihtişamla durur. Tek kapaklı aynalı dolapta, ki aynısından babaannemin odasında bulunur fakat onun kapısı kapanamaz aralık kalır, ailenin mütevazı yabanlık giysileri itina ile asılıdır. Hemen soldaki odaya misafirler kabul edilir, pencere önü ve sol duvar boydan boya sırt yastıkları beyaz dantelli örtüyle kaplı sedirlerle döşenmiştir. Duvarda bir saatli maarif takvimi vardır muhakkak bir de camekânlı manzara resmi.

İşte bu odada, Memiş Ağa'nın Mevlüde pencere önünde değil de duvar tarafındaki sedire oturduğu için yüzünü pencereden giren ışıkta olanca heybetiyle gördüm. Yüzü de bedeni gibi kemiklerin üzerine çekilmiş deriden ibaretti ve doksan küsur yıldır bulunduğu dünyaya hala bir anlam verememiş olmanın hayreti ile sabitlenmiş bir ifade taşıyordu. Hayretten açık duran ağzında tüm diş etleri çekilip gitmiş geriye tek bir diş kalmıştı. Uzun ve sivri burnu bir de üstelik kıvrılıp aşağıya ağzına doğru meyletmişti. Gözleri yine hayretle fal taşı gibi açık duruyordu. O böyle dünyayı şaşkın şaşkın temaşa ederken ben de benzer bir şaşkınlıkla ona bakakaldım. Çocukluğuma eşlik eden alman masallarının süpürgeli cadılarına o kadar benziyordu ki. Çok uzun boylu, sırtı kambur, bir deri bir kemik, dünya nimetlerinden elini eteğini çekmiş, daha doğrusu onlara hiç bulaşmamış, dünyaya bir çocuğun naif bakışı ile bakakalmış bir piri fani. Hiç evlenmemiş, bedeni ne zevkle ne günahla karşılaşmamış, şiddetli doğum kasırgalarına tutulmamıştı. Kendi neslinden bütün akrabaları dar-ı bekaya göçtüğünden kendisine mecburen yeğenleri bakıyordu. Zihnim "mecburen" diye düşündü çünkü hiç kimsenin gönüllü olarak onu yanında tutacağına ihtimal vermemişti. Huysuzdu üstelik, ağzından itiraz dışında bir kelam çıkmadı. Bütün yaşlılar gibi, hatta daha da şiddetle eski güzel zamanları özlüyor, ahir zaman alametlerinin birer birer zuhur ettiğini, geçimin zorlaştığını, kışların daha soğuk yazların daha sıcak geçtiğini, dizlerinin sızım sızım sızladığını dişsiz ağzında artık iri kalmış dilini şapırdatarak anlatıyordu. O günlerde bütün yaşlı kadınların üniforma gibi giydiği belden büzgülü uzun etek ile önden düğmeli, uzun kollu üstten oluşan bir takım giymişti. Bu alt üst takımlar yazın poplin, kışın patiskadan eli dikişe yatkın yakın bir akraba tarafından dikilir, bu becerikli akraba ömrünü dikiş dikmekle geçirmek zorunda kaldığından tez zamanda bel fıtığından muzdarip olur, yerini hevesle daha genç bir geline bırakırdı. Yaşlı kadınlar eteklerinin altına muhakkak büzgülü paçaları diz altına kadar inen, yine mevsime göre poplin veya pazenden uzun donlar giyerler ve bu don kendilerine daima bir iki beden büyük gelirdi. O devirlerde henüz elastan keşfedilmemiş olduğu için bedenler streç, tayt ve esnek giysi mutluluğu ile tanışmamış ve günümüz kadınlarını genç-yaşlı kasıp kavuran yapışık giysi çılgınlığı ortaya çıkmamıştı. Hakeza bone de keşfedilmemişti, kadınlar başlarına önce ince bir tülbent çatar, onun üzerine genellikle büyük başörtüler atarlardı. Yaşlı kadınların büyük başörtüleri muhakkak beyaz olurdu, böylece her an namaz ve Kuran'a hazır bir donanımla beklerlerdi. Yaz sıcağında ince yaşmaklar tercih edilir, her yaşlı kadının iki yanağından oyalı yaşmağın iki ucu sarkardı. Memiş

