

# Açlık ve Açlık Grevlerinin Klinik, Etik ve Hukuki Açından Değerlendirilmesi

Gürcan ALTUN, Betül UĞUR ALTUN

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Teşkilatı (FAO) tarafından aralık ayında yayınlanan ilk değerlendirme raporuna göre; 2008 yılında 40 milyon kişinin daha eklenmesiyle, dünya üzerinde açlık sınırında yaşayan insan sayısının 963 milyona ulaştığı belirtilmiştir. Bu artışta, özellikle yiyecek fiyatlarındaki aşırı artışın etkisi olduğu açıklanmıştır. Devam eden ekonomik ve mali krizin çok daha fazla insanı açlık ve yoksulluğa itebileceği uyarısında bulunulmuştur. Gelişmekte olan ülkelerdeki milyonlarca insan için, sağlıklı ve etkin bir yaşam sürdürebilmek için, gerekli günlük asgari yiyeceği tüketmek uzak bir rüya olarak görülmektedir.<sup>1</sup>

## I. Açlıkta Organizmadaki Değişimler

Açlık dünyada azımsanmayacak bir grubu etkilemektedir ve birçok organik, psikolojik ve sosyal nedeni bulunmaktadır. Anoreksia nervosa, diabetes mellitus, mide barsak sistemi hastalıkları, koma durumu, kronik depresyon, malnütrisyon, yoksulluk, kutluk, savaşlar ve protesto amaçlı açlık dünyayı sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. Açlık; vitamin, mineral, gıda ve enerjinin şiddetli azaldığı bir durumdur. Malnütrisyonun abartılı hali olarak tanımlamak da mümkündür. Açlık sürecindeki değişimleri insanlar üzerinde takip etmek güçtür ve standart evre geçişleri izlenmeyebilir. Kişinin açlığa yanıtını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; yaş, açlık öncesi kilo, açlık öncesi yağ dokusu, karaciğer ve renal fonksiyon durumu, kardiyak performans ve ek hastalıklar olarak sıralanabilir. Örneğin, obezlerde daha fazla enerji yedeği bulunur; ancak kardiyovasküler performans daha düşüktür. Bu nedenle açlığa tahammül açısından, fazla yağ dokusu dezavantaj haline gelebilir. Vücut nitrojenin %30-50'sinin kaybı yaşamla bağdaşmamaktadır. 74 kg ağırlığında bir kişi teorik olarak yağ dokusu 3 kg'a ve protein miktarı %50'ye düşünceye kadar yaşayabilir.<sup>2</sup>

Normal bir insanda günlük enerji harcamalarının büyük bir kısmı bazal metabolizma içindir. Bu 70 kg'lık kadında 1400 kkal, erkekte 1600 kkal civarındadır. Vücutta enerji, glikojen, protein ve yağ olarak depolanır (Tablo 1). Açlık başlayınca ilk önce glikojen depoları mobilize olur ve yaklaşık 24 saatte boşalır. Yağ dokusu enerji deposunun en önemli kaynağıdır ve glikojenin ardından uzun dönemli kaynak olarak kullanılır. 1 gr saf trigliserid 9 kkal, yağ dokusu 7 kkal, protein 4 kkal, glukoz 4 kkal enerji verir. Açlığın bütün dönemlerinde amaç kan glukoz düzeyini 50 mg/dl dolaylarında tutabilmektir.

## II. Açlığın Evrelendirilmesi

Komplikasyonların anlaşılması, mortalitenin/morbiditenin değerlendirilmesi ve tedavi protokolünün hazırlanması açısından hastanın hangi evrede olduğu bilinmelidir.<sup>3</sup>

**Tablo 1: Vücutun enerji depoları**

	Yaklaşık miktar (kg)	Enerji içeriği (kkal)
Yağ dokusu	15	141 000
Protein	12	48 000
Glukojen (kas)	0.5	2 000
Glukojen (karaciğer)	0.2	800
Glukoz	0.02	80
Toplam		191 880

**a) Emilim sonrası (postabsorbif dönem) dönem (5-6 saat):** İskelet kası, beyin, böbrek gibi dokular için glikoz birincil kaynaktır.

**b) Erken açlık (1-7 gün):** Yağ asitlerinin, kas ve böbrek için enerji kaynağı olarak önemi artar. Beyin glikozun yerine yakıt olarak keton cisimcikleri kullanmaya başlar. Hepatik glikojen depoları boşalmıştır. Glikoz birincil olarak, aminoasit ve gliserolden glukoneogenez ile üretilir.

**c) Devam eden ara dönem açlık (1-3 hafta):** Yağ asitleri ve keton cisimcikleri kas ve böbrekler için baskın kaynaklardır. Beyin için keton cisimcikleri glikozdan daha önemli konuma gelir. Yağ dokusu lipolizi ve hepatik ketogenez artar. Glikoz hem hepatik hem de renal glukoneogenez ile üretilir.

