

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi, Türkiye'deki 90 cezaevinde 6 ayı bulan sürelerde devam etmekte olan açlık grevleriyle ilgili olarak, hekim tutumunun nasıl olması gerektiğini ve ilgili uluslararası belgeleri bir kez daha hatırlattı.

TTB Merkez Konseyi, açlık grevinin aşamalarıyla ilgili olarak hekimlere yol gösterici olabilecek belgeler ile dikkat edilmesi gereken tıbbi konular, açlık grevi yapmış olanlarda bakım ve tedavi yaklaşım protokolü ve açlık grevlerinde klinik, etik yaklaşım ve hukuksal boyutu içeren belgeleri güncelleyerek paylaştı.

TTB Merkez Konseyi'nin açıklaması şöyle:

### **Açlık Grevleri Sürerken TTB Olarak Bir Kez Daha Hatırlatıyoruz!**

Türkiye'de 90 cezaevinde 3060 kişi açlık grevinde olup, 320 kişi en az 4, 5, 6 ayları bulan süredir, kalan 2840 kişi ise 1 Mart'tan bu yana açlık grevini sürdürmektedir. Çeşitli cezaevlerinde bulunan 30 mahpus da sürdürdüğü açlık grevini ölüm orucuna dönüştürdüklerini kamuoyuna açıklamışlardır. Süresiz dönüşümsüz yapılan tüm açlık grevleri Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından sonucu itibari ile ölüm orucu olarak kabul edilmektedir. Kararlılık açıklaması olarak anladığımız ölüm orucu yapan mahpusların daha önce duyurduğumuz gibi açlık grevinde günlük asgari (minimum) beslenme düzeyi olan şeker, su, tuz, karbonat ve B vitamin almaya devam etmelerini önemle hatırlatırız:

***Günde kilogram başına 30-35 ml veya en az 1,5 litre su içilmelidir, ideal olan suya tuz karıştırıp içmektir. Her 300-350 ml su için yarım çay kaşığı tuz konmalıdır. Örnek: 70 kg ağırlığında birisi, 30 mL/kg/gün hesabıyla günde 2,1 litre su (10 bardak) içmeli, her litreye 1 çay kaşığı tuz atmalı, en fazla 3 çay kaşığı tuz kullanılmalıdır. Günlük şeker ihtiyacı 100 gramdır. 20-25 adet küp şeker gün içinde tüketilebilir. Günlük 250-500 mg. B1 vitamini olacak şekilde vitamin, 1 çay kaşığı karbonat alınmalıdır.***

Açlık grevinin bitirilmesi sırasında ise açlık grevi yapan mahpusların zarar görmeden doğru biçimde beslenmeye geçmesinin sağlanması için, TTB olarak daha önce yapılmış açlık grevleri deneyimlerini dikkate alarak hazırladığımız çalışmalara uygun davranılması önemlidir. "Malpraktis-kötü uygulama" riski taşıyabilecek uygulamalardan kaçınılmalıdır. Bu nedenle ekte Açlık Grevi Sonlandıktan Sonra Beslenme ve Tedavi İçin Özet Algoritma Önerisi'ni sunuyoruz.

Sağlık açısından olağan dışı bir durum olan açlık grevlerine karşı sorumluluğumuz bugüne kadar evrensel etik ilkeler, mesleki değerlerimiz ve ettiğimiz yemine göre belirlenmiştir.

Açlık grevinin, kişilerin kendi iradeleriyle karar verdikleri bir tutum olduğunu bir kez daha hatırlatırız. Uluslararası hekim belgeleri olan Tokyo ve en son 2017 yılında güncellenen Malta Bildirgelerinde;

"Hekimler becerilerini ve bilgilerini tedavi ettikleri kişilerin yararına kullanılmalıdır. Bu 'yararlı olma' kavramının tamamlayıcısı ise 'zarar vermeme' ya da 'önce zarar verme'dir (*primum non nocere*). Bu iki kavramın dengede tutulması gerekir. 'Yarar', kişilerin isteklerine saygılı olmayı ve refahlarını gözetmeyi içerir. 'Zarar'dan kaçınma ise yalnızca sağlığa yönelik zararın asgari düzeyde tutulması değil, karar verme yeterliği olan kişilere zorla tedavi uygulanamayacağı ve onları zorla açlık greviden vazgeçirmeye çalışılmayacağı anlamına da gelir. Yararlı olma, her

durumda ve her ne pahasına olursa olsun, başka belirleyenleri hiç dikkate almadan yaşamı uzatmaya çalışmak anlamına gelmez.

