

ORGAN NAKLI VE TIBBİ AHLAK

ORGAN TRANSPLANTATION AND MEDICAL ETHICS

F. Akççek, G. Atabay, A. Başçı, J. Evert, M. Dorhout

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD, İZMİR

Özellikle II. Dünya savaşından sonra, tıbbi ahlakın hem boyutları farklılaşmış, hem de ivmelenen bir önem kazanmıştır. O kadar ki, son 20 yılda tabii ahlak alanında meydana gelen değişiklikler, bu tarihten önceki tüm zamanlarda oluşandan çok daha fazladır (1). Organ nakli, satılık organlar, tüp bebek, kiralık anne, genetik tedavi, ölme hakkı, AIDS'li hastaların toplumdan soyutlanması ve benzeri konular ile gerek hekim olarak meslek uğraşımız içinde; gerekse haber, kitap, yada filmlerde giderek daha sık karşılaşıyoruz. Hızlı bilimsel ilerleme, eğitimin yaygınlaşması, medeni hakları genişleyen bireyin özgürlüğünün artması, etnik unsurun kendi moral değerlerini serbestçe ifade edebilmeleri, hukuk ekonomi ilkelerinin tıp ile artan etkileşimleri; Hippokrat andı ile simgelenen klasik tıbbi ahlakı değişime zorlayan başlıca etkiler olmuştur. Bu makalenin ana temasını söz konusu gelişmelerin ön plana çıkardığı ve zengin etik sorunlar içeren transplantasyon, özellikle böbrek nakli oluşturmaktadır.

Transplantasyon ile ilgili ahlaki sorunların tamamı olmasa bile, büyük çoğunluğu insan organlarına duyulan gereksinim ve bunların sağlanabilirliği ile ilgilidir. Organ transplantasyonu ile ilgili tıbbi etik, iki spesifik alanı kapsar. Bunlardan ilki bütün tıbbi uygulamalar için geçerli olan "insana yönelik deneysel uygulama"; diğeri ise "transplantasyon için bekleyen hastaların gereksindiğinden daha az sayıda organ bulunmasıdır. Halen klinik transplantasyonun önündeki en önemli engel organ sayısının kısıtlı oluşudur ve çok yakın bir gelecekte, bu durum daha da ağırlaşacaktır.

insana yönelik bir deney olarak organ nakli, ilk canlı vericili transplantasyonun Merrill ve Murray tarafından gerçekleştirildiğinde 1956 yılından bu yana, çeşitli yönleri ile tartışılmaktadır. Tıbbi uygulamaların insan kullanan deneysel yönünü tarih ve ahlak bakımından kapsamlı olarak inceleyen Ivy 1948'de yazdığı makalesinde 1628 yılında Harvey'in dolaşım sistemini keşfini, 1798 yılında Jenner'in çiçek hastalığı karşısındaki uygulamalarını; olumlu insan deneyleri olarak değerlendirmektedir. Ayrıca Ivy bu yazısında mahkumların, işsiz-güçsüzlerin, zihin özürlülerin gönüllü olarak kullanılmalari konularını da ele almıştır. Daha sonra, özellikle II. Dünya savaşı sırasında; tıbbi ahlak kuralları hiçe sayan nazi bilim adamlarının, insanlar üzerin-

de yaptıkları deneylerin doğurduğu dehşet bu konu ile ilgili olarak önce Nürnberg mahkemelerinde, ardından 1964 Helsinki bildirgesinde önemli yaptırımlar konmasına neden olmuş ve bu arada deney niteliği taşıyan uygulamalar ile tedaviler için hastanın rızası, daha doğru bir deyimle "aydınlatılmış onayı" şart koşulmuştur (2). Aydınlatılmış onay ile, yapılacak uygulama ayrıntılı olarak anlatılmakta; içerdiği risk ve belirsizlikler açıklanmaktadır. Kararı etkileyebilecek herhangi bir baskı söz konusu değildir. Akli melekelerine sahip, rüşünü kazanmış alıcı ve vericinin gönüllü cevabını içermektedir (3).

Pek çoğu öncü çalışmalar olan, kesin sonuçları önceden tam olarak kestirilemeyen tedavi amaçlı deneylerin ahlaka uygunluğunu belirleyen unsurların saptanması ile ilgili pek çok görüş ileri sürülmüştür. 1968 yılında Moore, "biyomedikal bilimlerde ahlakın, insanın kutsiyet ve saygınlığına yani humanizmaya uygun olması gerektiğini" belirterek; "yeni bilimsel uygulamaları kabul edilebilir kılan unsurların, bunları ahlaken kabul edilebilir kılanlar" olduğunu yazmıştır. Yine Moore transplantasyonun giderek yaygınlaştığı yıllarda yeni ve daha önce denenmemiş uygulamaların ahlaka uygunluğunu belirleyen perspektifleri aşağıdaki biçimde belirtmiştir: 1- Yeni uygulama mutlaka bilimsel araştırmalar zeminine dayanmalıdır, 2- Hekim ve cerrahlar bu uygulama için yeterli becerilere sahip olmalıdır, 3- Uygulamalar ahlaki denetim altında tutulmalıdır.