**d) Uzamış açlık (> 3 hafta):** Kas ve böbrekler için başlıca enerji kaynağı yağ asitleri ve keton cisimcikleridir. Beyinde glukoz kullanımının yerini keton cisimciği kullanımı almıştır. Yağ dokusu trigliseridleri başlıca enerji kaynağıdır. Kas proteolizi ve hepatik glukoneogenez çok azalır.

Açlık sürecindeki hastayı ilk 24 saat, ilk 72 saat ve sonrası dönemdeki hasta da olarak tanımlayabiliriz. Hatta kısa açlığı 72 saat altı, uzun açlığı 72 saat üstü olarak tanımlamak ve 72 saatin kritik önemini vurgulamak değerlidir.<sup>2</sup>

- **İlk 24 saat:** Karaciğerdeki glikojen depoları kısa süreli (24-48 saat için) kullanılır. Kaslardaki glikojen, sadece kas dokusuna glikoz sağlar.<sup>4</sup> 6-12 saatlik açlıkta insülin düzeyi düşmeye başlar. Kontr-insülinler sistem aktive olur ve kan glikozunu yükseltmek için glukoneogenez (karaciğer ve böbrekte) uyarır. Bu nedenle karaciğer ve böbrek fonksiyonları ve bunlara ait hastalık öyküleri dayanıklılıkta etkilidir. İnsülinin düşmesi ile çevresel dokularda glikoz kullanımını azalır ve sadece glikozu kullanabilen santral sinir sistemine kaynak ayrılmış olur.<sup>1,2</sup>
- **İlk 72 saat:** Beyin, renal medulla ve eritrositler öncelikli olarak glikoz kullanılır.<sup>4</sup> Çevre dokular enerji kaynağı olarak glikoz yerine yağ asidini kullanır. Glikojen depoları boşaldığında çevresel dokulara ait proteinler yıkılmaya başlar. Fizik muayenede belirgin bir özellik bulunmaz.
- **72 saatten sonrası:** İlk 72 saatte karaciğer ve kaslardaki glikojen depoları boşalmıştır. Glikoz sentezi öncelikle yağ asitlerinden ve sonra proteinden sağlanır. Bu dönem; yeterli sıvı (1.5 lt/gün) ve bir miktar elektrolit (1.5 g tuz) alan kişiler için değerlendirilebilir. Çünkü sıvı alımı yok ise dehidratasyon nedeniyle kişi birkaç günde kaybedilir, yeterli sıvı ve elektrolit alımında kişi birkaç ay yaşayabilir.<sup>2,3</sup>

### III. Klinik Tablo

Erken dönemde hipoglisemiye sempatik sistem cevabı ile kan basıncı normal, hatta yüksek olabilir ve taşikardi gelişebilir. Açlık ilerledikçe kan basıncı düşer, nabız yavaşlar, kardiyak pompa gücü ve atım hacmi azalır. Öncesinde kardiyak sorunu olmayanlarda bile uzun açlıkta; kapak fonksiyon bozukluğu, perikardial efüzyon, QT uzaması, ventriküler fibrilasyon ve ani kalp ölümü gelişebilir.<sup>5,6</sup> Hipotermi başlar. Hem kas hem de yağ dokusu (subkutan ve viseral) kaybı nedeniyle ekstermite, yüz, toraks ve abdomende zayıflık belirgindir. İlk hafta genellikle %5-10 kilo kaybı olur. Sonra bu kayıp devam eder ve %35-50'lere kadar varabilir. Deri soğuk, soluk ve kurudur. Derinin turgor ve tonusu çok azalır. Elastikiyet kaybı nedeniyle deri kıvrımlar yapar ve kişi olduğundan daha yaşlı olarak görünür. Gode bırakmayan hafif bir ödem de gelişebilir. Böbrek fonksiyonları yavaşlar. Böbreğe gelen kan miktarı ve kreatin klirensi azalmaya başlar. Yeterli sıvı alınmaz ise dehidratasyona ait bulgular şiddetlenir. Hipovoleminin, aldosteronu sekonder uyarması ile su ve sodyum reabsorpsiyonu sağlanmaya çalışılırken, potasyum kaybı belirginleşir. Bir yandan da volüm azalması ile antiüretik hormon ve atrial natriüretik peptid uyarılır ve natriürezis ile sodyum kaybı belirginleşir. Kişi susuzluk hissini kaybeder. Albümin, hem alım azalması ile hem de bir akut faz negatif reaktanı olması nedeni ile düşer. Ödeme neden olabilir. Sistemlerde atrofiler başlar. Gastrointestinal sistem, lenfatik sistem ve pankreasta atrofiler başlar. Açlık hissi ve karın ağrıları kaybolur. Hem hücrel hem de hümmoral immünite bozulur ve infeksiyonlara duyarlılık artar, vücut direnci azalır, sepsis tablosu gelişebilir.<sup>2,3,6</sup>

Nörolojik sisteme ait bulgular ortaya çıkar. Genel anlamda bilinç son ana kadar korunsa da, kişilik, hafıza ve duygulanım değişiklikleri sıktır. Konuşma, görme, duyma ve koku alma fonksiyon bozuklukları ilk haftalardan sonra başlar, nistagmus gelişebilir. Ardından konfüzyon ve komaya kadar değişen ağır tablolar görülür.