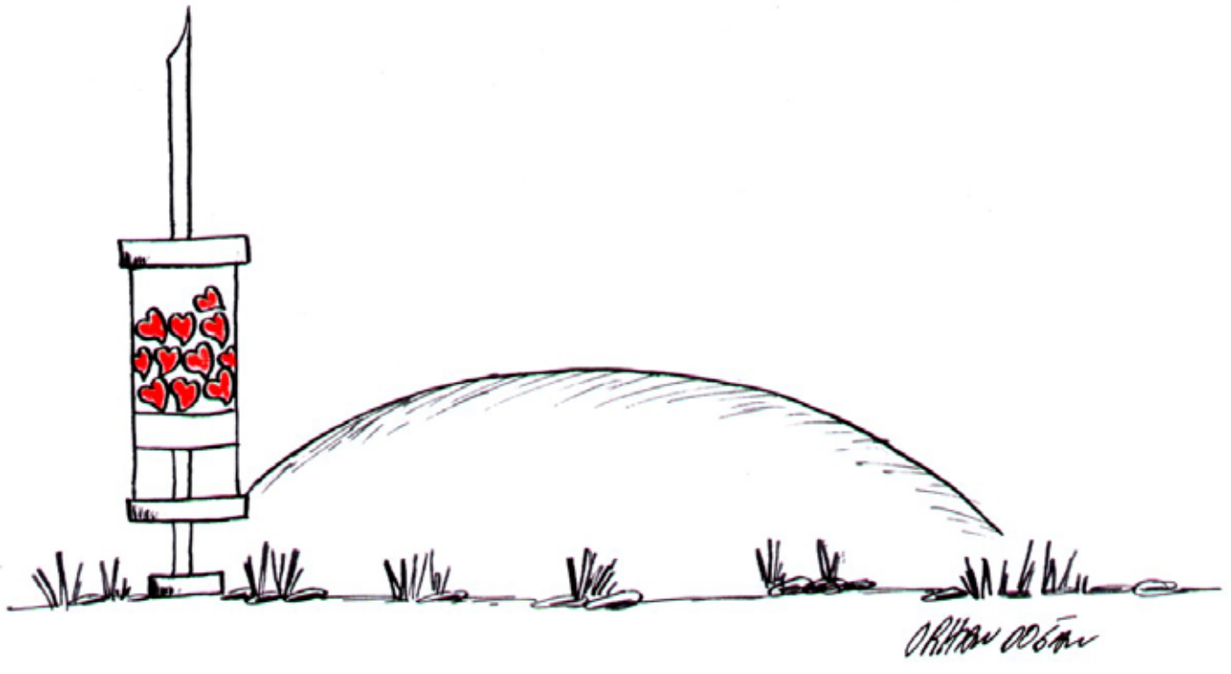
Ağa'nın Mevlüde bu giyim tarzına tıpa tıp uymuştu, kırıp sedirin üzerine aldığı ince dizini küçük çiçekli beyaz bir uzun don örtmüştü ve beyaz yaşmağının her tarafından kıpkırmızı saç telleri darmadağın fışkırmıştı. Onun devrinde kadınlar saç boyası kullanmazdı fakat kına yakmak hem sıhhi hem de sevap olduğundan hiç ihmal edilmezdi. Kına siyah saçı hoş bir koyu kızıla boyar ama beyaz saçlar kıpkırmızı olur. Bu kızıllık Mevlüde teyzenin hiç güneş görmemiş beyaz tenine yakışmıştı, üzerinde yakışıklı duran tek şey bu tezattı aslında.