Transplantasyonda, o denli mükemmellikte yapay organlar geliştirilemediği için yegane kaynak, doğal organlardır. Günümüzde değişiminin mümkün olduğu kalp, böbrek, karaciğer, akciğer gibi organlara talebin son derece fazla olmasına karşın, arzın çok sınırlı oluşu önemli tıbbi ve ahlaki sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sağlanan bilimsel gelişmelere paralel olarak farklı boyutlar kazanan bu unsurları daha iyi kavrayabilmek için, 1950'lerden bu yana kronolojik bir sıralama içinde gözden geçirmek gerekmektedir. 1955 yılında kadavra organı kullanılarak gerçekleştirilen ilk böbrek naklinin başarısız oluşu; oysa hemen aynı tarihlerde identik ikizler arasında yapılan başarılı sonlanması; orhan naklinin ancak, birisi sağlıklı olmak kaydı ile, ikizler arasında gerçekleştirilebileceği kanısı vermiştir. Bu operasyonun temelinde köpeklerde yapılan

otograf böbrek naklinin başarılı olduğunu ve böbrek denervasyonunun önemli bir fonksiyon bozukluğuna yol açmadığını gösteren deneyler vardır (4). Yani Moore'un yeni bir tıbbi girişimi ahlaki kılan kriterlerine uyulmuştur. Bu dönemin önemli ahlaki sorunlarının başında vericinin taşıdığı operasyon riskinin ve tek böbrek ile kalışının uzun yıllar içinde doğurabileceği sorunların bilinmeyişi gelmektedir. Buna karşılık alıcı ve vericinin aydınlatılmış onayları alınmıştır.

İlk transplantasyondan sonra yaklaşık on yıl boyunca, ikizler arasında gerçekleştirilenlerin başarılı olabilmesinden ötürü, az sayıda nakil yapılabilmektedir. 1963 yılında keşfedilen azathioprine organ reddini önemli oranda azaltmış, bunun sonucu ikiz olma zorunluğu ortadan kalkmış ve canlı akrabalarından da organ alınabilmesi mümkün olmuştur. Azathioprinin başta kortikosteroidler olmak üzere diğer immun sistem baskılayıcıları ile birlikte uygulanması ise, akraba olmayan canlı vericiler ile kadavra organlarını da kullanılabilir kılmıştır. Bu gelişme yepyeni tıbbi ve ahlaki sorunları da beraberinde getirmiştir. Değişik merkezlerin bu açılardan konuya yaklaşımları birbirinden farklı olmuştur. Ancak daha yaygın paylaşılan kanı, canih-arkaba vericilerinden yapılan organ nakillerinin, hasta ve graft ömrü bakımından en iyi sonuçları sağladığı şeklindedir. Yanısıra hastanın kadavra organ bekleme süresini ortadan kaldırarak, hastalığın olumsuz etkilerinden daha kısa sürede kurtulmasını sağlamaktadır. Yan etkileri daha az, buna karşılık organ reddini daha etkili biçimde önleyen Cyclosporin A'nın klinik uygulamaya girmesi ile birlikte kadavra böbreklerin ömrü de belirgin biçimde uzamıştır. Böylelikle hastalar tarafından kullanılabilir kaynak sayısı artmıştır. Ancak transplantasyon-dışı, başta diyaliz olmak üzere diğer tıbbi tedavilerin giderek gelişmesi, eritropoetin gibi morbiditeyi azaltan yeni ilaçların bulunuşu, hastaların daha uzun süre hayatta kalabilmesine olanak tanımış ve bu nedenle organ talebi her zaman arzdan daha fazla kalmıştır. Bunun sonucu olarak bazı ülkelerde alıcıya aracı simsarlar vasıtası ile ödemenin yapıldığı organ pazarları ortaya çıkmıştır (5). Organlarını satanlar genellikle az gelişmiş ülkelerin fakir vatandaşlarıdır ve bu ülkelerin sağlık sistemleri vericileri transplantasyondan sonra izlemeye elverişli değildir. Fakir insanları, varlıklarının organ deposu haline getiren akraba olmayan canlı vericilerden yapılan transplantasyon, karı-koca arasında olan dışında, hemen tüm ülkelerde yasaklanmış olmakla birlikte bazı ülkelerde halen sürmektedir (6). Gerçekte akraba olmayan canlı vericilerin organ kaynağı olarak kullanımları ilk kez 1965 yılında gündeme gelmiştir. Hapishane mahkumlarına ceza indirimi uygulayarak, organ bağışlamaları özendirilmiştir. Ancak temel hukuk kavramlarını önemli oranda zedelediği ve bağış adı altında çıkar

sağlamış olduğu için şiddetle eleştirilmiştir. Buna karşılık ölüm cezasına mahkum bir kişinin, olduktan sonra karşılık beklemezsizin organlarını bağışlamasının ahlaka uygunluğu, halen tartışılmaktadır.