### IV. Tedavi

Tedavide açlığın altta yatan nedeni, saptandığı evresi, ek hastalık varlığı, bu süreçte alınabilmiş gıda özellikleri belirleyici olmaktadır. Mutlak enerji yoksunluğu ile yetersiz enerji alınırken, tedavi ve yaklaşımlar farklı olmaktadır. Örneğin, ideal kilosunun %30'undan fazlasının kaybetmiş bir anoreksia nevroza hastası hızlı beslenirse hipofosfatemi, kardiyak arrest ve deliryum gelişebilir. Sadece sıvı ve elektrolit alınan açlıklarda, kalorisi yüksek yeniden beslenme B1 vitamini eksikliğini derinleştirmekte ve Wernicke-Korsakoff Sendromuna (WKS) yol açmaktadır. Bu hastalarda yeniden beslenme sendromu olarak adlandırılan ve ölümlerle sonlanabilen bir tablo ortaya çıkabilir.<sup>2,3</sup>

#### a) Yeniden beslenme sendromu (Refeeding syndrome)

Refeeding sendromu şiddetli malnütrisyon ve açlığın ardından hızlı beslenme ile ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden kardiyovasküler, pulmoner, hepatik, renal, nöromusküler, metabolik, ve hematolojik özellikleri olan ağır bir tablodur.<sup>7,8</sup> Beslenmeye alınan her hastada görülmez ama; özellikle dikkatli olunması, yeniden beslenmeye alınmadan risklerin belirlenmesi gerekir (Tablo 2).<sup>8</sup>

Yeniden beslenmede sorun karbonhidratın alınması ile başlamaktadır. Glikozun yükselmesi ile insülin yükselir. Glikozun hücre içine girişi ile birlikte fosfat, magnezyum ve potasyum da yer değiştirir. Karbonhidratların hızlı alımı ile su ve sodyum atılımı azalır. Ekstrasellüler sıvı kompartmanı artar, ödem ve yüklenme gözlenir. Hipofosfatemi (<1.5 mg/dl) bu sendromda

**Tablo 2: Yeniden beslenme sendromu için risk faktörleri (VKİ: Vücut kitle indeksi)**

En az bir risk faktörünün bulunması	En az iki risk faktörünün bulunması
VKİ <16	VKİ < 18,5
Vücut ağırlığında %15'den fazla kayıp	Vücut ağırlığında %10–15 kayıp
10 günü aşan açlık	5-10 gün arası açlık
Plazma potasyum, magnezyum, fosfor düzeyinin düşük olması	Alkolizm, insülin, kemoterapötik, diüretik kullanım öyküsü

karakteristiktir ve kardiyak aritmilere, kalp yetersizliğine, rabdomyolize ve konfüzyona yol açar. Şiddetli hipokalemi (< 2.5 mEq/L) paralizi, ağır solunum sıkıntısı, aritmilere neden olur. Orta-ağır hipomagnezemi (<1 mg/dl), elektrokardiografik değişiklikler, tetani, konvülsiyon ve nöbetle sonuçlanabilir. Ayrıca karbonhidratın hızlı alımı ile B1 vitamini eksikliğinde Wernicke Ensefalopatisi (WE) tablosu oluşur.<sup>7,8</sup>

## b) B1 vitamini (Tiamin) eksikliği

Vitamin B1, suda çözünen esansiyel bir vitamindir. Vücutta depolanmaz, günlük alınması gerekir. Tahıllarda bol miktarda bulunduğu için günlük tüketilen ekmek ihtiyacı karşılar. Bu nedenle eksikliği sık saptanmaz. Eksikliğinde, membranların osmotik gradientleri bozulur, intra ve ekstrasellüler ödem gelişir. Hastalara B1 vitamini verilmesiyle ödem azalır ve onarım değişiklikleri başlar. Karbonhidrattan zengin diyetle beslenmede B1 vitamini ihtiyacı artar. B1 vitamini alımının kısıtlı olduğu durumlarda, glikozdan zengin beslenme az miktardaki B1 vitaminini de tükettireceği için, WE kliniğinin ortaya çıkmasına ya da ağırlaşmasına yol açar. Uzun açlıktan sonraki tedavi dönemlerinde bu bilgi göz önüne alınmalıdır. Profilaktik amaçlı B1 vitamini parenteral infüzyon ile verilmez (250 mg/gün). Eksikliği bilinen olgularda tedavi dozu (3x500 mg/gün) çok daha yüksektir.<sup>9,10</sup>

