



**Sosyal Bilimler
Enstitüsü**

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ ETİK SORUNLAR

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma Sayıt Akıyar

İstanbul, 2025

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ ETİK SORUNLAR

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma Sayıt Akyar

Tez Savunma Jürisi

1. Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fulya Erlüle
2. Üye: Dr. Öğretim Üyesi Sabah Altay
3. Üye: Dr. Öğretim Üyesi Meltem Doğan

İstanbul, 2025

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ ETİK SORUNLAR

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalıklara sahip hastaların tedavi edildiği, ileri düzeyde uzmanlık ve teknoloji gerektiren sağlık hizmet birimleridir. Yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi müdahaleler, hastaların tedavisini sağlamanın yanı sıra, yaşam sonu kararları gibi önemli etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada, yoğun bakım hekimlerinin günlük uygulamalarında karşılaştıkları etik ikilemler, hasta hakları ve sağlık hukuku bağlamında ele alınarak incelenmiş ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri sunulmuştur.

Yoğun bakım hekimleri, mevcut mevzuattaki ve etik bildirilerdeki çelişkiler ve gerekli hukuki düzenlemelerin eksikliği veya mevcut düzenlemelerin yetersizliği nedeniyle karar alma süreçlerinde zorluk yaşamaktadırlar. Özellikle Türkiye’de tıbbi vasiyet uygulamasının bulunmaması, yaşam sonu kararları sırasında büyük belirsizliklere yol açmakta, hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirmekte ve etkisiz veya gereksiz tedavilerin yapılmasına neden olmaktadır. Hastalara yararsız tedavilerin uygulanması, temel etik ilkelerden olan yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle çelişmektedir. Tıbbi vasiyet eksikliği ise başka bir temel etik ilke olan özerklik ilkesine zarar vermektedir. Bu nedenle, hukuki düzenlemelerin netleştirilmesi ve hekimlere yol gösterici rehber protokollerin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, mevcut olan etik kurulların daha etkin ve amacına uygun olarak yaygın şekilde kullanılması da önemlidir.

Yoğun bakım ünitelerinde yaşanan etik sorunlar yalnızca hekimleri değil, hastaları ve hasta yakınlarını da derinden etkilemekte, bu nedenle karar alma süreçlerinin multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi de önemlidir. Çalışma, yoğun bakım etiği alanında daha bağlayıcı hukuki düzenlemelerin ve uygulamaya yönelik rehber protokollerin geliştirilmesine duyulan ihtiyacı vurgulayarak, literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: etik, yoğun bakım ünitesi, kritik bakım

ABSTRACT

ETHICAL ISSUES IN INTENSIVE CARE UNITS

Intensive care units (ICUs) are healthcare facilities that provide treatment for critically ill patients, requiring advanced expertise and technology. Medical interventions in ICUs not only aim to treat patients but also bring about significant ethical challenges, such as end-of-life decisions. This study examines the ethical dilemmas faced by intensive care physicians in their daily practices within the context of patient rights and healthcare law, offering solutions to these issues.

Intensive care physicians face difficulties in decision-making processes due to inconsistencies in existing regulations and ethical guidelines, as well as the lack of necessary legal frameworks or inadequacies in current legislation. Particularly in Turkey, the absence of advance directive practices leads to significant uncertainties during end-of-life decisions, drives physicians toward defensive medical practices, and results in the administration of ineffective or unnecessary treatments. Providing futile treatments to patients contradicts the fundamental ethical principles of beneficence and non-maleficence. Furthermore, the lack of advance directives undermines another core ethical principle: autonomy. For this reason, it is crucial to clarify legal regulations and develop guiding protocols for physicians. Additionally, it is essential to utilize existing ethics committees more effectively and in a manner aligned with their intended purpose.

The ethical challenges encountered in ICUs deeply affect not only physicians but also patients and their families. Therefore, it is vital to conduct decision-making processes with a multidisciplinary approach. This study aims to contribute to the literature by emphasizing the need for more binding legal regulations and practical guiding protocols in the field of ICU ethics.

Keywords: ethics, intensive care unit, critical care

ÖNSÖZ

Bu tez, yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik sorunları ele almak ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek amacıyla hazırlanmıştır. "Yoğun Bakım Ünitelerindeki Etik Sorunlar" başlıklı bu çalışmanın, sağlık hukuku ve tıp etiği alanına katkı sağlamasını ümit ediyorum.

Bir anestezi ve reanimasyon uzmanı olarak yoğun bakım ünitelerinde edindiğim profesyonel deneyimler ve rutin çalışma hayatımda her gün karşılaştığım etik sorunlar, tez konusunun temel belirleyicisi olmuştur. Etiğe ilgi duymamı sağlayan tıp hukuku ve etiğine giriş dersi hocamız, tez danışmanım sayın Prof. Dr. Fulya Erlüle'ye, tez konusu seçimindeki katkıları ve çalışmama rehberlik ederek sağladığı değerli destek için teşekkürlerimi sunarım.

Yoğun tempolu çalışma hayatımda, nöbetlerle birlikte yüksek lisans derslerini ve bu tez çalışmasını yürütmek oldukça zorlu bir süreçti. Bu süreçte karşılaştığım tüm güçlüklerin üstesinden gelmemde her zaman yanımda olan ve desteğini hissettiren sevgili eşim Yunus Emre'ye; bana güç ve moral veren anne, baba ve kardeşlerime; hastane çalışma programını hazırlarken benim yüksek lisans ders ve yoğunluklarımı dikkate alarak sağladığı kıymetli destek için çalışma arkadaşım Dr. Emine Sarıca Halil'e; TARD ve TYBD sayesinde tanıma fırsatı bulduğum, çalışmalarıyla bana ilham veren değerli hocam Prof. Dr. Dilek Özcengiz'e ve yüksek lisans sürecinde, özellikle tıp fakültesi kökenli olmam nedeniyle aşina olmadığım hukuki konularda desteğini esirgemeyen arkadaşlarım İrem ve Uğur'a özel teşekkürlerimi iletmeğ isterim.

Şeyma Sayıt Akyar

İstanbul,2025

İÇİNDEKİLER

Özet.....	i
İngilizce Özet.....	ii
Önsöz.....	iii
Kısaltmalar.....	vi
Giriş.....	1
1.Tezin konusu ve amacı.....	1
2.Kaynakların Değerlendirilmesi ve Tezde Uygulanan Yöntem.....	2
Terminoloji.....	4
Birinci Bölüm.....	6
Yoğun Bakım Üniteleri ve Etik Hakkında Genel Bilgiler.....	6
I.Yoğun Bakım Üniteleri Hakkında Genel Bilgiler.....	6
A.Kavram Olarak Yoğun Bakım Üniteleri ve Kısa Tarihçesi.....	6
B.Yoğun Bakım Üniteleri ve Yoğun Bakım Hastalarının Genel Özellikleri.....	8
II.Etik ve Tıbbi Etik Hakkında Genel Bilgiler.....	11
1.Etik ve Tıbbi Etik Kavramları.....	11
2.Tıp Etiği İlkeleri.....	16
a.Özerkliğe Saygı İlkesi (Otonomi).....	17
b.Bilerek Zarar Vermeme İlkesi.....	18
c.Yararlılık İlkesi.....	19
d.Adalet İlkesi.....	20
3.Tıp Etiği Göz Önünde Bulundurularak Hekim-Hasta İlişkisi.....	21
4.Tıp Fakültelerinde Etik Eğitimi.....	24
İkinci Bölüm.....	27
Yoğun Bakım Ünitelerindeki Etik Sorunlar.....	27
A.Yoğun Bakım Etiği.....	27
1.Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatılmış Onam Alınması.....	28
a.İleri Sağlık Direktifleri.....	30
b.Reddi Durumunda Ölümle Sonuçlanabilecek Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam.....	36
c.Trakeostomi İşlemi İçin Aydınlatılmış Onam Alınması.....	38
2.Yaşam Sonu Kararları ve Yararsız Tıbbi Tedavi.....	39
a.Yaşam Sonu.....	39
b.Yararsız Tıbbi Tedavi.....	40

c.Yaşam Sonu Kararları.....	43
3.Resüsitasyon Bakımından Etik Prensipler.....	50
a.Canlandırma Yapmayın (Do Not Resuscitate) Talimatı ve Uygulandığı Ülkelerdeki Yaklaşımlar..	52
b.Türkiye’de Canlandırma Yapmayınız Talimatı ile İlgili Yasal Durum.....	55
4.Yoğun Bakımların Doğru Kullanılması.....	57
5.Sağlık Krizlerinde Dağıtıcı Adalet Sağlanmasının Zorluğu.....	61
6.Beyin Ölümü.....	67
7.Ötanazi.....	71
8.Yoğun Bakım Ünitelerinin Palyatif Bakım Gibi Kullanılması.....	73
9.Hastalara Kısıtlama Uygulanması.....	76
B. Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Etik Kurulların Etkin Kullanılması.....	79
Sonuç.....	81
Kaynaklar.....	84

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019

DNAR: Do Not Attempt Resuscitation

DNR: Do Not Resuscitate

EKG: Elektrokardiyografi

KPR: Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Mmhg: Milimetre civa

MÖ: Milattan Önce

TDN: Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

TDK: Türk Dil Kurumu

TMK: Türk Medeni Kanunu

TŞSTİDK: Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

TTB: Türk Tabipleri Birliği

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ

1. Tezin Konusu ve Amacı

Yoğun bakım üniteleri, hayatı tehdit eden ve bir veya birden fazla organ sisteminin etkilendiği kritik hastalıklara sahip hastaların, alanında uzman hekimler ile multidisipliner tedavi hizmeti aldığı, belirli standartları olan yataklı servis üniteleridir. Gelişen teknoloji ile birlikte yoğun bakım tıbbında yaşam destek sistemlerinin kullanımı artmış, bu durum etik ve hukuki sorunları da beraberinde getirmiştir. Yoğun bakım etiği, gelişen yoğun bakım bilim dalının karşılaştığı sorunların çözümüne yardımcı olmak amacıyla, tıp etiğinin bir alt dalı olarak ortaya çıkmıştır.¹

Yoğun bakım hastalarının bilinçlerindeki değişiklikler nedeniyle hastalarla iletişim kurulamaması, yoğun bakım ünitelerinin karmaşık yapısı ve bu ünitelerde ileri teknolojinin kullanılması gibi durumlar, yoğun bakım ünitelerinde çeşitli boyutlarda etik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu nedenle, yoğun bakım etiği, sağlık hukuku ve tıp etiği alanında çok fazla tartışılan ve konuşulan konulardan biri olmuştur.²

Yaşam destek sistemlerinin yoğun bakımlarda kullanılması, ölüm sürecini uzatarak ölümün gerçekleşme şeklini değiştirmiştir. Bu sistemler her zaman ölümü engelleyemese de ölüm sürecine müdahale etme imkânı sunmuş ve ölümün gecikmesine neden olmuştur.