1960'dan sonra yoğun bakım imkanlarının giderek gelişmesi; solunumu durmuş, ciddi beyin hasarına uğramış hastaları uzun süre yaşatabilmeyi olası kılmıştır. O tarihlerde nörolojik iyileşme olasılığı değerlendirilecek kriterler henüz yeterince gelişmemiş olduğu için, bu hastalar enfekte olupta bilinen anlamda ölünceye kadar aylarca makinaya bağlı kalabiliyorlardı. Yaklaşık olarak ilk kez 1965 yılında beyin ölümünün, hastanın ölümü ile eş anlama geldiği kabul edilerek; dolaşımı devam bu hastaların organlarının kullanılabilirliği tartışılmaya başlandı. Tartışmanın ilk aşaması, beyin ölümünün kabul edilebilir bir tanımını yapmaktı. Bazı düşünürler, ölüm kriterlerinin konabilmesi için önce ölüm kavramının belirlenmesi gerektiğini ileri sürüyorlardı. Bu konuda yalnızca teknik verilere asla güvenilemeyeceğini, tıp literatüründe beyin ölümü tanısı konup sonradan yanlış olduğu anlaşılan örneklerin azımsanamayacak sayıda olduğunu belirtiyordu (7). Gerçektende serebral ölüm kavramının dönüşümsüz bilinç kaybı ile eş zamanlı sayılamayacağı gösterilmiştir. Zira biline ve onunla ilgili işlevlerden sorumlu merkezler beyin sapında yer almaktadır. Bu nedenle beyin ölümü, gerçekte beyin sapı işlevlerinin geri dönüşümü olmayan bir biçimde kaybını ifade etmektedir ve objektif olarak tesbiti mümkündür (8). Beyin ölümü kadavra organı sağlamanın temelini oluşturmaktadır.

Beyin ölümü olan hasta, sağlıklı iken aydınlatılmış onay vermemiş ise, vasilerinin onay alma zorunluluğu vardır. Ancak onay elde edilme oranı, toplumun bu konuda hangi oranda eğitilmiş olduğuna bağlıdır. Çeşitli çalışmalar onay oranının eğitimi yüksek kesimlerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu konuda dini inancında önemli rolü vardır. İslamiyette hayat yüce yaratıcının bağışladığı bir hediye olduğu için kutsaldır ve özenle korunmalıdır. Bu nedenle hastalıkların tedavisi yalnızca bir hak değil, aynı zamanda bir zorunluluktur. Yeni tedavi uygulamaları insanın kutsiyeti ve daha mükemmele doğru gelişmesi göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Bu açılardan ele alındığında, başka bir tedavi şansının bulunmadığı durumlarda organ nakli yapılabilir. Eğer canlı verici kullanılacak ise, bunun vericiye hiçbir zararı olmamalıdır ve verici bağışı kendi rızası ile yapmalıdır. Bağışta maddi menfaat asla kabul edilemez. Ölen kişi bağış yapmamış olsa dahi, durumu acil olan bir hastaya nakdedilmek kaydı ile organları alınabilir. Bu asla ölüyü küçük düşürücü değildir; tam tersine paylaşma ve bağışlama içerdiği için yüceltici (9). Estetik amaçlı organ ve doku nakilleri ise, yaratıcının eserine müdahale

sayıldığı için kabul edilemez (10).

Beyin ölümü kavramı ile dolaylı ilişkisi olan diğer konu anensefalik bebeklerin organlarının, ailelerinin rızası ile kullanılmasıdır. Bu bebeklerin yaşama şansı bulunmadığı için, organ kaynağı olarak kullanılmasını savunan transplantasyon grupları mevcuttur (11). Ancak anensefalik bebeler, organları uygun koşullarda alabilmek için, doğar doğmaz yapay solunum aygıtına bağlanmaktadır. Buna karşılık tanımlanan beyin ölümü kriterlerini saptayabilmek, santral sinir sisteminin gelişimi kusurlu olduğu için mümkün değildir (12). Bu nedenle, organların alınabilmesi için yapay solunum durdurulması; ötanazi kapsamına girmektedir. Geniş içeriği nedeni ile, başlı başına bir tartışma konusu olabilecek ötanazi ise, genel bir ifade ile benimsenmiş tıbbi ahlaka aykırıdır (13) ve bu yolla sağlanabilecek organların transplantasyon için kullanılması kabul edilemez.