Hekimler, bunun zarara yol açacağı öngörülen durumlarda bile, karar verme yeterliği olan kişilerin özerkliğine saygılı olmalıdır. Karar verme yeterliğinin kaybı, daha önce kişi yeterliğe sahipken yapay besleme dahil olmak üzere tedaviye yönelik verdiği red beyanlarının geçersizleştiği anlamına gelmez.” denilmektedir.

Ayrıca, bilinci kapalı hastaya yaklaşımı ortaya koyan Lizbon Bildirgesi ve Hasta Hakları Bildirgesinde de yapılacak tıbbi müdahalelerde hastanın onamının alınması zorunlu hale getirilmiştir.

Açlık grevi yapanlar beslenmeyi reddettiğinde, eğer hekim kişinin beslenmemenin yol açacağı olumsuz sonuçlar üzerinde tam ve doğru bir yargıya varacak yetenekte olduğu kanısında ise, bu kişiyi damardan beslememelidir. Beslenmeyi reddetmenin yol açacağı sonuçların hekim tarafından açlık grevi yapana açıkça anlatılması ve kişiden aydınlatılmış onam alınması gerekir.

Açlık grevi yapanın konu hakkındaki görüşleri öğrenilemiyorsa ve kişinin önceden verdiği hiç bir talimat yoksa, hekim o kişi için en iyisini belirleyip yapmakla yükümlüdür. Bu açlık grevi yapanın fiziksel sağlığını olduğu kadar, bilinci açıkken ifade ettiği isteklerini, kişisel ve kültürel değerlerini de dikkate almak anlamına gelir. Açlık grevi yapanın önceki isteklerinin neler olduğuna ilişkin herhangi bir kanıt yoksa, hekimler, üçüncü tarafların müdahalesinden bağımsız kalarak, hastayı besleyip beslememe konusunda karar vermelidirler.

TTB, her zaman yaşamdan yana olmuştur ve yaşam hakkını savunmuştur. Bu bağlamda, açlık grevi yapanların açlık grevini bıraktıklarında en az sağlık sorunu yaşamalarına olanak verecek bakımın ve bırakanların tedavi koşullarının sağlanması için çaba harcamak, yaşam ve sağlık hakkının gerçekleşmesi açısından çok önemlidir ve mesleki yükümlülüğümüzdür. Hekimlerin hazırlıklı olamayabileceği bu süreçlerde TTB etik yaklaşım sunmak, tıbbi literatür ve deneyim paylaşmak üzere onların yanındadır.

Bunun yanında, hekimlerin mesleki değerler ve etik ilkeler dışında davranmaya zorlanmaları durumunda, bu değerleri ve ilkeleri savunmak ve bunları savunan hekimlerin yanında olmak, meslek örgütü olarak temel sorumluluğumuzdur. Bu sürecin tüm aşamalarında hekimlerimizle işbirliği içinde olacağımızı bildirmek isteriz.

Bu aşamada hekimlere yol gösterici ilkeleri derlediğimiz yayınları açlık grevleri sürecinde yararlanabileceğini düşündüğümüz; dikkate dilmesi gereken tıbbi konular, açlık grevi yapmış olanlarda bakım ve tedavi yaklaşım protokolü ve açlık grevlerinde klinik, etik yaklaşım ve hukuksal boyut ile ilgili broşür ve belgeleri güncelleyerek bir kez daha hekimlerin ve kamuoyunun bilgisine sunuyoruz.