Yoğun bakım hekimlerinin amacı hastaları tedavi etmektir ve bu doğrultuda hekimler, tüm imkânları sonuna kadar kullanmak istemektedirler. Ancak günümüzde, yoğun bakım tedavileri gibi pahalı ve kısıtlı kaynaklar, eğer yaşamı uzatmayıp sadece ölümü geciktiriyorsa, bu tedavilerin kısıtlanması önerilmektedir. Bu durum, günümüzde yoğun bakımların en önemli sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir.³

Özellikle yaşam sonu kararları ve tıbbi vasiyetin uygulanır olmaması başta olmak üzere, yoğun bakım tedavilerinde mevzuat ve etik bildirilerdeki çelişkili ifadeler ve bazı konulardaki net ifade eksikliği nedeniyle, yoğun bakım hekimleri günlük pratiklerinde karar verirken sıklıkla ikilemde kalmaktadırlar. Açık düzenlemelerin olmaması, hekimlerin yaklaşımlarında sosyokültürel farklılıklara neden olmakta, her bir hekimi, kendi vicdani ve etik değerleri doğrultusunda karar vermek zorunda bırakmaktadır. Burada, daha açık ve net hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

¹ Akpir, "Yoğun Bakım Etiği".

² KIRŞAN vd., "Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar: Sistematik Derleme"; Ekinci ve Tokaç, "Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar".

³ Akpir, "Yoğun Bakım Etiği".

Bu tezde, yoğun bakım hekimlerinin pratik uygulamalarında karşılaştıkları etik sorunları ele almak ve bu etik ikilemlere yönelik çözüm önerileri geliştirmek ve değerlendirmek, bu sorunlara dikkat çekerek, karşılaşılan etik ikilemlere yönelik izlenebilecek tutumları belirlemek ve karar verme süreçlerinde yol gösterici olabilecek alternatif yöntemler üzerinde durulması amaçlanmıştır.

Tez konusunun belirlenmesinde, dokuz yıldır aktif olarak çalıştığım yoğun bakım ünitesinde, günlük karşılaştığım sorunlara yönelik çözüm sağlayabilecek rehberlerin eksikliği ve mevzuattaki çelişkili ifadelerin varlığı etkili olmuştur.

Yoğun bakım ünitelerindeki etik sorunlarla ilgili tıp etiği ve deontoloji yüksek lisans programları kapsamında yazılmış tezler mevcut olup sağlık hukuku alanında bu konuya yönelik daha önce yazılmış bir tez bulunamamıştır. Sağlık hukuku alanında önemli yere sahip yoğun bakım etiği konusunda literatüre faydalı olmak amaçlanmıştır.

2. Kaynakların Değerlendirilmesi ve Tezde Uygulanan Yöntem

Bu çalışmada, öncelikle Türkiye ve dünyada yoğun bakım ünitelerinin tarihsel gelişimi, yapısı ve genel özellikleri ele alınmış; ardından etik ve tıbbi etik kavramları açıklanarak, yoğun bakım etiği ve yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan etik sorunlar alt başlıklar halinde detaylandırılmıştır. Bu bağlamda, mevcut literatür, hukuki ve etik düzenlemeler ile ilgili yayınlanmış çalışmalar sistematik olarak taranmış ve bu veriler ışığında kavramsal açıklamalar yapılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, araştırma sorusu doğrultusunda kritik noktalar belirlenerek, yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik ve ahlaki ikilemlere yönelik çözüm önerileri geliştirilmiş ve değerlendirilmiştir. Sağlık hukuku alanında önemli bir yere sahip yoğun bakım etiği konusuna literatüre katkı sağlamak, etik sorunlar karşısında izlenecek tutumları belirlemek ve karar verme süreçlerinde yol gösterici alternatif yöntemler sunmak bu çalışmanın temel hedefidir.

Tez konusu belirlendikten sonra, çalışmanın kuramsal temellerini oluşturmak amacıyla kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, Türkçe ve İngilizce güncel literatür incelenmiş; tıbbi etik, sağlık hukuku ve yoğun bakım etiği konularında yayımlanmış akademik makalelere PubMed ve Google Scholar veri tabanları üzerinden ulaşılmıştır. Ayrıca, Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi aracılığıyla benzer alanlarda hazırlanmış lisansüstü tez çalışmaları da gözden geçirilmiştir. Genel tıbbi etik ve yoğun bakım etiği konularında temel kaynaklardan yararlanılmış; sağlık hukuku ile ilgili bilgiler ise ilgili kanun, yönetmelik ve akademik çalışmalardan derlenmiştir. Elde edilen literatür doğrultusunda çalışma hem etik hem de hukuki açıdan çok yönlü bir bakış açısıyla yapılandırılmıştır.

Çalışmada, istatistiki verilere dayanarak genellemeler yapmak yerine, etik sorunların tanımlanması ve sürece dair nitel açıklamalar sunulması amaçlanmıştır. Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerin, hastaların tedavi sürecinde karşılaştıkları etik sorunları ele alan, tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Literatür taraması yoluyla elde edilen veriler sistematik olarak değerlendirilmiş, hukuki ve etik düzenlemelerin karşılaştırmalı analizi yapılmış ve mevcut sorunlara çözüm önerileri geliştirilmiştir.



TERMİNOLOJİ

Defibrilasyon: Tanımlanmış bazı kalp ritimlerinde, kalbin normal ritmini geri kazanması için göğse elektrik şoku uygulanmasıdır.

EKG (Elektrokardiyografi): Kalbin elektrikselsel faaliyetlerini ölçerek kalp ve ritmi ve işleyişi hakkında bilgi veren tetkiktir.

Ekstrakorporeal Yaşam Desteği: Kalp ya da akciğer yetmezliği gibi durumlarda, bu organların işlevlerini geçici olarak dışarıdan makineyle üstlenen tedavi yöntemidir.

Endotrakeal Tüp: Ağız veya burun yoluyla soluk borusuna yerleştirilen, hastaya yapay solunum sağlamak için kullanılan bir plastik tüptür.

Geriatrik: Yaşlı bireylerin sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili olan tıbbi alanı ifade eder.

Hidrasyon: Vücudun ihtiyacı olan sıvının yeterli düzeyde sağlanmasıdır.

İnotrop ilaçlar: Kalp kası kasılma gücünü arttırarak kalbin pompa fonksiyonunu destekleyen ilaçlardır.

İnvaziv: Vücuda girişimsel bir şekilde müdahale eden anlamına gelmektedir. Genellikle deri, damar, organların bütünlüğünü bozan işlemler için kullanılır.

Kardiyak Arrest: Kalbin ani ve beklenmedik bir şekilde durmasıdır.

Kardiyopulmoner Resüsitasyon: Kalp ve solunum durduğunda, hayati fonksiyonları yeniden başlatmak amacıyla yapılan müdahalelerdir.

Mekanik Ventilasyon: Solunum yetmezliği olan hastalarda, solunum işlevinin ventilatör denilen bir cihaz aracılığı ile yapay olarak sağlanmasıdır.

Narkotik ilaçlar: Bu ilaçlar yatıştırıcı ağrı kesiciler olarak etki eder, ağrı kesici etki sağlar ve ayrıca merkezi sinir sistemi depresanları olarak etki eder.

Nazogastrik Sonda: Hastanın beslenmesi, ilaç verilmesi için burundan mideye uzanan ince bir tüptür.

Oksijen Fraksiyonu: Solunan havadaki oksijen oranını ifade eder.

Oksijen Satürasyonu: Kanda hemoglobinin oksijenle ne kadar doyduğunu gösteren orandır.

Plazmaferez: Kanın sıvı kısmı olan plazmanın içindeki zararlı maddelerden arındırıldığı bir tedavi yöntemidir.

Renal replasman tedavisi: Böbreklerin normal kan filtreleme işlevini yerine getiren bir tedavidir. Kanın makinelerle filtrelenmesinin çeşitli yollarını kapsar.

Sedatif: Teskin edici, sakinleştirici maddeler.

Trakeostomi: Kişinin tıp dilinde trakea olarak bilinen soluk borusuna bir delik açılması için yapılan cerrahi işlemdir. Farklı işlemler olsa da “trakeotomi” ile birbirinin yerine kullanılmaktadır. “-otomi” kesi yapmak iken, “-ostomi” açıklık oluşturmak anlamına gelmektedir.

Transfüzyon: Bir kişiye kan ya da kan ürünlerinin, damar yoluyla verilmesidir.

Vazopressörler: Damarları daraltarak kan basıncını yükselten ilaçlardır.

Vital Bulgu: Kişinin yaşam belirtilerini gösteren temel sağlık göstergeleridir.



BİRİNCİ BÖLÜM

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ VE ETİK HAKKINDA GENEL BİLGİLER

I. Yoğun Bakım Üniteleri Hakkında Genel Bilgiler

A. Kavram Olarak Yoğun Bakım Üniteleri ve Kısa Tarihçesi

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde yoğun bakım, *“ağır hastaların tedavisi için uygulanan özel bakım”*, yoğun bakım üniteleri ise *“hastanelerde bu bakımın uygulandığı özel bölüm”* olarak tanımlanmıştır. Reanimasyon ise, Türk Dil Kurumu'na göre; *“bedenin çeşitli nedenlerle yitirilmiş veya yitirilmekte olan yaşamsal işlevlerini yani canlılığını geri kazandırmak için hızla tıbbi girişimlerde bulunulması, resusitasyon”* demektir. Günümüzde yoğun bakım üniteleri ve reanimasyon servisleri birlikte kullanılmakta olup hastaların yaşamlarını kurtarmak ve iyileştirmek için daha etkili müdahalelerin yapılmasının sağlanmasını amaçlamaktadır.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği'nde yoğun bakım üniteleri, *“bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibarıyla hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı, fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimlerini ifade eder”* şeklinde tanımlanmıştır.⁴

Yoğun bakım üniteleri, hastaların yapay solunum makineleri, diyaliz cihazları gibi ileri teknolojiye dayalı ekipmanlar ile kritik sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerdir. Bu ünitelerde, gerektiğinde diğer tıbbi birimlere de danışılarak hastaların durumları izlenir ve müdahaleler planlanır. Yoğun bakım bilimi, ölümle yaşam arasındaki sınırdaki bulunan hastalara hayat kurtarıcı yöntemlerle müdahale eden, tıbbın en kritik alanlarından biridir. Bu bilim dalı, özellikle hayati tehlike taşıyan durumlarda hastaların yaşamlarını sürdürmelerine yönelik çabaları organize eder ve uygular.⁵

⁴ “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”.

⁵ Akpir, “Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün”.

Yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili tarihte birden çok kilit olay ve faktör vardır. 1853 yılında Kırım Savaşı sırasında, Florence Nightingale'in "*durumu kötü olan, yakından bakım gerektiren hastaların hemşire odalarına yakın özel bir alanda tedavi edilmesi gereklidir*" gözlemi, yoğun bakım ünitelerinin gerekliliğini ortaya koymuştur.⁶

1923 yılında Dr. Walter E Dandy, Baltimore'da John Hopkins Hastanesi'nde, postoperatif durumu daha kritik olan beyin cerrahisi hastalarının takip edilmesi için üç yataklı özel bir bakım ünitesi kurmuştur. 1930 yılında Almanya'da Dr. Martin Kirschner, Tübingen Üniversitesi'nin cerrahi servisinde ameliyattan çıkan hastalar için derlenme odası/yoğun bakım kombinasyonlu özel odalar oluşturmuştur.⁷

Bunlarla yoğun bakım ünitelerinin temelleri atılmış olsa da birçok kaynak ilk yoğun bakım ünitesinin 1952-53 yıllarında, solunum yetmezliğine neden olması ile yüzlerce insanın mekanik solunum desteğine ihtiyaç duyduğu çocuk felci epidemisi sırasında, Kopenhag'ta kurulduğunu kabul etmektedir.⁸ Bir anestezi uzmanı olan Dr Björn Ibsen, 1953 yılında, çocuk felci sebebi ile solunum yetmezliğinde olan 12 yaşındaki bir kız çocuğuna, trakeotomi açıldıktan sonra pozitif basınçlı mekanik solunum desteği uygulaması ile çocuğun hayatını kurtarması sonucu, yoğun bakımın "babası" olarak kabul edilmektedir.⁹

Dr Ibsen'in öne sürdüğü, her hasta kendi özel hemşiresinin olduğu ayrı bakım odalarında takip edilmeli fikri doğrultusunda, Aralık 1953'te yoğun bakım ünitelerinin kurulduğu kabul edilir.¹⁰ Modern anlamda ilk yoğun bakım ünitesi ise 1960'lı yılların başında Max Harry Weil tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuştur.¹¹

Türkiye'deki ilk yoğun bakım ünitesi 1959 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Dr. Cemalettin Öner tarafından "reanimasyon servisi" adıyla kurulmuştur. Daha sonra, 1970 yılında İstanbul Tıp fakültesinde, aynı tarihlerde Prof. Dr. Sadi Sun Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde ve Dr Şevket Kaya Taksim İlkyardım Hastanesi'nde ilk reanimasyon servislerini kurmuşlardır. Takiben yurt genelinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve 9 Eylül

⁶ Nightingale, *Notes on Hospitals*.