B1 vitaminin akut yetersizliğinde WE, kronik yetersizliğinde Beriberi hastalığı oluşur. WE, bilinç değişiklikleri, oftalmoparezi, nistagmus ve ataksi ile karakterize bir tablodur. Çoğunlukla ani ortaya çıkar. Tablonun tüm parametrelerinin tamamlanması beklenmez. En fazla görülen bulgu nistagmustur. İkinci sıklıkta görülen bulgu lateral rektus paralizisidir, diplopiye neden olur. Ataksi, üçüncü sıklıkla ortaya çıkan bulgudur. Akut dönemde gövde ataksisi nedeniyle desteksiz oturamama ve yürüme zorlukları olur. Hastalar, dengelerini sağlayabilmek için ayaklarını açarlar. Apati, durgunluk, dikkat ve ilgide azalma, oryantasyon, konsantrasyon ve algı bozuklukları siktir. Hastalarda uykuya eğilim mevcuttur. Tanı konulmadığı ve uygun tedaviye başlanmadığı durumlarda uykuya eğilim giderek artar, birkaç hafta içinde stupor, koma ve ölümle sonuçlanabilir.<sup>10-12</sup>

Korsakoff psikoza, kayıt belleğinin belirgin derecede etkilendiği bir mental bozukluktur. WKS ise, WE ile öğrenme ve bellek bozukluğunun beraber olduğu semptom kompleksidir. Bu sendrom kronik alkol kullanımı, yoğun bakımda yetersiz beslenme, enteral beslenmenin organik/psikolojik nedenler ile durması, gastrointestinal cerrahi uygulamalar, aşırı kusma, diyare, sistemik hastalıklar (AIDS, kanser, renal hastalıklar, ağır tirotoksikoz, Crohn gibi), kemoterapötik ilaç kullanımı ve B1 vitaminini tüketen ilaçların kullanılması ile oluşabilir. Kronik alkol kullanımında, B1 vitamininin emilimi, karaciğere aktif transportu ve depolanması azalır.<sup>10-12</sup>

## c) Yeniden beslemede risklerin belirlenmesi

Hastalarda riskin belirlenmesi çok önemlidir (Tablo 2) (8). Vücut ağırlığının %10'dan fazlasını kaybeden veya ideal vücut ağırlığının %70'inin altında olan hastalar yeniden beslenme sendromu açısından büyük risk altındadırlar. Bu sendromu engelleyecek üstünlüğü kesinleştirilmiş tek bir reçete bulunmamaktadır. “*Düşük başla ve yavaş devam et*” kuralı önerilmektedir.<sup>7</sup>

Öncelikle elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi planlanmalıdır. Günlük en fazla 1 litre sıvı ile başlanmalıdır. Riskli hastalarda sodyum kısıtlaması ve dikkatli sıvı verilmesi ile kardiyovasküler yüklenme riski azaltılır. Hastanın renal ve kardiyak performansı mutlaka takibe alınmalıdır. Gıda alımı “diyabetik diyet benzeri” olmalı ve sınırlı karbonhidrat oranı hesaplanmalıdır. Günlük kalori ihtiyacının en fazla yarısı veya en fazla 20 kkal/kg/gün ile beslenmeye başlanmalıdır. 1-1.5 g/kg/gün protein alımı sağlanmalıdır. Elektrolit düzeyleri stabil ve normal değerlerde olduğunda, 2-3 günde bir 200 kkal değerinde kalori artımı yapılmalıdır. Kilo takibinde sıvı yüklenmesi olabileceği de göz önünde tutulmalıdır. Beslenmede içerikleri sabit veya değiştirilebilir enteral ve parenteral solüsyonlar kullanılabilir. Beslenme, günlük kilo alımı 200 gr'ın altında olacak şekilde planlanmalıdır.<sup>7</sup>

## Açlık Grevleri

Açlığın nedenleri arasında olan gönüllü açlık eylemleri, kamuoyunun yoğun olarak dikkatini çekmesi ve dramatik sonuçları ile ayrı bir öneme sahiptir. Süresi önceden belirlenmiş olan açlık grevleri, genellikle birkaç günden, birkaç haftaya değişen sürelerde ve tekrarlayan sayılarda yapılabilmektedir. Belirli bir süre ile kısıtlanmamış açlık grevi şekline ölüm orucu adı verilir. Günlük belirli miktarlarda su, tuz ve şeker alımı ile ölene kadar eylemini devam ettirme temeline dayanır. Bu süreç, ülkemizde de birçok kez tanık olduğumuz gibi, kalıcı hastalıklarla ya da ölümle sonlanabilmektedir.