Zayıf, çirkin, yalnız ve belki de yeğenlerinin bile sevmediği yaşlı Mevlüde teyze. Neden çocukluk hatıralarım arasından ikide bir çıkıp geliverir? Hoş bir anı gibi unutulmamasının sebebi nedir? Aslında bütün güzellik algılarının dışında ve onlara aykırı olduğu için onu sevimli bulmadım mı? Annemin zengin, şişman, gösterişli, güzel yengesinden daha çok sevmedim mi? Bu yenge üstelik akıllı ve güçlü bir kadındı, bizleri fakir akraba teferruatı içinde görür ve kişiliğinin bir tezahürü olarak bunu gizleme gereği duymazdı. Çocukken annem bizi bayramda Muzaffer yengenin brokar perdeler, bünyan halılar, kadife koltuklarla döşeli, tertemiz lüks evine götürmüştü. Muzaffer yenge bizi gördüğüne nezaketen bile sevinmedi, kirpiklerine asılı kibir elle tutulur gibiydi ve bize ancak kirpik uçları hizasından nazar etmek lütfunda bulundu. Bu zor tahammül ediş, neredeyse yok sayış bana o kadar dokunmuştu ki mümkün olsa yere basmadan yürüyecek ve Muzaffer yengenin muhteşem evini necis varlığımla kirletmeyecektim. Bir kadına yakışmayan bu erkeksi isim annemin yengesine ne kadar uymuş, cuk diye oturmuştu. "Yere basmadan yürüme" isteğini bir de Asiye teyzenin evinde hissederdim. Annem bizi her bayram muhakkak teyzesine el öpmeye götürürdü ve ben orada zaman su gibi akıp gitsin isterdim. Asiye teyze Parkinson hastasıydı ve o günün şartlarında tedavi edilemiyordu muhtemelen. Kadıncağızın elleri, kolları ile beraber zangır zangır titriyor, bu nedenle hiçbir işi, yemeği, temizliği doğru düzgün yapamıyor, yerken üzerine döküyor, titreyen elleri ile bez sıkamadığı için ıslak bezlerle sırılsıklam temizlik yapıyor veya hiç yapamıyor, giysisinin ön kısmında yemek lekeleri eksik olmuyor, kir ve pas evinde elle tutulur bir obje gibi kaskatı duruyordu. Mümkün olsa Asiye teyzenin evinde de yere basmak istemezdim, hasta ve yaşlı kadına karşı böyle hissettiğim için de utanır, sıkılır, bu bayram ziyaretlerinden hiç hoşlanmazdım. Bu iki kadına kıyasla Memiş Ağa'nın Mevlüde ne kadar da özgürdü, kendi evi yoktu, dolayısıyla para, zevk ve kişiliğinin tuzakları doğrultusunda bir ev oluşturmamış, aklını ve emeğini bu tür dünyevi mülk edinme ile heba etmemişti. Çocuğu olmamış, onu diğer çocuklarla kıyaslayıp imrenme, övünme, gururlanma veya yerinme gereği duymamıştı. Kendisine reva görülen evin yan odalarından birinde bir divan üzerinde gündüzleri oturmuş, geceleri de çarşaf serip yatmıştı. Divanın altına itilen plastik bir seleye sahip olduğu bütün giyim kuşam sığmıştı, belki bir yazlık bir de kışlık selesi olmuştu, hepsi o kadar. Bu mülksüzlük aslında herkese nasip olmayan bir özgürlüktü ve Mevlüde teyzenin olabildiğince saf ve tasasız kalmasına, yüzüne ve bakışlarına çocuksu bir merakın yerleşip kalmasına sebep olmuştu. Hayalimde canlanan malvarlığını ancak Bediüzzaman'ın bütün varını yoğunu sığdırdığı küçük sepet ile kıyaslayabilirim.

Anlattığım zaman döneminde henüz naylon poşet icat edilmemişti, insanlar bakkal, manav veya pazara gidip ihtiyacı kadar yiyecek alıyor ve aldıklarını filelerle taşıyordu. Anlatımın geçtiği yer olan Rumelikavağı sakinleri balıkçılıkla geçinen küçük tekne veya sandal sahipleriydi, dolayısıyla her evin avlusunda tamir bekleyen yırtık balıkçı ağları asılı dururdu. Balık olmadığı zaman karı-koca bu ağları tamir ederlerdi, kadınlar da balıkçı erkekler kadar ağ örmeyi bilirlerdi. File yapısal olarak balıkçı ağıyla aynı şeydir, ağ tamir etmeyi öğrenen kadınlar aklı evvel bir girişimcinin teşviki ile file örmeye başladılar. Bugünkü parayla bir file ancak elli kuruş veya bir lira ederdi fakat damlaya damlaya göl olur, kadınlar file parasıyla kendi ihtiyaçlarını görür, hatta evin geçimi bazen file kuruşlarıyla sağlanırdı. Benim çocukluğumda Rumelikavaklı bütün kadın ve çocuklar file dokumayı bilirlerdi. Filenin önce sapları hazırlanırdı, ekru yani kirli beyaz renkteki pamuk ipliği, orta boy bir defter büyüklüğündeki bir tahtaya çakılmış çiviler etrafında sarılır, döndürülür, ilmekler sapı oluşturacak şekilde düğümlenirdi. Sap hazırlama çocuklara ait bir işti, annem file örmediği halde ben de sap yapmayı bilirdim ve kime misafirliğe gidersek o evin hanımına yardım olsun diye canla başla sap hazırlardım. Gerçek bir çorbaya tuz atmak, ihtiyaçları olduğu için çalışan gerçek insanlara yardım etmek her türlü oyundan daha zevkliydi. Sapların ucunda çiviye sarılmış olan ipler halka şeklinde boş kalırdı, sedire bir ayağını uzatarak oturan teyzeler, iki sapı ayak başparmaklarına geçirir ve mekiğe benzeyen tahta bir aletle boş halkalara iplik tutturup filenin dairesel gövde kısmını seri hareketlerle tıkır tıkır dokurlardı. File standart bir uzunluğa erişince dip kısım iki ilmek bir örülüp kapatılırdı. Böylece boyasız, sağlam ve oldukça dayanıklı taşıma torbası bitmiş olurdu.