⁷ Hilberman, "The evolution of intensive care units."

⁸ Kelly vd., "Intensive care medicine is 60 years old: The history and future of the intensive care unit".

⁹ Kelly vd.; Lassen, "A PRELIMINARY REPORT ON THE 1952 EPIDEMIC OF POLIOMYELITIS IN COPENHAGEN WITH SPECIAL REFERENCE TO THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INSUFFICIENCY"; Vincent, "Critical care--where have we been and where are we going?"

¹⁰ Reisner-Sénélar, "The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records".

¹¹ Tang ve Sun, "Max Harry (Hal) Weil - A leader, mentor, friend, and wonderful colleague".

Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde de yoğun bakım üniteleri ve reanimasyon servisleri açılmıştır.¹² Günümüzde de özel veya kamu, hemen hemen her hastanede, yoğun bakım üniteleri bulunmaktadır.

B. Yoğun Bakım Üniteleri ve Yoğun Bakım Hastalarının Özellikleri

Yoğun bakım üniteleri, sık ölüm olaylarının yaşandığı ve hastalara en gelişmiş teknolojiyle ileri destek tedavilerinin uygulandığı özel servislerdir. Bu tedaviler, genellikle uzun süreli ve yüksek maliyetli olup, ciddi ve çoklu organ yetmezliklerine rağmen hastaların yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olabilmeyi amaçlamaktadırlar.

Bir ya da birden fazla organ sisteminde ciddi işlev bozukluğu olan, fizyolojik olarak stabil olmayan, yakın takip ile hızlı müdahale gerektiren kritik hastalar yoğun bakım ünitelerinde izlenirler. Bu hastalar; ağır enfeksiyonlar, mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliği, inotrop ve vazopressör desteği gerektiren kardiyovasküler yetmezlik, diyaliz ihtiyacı doğuran böbrek yetmezliği, tekrarlayan veya uzamış nöbetler, ani bilinç değişiklikleri, ciddi vital bulgu bozuklukları ve diğer organ yetmezlikleri gibi durumlarla başvurabilirler.¹³ Bu nedenle bu hastaların yaşamsal bulgularının monitörizasyon ile kesintisiz olarak izlenmesi büyük önem taşır.

Kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu, vücut ısısı, kan şekeri ve idrar çıkışı gibi temel fizyolojik parametrelerin sürekli takibi gereklidir. Çoğu hastada solunum yetmezliği bulunması nedeniyle endotrakeal tüp ile mekanik ventilasyon uygulanır. Beslenme desteği ise genellikle nazogastrik sonda ile sağlanır. Yoğun bakım tedavisinin bir parçası olarak, hastaların ağrı ve huzursuzluklarını azaltmak amacıyla sedatif ve analjezik ilaçlar uygulanabilir. Bu hastaların büyük bir kısmı, hastalığın ciddiyeti veya uygulanan sedatif ilaçlar nedeniyle bilinçsizdir ve karar verme yetisine sahip değildir.

Yoğun bakım hizmetlerinin sürekli ve etkin şekilde sürdürülebilmesi için, bu birimlerin ileri teknolojiye sahip tıbbi cihazlarla donatılmış olması, yeterli sayıda uzman sağlık personelinin görev yapması ve destek hizmet sunan yardımcı personelin varlığı zorunludur. Bu gereklilikler nedeniyle yoğun bakım hizmeti, diğer yataklı servis hizmetlerine kıyasla çok daha maliyetli ve kaynak gerektiren bir sağlık hizmeti alanı olarak öne çıkmaktadır.¹⁴

Türkiye'de, yoğun bakım hizmetleri, Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ve Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi ile

¹² Akpir, "Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün".

¹³ Bilir ve Sungurtekin, "Yoğun Bakıma Kabul Edilen Kritik Hastaya Yaklaşım".

¹⁴ Barret vd., "Utilization of Intensive Care Services, 2011".

düzenlenmektedir.¹⁵ 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da (TŞSTİDK) yoğun bakım hizmetlerine dair doğrudan bir madde bulunmamaktadır.

Yoğun bakım üniteleri, hastalara bakım kalitesini en üst düzeye çıkaracak şekilde belli standartlara uygun olarak düzenlenir. Dünya genelinde yaygın olarak kullanılan üç temel rehber, Facility Guidelines Institute (FGI) tarafından yayımlanan “Guidelines for Design and Construction of Hospitals and Outpatient Facilities” (Hastane ve Poliklinik Tesisleri Tasarımı ve İnşası İçin Kılavuzlar), Society of Critical Care Medicine (SCCM)'nin yayımladığı “The Guidelines for Intensive Care Unit Design” (Yoğun Bakım Ünitesi Tasarımı İçin Kılavuzlar), ve The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) tarafından hazırlanan “Guidelines for the Utilisation of Intensive Care Units. Task Force European Society of Intensive Care Medicine” (Yoğun Bakım Ünitelerinin Kullanımı İçin Kılavuzlar) klavuzlarıdır.¹⁶ Bu rehberler, yoğun bakım ünitelerinin fiziksel koşullarından altyapı gereksinimlerine, hasta yataklarının yerleşiminden ekipman kullanımına kadar pek çok alanda standartlar sunarlar.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre, yoğun bakım servisleri hastanedeki diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde yapılandırılmalıdır.¹⁷

Yoğun bakım üniteleri, genellikle hastanelerin zemin veya daha alt katlarında bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan başlıca olumsuz fiziksel ortam koşulları arasında, yapay aydınlatmanın kullanılması, ortamın çok gürültülü ya da aşırı sessiz olması, yabancı bir ortam hissi uyandırması, çeşitli tıbbi cihazların varlığı, diğer hastalara yapılan müdahalelere ve olumsuz durumlara tanıklık edilmesi, televizyon veya radyo gibi dikkat dağıtıcı araçların bulunmaması ve saat ya da takvim eksikliği yer alır. Hasta odaları çoğunlukla penceresiz olduğu için hastalar gündüz ve gece ayırımını yapmakta zorluk çekmektedirler. Bu koşullar, özellikle bilinci açık hastalarda stres ve anksiyeteye neden olabilmektedir.¹⁸

¹⁵ “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”.

¹⁶ The Facility Guidelines Institute, *Guidelines for Design and Construction of Hospitals*; Thompson vd., “Guidelines for intensive care unit design”; Vincent vd., “Guidelines for the utilisation of intensive care units. European Society of Intensive Care Medicine”.

¹⁷ “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”.

¹⁸ Tunçay ve Uçar, “Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri Opinions of Patients on Physical Environmental Features of Intensive Care Units (Araştırma)”.

Erişkin yoğun bakım üniteleri, donanım, kullanılan ekipman, personel sayısı, sunulan tedavinin niteliği, yoğun bakım ihtiyacı olan hastanın özelliklerine göre üç düzeye ayrılmıştır.¹⁹ Buna göre;

- 1.basamak yoğun bakım ünitesi; *“yaşamsal risk doğurabilecek tıbbi durumların yakın takip edildiği, invaziv olmayan monitörizasyon yöntemlerine sahip, temel destek tedavilerin ve ilk stabilizasyonun sağlanabildiği, gerektiğinde ilgili kliniklerin içinde de yapılandırılabilen, 2. veya 3. seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen birimlerdir.”* Hastaların özellikleri; *“Komplike olmayan solunum yetmezlikleri, komplike olmayan nörolojik ve kardiyak acil vakalar, Takip ve tedavileri için rutin yöntemlerin yeterli olmadığı, yaşamsal fonksiyonların aniden bozulma olasılığı bulunan ve sürekli gözlemi gereken hastalar, cerrahi sonrası yakın takibi gereken hastalardır.”* şeklinde tanımlanmıştır.
- 2.basamak yoğun bakım ünitesi; *“temel monitörizasyon ve temel destek tedavilerin yanında, invaziv monitorizasyon ve tedavilerin de yapılabildiği, 3. Seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım servisleridir.”* Hastaların özellikleri; *“Kısa süreli, detaylı ve nitelikli gözlem, girişim (invaziv monitörizasyon) ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan hastalar, tek organ yetmezliğinin acil tedavisi gereken tıbbi durumlar, düzeltilemeyen fizyolojik veya metabolik bozuklukları, hayatı tehdit eden zehirlenme ve kanaması olan, ağır enfeksiyonu olan hastalar.”* şeklinde tanımlanmıştır.
- 3.basamak yoğun bakım üniteleri; *Çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen yoğun bakım servisleridir.”* Hastaların özellikleri; *“uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim, uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş hastalar, kronik organ bozukluğunun günlük aktiviteyi bozacak şekilde ilerlediği hastalar, kontrol edilemeyen veya masif transfüzyon gereken kanamalar, organ bozukluğu yapan zehirlenmeler, birden fazla organı ilgilendiren sistemik hastalıkların akut sorunları, çoklu travma travma hastaları.”* şeklinde tanımlanmıştır.

Yoğun bakım üniteleri branşlara ve yaş grubuna göre de kategorize edilmiştir. Bu kategoriler, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimleri olarak ifade edilebilir.²⁰

¹⁹ Keleş ve Ertan, Çevre Hukukuna Giriş; Tunçer, “Tıbbi Etik ve Hukuk”.

²⁰ “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”.

Yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda ise genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından; branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman hekim, yoğun bakım ünitesinin sorumlusu olarak başhekimler tarafından görevlendirilir.