İlk kez 1970'li yılların sonunda İrlanda'da IRA tutukluları tarafından gerçekleştirilmiştir. 1981 yılında cezaevinde 10 IRA taraftarının ölümü açlık grevine bağlı ilk ölümler olarak geçmektedir.<sup>13</sup> Ülkemizde geçmişte yapılan açlık grevi/ölüm oruçları, 1982 yılında 4, 1984 yılında 6 ve 1996 yılında 12 kişinin yaşamını yitirmesine neden olmuştur.<sup>6</sup> Ayrıca, 2000–2007 yılları arasında, “F tipi” adı verilen ve mimari olarak tecridi öngören cezaevlerinin kapatılması veya tecrit modelinin ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilmiş ölüm orucu eylemleri süreci; 48 kişisi cezaevinde, 13 kişisi tahliye olduktan sonra, 7 kişisi de destekçilerden olmak üzere toplam 68 insanın ölümü ile sonuçlanmıştır.<sup>14</sup>

Dünya Hekimler Birliği'nin açlık grevcileri hakkındaki Malta Bildirgesi'nde (1991 tarihli) açlık grevcisi; “*zihinsel olarak ehliyetli, açlık grevine kendi iradesiyle karar vermiş, bu nedenle belirli bir zaman için yiyecek velveya sıvı almayı reddeden kişidir*” şeklinde tanımlanmıştır.<sup>15</sup> Malta Bildirgesi, açlık grevcilerinin takip ve tedavisi ile uğraşan hekimlere yol gösterici, anayasa niteliğinde bir belgedir. Yeniden gözden geçirilmiş hali ile Malta Bildirgesi şöyledir:<sup>16</sup>

## Giriş

Çok çeşitli koşullarda yapılabilen açlık grevleri özellikle cezaevi, tutukevi ve göçmen kampı gibi insanların alıkonulduğu yerlerde önemli ikilemlere yol açar. Açlık grevi, çoğunlukla, isteklerini elde etmek için başka hiçbir seçeneği olmayan insanlar tarafından yapılan bir protesto biçimidir. Grevciler, belirgin bir zaman için beslenmeyi reddederek yetkililer üzerinde

negatif bir propaganda oluşturup belirli kazanımlar elde etmeyi umarlar. Kısa süreli ya da sahte açlık grevleri nadiren etik sorunlara yol açar. Gerçek ve uzamış açlık; grevciler için ölüm veya kalıcı zarar riski, hekimler için değerler çatışması oluşturabilir. Açlık grevcileri genellikle ölmek istemez; ancak bazı açlık grevleri hedeflere ulaşabilmek için bu tarzda hazırlanmış olabilir. Özellikle toplu grevlerde veya diğer grevcilerin baskısının etkili olabileceği durumlarda kişilerin gerçek niyetleri hekimler için çok önemlidir. Yaşama döndürülmeyi önceden açık bir biçimde reddetmiş olan bir grevcinin bilinci bozulduğunda etik bir ikilem ortaya çıkar. Hastanın yararına davranmak ilkesi hekimi grevciyi yaşama döndürmeye sevk eder. Fakat geçerli ve bilgilendirilmiş reddetmenin varlığı ise bireysel özerkliğe saygı ilkesi gereği hekimleri müdahaleden alıkoyar. Gözaltı koşullarındaki açlık grevlerinde ise grevcinin ileriye yönelik açıklamalarını gönüllü ve grevin sonuçları konusunda tam bilgilendirilmiş olarak yapıp yapmadığı her zaman net değildir. Bu bildirge benzer durumlarda hekimlere yol göstermek için hazırlanmıştır.

## I. İlkeler

- a. **Etik davranmak:** Tedavi etmeseler bile savunmasız insanlarla profesyonel temasta tüm hekimler tıbbi etik kurallarına uymak zorundadır. Hekimler gözaltına alınanların baskı veya kötü muamele görmesini önlemeye çalışmalıdır; eğer böyle bir durum ortaya çıkarsa protesto etmelidir.
- b. **Özerkliğe saygı:** Hekimler kişisel özerkliğe saygı göstermelidir. Ancak açlık grevcisinin gerçek isteklerinin görüldüğü kadar net olmadığı durumlarda daha ciddi değerlendirmeler gerekebilir. Tehdit, yandaş baskısı veya zor kullanımı ile gönülsüz verilen kararlar bağlayıcı değildir. Açlık grevcileri zorla tedavi edilmeye çalışılmamalıdır. Geçerli ve bilgilendirilmiş ret söz konusu olduğu halde zorla besleme yersizdir. Grevcinin açık veya örtülü izni ile suni besleme ise etik bir davranıştır.
- c. **Yarar ve zarar:** Hekimler tüm bilgi ve becerilerini tedavisini üstlendikleri kişilerin yararına kullanmalıdır. Buradaki yararlılık; “zarar verme” veya “önce zarar verme” ile uyumlu bir yararlılıktır. Bu iki kavramın dengede olması gerekir. Yararlı olmak, bireylerin iyiliğini istemenin yanı sıra isteklerine saygı göstermeyi de içerir. Zarar vermeme ise sadece kişinin zarar görmemesini ya da en az zarar ile kurtulmasını sağlamak değil, aynı zamanda zihinsel açıdan yetkin insanları zorla tedavi etmemek, açlık grevini sonlandırmaya zorlamamak anlamına gelir. Yararlı olmak, diğer değerlere bakmaksızın, ne pahasına olursa olsun yaşatmak demek değildir.
- d. **İki yönlü sorumluluk:** Açlık grevcileriyle ilgilenen hekimler, cezaevi yönetimi ve benzeri bir otoriteye karşı sorumlulukları ile hastalarına karşı sorumlulukları arasında da bir ikilem yaşayabilirler. İki taraflı sorumluluk içinde olan hekimler diğer hekimler gibi öncelikle hastalarına karşı sorumludurlar.
- e. **Bağımsız karar verme:** Hekim, değerlendirmelerinde tarafsız olmalı; üçüncü kişilerin, kararlarını etkilemesine, gereksiz girişimler gibi etik dışı uygulamalar için baskı yapmasına izin vermemelidir.
- f. **Gizlilik:** Gizlilik güven oluşturmada çok önemlidir. Üçüncü kişilere ciddi zararı önlemek için gerekli olmadıkça veya onların izni olmadıkça açlık grevcisinin mahremiyetine saygı göstermek gerekir. Eğer grevcinin izni olursa akrabaları ve yasal temsilcileri durumdan haberdar edilebilir.
- g. **Güven:** Hekim ve açlık grevcisi arasında gelişen güven, hem grevcinin haklarına saygı gösterilmesinde, hem de oluşacak zararı en aza indirmede çok önemlidir. Güven gelişimi pek çok önemli sorunun çözümünde yararlı olabilir. Güven gelişiminde; hekimin yapabi-