**Türk  
Merkez Konseyi**

**Tabipleri**

**Birliği**

## AÇLIK GREVİ SONLANDIKTAN SONRA BESLENME VE TEDAVİ İÇİN ÖZET ALGORİTMA ÖNERİSİ

- Hızlı genel muayene
  - **Wernicke Korsakoff Sendromu ve pnömoni gibi ciddi infeksiyon varlığı muhakkak ekarte edilmeli.**
  - **Öncelikli laboratuvar tetkikleri:**
    - Elektrolitler (Na, K, Ca, Cl, P, Mg), kreatin kinaz (CK), blood urea nitrogen/kan üre nitrojen testi (BUN), kreatinin, kan şekeri, total protein, albumin, globulin
    - Karaciğer enzimleri (AST, ALT, GGT, alkalen fosfataz (ALP), bilirubinler), hemogram, sedimantasyon, tam idrar tahlili (TİT), mümkünse vitamin, demir ve hormon düzeyleri ölçen testler: B12, folat, vb gibi vitaminler, ferritin, TSH, FT3, FT4
  - Koşullar uygunsa EKG: **ST-Tdeğişiklikleri tiamin (B1 vitamini) eksikliği veya hipopotasemi bulgusu olarak gelişebilir.**
  - **Damar yolu açılması gereken olgularda isolyte kullanılabilir (isolyte M değil).** Gereken tüm elektrolitleri bu idame sıvısına ekleyebilirsiniz. İhtiyaç halinde ek sıvı replasmanı için ilaveten %0.09 izotonik sodyum klorür de kullanılabilir.
  - **Wernicke Korsakoff Sendromu gelişmemesi için ilk gün tiamin (B1 vitamini) toplam 1 gr/gün replasmanını yapınız.** Oral alabiliyorsa Apikobal, Benexol ve eşdeğerlerinden tablet olarak tiaminin bir bölümü ağızdan verilebilir.
  - **Tek başına İV dekstroz asla verilmemelidir.** Açlık grevi sonrası tedavide en önemli malpraktis nedenidir.
  - **Bir başka kurumdan sevkle ve damar yolu açık gelen olgularda içeriği bilinmeyen serumlar derhal çıkartılmalıdır.**
  - **Oral alımı olmayan olgularda %5 dekstroz İV kullanılacak ise her 1 ml %5 dekstroz için 1 mg tiamin ekleyiniz. (500 ml %5 dekstroz içine 20 adet bemiks ampul). Hipertonik dekstroz ise asla uygulanmamalıdır.**
  - Yeniden beslenmeye damar yolu veya doğrudan ağız yolu ile başlandığında; sıvı elektrolit ve kalori düzenlenmesinde **“düşük başla, yavaş yavaş arttır” kuralı** unutulmamalıdır.
- İlk günlerde; oral veya parenteral toplam 1500 -2000 ml sıvı ve 1000 kaloriyi geçmemeye çalışınız.**
- 15-20 kcal/gün başlangıç kalori değeridir. Yaklaşık 1000 kcal olan bu değere kan K, Mg ve P değerleri uygunsa yavaş arttırılarak 3-5 günde ulaşılmalıdır.
  - Ağızdan yeniden beslenme oligopeptid (semi-elemental) diyetle başlanmalıdır (Tüm uzun süren açlık grevleri için geçerlidir).
  - **Beslenmenin ilk günü** oligopeptid diyet olan Peptisorb 500 ml (veya Nutrison) yarı yarıya sulandırılmış olarak ve 250 kcal/gün ile başlanır. Sıvı-elektrolit dengesi olumlu seyreder ise ikinci gün Peptisorb 500 ml (500 kcal) verilir.
  - **Sorun gelişmeyen olgularda** Peptisorb'un 2. ve 3. günler 750 ml, 4. gün ise 1000 ml yine yarı yarıya sulandırılarak verilmesi uygun olur. (Peptisorb bulunamazsa, temin edilinceye kadar Osmolite 250 ml - yarı yarıya sulandırılmış - 125 kcal/gün verilebilir.)
  - **Kalori ve protein düşük başlanır. Ortalama 10 günde tam kalori ve beslenmeye ulaşılmalıdır.**
  - **Peptisorb vb ile ağızdan beslenme ile sorunsuz ilk 5 gün geçiren olgularda 6. gün normal beslenme yavaş yavaş başlanıp, 10. günde tam beslenmeye geçilebilir. Bu aşamada basit şeker ve yağlardan uzak durulmalıdır.** Az şekerli komposto, çorba (şehriye, baharatsız tarhana vb), pelte, yumurta akı, yağsız peynir veya çökelek, öncesinde laktaz enzim eksikliği olmayanlarda yoğurtlu çorba ve muhallebi başlanabilir. İzleyen

günlerde az yağlı süt ve yoğurt yavaş yavaş başlanabilir. (Enzim eksikliği olanlarda laktozsuz süt verilebilir.)