Yoğun bakım yataklarının, hastanedeki toplam yatak sayısına oranının %5-10 arasında olması önerilmekle birlikte, bu oran %10-20'ye kadar yükselebilmektedir. İdeal yoğun bakım yatak sayısı ise genellikle en az 6, en fazla 8-12 olması önerilmektedir. Türkiye’de, Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’e göre, yoğun bakım ünitelerinin en az 4 yataklı olacak şekilde planlanması istenmektedir.²¹

II. Etik ve Tıbbi Etik Hakkında Genel Bilgiler

1. Etik ve Tıbbi Etik Kavramları

Etik kelimesi Aristoteles’ten beri kullanılagelmiş çok eski bir sözcüktür. Etik kavramı, Yunanca “*ethos*” sözcüğünden türetilen “davranış biçimini ifade eden karakter” anlamına gelir ve “ahlaki değerler statüsü” olarak tanımlanır.²² Etik kelimesi, alışkanlık, ahlak, töre, görenek gibi anlamlarda kullanılsa da esas olarak etiğe göre davranan kişi, eylem kurallarını ve değer ölçülerini sorgulamadan uygulamayıp, aksine üzerine düşünerek talep edilen iyiyi gerçekleştirmek için onları alışkanlığa dönüştüren kişidir. Etik, insan davranışlarına ilişkin değerler felsefesi olarak ortaya çıkmıştır. İnsan ilişkilerindeki sorulara “iyi”, “kötü” değerlendirmeleri ile yanıtlar bulmaya çalışır.²³ Kuçuradi’ye göre, “etik” terimi kimi durumlarda doğrudan yazılı kurallar bütünü anlamında kullanılabilir.²⁴

Etik, ahlaki tutumların altında yatan yargıları ele alır, insanın davranış ve eylemlerinin temelini araştırır. Etik ve ahlak kavramları çoğu kez birbirlerinin yerine kullanılabilir de farklı kavramlardır ve karıştırılmaması önemlidir. Etik, ahlakı da içeren daha geniş bir alanı ifade eder. Etik, ahlak ve ahlaki ilkelerin niteliğini sorgulayan felsefe olarak tanımlanabilir. Ahlak ise, insanların nasıl yaşaması gerektiği hakkında önerilerde bulunan bir “sistemli inanç kümesi” olarak tanımlanmıştır. Bu inanç kümesi, bireylerin sadece diğer bireylerle değil, aynı zamanda hayvanlar veya doğa ile nasıl yaşaması gerektiği konusunda belirlenen standartlar bütünüdür.²⁵

²¹ Çalışkan ve Gökmen, “Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziki Donanımı”.

²² Keleş ve Ertan, *Çevre Hukukuna Giriş*; Tunçer, “Tıbbi Etik ve Hukuk”.

²³ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:9,10

²⁴ Kuçuradi, “Etik ve ‘Etikler’”.

²⁵ Çobanoğlu; Keleş ve Ertan, *Çevre Hukukuna Giriş*; Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, *Ethics in Intensive Care Medicine*, syf:132

Etik, belirli bir yasa tarafından yönetilmez, kişiye belirli bir eylem veya davranışı yapmasını söylemez, doğru olduğu kabul edilen davranışı gösterir ve ona uymasını ister. Ancak kişiyi bu davranışı yapması için zorlamaz, kişinin kendi özgür iradesi ile bu davranışı uygulamasını ister. Etik, sorularla “iyi” ile “kötü” ayrımını sorgular, ahlaki davranışları ele alarak, insanın davranış ve eylemlerinin temelini araştırır.²⁶

İyi-kötü ayrımı, tarihsel olarak önce mistik bir zemine, Tanrı ve doğal düzene dayandırılmış, zamanla birey ve toplum davranışlarını sorgulayan rasyonel bir etik anlayışa dönüşmüştür. Eskiden metafizikle temellendirilen etik değerler, artık daha iyi bir yaşam ve sürdürülebilir bir dünya hedefiyle ele alınmaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte etik, yalnızca bugünü değil, gelecek kuşakları ve evreni de kapsayan bir perspektif kazanmıştır. Etik, her alanda normları sorgular, yeni sorunlara çözüm üretmeye çalışır.²⁷

Hukuk, ahlak ve etik kuralları, ayrı kavramlardır ancak birbirini besleyen nehir kolları gibidir. Toplumdan topluma değişen ahlak kuralları hem hukuk kurallarını şekillendirir hem de etikten beslenir. Yasalar ülkeden ülkeye farklılık gösterebilirken, etik değerler ise genellikle evrenseldir. Hukuk, ahlak ve etik farklı kavramlar olsa da toplum düzenine birlikte katkı sağlarlar ve aralarındaki farklar keskin değildir.²⁸

Yasalar da pek tabii ahlaki prensipleri de içerebilir, ancak genellikle bölgesel, ulusal veya uluslararası olmak üzere farklı düzeylerdeki yönetim organları tarafından çıkarılırlar. Yasalar, toplum içinde düzen ve barışı teşvik etmek için bir çerçeve sağlar ve uygulanmadığı takdirde ceza gibi yaptırımları olabilir. Yasama ve etik genellikle her iki disiplinin de sunduğu rehberlik açısından örtüşse de çatışabildiği durumlar da bulunmaktadır. Aynı zamanda, yasalarda çeşitli klinik durumların nasıl yönetileceğini etkileyen kültürel ve bölgesel farklılıklar bulunmaktadır.²⁹

Etik yalnızca kuramsal bir disiplin değil, aynı zamanda uygulamalı bir alandır. Uygulamalı etik; genel etik ilkelerin belirli yaşam alanlarına ve mesleki uygulamalara uyarlanmasıyla ortaya çıkar.³⁰ Bu bağlamda, tekil eylemleri ifade eden “olay” ile bu eylemlerin süreklilik arz etmesiyle oluşan “olgu” arasında ayrım yapılması önemlidir. Uygulamalı etik kapsamında tıp etiği, çevre etiği,

²⁶ Çobanoğlu, “Ethics of Individual, Professional, Social, Scientific and Politic is Questioned By COVID-19 Pandemi Nesrin Çobanoğlu”; Doğan, “İŞ ETİĞİ VE İŞLETMELERDE ETİK ÇÖKÜŞ”.

²⁷ Çobanoğlu, “Ethics of Individual, Professional, Social, Scientific and Politic is Questioned By COVID-19 Pandemi Nesrin Çobanoğlu”.

²⁸ Sehwala, “Hukuk, Ahlak ve Etik İlişkisi *”.

²⁹ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine. Syf:132

³⁰ Pieper, *Etiğe Giriş*.

hukuk etiği, medya etiği, mühendislik etiği gibi birçok mesleki etik alanı bulunmakta olup, uzmanlık gerektiren her meslek dalı için ayrı bir etik yaklaşım geliştirilmesi mümkündür.³¹

Meslek etiği, uygulamalı etik disiplininin bir alt dalıdır. İnsanların hayatlarını idame etmek için yaptıkları iş olan meslek, insanın yaşamının büyük parçasını oluşturur ve meslek yaşamının da kendine ait kuralları ve etik değerleri vardır. Meslek etiği, meslek hayatındaki davranışları yönlendiren, neyin yapıp neyin yapılmayacağı konusunda doğru yol gösteren, meslek içi rekabeti düzenleyen etik prensipler ve standartlar bütünüdür şeklinde tanımlanabilir.³²

Meslek etiği, meslek icra edilirken karşılaşılan durumlar karşısında kişinin genel olarak ne yapması veya ne yapmaması gerektiğine dair sorulara cevap arar, kişinin doğru olanı yapmasına yol göstermeye çalışır. Meslek etiği, yalnızca mesleği yapan kişiler arasındaki ilişkiyi değil, aynı zamanda meslek sahibi ile hizmet sunduğu kişiler arasındaki ilişkiyi de düzenler.

Tıp etiği de bir meslek etiği olup tıbbi uygulamalardan kaynaklanan, hekim-hekim, hekim-hasta ilişkilerinde karşılaşılan değer sorunları ile ilgilenmektedir. Hekimin tıp sanatını icra ederken kaldığı ikilemler tıbbi etiğin konusunu oluşturur. 1803 yılında, İngiliz bir doktor olan Thomas Percival "tıbbi etik" terimini "*Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*" adlı kitabında kullanmıştır ve bu terimi kullanan ilk kişi olmuştur.³³

Tıp etiği ve tıbbi deontoloji kavramlarının birbirleri yerine kullanıldığı zaman zaman görülse de ikisi farklı kavramlar olup aralarında ince ayrımlar vardır. Türk Dil Kurumu'na göre deontoloji, "ödev bilimi" demektir. Deontoloji terimi ilk kez 1834 yılında, Jeremy Bentham tarafından "yükümlülükler bilgisi" anlamı karşılığında kullanılmıştır. Bu bağlamda deontoloji, "ne yapmalı" ya da "ne yapmamalı" sorularına cevap veren ve yaptırımlarla donatılmış kurallar bilgisidir.³⁴

Deontoloji terimi tüm meslekler için kullanılabilse de "deontoloji" denilince akla sıklıkla "tıbbi" deontoloji gelmektedir. Tıbbi deontoloji ise hekimlikte, hekimlerin mesleklerini icra ederken uymak zorunda oldukları yasal ve ahlaki kuralları, hastalarına ve diğer meslektaşlarına karşı uyması gereken yükümlülükleri ifade eder.³⁵

Tıbbi etik ve deontoloji aynı konuları ele almaktadır. Ancak tıbbi etik, henüz çözümü tam belirlenmemiş, açık uçlu sorulara cevap bulunmaya çalışıldığı, tartışılmaya açık bir alanken; tıbbi deontoloji, etiğin üzerine çalıştığı sorunlar çözüme kavuştuğunda, eldeki kurallara göre değerlendirme

³¹ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:11

³² Çabuk ve İşgüden, "MESLEK ETİĞİ VE MESLEK ETİĞİNİN MESLEK YAŞAMI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ".

³³ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine. Syf:VI

³⁴ Sayım, "Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları".

³⁵ Williams, "Tıp Etiği Nedir".

yapar. Tıp etiği deontolojinin normlarını üretir. Bu bağlamda tıbbi etik, tıbbi deontolojiyi besleyen bir kaynaktır demek mümkündür.³⁶ Aynı zamanda etik var olan kuralları sorgulayabildiği için deontolojiyi de kapsar. Tıbbi deontoloji, hekimlerin mesleki faaliyetleri sırasında uymak zorunda oldukları kuralları içeren, hastalarına ve meslektaşlarına karşı ödev ve yükümlülüklerini tanımlayan normatif bilgilerdir. Deontolojinin kurallarına uymamak, hukuki sorunlar doğurabilmektedir.³⁷

Tıp etiği ve deontoloji dediğimizde aklımıza ilk Hipokrat Andı gelse de aslında hekimlerin mesleki uygulama esnasında dikkat etmesi gereken sosyal ve hukuki kurallara ait ilk düzenlemeler, Mezopotamya’da Babil Kralı Hammurabi tarafından hazırlanan Hammurabi Kanunları’na (M.Ö 1760 yılı civarı) kadar dayanmaktadır.³⁸ Bu, etikten çok tıp hukuku ve tıbbi deontoloji ile ilgili olsa da yine de önemli bir belge olarak kabul edilmektedir.³⁹

Çin ve Hindistan’daki eserlerde de tıp etiğinin izlerine rastlamak mümkündür. Antik Çağ’da ünlü hekim Hipokrat, özellikle hekim-hasta ilişkisi bağlamında insanlar için bazı ahlaki değerleri belirlemiş ve bunları maddeler halinde düzenlemiştir. Bu kurallar zamanla bir yemin niteliği kazanarak resmîyet kazanmış, böylece tıp tarihinin en köklü etik metinlerinden biri haline gelmiştir. Hipokrat’ın bu etik ilkeleri, “Hipokrat Andı” ile yüzyıllar boyunca etkisini sürdürerek günümüze kadar ulaşmıştır. Galende ise hekimlerin ahlaki ve mesleki sorumluluklarını vurgulamıştır. İslam dünyasında da hekimlik ahlâkına dair belgelere rastlanmaktadır. Modern tıp etiği kodları ise 1803’te İngiliz hekim Thomas Percival tarafından hazırlanmış, 1847’de Amerikan Tabipler Birliği tarafından geliştirilmiştir.⁴⁰

1948 yılında Dünya Tabipler Birliği, Cenevre Bildirgesi adı altında evrensel meslek ahlaki kurallarını tanımlamıştır. Bu bildirge 2017 yılında güncellenmiş, “Hekimlik Andı” adı altında günümüz koşullarına uyumlu hale getirilmiştir.⁴¹ Hekimlik Andı’nın maddelerinin ortak özelliği, hiçbir ayırım gözetmeksizin insan hayatına saygı gösterilmesi, zarar vermekten kaçınılarak hasta sağlığına öncelik verilmesidir. Bu metin, hekimin vicdani sorumluluğunu vurgulamaktadır.