lecekleri ve yapamayacakları konusunda açık sözlü olması, doğru önerilerde bulunması ve hangi durumlarda sıvı saklayamayacağını açıkça ifade etmesi çok önemlidir.

## II. Açlık Grevcilerine Yaklaşım Kılavuzu

- a. Hekim grevcinin zihinsel kapasitesini iyi değerlendirebilmeli, greve niyetlenen kişinin kendi sağlığı ile ilgili doğru karar alma yeteneğini ciddi şekilde zayıflatacak zihinsel bir problemi olup olmadığını anlayabilmelidir. Zihinsel işlevleri ciddi şekilde bozulmuş kişiler açlık grevcisi olamaz. Onların, sağlıklarını daha da kötüleştirecek bir açlık grevine değil tedaviye ihtiyaçları vardır.
- b. Hekim, açlık grevine niyetlenen kişinin ayrıntılı ve doğru tıbbi öyküsünü mümkün olan bildiğince erken almalıdır. Mevcut sağlık problemleri kişiye açıklanmalıdır. Hekim, grevcinin uzun süre aç kalmanın yol açabileceği sağlık sorunlarını anladığından emin olmalı ve bu sorunlar hakkında onu açık bir dille uyarmalıdır. Hekim, olası sağlık sorunlarının sıvı alımının artırılması ve benzeri uygulamalarla nasıl azaltılabileceği veya geciktirilebileceği konusunda da grevciyi bilgilendirmelidir. Açlık grevine ilişkin karar yaşamsal olabileceğinden; hastanın uzun süreli açlığın tıbbi sonuçlarını çok iyi anlaması önemlidir. Bilgilendirilmiş onam uygulamalarında olduğu gibi, hekim hastanın bilgilendirmeyi anladığından emin olmalı ve anladığını tekrar etmesini istemelidir.
- c. Greve başladığında açlık grevcisinin tam bir fizik muayenesi yapılmalıdır. Hekim, açlıkla ilgisi olmayanlar da dâhil sağlık problemleri ortaya çıktığında ne yapılacağı konusunda grevci ile konuşmalıdır. Ayrıca, kişinin değerleri ve uzamış açlık halinde tıbbi tedavi hakkındaki istekleri kaydedilmelidir.
- d. Açlık grevcileri bazen damar yoluyla tuzlu su verilmesini veya başka tıbbi tedavileri kabul eder. Grevcinin bazı tedavileri reddetmesi, enfeksiyon veya ağrı tedavisi gibi hastaya verilmesi gereken diğer tedavileri de reddedeceği şeklinde bir önyargı oluşturmamalıdır.
- e. Hekim, grevciyle, tutuklular dahil diğer kişilerin duymayacağı koşullarda gizlilik kurallarına uygun şekilde konuşmalıdır. Açık iletişim çok önemlidir. Gerektiğinde, gizliliğe saygı konusunda uyarılmış, adli makamlara bağlı olmayan çevirmenlerden yararlanılmalıdır.
- f. Hekim, grevcinin beslenmeyi veya tedaviyi gönüllü olarak reddettiğinden emin olmalıdır. Hekim; diğer grevcilerden, yetkililerden veya aile üyelerinden gelebilecek baskı ve zorlamalardan grevcinin korunmasında etkili olabilir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları açlık grevinin kırılması için grevciye baskı uygulayamaz. Grevcinin tedavi ya da bakımı için açlık grevine son vermesi şart koşulamaz.
- g. Eğer hekim, vicdani sebeplerden ötürü grevcinin tedavi veya suni beslemeyi reddetmesini onaylamıyorsa, bunu baştan açıkça belirtmeli ve grevcinin başka bir hekim tarafından takip edilmesini sağlamalıdır.
- h. Hekim ve grevci arasındaki iletişimin devamlılığı önemlidir. Hekim, grevciyi her gün kontrol etmeli, greve devam etmek isteyip istemediğini, bilinç kaybı geliştiğinde ne yapılmasını istediğini sormalı ve aldığı yanıtları kaydetmelidir.
- i. Hekim takibe başladığında, grevci zihinsel yeterliliğini çoktan yitirmiş olabilir. Bu durumda tıbbi müdahale konusunda kişinin isteklerini tartışma olanağı yoktur. Grevci tarafından belirtilmiş ileriye yönelik her talimat dikkate alınmalı, gönüllü olarak alınmış ileriye yönelik tedavi reddi isteğine saygı gösterilmelidir. İleriye yönelik kararların gözaltı koşullarında, baskı altında alınmış olabileceği de unutulmamalıdır. Grevcinin isteği konusunda kuşkuya düşüldüğünde, her talimat büyük bir dikkat ile değerlendirilmelidir. İyi bilgilendirilmiş ve gönüllü olarak yapılmış ileri talimatlar, ancak greve başlanmasına ve o talimatların verilmesine neden olan koşullar değiştiğinde göz ardı edilebilir.