Elde edilen kısıtlı sayıdaki organın hastalara dağıtımında izlenecek ilkeler konusunda da pek çok tartışma vardır. Hastanın yaşı, eşlik eden diğer hastalıkların varlığı bu konuda karar verirken elbette göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak bu açılardan birbirine benzer birden fazla hasta ve buna karşılık yalnızca bir organ söz konusu ise, bu kime takılacaktır? Veya örneğin herhangi bir hastalıktan dolayı üç organında değişmesi gereken bir hastaya üç organ kullanmak yerine, üç ayrı hastaya bu organları pay etmek daha mı doğru olur Ya da örneğin takılan böbreğin red olduğu bir hastaya ikinci böbrek takılmalı mı, yoksa bir başka hastaya mı şans verilmeli? Soruna rasyonalist açıdan yaklaşımlar, önemi kendilerince en fazla olan bir özelliği referans kabul ederek, seçim yapmaya çalışmışlardır. Örneğin en fazla yarar sağlama, en istekli olma, topluma en fazla katkıda bulunma, daha fazla kişiye karşı sorumluluk taşıma gibi değişik pek çok özellik, en önemli referans olarak ileri sürülmüştür. Herhangi bir referans diğerlerinden daha fazla önem vermekte güçlük çekenler ise, rastgele seçim yapılmasını savunmuşlardır. Dağıtımda adalet ilkesini savunanlar; nakledilen organın fonksiyon süresinin ve sağlayacağı yaşam kalitesinin, ya da hangi hastada daha fazla yaşam kurtarıcı olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini ileri sürmüşlerdir (14). Konu ile ilgili literatürde, daha pek çok yaklaşım biçimi bulmak mümkündür.

Sonuç olarak, her çağda insanoğlu ilerleme ve yeni gelişmeler; yerleşik inançları zorladığı, farklı değer yargıları yarattığı zaman bundan ürkmüş ve tedirgin olmuştur. Günümüzde başdöndürücü bir hızla gelişen tıp ve onun bireyi, evlilik ve aile gibi toplumsal kurumları doğrudan etkileyen sonuçlarının neden olduğu farklı ahlaki kavramlar, henüz ne toplum, ne de hekimler tarafından tam anlamı ile özümsebilmiş değildir (15). Pek çok insan bu tedirginlikle herşeyin daha basit gözüktüğü geçmişe olan özlemlerini dile getirmekle birlikte, böylesi bir dönüş artık söz konusu değildir. Yapılması gereken geçmişten kalan değerli birikimleri korumak; geçmişin öngöremediği günümüz sorunlarına ise, mümkün olan en iyi çözümleri bulmaktır.

KAYNAKLAR

1. American College of Physicians. Ethical Manual. Part I.:History, The patient; Other physicians. ANN INTERN MED 111:245-52, 1989.
2. World Medical Association Declaration of Helsinki. Hong Kong, 1989.
3. American College of Physicians. Ethical Manual. Part II.: The physicians and Society; Research; Life-Sustaining Treatment; Other Issues. ANN INTERN MED 111:327-35, 1989.
4. Diethelm AG. Ethical decisions in the history of organ transplantation. ANNSURG 211: 505-20, 1990.
5. Thiagarajan CM, ve ark. The practice of unconventional renal transplantation at a single center in India. TRANS PROC 22:912-14, 1990.
6. Abouna GM, ve ark. Commercialization in Human Organs: A middle Eastern Perspective. TRANS POC 22:918-202,1990.
7. Younger SJ, ve ark. Brain death and organ retrieval. JAMA 261:2205-10, 1989.
8. Villers JC. Pitfalls and problems in the diagnosis of cerebral death. Prog NEUROL SURG 13:180-202, 1990.
9. Sahin AF. Islamic transplantation ethics. TRANS PROC 22:939, 1990.
10. Kervanci M. Organ transplantation in Islam. Document of Turkish Embassy in Belgium.
11. Spital A. Locked in dialysis; Turning the transplant key. SEMIN DIALYSIS 4:265-72, 1991.
12. Committee on Bioethics. Infants with anencephaly as Organ sources: Ethical Considerations. PEDIATRICS 89:1116-9, 1992.
13. Heintz APM. Euthanasia in gynaecological oncology. BR J OBSTET GYNEC 99:941-5, 1992.
14. Halasz NA. Medicine and ethics: How to allocate transplantable organs. TRANSPLANTATION 52:43-46, 1991.
15. Eser A. Legal aspects of bioethics. Proceedings of the first symposium of the council of Europe on bioethics. Strasburg, 1989.