- **Yeniden beslenme ve sıvı-elektrolit dengesi takibinde K, Mg ve P düzeyleri en önemli takip değerleri olacaktır. K ve Mg düzeylerini normal değerlerin üst sınırında tutunuz. P düşüklüğünü dikkatli takip ediniz.**

## **ELEKTROLİTLER:**

- **P (Fosfat):** Serum düzeyi 1-1.5 mg/dL (0.3-0.5 mmol/L) altına düşerse kardiyak aritmi, solunum yetmezliği, konfüzyon gelişebilir. Yeniden beslenmede solunum sıkıntısı başlamışsa ilk olarak P düşüklüğü akla gelmelidir. Enerji fazlalığı vardır. Yeniden beslenmede kan P düzeyi sıkı takip edilmelidir. P düzeyinde düşme, verilen kalenin fazla geldiğine işaret eder bu nedenle verilen kalori P izlemi ile azaltılmalıdır. P düşükse replase edilmez, düşüklüğü enerji fazlasını gösterir, sıvı ve kalori kısıtlaması yapılmalıdır (“Refeeding Sendromu”: Enerji fazlalığı).
- **K (Potasyum):** Değer üst sınıra yakın tutulmalı, günde iki kez K düzeyi bakılmalıdır. Gereğinde İV deplasman yapılmalıdır. Hastane koşulları dışında izlenen ve damar yolu açık olmayan olgularda oral verilmelidir (Kalinor efervesan tb vb). Yeniden beslenmeyle birlikte K ihtiyacı artacaktır (renal bozukluk yoksa).
- **Magnesium (Mg):** Serum Mg düzeyi normalin üst sınırı olan 2.6 mg/dL, 2.2 mEq/L, 1.1mmol/L değerlerine yakın tutulmalıdır. Gereğinde oral veya İV verilebilir.
- **Sodyum (Na):** Hipo ve hipernatremi olabilir. Tedavi süresince hipernatremi gelişme riski daha fazladır. Na 130 mEq/L’nin altında ise replase edilir. Hiponatremide açlık metabolizmasını düşünerek, “düşük başla, yavaş arttır” kuralını unutmayınız. Na takibi gerektiren kişilerde, saatlik takipte 0.5-1 mEq/L değerini, toplam 24 saatlik takipte ise 10 mEq/L değerini aşan artış veya düşüşlerin olmamasına dikkat edilmelidir. Hiponatremi ve hipernatreminin ciddi sorunlar yaratabileceği unutulmamalıdır. Hipernatremide en uygun tedavi NG/oral çeşme suyu verilmesidir.
- **Kalsiyum (Ca):** Mutlaka iyonize Ca veya düzeltilmiş Ca değerleri hesaplanıp, buna göre replasman yapılmalıdır. Ölçülen Ca değeri düşük albümin nedeniyle gerçeği göstermeyebilir. **Düzeltilmiş Ca = Ölçülen total Ca + (0.8 x (4.5-albümin değeri))** formülü ile hesaplanır.

## **PROTEİN:**

- **Albümin:** 2.5 gr/dL altında ise düzeltilmelidir. İleri ödem veya asit yoksa İV Human Albümin önerilmez. Protein düşüklüğüne yönelik parenteral Oliclinomel N4 1500 ml veya Kabiven periferal 1500 ml uygulanabilir. Başlangıç c-reaktif protein (CRP) ve prealbümin düzeyi alınıp, ileride de CRP ve prealbümin düzeyi ile kontrolü uygun olur.

## **VİTAMİNLER: B1, C, K, B12, A, Folik Asit**

- **Tiamin (B1 Vitamini):** İlk 3 günde 1000 mg/gün verilmelidir. Saf B1 ampul yoksa B kompleks vitaminleri verilebilir. Bemiks ampulde 25 mg B1 vitamini bulunur. %5’lik ilk dekstroza verilecekse 1 mg/1ml olarak hesaplanır. %5’lik ilk 500 cc dekstroza 20 ampul

ilave edilir. Üç günden sonra oral olarak B1, B6 ve B12 preparatlarından günde 2x1 verilebilir.