- j. Grevciyle tartışma olanağı ve ileri talimat yok ise, hekim kişinin iyiliğine olduğunu düşündüğü şekilde hareket etmelidir. Bu, grevcinin bedensel sağlığı kadar isteklerinin, kişisel ve kültürel değerlerinin de göz önünde tutulması anlamına gelir. Hekim, grevcinin istekleri konusunda bir bilgi yoksa üçüncü kişilerin etkisinde kalmadan ne yapılması gerektiğine karar vermelidir.
- k. Hekim, grevcinin ileriye yönelik talimatının, onun gerçek arzusunu yansıtmayabileceğini, ret kararının baskı altında alınmış olabileceğini de göz önünde bulundurmalıdır. Yaşama döndürülmüş ve zihinsel melekelerini yeniden kazanmış grevciler tekrar grevi sürdürmek isterlerse hekim bu karara saygı duymalıdır. Kararlı açlık grevcisine bilinci kapandığında isteği dışında tekrarlayan müdahalelerde bulunmaktansa onuruyla ölmesine izin vermek etik bir davranıştır.
- l. Suni beslemeyi kabul eden zihinsel olarak yeterli grevciler ile suni beslemeyi reddettiğine dair ileriye yönelik bir talimat bırakmamış zihinsel açıdan yetersiz grevcilerin suni beslenmesi etik kabul edilebilir.
- m. Zorla besleme asla etik olarak kabul edilemez. Kişinin yararına olduğu düşünülse bile; tehdit, zorlama, güç kullanımı veya fiziksel kısıtlamalarla besleme insanlık dışı ve onur kırıcı bir tedavi biçimidir. Grevcileri eyleme son vermeye zorlamak için bazı grevcilerin zorla beslenmesi de kabul edilemez bir durumdur.

Ülkemizdeki yasal düzenlemelere bakıldığında, Türk Ceza Yasası'nın "*hak kullanımını ve beslenmeyi engelleme*" başlıklı 298. maddesi gereğince; hükümlü ve tutukluların açlık grevine veya ölüm orucuna teşvik veya ikna edilmeleri ya da bu yolda kendilerine talimat verilmesi beslenmenin engellenmesi olarak değerlendirilmiş ve cezalandırmayı gerektirdiği belirtilmiştir.<sup>17</sup>

### III. Yasal Boyut

Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Yasa'nın (No: 5275, Kabul tarihi: 13.12.2004) 82. maddesi, "*hükümlünün kendisine verilen yiyecek ve içecekleri reddetmesi*" başlığında şu biçimde düzenlenmiştir.<sup>18</sup>

1. Hükümlüler, hangi nedenle olursa olsun, kendilerine verilen yiyecek ve içecekleri sürekli olarak reddettikleri takdirde; bu hareketlerinin kötü sonuçları ile bırakacağı bedensel ve ruhsal hasarlar konusunda ceza infaz kurumu hekimince bilgilendirilirler. Psiko-sosyal hizmet birimince de bu hareketlerinden vazgeçmeleri yolunda çalışmalar yapılır ve sonuç alınamaması hâlinde, beslenmelerine kurum hekimince belirlenen rejime göre uygun ortamda başlanır.
2. Beslenmeyi reddederek açlık grevi veya ölüm orucunda bulunan hükümlülerden, birinci fıkraya gereğince alınan tedbirlere ve yapılan çalışmalara rağmen hayati tehlikeye girdiği veya bilincinin bozulduğu hekim tarafından belirlenenler hakkında, isteklerine bakılmaksızın kurumda, olanak bulunmadığı takdirde derhâl hastaneye kaldırılmak suretiyle muayene ve teşhise yönelik tıbbi araştırma, tedavi ve beslenme gibi tedbirler, sağlık ve hayatları için tehlike oluşturmamak şartıyla uygulanır.