Etik kavramı, hayatın sorunsuz ve istikrarlı biçimde sürdüğü dönemlerde geri planda kalsa da bilimsel, sosyo-kültürel ve politik alandaki köklü değişimlerle birlikte yeniden gündeme gelmektedir. Biyoetik kavramının doğuşu da bu çerçevede değerlendirilmelidir. Yüzyıllar boyunca yalnızca hekimlik mesleğiyle ilişkilendirilen tıp etiği, Hipokrat döneminden itibaren büyük ölçüde sabit

³⁶ Arda ve Şahinoğlu Pelin, “Tıbbi Etik; Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları”.

³⁷ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:25

³⁸ Demirhan Erdemir, *Tıpta Etik ve Deontoloji (Yirmibirinci Yüzyılda)*.

³⁹ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:14

⁴⁰ Arvanitis, Bio-Syllabus for European Enviromental Education; Aksoy, “Tıp Etiğinin Ülkemizdeki ve Dünyadaki Tarihi”; Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:14,15

⁴¹ Civaner, “Meslek Örgütlerinin Deontolojik Görevleri”.

kalmıştır. Ancak 1960'lı yıllarda tıp ve biyoloji alanlarında yaşanan hızlı ve çarpıcı gelişmeler, klasik etik yaklaşımların yetersiz kaldığı yeni sorunları beraberinde getirmiştir. Bu durum, daha kapsayıcı, disiplinlerarası bir etik anlayışına duyulan ihtiyacı doğurmuş ve bunun sonucunda biyoetik kavramı literatüre girmiştir.⁴²

Biyoetik, yaşam bilimleri, sağlık hizmetleri ile sağlık ve bilim politikaları çerçevesinde ortaya çıkan etik sorunların disiplinler arası bir yaklaşımla incelenmesini konu alan bir alandır. Her ne kadar kökeni daha eskiye dayansa da modern anlamda biyoetiğin 1960'ların sonlarında şekillenmeye başladığı genel kabul görmektedir. “Biyoetik” terimi ilk kez 1927 yılında Fritz Jahr tarafından kullanılmış olmakla birlikte, bu dönemde yeterince ilgi görmemiştir. Kavram, 1970 yılında Van Rensselaer Potter tarafından yeniden ele alınarak yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda sosyal ve çevresel boyutları da kapsayan geniş kapsamlı bir disiplin olarak tanımlanmıştır.⁴³

Biyoetik, gelişmiş ve karmaşık tıbbi uygulamaların etik açıdan değerlendirilmesi ile toplum yararını gözeterek sağlık hizmetleri ve politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla; felsefe, sosyoloji, davranış bilimleri, tıp hukuku, tıp ve hemşirelik gibi farklı disiplinleri bir araya getiren çok disiplinli bir alandır. Tıp etiği, esas olarak hekimlik uygulamalarından kaynaklanan değer temelli sorunlara odaklanırken; biyoetik, yalnızca tıbbi değil, biyoloji, teknoloji ve genel sağlık bilimlerinin gelişimiyle birlikte ortaya çıkan, daha geniş toplumsal etkileri olan etik sorunları disiplinler arası bir bakış açısıyla ele alır.⁴⁴

Türkiye’de hekimlik meslek ahlakı kuralları, 1960 yılında yayımlanan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN) ve Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ile düzenlenmektedir. Bunların yanı sıra, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun da hekimlik uygulamalarının yasal ve etik sınırlamalarını belirleyen temel yasal metinlerden biridir. TTB, 2008 ve 2009 yıllarında düzenlediği çalıştayların ardından, çeşitli başlıklarda hazırladığı etik bildirimleri bir araya getirerek bir kitap halinde yayımlamış ve bu metinleri kamuoyunun tartışmasına sunmuştur.⁴⁵ Türkiye’nin de taraf olduğu İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, tıbbi etik açısından uluslararası bir referans noktası olarak kabul edilmektedir.

⁴² Callahan, “Bioethics and Policy—A History - The Hastings Center for Bioethics”; Yıldız, Kaya, ve Şahinoğlu, “Biyoetik Teriminin Ortaya Çıkışı ve Türkiye’deki Yansımaları * The Dawn of the Term of Bioethics and Its Reflections in Turkey”.

⁴³ Muzur ve Rinčić, “Two kinds of globality: a comparison of Fritz Jahr and Van Rensselaer Potter’s bioethics”; Potter, *Bioethics Bridge to the Future*; Yıldız, Kaya, ve Şahinoğlu, “Biyoetik Teriminin Ortaya Çıkışı ve Türkiye’deki Yansımaları * The Dawn of the Term of Bioethics and Its Reflections in Turkey”.

⁴⁴ Williams, *Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı*. Syf:13

⁴⁵ TTB, *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*.

Tıbbi etik alanında farklı etik düşünme sistemleri geliştirilmiştir. Bunlar arasında faydacı yaklaşım, deontolojik yaklaşım, ilkeci yaklaşım, değerler etiği gibi yaklaşımlar yer almaktadır.⁴⁶ Bu çalışmada ise, tıbbi kararların etik değerlendirmesi için en yaygın kullanılan ve en bilinen model olan ilkeci yaklaşım temel alınacaktır.

Tıbbi etik konusunda en büyük adım Tom L. Beauchamp ve James F. Childress tarafından “Principles of Biomedical Ethics” kitabı yayınlanarak atılmış, tıp etiğini 4 temel ilke üzerinden irdelemişlerdir. Bunlar; özerkliğe saygı, bilerek zarar vermeme, yararlılık ve adalet ilkeleridir.⁴⁷ Literatürde bu 4 temel etik ilkeye ek olarak dürüstlük, yaşama saygı, yasallık (meşruiyet), aydınlatılmış onam, sır saklama gibi ilkelerin de etik değerlendirmenin parçası olduğu belirtilmektedir.⁴⁸ Ancak bu çalışmada yalnızca Beauchamp ve Childress tarafından ortaya konulan dört temel ilke esas alınarak bir değerlendirme yapılacaktır.

2. Tıp Etiği İlkeleri

Etik ilkeler içinde kullanılan “ilke” kelimesi TDK’ya göre, temel düşünce, temel inanç, prensip anlamlarına gelmektedir. Eski Türkçede ise bu kavram “mebde”, “umde” gibi terimlerle ifade edilmiştir.⁴⁹ Etik bir görüşün kabul edilebilir ve savunulabilir olması, belirli bir ilkeye dayanmasına bağlıdır. Özgül durumlar ya da kurallar, bir etik ilkeye dayandığında, bireylerin tutum ve davranışlarının etik açıdan gerekçelendirilmesi mümkün hale gelir. Başka bir ifadeyle, etik ilkeler, eylemlerimize yön vererek davranışlarımız için bir kılavuz işlevi görür.⁵⁰

Hekimler, etik ikilemlerle karşılaştıklarında, etik ilke ve kurallar, doğru karara ulaşmada önemli bir yol gösterici işlevi görür. Etik karar verme sürecinde, bir kararın neden alındığı ya da neden reddedildiği, etik gerekçelerle açıklanabilmektedir. Ancak bu ilkeler arasında hiyerarşik bir sıralama bulunmaz; her biri, duruma göre eşit önemde değerlendirilebilir.⁵¹

Burada, yukarıda bahsedilen dört temel etik ilke olan özerkliğe saygı, bilerek zarar vermeme, yararlılık ve adalet ilkeleri alt başlıklar halinde ele alınacaktır.

⁴⁶ Thomasma, “Chapter 2 THEORIES OF MEDICAL ETHICS: THE PHILOSOPHICAL STRUCTURE INTRODUCTION A Definition of Medical Ethics An Analysis of Ethical Judgments”; Morrell ve Dahlmann, “Aristotle in the Anthropocene: The comparative benefits of Aristotelian virtue ethics over Utilitarianism and deontology”; Tseng ve Wang, “Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak”.

⁴⁷ Beauchamp ve Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

⁴⁸ Sayım, “Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları”; Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:18

⁴⁹ Demirhan Erdemir, “Etik, Tıp Etiği, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri”.

⁵⁰ McCullough ve Jonsen, “Bioethics education: Diversity and critique”.

⁵¹ Bahçecik, “Hemşirelikte Etik”.

a. Özerkliğe Saygı İlkesi (Otonomi)

Özerklik kavramı, İngilizce "autonomy" sözcüğünden dilimize geçmiş olup, bireyin kendi yaşamı üzerinde bağımsız kararlar alma ve bu kararları uygulama hakkını ifade eder. Bu kavram, bireyin kendi geleceğini belirleme hakkı ile doğrudan ilişkilidir.⁵²

Kişisel özerklik, öz-yönetimi ifade eder, yani başkalarının müdahalesinden ve sınırlamalarından bağımsız kişinin kendi kendini yönetmesi olup kendi adına düşünme, kendi hayatını nasıl yönlendirmek istediğine dair kararlar verme ve ardından bu kararları hayata geçirme yeteneği ve eğilimidir.⁵³

Tıp etiğinde özerklik kavramının yer bulması, rastlantısal ya da yalnızca bireysel tercihlerle gelişen bir süreç değil; çağdaş insan ilişkilerinin evrimi ve bireyin haklarına verilen önemin artmasının doğal bir yansımasıdır. Özellikle batı toplumlarında insan yaşamına atfedilen değer ve kişilik haklarının güçlenmesi, bu kavramın etik ve hukuki zeminde ön plana çıkmasında belirleyici rol oynamıştır.⁵⁴

Beauchamp and Childress'e göre, özerkliğe saygı ilkesi; doğruyu söylemek, mahremiyete özen göstermek, gizli bilgileri korumak, hastalardan yapılacak müdahaleler için onam almak ve hastalara önemli kararlar almalarında yardımcı olmak gibi temel etik yükümlülükleri kapsar.⁵⁵

Özerklik ilkesinin hayata geçirilebilmesi için, hastanın kendi hakkında bağımsız ve bilinçli kararlar alabilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi ise hastanın içinde bulunduğu durum hakkında önceden bilgilendirilmesini zorunlu kılar. Hastaların tıbbi durumlarıyla ilgili bilinçli kararlar verebilmeleri için, kendilerine içerik ve biçim açısından uygun, yeterli ve anlaşılır bilginin sunulması, aydınlatılması gerekmektedir.⁵⁶

Hasta, kendisine uygulanacak medikal işlem, tedavi ya da tetkik hakkında “bilgilendirilmiş” ve “gönüllü” olmalıdır. Yapılacak işlemlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olduktan sonra, hasta, kendi adına en uygun gördüğü eylemi seçme ve uygulama hakkına sahiptir. Eğer hasta, kendisine verilen bilgileri anladıktan sonra, herhangi bir baskı altında kalmaksızın düşünüp karar verebiliyor ve bu

⁵² Aydın, “TIP ETİĞİNDE HASTA ÖZERKLİĞİNE SAYGI İLKESİ The Principle Of Respect For Autonomy Of The Patient In Medical Ethics”.