Memiş Ağa'nın Mevlüde teyze de kim bilir ne fileler dokumuştu, yeğenlerinin evinde boş boş oturmuş olması düşünülemez. Benim ona rastladığım sırada artık çalışamayacak kadar yaşlıydı, büyük bir ihtimalle gözleri iyi görmüyor, parmakları iyi tutmuyordu. Fakat zihninin çok berrak olduğunu hatırlıyorum. O dönemde bugünkü gibi bir Alzheimer endemisi söz konusu değildi. İnsanlar bunayacak kadar çok yaşamıyor, yaşayanların da az bir kısmı hafiften ateh getirmiş olarak kalabalık aileleri içinde güzelce bakılıyordu. Yaşlı bakımı bir sorun halini almamıştı, Mevlüde teyze gibi çocuğu olmayanlar bile aile içinde yer bulabiliyordu.

Bütün bu anlattıklarımdan Mevlüde ile yakınlık kurduğumuz anlaşılmasın. Kendisini bir daha dünya gözü ile görmedim. Başka bir alemde dost olur muyuz onu da bilmiyorum. Geçmişe dair hatırladıklarım arasında hem yüzü hem de ismi ilk sıralarda yer alıyor. Asıl ilgimi çeken husus, zamanla yüz ve isim hafızamın zayıf olduğunu anlamış bulunmam. Bir zamanlar tanımış bulunduğum ve sonradan silikleşen bir yığın kişi arasından Mevlüde, şaşkın yüzünü ara sıra uzatıp beni nesnel bir merakla uzun uzun süzüyor. Oysa karşılaştığımız gün beni fark etmemişti bile. Anlaşılan havsalam kendi iç sesime yüz olarak Memiş Ağa'nın Mevlüde'yi seçmiş. Onu bu kadar sevgiyle hatırlamam bu yüzden.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

ROBOTİK KALP CERRAHİSİ MEDİPOL'DE...