Bu yasa maddesi gereğince, yetkililer tarafından "*hayati tehlikenin varlığı*" öne sürülerek, kişinin kendi istemi dışında "*zorla beslenmesi ya da tedavi edilmesi*" talepleri hekimlere iletilebilecektir. Etik ile hukukun çeliştiği bu durumlarda ikilemler ortaya çıkar. Ulusal ve uluslararası etik ilkeler açıklamalarında, hukuk da dahil olmak üzere diğer zorunluluklar nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacakları konusunda yaygın bir uzlaşma mevcuttur. Sağlık çalışanları bu tür durumlarda, temel etik kuralları teh-



likeye atılmaktan ya da hastaları ciddi tehlikeye maruz bırakmaktansa, hukuka ya da yasal düzenlemelere uymayı reddetmelidirler.<sup>19</sup>

Kararlarını verebilecek zihinsel yeterliği olan, özgür iradesiyle hareket eden kişiye, istemi dışında zorla besleme veya tıbbi girişimde bulunulamayacağı açıktır.<sup>16,20</sup> Sorun daha çok, hastanın bilinç durumunun bozulduğu, karar verme yeterliğini yitirdiği andan sonra ne yapacağına ilişkindir. Bu tür durumlarda hekimler hastalarının yararına olacak en doğru kararı vermekte serbesttir.

## Kaynaklar

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations. World Food Situation. <http://www.fao.org/worldfoodsituation/wfs-home/en/> (Erişim tarihi: 15.01.2009)
2. Barendregt K, Soeters P, Allison S, Sobotka L. Basics in clinical nutrition: Simple and stres starvation. *Eur e-J Clin Nutr Metab* 2008; 3: 267-271.
3. Macdonald RS, Smith RJ. Starvation. In: Becker KL; ed. *Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:1247-1251.
4. Kraft MD, Btaiche IF, Sacks GS. Rewiev of the refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract* 2005; 20: 625-633.
5. Altun G, Ugur-Altun B, Altun A, Azmak D. Sudden Cardiac Death in a Hunger Striker. *Cardiology* 2003; 100:107-108.
6. Altun G, Akansu B, Altun BU, et al. Deaths due to hunger striker: post-mortem findings. *Forensic Sci Int* 2004; 146: 35-38.
7. Tresley J, Sheean PM. Refeeding Syndrome: Recognition is the key to prevention and management. *J Am Diet As* 2008; 108: 2105-2108.
8. Gariballa S. Refeeding Syndrome: A potentially fatal condition but remains underdiagnosed and undertreated. *Nutrition* 2008; 24: 604-606.
9. Francini-Pesenti F, Brocadello F, Manara R, Santelli L, et al. Wernicke's Syndrome during parenteral feeding: Not an unusual complication. *Nutrition* 2009; 25: 142-146.
10. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical setting and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007; 6: 442-455.
11. Gökmen E. Wernicke Korsakoff Hastalığı ve Uzun Süreli Açlığın Diğer Nörolojik, Sistemik Komplikasyonları (Tez). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 1998.
12. Gürvit H ve ark. Tekrarlanan ve uzamış açlık grevlerinin nörolojik komplikasyonları. *Toplum ve Hekim* 1993; Şubat: 52-56.
13. Leiter LA, Marliss EB. Survival during fasting may depend on fat as well as protein storage. *JAMA* 1982; 248: 2306-2307.
14. Türkiye İnsan Hakları Raporu 2006, [http://www.tihv.org.tr/tihv/data/Yayinlar/Turkiye\\_Insan\\_Haklari\\_Raporu/Ra\\_2006\\_Turkiye\\_Insan\\_Haklari\\_Raporu.pdf](http://www.tihv.org.tr/tihv/data/Yayinlar/Turkiye_Insan_Haklari_Raporu/Ra_2006_Turkiye_Insan_Haklari_Raporu.pdf). (Erişim tarihi: 20.01.2009)
15. Açlık grevinde hekim tutumu ve tıbbi yaklaşım. [http://www.ttb.org.tr/aclik\\_grev/index.html](http://www.ttb.org.tr/aclik_grev/index.html). (Erişim tarihi: 20.01.2009)
16. World Medical Association Declaration of Malta on hunger strikers. <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>. (Erişim tarihi: 20.01.2009)
17. Özgeçen İ. Gerekçeli Türk Ceza Kanunu. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004:298.
18. Ceza Muhakemesi Kanunu ve İnfaz Kanunu. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005:198-199.
19. İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzu (İstanbul Protokolü). TİHV Yayınları-24. 3.Baskı. Ankara: Buluş Tasarım Matbaacılık Hizmetleri; 2005.
20. World Medical Association Declaration on the rights of the patient (Lisbon Declaration). <http://www.wma.net/e/policy/l4.htm> (Erişim tarihi: 20.01.2009)