⁵³ Gillon, “Ethics needs principles--four can encompass the rest--and respect for autonomy should be ‘first among equals’”.

⁵⁴ Aydın, “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”.

⁵⁵ Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics. Syf:65

⁵⁶ Avrupa Konseyi, Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz.

kararı doğrultusunda hareket edebiliyorsa, özerklik ilkesi devreye girer ve hastanın özerkliğine saygı gösterilmesi gerekmektedir.⁵⁷

Bu süreçte, hastaya sadece bilgi vermek yeterli değildir. Aktarılan bilginin anlaşılır olduğuna emin olunmalı, hastanın varsa soruları yanıtlanmalı, gerekiyorsa hastaya başkalarına danışma fırsatı tanınmalıdır. Bunların hepsi aydınlatılmış onamı oluşturmaktadır.⁵⁸ Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarından birisi de kişinin rızasının olmasıdır. Rızanın uygunluğu ise kişinin aydınlatılması ile sağlanır.

Ülkemizde aydınlatılmış rızaya bağlı genel hukuki düzenlemeler Anayasa Madde 17, Türk Medeni Kanunu (TMK) Madde 23 ve 24 çerçevesinde tanımlanmaktadır. Bu genel düzenlemelerin yanı sıra, Biyotıp Sözleşmesi Madde 5-9, TŞSTİDK Madde 70, TDN Madde 14, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15, 22, 24-36 da hastanın rızası ile ilgili hüküm ve düzenlemeler bulunmaktadır.⁵⁹

Özetle, bir hastanın seçiminin “özerk” sayılabilmesi için, hasta gönüllü olmalıdır, yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır ve hasta, karar verme yetisine sahip olmalıdır.

b. Bilerek Zarar Vermeme İlkesi

Hipokrat, hekimlere “*fayda sağla ve zarar verme (bring benefit and do no harm)*” öğütünde bulunmuştur. Bu ifade, hem “zarar vermeme” (nonmaleficence) hem de “yararlılık” (beneficence) ilkelerini kapsamaktadır. Zarar vermeme ilkesi, zarar vermekten kaçınma yükümlülüğünü ifade eder. Bu ilke, tıbbın en bilinen ahlaki ilkelerinden biri olan “*Primum non nocere*”, yani “her şeyden önce ve ilk olarak zarar verme” ilkesine dayanmaktadır.⁶⁰

Beauchamp ve Childress'e göre, bilerek zarar vermeme prensibi bir dizi daha spesifik ahlaki kuralı içinde barındırır. Bunlar arasında: öldürmemek, acıya veya acı çekmeye neden olmamak, hastayı işlevsiz bırakmamak, rahatsızlığa neden olmamak ve başkalarını yaşamın nimetlerinden mahrum bırakmamak yer almaktadır.⁶¹

Gert'e göre ise, ahlaki kurallar bağlamında zarar vermeme ilkesi; öldürme, acı verme, sakat bırakma, zevkten mahrum etme ve özgürlükten yoksun bırakma ahlaki kurallarının bir özeti olarak

⁵⁷ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. Syf:17,18

⁵⁸ KURT, “Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam”.

⁵⁹ Hasta Hakları Yönetmeliği; Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; TÜRK MEDENİ KANUNU; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.

⁶⁰ Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics syf:117; Jonsen, Siegler, ve Winslade, Clinical Ethics.

⁶¹ Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics syf:117.

yorumlanabilir. Ancak özgürlüğü kısıtlamama kuralı, zarar vermeme ilkesine dâhil edilebilse de genellikle bu kural özerklik ilkesi altında değerlendirilmektedir.⁶²

Zararlı eylemler genellikle ilk bakışta (prima facie) yanlış kabul edilir, ancak bu zarar haklı bir gerekçeyle yapılmışsa, yanlış olarak değerlendirilmez. Örneğin, zarar vermeme ilkesi çerçevesinde öldürmek ilk bakışta yasaklanmış bir eylem olsa da nefsi müdafaa amacıyla öldürme, açıkça bir başkasına zarar verse de ahlaki açıdan yanlış kabul edilmez. Benzer şekilde, bir kişinin hayatını kurtarmak amacıyla kan nakli yapılması sırasında, damar yolu açılması, teknik olarak vücuda zarar veren bir işlem olarak görülebilir. Ancak bu işlem, daha büyük bir fayda sağlama amacı taşıdığı için zarar olarak değerlendirilmez.⁶³ Yine, cerrahi bir müdahale sonrasında hastanın ağrı hissetmesi de bu duruma bir örnek olarak gösterilebilir. Burada, gerçekleştirilen müdahalenin sağladığı fayda, yol açtığı zarardan daha ağır bastığı için zarar kabul edilmemektedir.

c. Yararlılık İlkesi

İngilizce'de "beneficence" terimiyle ifade edilen kavram, Türkçeye genellikle "yararlılık" olarak çevrilmektedir. Ancak bu terim yalnızca fayda sağlama yükümlülüğü ile sınırlı değildir. Yararlılık, aynı zamanda iyilik yapma, merhamet gösterme, yardım etme isteği gibi içsel motivasyonlardan kaynaklanan tutum ve davranışları da kapsar. Bu yönüyle, yalnızca bir etik yükümlülük değil; aynı zamanda erdemli bir davranış biçimi olarak da değerlendirilir.⁶⁴

Yararlılık ilkesi, başkalarına yardım etmeyi temel alan bir anlayış üzerine kuruludur. Bu ilke, hekimlerin her koşulda hastanın yararını öncelikli olarak gözetmesini ve mümkün olan en iyi sonucu sağlamaya çalışmasını ifade eder.⁶⁵ Tıbbi müdahalelerde, yalnızca hastalığı tedavi etmek değil, aynı zamanda hastanın genel yaşam kalitesini artırmak da bu ilkenin kapsamında değerlendirilebilir.

Beauchamp ve Childress'e göre, yararlılık prensibi, başkalarının haklarını korumak ve savunmak, başkalarına zarar gelmesini önlemek ve zarar verecek koşulları ortadan kaldırmak, engellilere yardım etmek ve tehlikede olan kişileri kurtarmak gibi sorumlulukları içermektedir.⁶⁶

Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri ilk bakışta aynı gibi görünse de zarar vermeme ilkesinin olumsuz yasaklamalarının aksine, yararlılık ilkesi, kişileri olumlu hareket etmeye teşvik eder. Diğer bir deyişle, zarar vermeme ilkesinin buyruklarına sadece eylemden kaçınarak uymak mümkünken, yararlılık ilkesi olumlu bir davranışta bulunmayı zorunlu kılar.⁶⁷

⁶² Gert ve Culver, Bioethics: A Return to Fundamentals. Syf:76

⁶³ Beauchamp vd., "Ethical theory and bioethics".

⁶⁴ Ersoy ve Aydın, "Tıbbi Etik'te Yararlılık İlkesi".

⁶⁵ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:19.

⁶⁶ Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics syf:167.

⁶⁷ Beauchamp ve Childress; Horton, "Principles of biomedical ethics".

Yararlılık ilkesi, tek başına sınırsız bir yükümlülük doğurmaz. Bu ilkenin uygulanabilmesi için bazı koşullar mevcuttur. Öncelikle kişinin eylemi, zararı veya kaybı önlemek için gerekli olmalıdır. Yapılan eylemin beklenen faydayı sağlama ihtimali yüksek olmalıdır. Sağlanması beklenen fayda, eylemi gerçekleştiren kişi için oluşturacağı maliyet, risk veya yükten daha ağır basmalıdır. Eylemin zararları, beklenen fayda ile kıyaslandığında kabul edilebilir düzeyde olmalıdır.⁶⁸

Günlük pratikte yararlılık ilkesi çoğu zaman diğer etik ilkelerle, özellikle de özerklik ilkesiyle çatışabilmektedir. Örneğin, hekimlerin hastanın yararı için aldıkları bir karar hastanın kendi hakkında karar verme hakkını etkileyebilmektedir.⁶⁹

Günümüzde, hiç zarar vermeden mutlak yarar sağlama hedefine ulaşmak pek mümkün görünmediği görüşünden dolayı, yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri çoğunlukla tek bir kavram gibi değerlendirilmektedir. Yarar ve zararın dengelenmesi ve yarar lehine olan kararların uygulanması uygun görünmektedir.⁷⁰

d. Adalet İlkesi

Adalet kavramı, Arapça “*adl*” (*eşitlik*) kökünden türemiş olup TDK sözlüğünde, “hak ve hukuka uygunluk, hakkı gözetme, türe” şeklinde tanımlanmıştır. Etik bağlamda adalet ilkesi; toplumsal faydaların ve yükümlülüklerin bireyler arasında nasıl dağıtılması gerektiğine ilişkin sorunlara odaklanır. Sağlık hizmetlerinde bu ilke, kaynakların kimin yararına, ne ölçüde ve hangi gerekçelerle kullanılacağını belirlemede temel bir etik dayanak sağlar. Örneğin, aynı klinik durumda olan iki hastanın, sosyoekonomik farklılıklar nedeniyle sağlık sisteminden farklı şekilde yararlanması adil midir? ⁷¹ Veya yalnızca bir karaciğerin mevcut olduğu durumda, uzun süredir ayık kalmış bir eski alkolik mi yoksa biliyer atrezi nedeniyle yaşamı tehdit altında olan bir çocuk mu önceliklidir? ⁷²

Adalet ilkesinin kökenleri Antik Çağ’a kadar uzanır. Aristoteles, adaleti yalnızca genel bir erdem olarak değil, kendi içinde farklı türlere ayrılması gereken bir kavram olarak ele almış ve dağıtıcı adalet ile denkleştirici adalet ayrımını yapmıştır. Denkleştirici (veya düzeltici) adalet, bireyler arası ilişkilerde eşit muameleyi esas alırken; örneğin zarar verenin tazminat ödemesi gibi, bir haksızlığın giderilmesini amaçlar. Dağıtıcı adalet ise, kaynakların bireyler arasında toplum içindeki konumlarına, yeteneklerine veya ihtiyaçlarına göre paylaştırılmasını öngörür. Bu yönüyle dağıtıcı adalet, mutlak eşitliği değil, göreceli bir hakkaniyeti esas alır.⁷³

⁶⁸ Beauchamp ve Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

⁶⁹ Ersoy ve Aydın, “Tıbbi Etik’te Yararlılık İlkesi”.

⁷⁰ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:19.

⁷¹ Horton, “Principles of biomedical ethics”.

⁷² Moss, “Should alcoholics compete equally for liver transplantation?”

⁷³ Güriz, “Adalet Kavramının Belirsizliği”; Güriz, *Hukuk Felsefesi*.