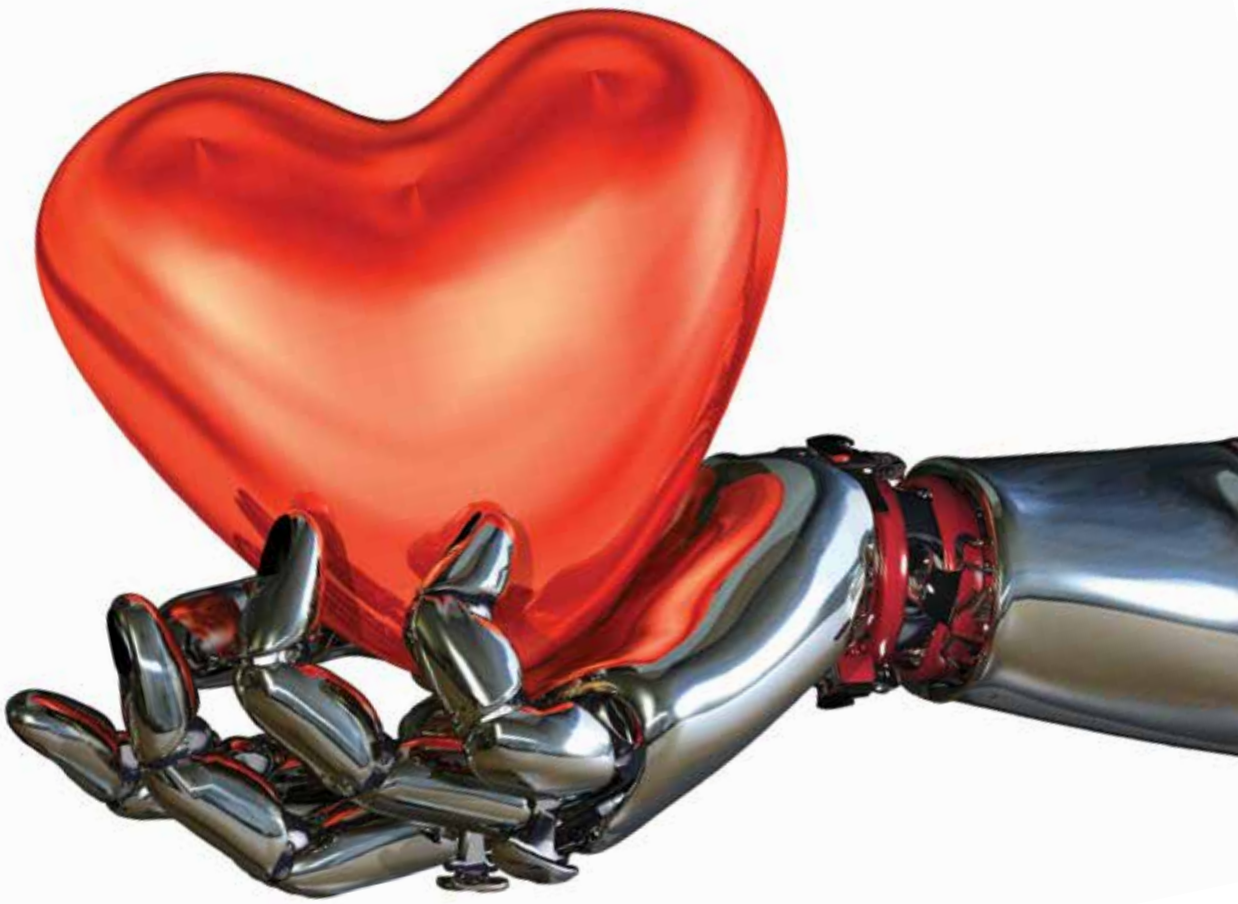
ROBOTİK CERRAHİ SİSTEMİ KALBİNİZİ İYİLEŞTİRİYOR.

ROBOT TEKNOLOJİSİ İLE YAPILAN KALP AMELİYATLARI

- MİTRAL VE TRİKÜSPİD KAPAK TAMİRİ VEYA DEĞİŞTİRİLMESİ
- KORONER BYPASS AMELİYATLARI
- KALPTE BULUNAN DELİKLERİN (ASD, VSD) KAPATILMASI
- KALP TÜMÖRLERİNİN ÇIKARILMASI
- RİTİM BOZUKLUKLARININ CERRAHİSİ

ROBOTİK KALP CERRAHİSİNİN SAĞLADIĞI ÜSTÜNLÜKLER

- ESTETİK 2-3 CM'LİK KESİ İLE YAPILMAKTADIR.
- KADINLARDA YARA, MEME ALTINDA OLDUĞU İÇİN GÖRÜLMEMEKTEDİR.
- KANAMA VE ENFEKSİYON RİSKİ DAHA DÜŞÜKTÜR.
- KAN İHTİYACI DAHA AZDIR.
- AĞRI DAHA AZDIR.
- HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ DAHA KISADIR.
- GÜNLÜK YAŞANTIYA DÖNÜŞ DAHA HIZLIDIR.



MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 4447044

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik | medipolsaglik | medipolsaglik | MedipolSaglik

- ONKOLOJİK CERRAHİ
- TIBBİ ONKOLOJİ
- RADYASYON ONKOLOJİSİ
- PEDİATRİK ONKOLOJİ
- HEMATO ONKOLOJİ
- PATOLOJİ
- NÜKLEER TIP

SGK ANLAŞMALI

Kanser Konseyi

Kansere karşı akıllı teknolojiler, uzman kadro ve multidisipliner yaklaşım

KANSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLERİ VE AKILLI TEKNOLOJİLER

ROBOTİK CERRAHİ

TRUEBEAM

CYBER KNIFE

GAMMA KNIFE

İNTRAOPERATİF RADYOTERAPİ

BRAKİTERAPİ

PET-CT

MEDİPOL ÇAĞRI MERKEZİ 444 70 44

Kuruluşumuz, Akademik Tıp Merkezi Hastanesi olarak JCI tarafından akredite edilmiştir.

MEDİPOL MEGA
MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİ

medipolsaglik | medipolsaglik | medipolsaglik | MedipolSaglik