- **C Vitamini:** Redoxon 2 amp/gün verilebilir.
- **K (Koagulasyon)Vitamini:** Ancak ihtiyaç halinde, yani semptom mevcut ise veya INR yüksek ise uygulanır.
- **A Vitamini:** Avigen Forte draje günde 2x1 verilmelidir.
- **Folik Asit:** Folbiol tb günde 1x1 verilmelidir (kan düzeyi bakılmıyor ise).

## **TEDAVİ/İZLEMDE RİSKLER:**

- Wernicke Ansefalopatisi/Wernicke-Korsakoff Sendromu
  - Tiamin (B1 vitamini) eksikliği
  - Elektrolit denge bozukluğu: Hipokalemi, hipofosfatemi, hipomagnesemi, hipo veya hipernatremi
  - Su ve sodyum retansiyonu, ödem
  - Kardiyopulmoner yetmezlik
  - Konvülsiyon
  - Hiperглиsemi (özellikle yeterince tiamin içermeyen İV dekstroz uygulaması)
  - Yeniden beslenme aşamasında tiamin rezervinin tüketilmesi
  - “Refeeding Sendromu”: Enerji fazlalığı (P düzeyi ile izlenir)
- "HASTALIK YOK, HASTA VARDIR" ve "Primum non nocere! (Önce zarar verme!)" kuralı unutulmamalıdır.

## **AÇLIK GREVİ SONLANDIRILDIKTAN SONRA AĞIZDAN BESLENME**

14 günün altında tekrar beslenmeye başlandığında sorun yaşanmaz. Serbest bir şekilde yer, içer, 15-28 günlük AG sonra yeniden beslenirken doktor ve diyetisyen kontrolü gerekir, kan tahlili ile elektrolit eksikliği saptanmalı, beslenme 20 kalori/kg/gün ‘den az olmalıdır.

Vücut ağırlığının %10’undan fazla kilo kaybedildiyse kliniğe yatırmak gerekebilir.

10 günden fazla AG yapıldıysa beslenmeye başlandığında 10 kalori/kg/gün gıda alınmalıdır. Sonraki her gün için 5 kalori/kg/gün artış yapılmalıdır.

Özetle AG öncesi günlük yenilen gıdanın %50’si alınabilir. Kural olarak az miktarda başlanıp yavaş artırılarak devam edilmelidir.

## **Genel Beslenme Önerileri**

AG sonrası ilk günlerde basit şekerlerden (çay şekeri, akide, lokum, meyveler, bal, reçel, marmelat, çukulata, pekmez, bal, tahin helvası) kaçınmak gerekir, tahıl, sebzeler birleşik şeker içerdiği için tercih edilmelidir.

Başlangıçta Rejim 1 (açık çay, limonata, komposto sulu, meyve suyu) ve Rejim 2 (yoğurt, çorba, ayran, muhallebi gibi kıvamlı yiyecekler) uygun olur.

Gaz yapan gıdalar, bulgur, süt gibi sindirimi zor besinlerden kaçınılmalıdır.

Beslenmeye başladığı ilk günlerde çiğ besinler verilmemeli, yemeklerin iyi piştiğinden emin olunmalıdır.

Kızartma, kavurma, ızgara gibi pişirme yöntemleri yerine haşlama, buğulama gibi yöntemler uygulanmalıdır.

Baharatlı besinler, işlenmiş ürünler (salça, salam, sosis, sucuk vb), konserve yiyecekler ve salamura besinler kullanılmamalıdır.

### **Örnek Menü:**

1-2. gün

Sabah :Ihlamur/açık çay

1 adet yumurta beyazı (orta haşlanmış)

1 ince dilim ekme (25 g)

Ara: 1 çay bardağı ayran

1 ince dilim ekme (25 g)

Öğle/Akşam: 1 kase şehriye/pirinç çorbası (salçasız)

1 ince dilim ekme

Ara: 1 çay bardağı ayran

1 ince dilim ekme