Adaletin biçimsel ilkesi ise tüm adalet teorilerine temel oluşturur ve genellikle Aristoteles'e atfedilir. Bu ilkeye göre “eşitler eşit, eşit olmayanlar ise kendi farklılıklarına orantılı olarak farklı” şekilde muamele görmelidir. Ancak bu ilke, kimin kime göre eşit ya da eşit olmayan olduğu sorusuna doğrudan bir yanıt sunmaz. Dolayısıyla, adaletin somutlaştırılabilmesi için biçimsel eşitlik anlayışının ötesine geçilmesi gerekir.⁷⁴

Beauchamp ve Childress, adalet ilkesini açıklarken, kaynakların bireyler arasında ihtiyaca, çabaya, liyakate ve katkıya göre dağıtılması gerektiğini belirtirler. Bu yaklaşım, dağıtıcı adaletin sağlık alanında nasıl uygulanması gerektiği konusunda önemli bir referans sunmaktadır.⁷⁵

Sağlık, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişkenlik gösteren bir olgu olduğundan, hizmetlerde mutlak eşitlik sağlanması mümkün değildir. Bu noktada etik olarak savunulabilir olan, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim açısından eşit fırsatlara sahip olmasıdır. Çobanoğlu bu durumu, herkesin aynı sağlık düzeyinde olması değil, sağlık hizmetlerine eşit ulaşım imkanına sahip olması şeklinde tanımlamıştır.⁷⁶ Anayasa'nın 56. maddesi de bu ilkeyi destekler nitelikte “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” ifadesine yer vererek, devletin sağlık hizmetlerinde adalet ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda hareket etmesi gerektiğini hükme bağlamaktadır.⁷⁷

3. Tıp Etiği Göz Önünde Bulundurularak Hekim-Hasta İlişkisi

Tıp, yalnızca bilimsel bilgi ve teknolojiyle sınırlı olmayan; sanatsal yaklaşım, iletişim becerisi ve etik duyarlılık gerektiren çok boyutlu bir alandır. Hekimlik, sadece bir meslek değil; aynı zamanda bir yaşam tarzı, toplumsal bir rol ve insanla doğrudan temas gerektiren bir hizmet alanıdır. Hekim, hastayı yalnızca biyolojik yönleriyle değil; psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bir bütün olarak ele almak zorundadır. Bu çok katmanlı yapı nedeniyle, hasta-hekim ilişkisi yalnızca tıbbi değil; aynı zamanda etik ve hukuki sorumluluklar içeren özel bir bağ niteliğindedir.⁷⁸

J. Williams hekim hasta ilişkisini geniş bir çerçevede değerlendirerek şu görüşü dile getirmiştir; “Hekimlik mesleği, sadece bir hekim ve bir hasta arasındaki ilişkiden ve meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerden oluşmaz. Aynı zamanda toplumla ilişkileri de içerir. Bu ilişki, toplumun hekimlik mesleğine, belli hizmetleri sadece kendisinin sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendisini denetlemesi gibi ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak başkalarının yararına ve sadece ikincil olarak kendi yararına kullanmayı kabul etmesini içeren

⁷⁴ Horton, “Principles of biomedical ethics”.

⁷⁵ Beauchamp ve Childress, Principles of Biomedical Ethics syf:228.

⁷⁶ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:19.

⁷⁷ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.

⁷⁸ Atıcı, “Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı ”.

bir tür 'toplumsal sözleşme' temelinde kurulur". Bu tanımlama, hekim-hasta ilişkisinin sadece bireysel bir ilişki değil, aynı zamanda toplumsal bir sözleşme olduğunu vurgulamaktadır.⁷⁹

Tarihsel süreçte hekim-hasta ilişkisi, toplumsal ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda önemli dönüşümler geçirmiştir. Antik Mısır, Antik Yunan ve Orta Çağ dönemlerinde, hekim genellikle "üstün kişi" konumunda olup, hastalar edilgen bir konumda değerlendirilmiştir. Bu dönemde hekim, hastanın iyileşmesi için otoriter bir figür olarak kabul edilmiştir.⁸⁰

18.yüzyılın sonlarında, Fransız hekim Philippe Pinel, akıl hastalarının insanlık dışı koşullarda tutulduğu dönemde, onların zincirlerini çözerek daha insancıl bir yaklaşım benimsemiştir. Pinel, "traitement moral" (ahlaki tedavi) adını verdiği bu yöntemle, hastaların birey olarak görülmesi ve onlara saygı gösterilmesi gerektiğini savunmuştur.⁸¹

19.yüzyılın sonlarında ise, Avusturyalı hekim Josef Breuer ve meslektaşı Sigmund Freud, histeri tanısı konulan Bertha Pappenheim (Anna O.) adlı hastanın tedavisinde "konuşma terapisi" yöntemini geliştirmişlerdir. Bu yöntem, hastaların yaşadıkları travmaları ifade etmeleriyle semptomlarının hafiflemesini sağlamıştır. Bu olayın hasta- hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda ilişki modelinin gelişmesi için atılan en büyük adım olduğu kabul edilmektedir.⁸²

Hekim-hasta ilişkisini tanımlayan çeşitli modeller kullanılmaktadır. Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisini, etkinlik-edilgenlik ilişki modeli, yol gösterme-iş birliği içinde bulunma ilişki modeli ve karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki modeli olmak üzere 3 temel ilişki modeli üzerinden tanımlamışlardır.⁸³ Bu ilişki biçimleri, diğer insan ilişkilerinde de görülebilmekle beraber, hasta-hekim ilişkisi, belirli bir teknik ve belirli bir sosyal ortamda olduğu için, bu ilişkinin benzersiz olduğunu savunmuşlardır.⁸⁴

Tarihsel olarak en eski model etkinlik-edilgenlik ilişki modelidir.⁸⁵ Paternalistik veya ataerkil yaklaşım olarak da bilinir. Bu ilişkide hekim, hastanın onamını almaksızın hastanın yararına olduğunu düşündüğü eylemi yapar.⁸⁶ Genel anestezi altındaki hastalar, yoğun bakım ünitelerindeki koma halinde, bilinci kapalı olan hastalar ve hekim arasındaki ilişki buna örnek gösterilebilir. Akut, acil durumlara müdahalede görülen ilişki biçimidir.

⁷⁹ Williams, "Tıp Etiği Nedir"; Civaner, "Meslek Örgütlerinin Deontolojik Görevleri".

⁸⁰ Örs, "Geçmişte ve Günümüzde Hekim Hasta İlişkisi".

⁸¹ Atıcı, "Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı "; Örs, "Geçmişte ve Günümüzde Hekim Hasta İlişkisi".

⁸² Atıcı, "Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı ".

⁸³ Szasz ve Hollender, "A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship".

⁸⁴ Habiba, "Examining consent within the patient-doctor relationship".

⁸⁵ Szasz ve Hollender, "A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship".

⁸⁶ OĞUZ, "Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi".

Yol gösterme-iş birliği içinde bulunma ilişki modelinde ise hastanın bilinci açıktır ve kendisine ne yapması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarına uymak konusunda hekimle iş birliği içinde olmak için isteklidir. Bu ilişkide iki taraf da aktiftir ancak hekim daha fazla güce sahip olan taraf olup hastadan iş birliği içinde olmasını bekleyen taraftır.⁸⁷ Kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişkidir.

Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişkide ise hekim ve hasta uygulamalarda birlikte karar verirler. Hekim de hasta da eşit güce sahiptir. Hekim, hastanın kendisine yararlı olmasında yardımcı olur. Hem hekimin hem de hastanın eşit bir şekilde katkıda bulunduğu, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde kullanılan modeldir.⁸⁸

Szasz ve Hollender'in tanımladığı modelden sonra, tıpta hasta özerkliğinin artmasıyla birlikte, hekimin bilgisi ile hastanın değerleri arasındaki denge nasıl kurulmalı sorusu gündeme gelmiştir. Bu soruya yanıt arayan Ezekiel ve Linda Emanuel, hasta-hekim ilişkisinde dört temel modeli tanımlamışlardır. Bunlar; paternalistik model, bilgilendirici model, açıklayıcı model ve görüşmeci modeldir.⁸⁹

Paternalistik modelde, hekim, hastanın yararına en uygun olanı belirler ve uygular. Hastanın onayı, hekimin önerisini kabul edip etmemesiyle sınırlıdır. Bu modelde hekimin koruyucu rolü ön plandadır, ancak hasta özerkliği geri planda kalır. Bu yaklaşım ancak hastanın karar verme yetisinin olmadığı durumlarda etik açıdan kabul edilebilir görülür. Bilgilendirici modelde, hekim, hastaya hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında tüm bilimsel bilgileri sunar. Kararı hasta verir, hekim bu kararı uygular. Hekimin rolü, bir teknik uzman olarak bilgi sağlamaktır. Açıklayıcı modelde, hekim sadece bilgi vermez; aynı zamanda hastanın değerlerini anlamasına ve bu değerlere uygun bir karar vermesine yardımcı olur. Hekim burada bir rehber gibi davranır. Görüşmeci modelde ise, hasta ile hekim birlikte, en uygun tıbbi kararı belirlemeye çalışır. Hekim hem tıbbi durumu hem de olası seçeneklerin etik ve kişisel değerlerini hasta ile birlikte değerlendirir. Bu modelde karar süreci karşılıklı iş birliğine dayanır.⁹⁰

Hekim hasta ilişkisi zaman içerisinde değişim göstermiştir. Eskiden, hastaların kendi adlarına karar verme konusunda yetersiz olduğu görüşü hâkim olduğu için hekim-hasta arasında paternalistik

⁸⁷ Szasz ve Hollender, "A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship".

⁸⁸ Szasz ve Hollender.

⁸⁹ Emanuel ve Emanuel, "Four Models of the Physician-Patient Relationship".

⁹⁰ Atıcı, "Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı "; Emanuel ve Emanuel, "Four Models of the Physician-Patient Relationship".

bir ilişki vardı ve bu nedenle hastalara tedavinin belirsizlikleri ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilmesinin, hekim-hasta arasındaki güveni sarsacağı düşüncesi kabul görmekteydi.⁹¹

Günümüzde ise hekim ve hasta arasında iş birliğine dayalı bir ittifak söz konusudur ve hekim hastayı “eşsiz bir birey” olarak kabul etmekte ve onu anlamaya çalışmaktadır.⁹² Karşılıklı katılım, saygı ve ortak karar alma, otoriter ilişkinin yerini almıştır. Hekimler hem uzman hem de destekleyici bir rol üstlenmişlerdir.⁹³ Ancak bu modellerin uygulanabilirliği hastanın kişilik özellikleri, eğitimi, karar verme kapasitesi gibi bireysel faktörler ile hastalığın türü ve ciddiyeti gibi klinik koşullara göre değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır.

Hekim-hasta ilişkisi çok belirleyenlidir. Aydınlatılmış onam, iyi klinik uygulamalar, ağrı-acının giderilmesi, sır saklama, zarar/yarar değerlendirmesi, tarafsız karar verme gibi etik konularda çok yönlü bir bilgi birikimi ve uygulama becerisi gerektirmektedir.⁹⁴ Hekimlik yalnızca teknik bilgiye dayanan bir meslek değil, aynı zamanda güçlü bir iletişim becerisi gerektiren bir sanattır. Kurulan ilişkinin niteliği, tedavi sürecinin başarısını ve hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir.⁹⁵

4. Tıp Fakültelerinde Etik Eğitimi

Tıp eğitimi, yalnızca bilimsel bilgi ve teknik becerilerin kazandırılmasına yönelik derslerle sınırlı kalmamalı, hekim adaylarına çağdaş bir ahlaki tutumu ve sorumluluğu benimsetecek bir bilinçlilik kazandırmalıdır. Hekim kimliğinin oluşması için, tıbbi bilgilerin öğrenilmesinin yanında, bu bilgilerin nerede, nasıl, hangi amaca yönelik kullanılacağı ve bu bilgilerin doğru iletişim teknikleri ile hastaya nasıl aktarılacağına bilinmesi de önemlidir.⁹⁶

Dünya Tıp Birliği (World Medical Association), 1987 yılında Madrid’de gerçekleştirdiği toplantı sonucunda yayımladığı bildiride, tıp eğitiminin amacını; *"Tıp eğitimi, tıp fakültelerine girdikten, aktif hayattan çekilinceye dek sürekli öğrenimi içerir. Amacı; tıp öğrencileri, asistan ve hekimlere en son bilimsel ilerlemelerin, hastalıklardan korunma ve bakımın öğretim ve uygulamasına yöneliktir. Tıp eğitimi, hekimlere standart etik düşünme ve etik davranışı, bunların kişisel çıkar ve kazançtan ötede tutulmasını öğretir. Uzmanlık dalları ne olursa olsun hekimler bu mesleğin üyeleridir.*

⁹¹ Kaba ve Sooriakumaran, “The evolution of the doctor-patient relationship”.

⁹² Balint, “The possibilities of patient-centered medicine.”

⁹³ Kaba ve Sooriakumaran, “The evolution of the doctor-patient relationship”.

⁹⁴ BÜKEN, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”.

⁹⁵ Atıcı, “Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı ”.

⁹⁶ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:1.

Hekimler, tıp eğitimi boyunca gösterdikleri yüksek mesleki standartlar meslekte iken de korumalıdır." şeklinde tanımlayarak tıp fakültelerindeki etik eğitimin öneminden bahsetmiştir.⁹⁷

Bu yaklaşım, 1999 yılında Dünya Tıp Birliği'nin 51. Genel Kurulu'nda bir adım daha ileri taşınmış ve dünyadaki tüm tıp fakültelerine, programlarına zorunlu olarak tıp etiği ve insan hakları eğitimini eklemeleri önemle önerilmiştir.⁹⁸ Ülkemizde 1981 yılında yürürlüğe giren 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu gereği 1983 yılında tıp ve diş hekimliği fakültelerinin birinci sınıflarında tıbbi etik dersleri okutulmaya başlanmıştır.⁹⁹

Dünya Tıp Birliği'nin etik eğitimi üzerine olan bu önerisinde, tıp tarihi eğitimine yönelik bir öneri olmaması, ülkeler arasında tıp tarihi ve etik alanında müfredat farklılığına neden olabilmektedir.¹⁰⁰ Türkiye'de, 1930'larda tıp tarihi alanında yapılan sistematik ve akademik çalışmalar yapılmasından da önce, Cumhuriyet öncesinde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin eğitim müfredatında tıp tarihi derslerinin yer aldığı görülmüştür.¹⁰¹

Ülkemizde, ilk Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü'nün kurulması, 1933 yılında Dr Akil Muhtar Özden ve Süheyl Ünver sayesinde gerçekleşmiştir. Ünver'in çabası sayesinde Türk Tıp Tarihi Kurumu kurulduktan sonra Türk Tıp Tarihi'nin ilk dergisi yayın hayatına başlamıştır. Bu gelişmeleri takiben, 1946 yılında Feridun Nafiz Uzluk'un Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesörlüğe atanmasıyla ikinci Tıp Tarihi Kürsüsü kurulmuştur.¹⁰²

Ülkemizdeki gibi etik ve tarih boyutu ile birlikte verilen eğitimler, hekimlik mesleğinin tarihsel, toplumsal, felsefi ve ahlaki boyutları hakkında bilgi ve bilinç kazandırması ile hekim kimliğinin oluşmasına katkı sağlamaktadır.¹⁰³

Tıbbi deontoloji ve etik hekimin görevleri ve sorumluluklarını işleyen bir akademik disiplindir. Bu nedenle tıp eğitimindeki yeri büyüktür.¹⁰⁴ Tıp etiği eğitimi almış hekimlerin olayları

⁹⁷ World Medical Association, "Declaration of Rancho Mirage on Medical Education"; Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:2.

⁹⁸ UZEL, "Tıp Etiği Eğitimi"; Williams, Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı syf:9.

⁹⁹ UZEL, "Tıp Etiği Eğitimi".

¹⁰⁰ Ögenler ve AKSU Özet, "Türkiye'de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi Quantitative Investigation of Departments, Academic Staff and Graduate Theses in the Field of History of Medicine and Ethics in Turkey".

¹⁰¹ Günergun ve Yolun, "Türkiye'de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar İle Son Araştırmaların İncelenmesi".

¹⁰² Ögenler ve AKSU Özet, "Türkiye'de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi "; Günergun, "Türkiye'de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi".

¹⁰³ Ögenler ve AKSU Özet, "Türkiye'de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi Quantitative Investigation of Departments, Academic Staff and Graduate Theses in the Field of History of Medicine and Ethics in Turkey".

¹⁰⁴ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:5.

etik yönüyle değerlendirmek ve etik sorunları ayırt etmekte, etik konusunda herhangi bir eğitim almamış hekimlere göre daha duyarlı olduğu gözlenmiştir.¹⁰⁵

Tıp etiği konusunda bilgi veya eğitim eksikliği, yoğun bakım ünitesinde meydana gelen etik ikilemlerin nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Bu, hekimlerin, bir durumu, konuyu etik veya ahlaki bir sorun olarak görmemesi durumunda ortaya çıkmaktadır.¹⁰⁶ Hekimlerin, ilgili etik ve ahlaki sorunları tanımak ve sundukları hizmetin etik standartlara uygun olması için eğitim veya öğretim almaları durumunda, bilgi eksikliklerinden kaynaklanan sorunların önemli ölçüde azalabileceği düşünülmektedir.¹⁰⁷

Hekimler klinik pratikte, özellikle de yoğun bakım ünitelerinde, sık sık etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Tıbbi deneyim, sağduyu veya iyi bir insan olmak, hekimlerin bu etik ikilemleri tanımlayabileceği veya çözebileceği anlamına gelmez. İyi klinik karar vermek, ancak tıbbi ve etik karar vermenin doğru bir şekilde dengelenmesiyle mümkün olur. Yaygın etik ikilemler hakkında bilgi sahibi olmak ve etik konusunda eğitim almak oldukça önemlidir.¹⁰⁸

¹⁰⁵ Cobanoglu ve Kayhan, "An assessment of medical ethics education".

¹⁰⁶ Moon ve Kim, "Ethics in the Intensive Care Unit".

¹⁰⁷ Hawley, *Ethics in Clinical Practice*.

¹⁰⁸ Moon ve Kim, "Ethics in the Intensive Care Unit".

İKİNCİ BÖLÜM

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDEKİ ETİK SORUNLAR

A. Yoğun Bakım Etiği

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastalığa sahip bireylerin hayatta kalma şansını artırmak amacıyla ileri teknolojinin ve uzmanlığın kullanıldığı, modern tıbbın en karmaşık alanlarından biridir. Yaşam ve ölüm arasındaki belirsizliklerin yoğun olduğu bu üniteler, etik ilkelerin en yoğun şekilde test edildiği, hastanenin diğer bölümlerine kıyasla farklı etik sorunları olan, özel uygulama alanlarıdır. Kath Melia, Sağlık Hizmetleri Etiği kitabında, yoğun bakım ünitelerinin “hastane bakımının bir mikrokozmosunu” temsil ettiğini öne sürmüştü ve bu nedenle sağlık hizmetlerindeki etik sorunları anlamak için bir başlangıç noktası olabileceğini ifade etmiştir.¹⁰⁹ (sayfa:6).

Gelişen teknolojinin tıp alanında kullanılması, hasar gören organları iyileştirme ve mekanik destekle yaşamı sürdürme olanağını artırmış; ancak bu durum, yaşamın sonu kavramının daha belirsiz hale gelmesine neden olmuştur. Yaşam ile ölüm arasındaki sınırın belirsizliği, derin ahlaki ikilemleri ve etik tartışmaları da beraberinde getirmiştir.¹¹⁰

Yoğun bakım hekimleri, bazı durumlarda tamamen ümitsiz olduğunu düşündükleri hastalara dahi, mevcut olan tüm imkanları kullanarak müdahalede bulunmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, "her koşulda hayatın korunması" ile "yaşam süresinin etkisizce uzatılmasının neden olduğu acılar" arasında bir çatışmayı gündeme getirmektedir.

Yaşam kalitesi son derece düşük ve iyileşme ihtimali çok az olan hastalar, uzun süre yaşam destek cihazlarına bağımlı kalabilmektedir. İleri tıbbi ve teknolojik yöntemler sayesinde yaşam süresinin uzatılması, "Kaynakların adil dağıtımı sağlanabilir mi?" ve "Ölümün ertelenmesi, hastanın daha fazla acı çekmesine yol açar mı?" gibi soruları da beraberinde getirmektedir.¹¹¹ Bu süreçlerin etkin bir şekilde yönetilmesi çoğu zaman mümkün olmamaktadır.

Akut ve yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip hastaların sağlığını yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla yoğun bakım hekimleri, çoğu zaman birden fazla tedavi kararını hızla almak

¹⁰⁹ Melia, *Health Care Ethics*.

¹¹⁰ Fox, "The evolution of medical uncertainty."; İbrahimoglu, "Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım".

¹¹¹ İbrahimoglu, "Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım"; Tel, "Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar".

zorunda kalmaktadır. Ancak, bu süreçte yoğun bakım çalışanları arasında zaman zaman fikir ayrılıkları veya çatışmalar da yaşanabilmektedir.

2009'da yayınlanan, 24 ülke, 323 yoğun bakım ünitesinin dahil olduğu çok merkezli bir çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar arasında %70 oranında anlaşmazlık/fikir ayrılığı yaşandığı ifade edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde tükenmişlik sendromu sık görülmektedir ve yaşanan bu etik çatışmaların da tükenmişlik sendromu riskini arttırdığı düşünülmektedir.¹¹²

Yoğun bakım servislerinin daha karmaşık bir yapıya sahip olması, hastaların çoğunlukla bilinçlerinin kapalı olması nedeni ile hastalarla iletişim kurulamaması, aydınlatılmış onamın nasıl ve kimden alınacağına dair ikilemler, hasta mahremiyetinin korunmasının zorluğu, beyin ölümü kararları, mekanik ventilasyon ve ileri teknoloji kullanılması, resüsitasyon uygulanması, ötenazi talepleri, kısıtlı bulunan ve yüksek maliyetli olan yoğun bakım yataklarının adil paylaşımı, yaşam sonu kararları gibi sorunlar, yoğun bakım ünitelerinde etik sorunların daha fazla gözlenmesinin nedenlerini oluşturur.¹¹³

Yoğun bakım ünitelerinde görülen etik sorunlar alt başlıklar halinde tartışılacaktır.

1. Yoğun Bakım Hastalarından Aydınlatılmış Onam Alınması

Aydınlatılmış onam, tıbbi etik ilkelerden biri olan özerklik ilkesine dayanmaktadır ve özerklik ilkesi birinci bölümde “tıp etiği ilkeleri” başlığı altında ele alınmıştır. Aydınlatılmış onam ya da bilgilendirilmiş rıza (informed consent), *"riskleri, yararları, alternatifleri ve bu alternatiflerin de risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından, hasta tarafından hiçbir tereddüde yer bırakmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavi veya uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü"* olarak tanımlanmaktadır. Aydınlatılmış onam, temel olarak özerklik ilkesine dayanır, aynı zamanda da yararlık ve zarar vermeme gibi diğer tıbbi etik ilkelerin de hayata geçirilmesine olanak tanıyan ve bu ilkelerin temelini oluşturan vazgeçilmez bir prensip niteliğindedir.¹¹⁴

Aydınlatılmış onam'ın üç önemli noktası vardır. Birincisi, kurumsaldır yani hukuken geçerlidir. İkincisi, etik olarak hem hastaya hem de hekime faydalıdır. Üçüncüsü ise, herhangi bir tıbbi

¹¹² Azoulay vd., “Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflict study”; Moon ve Kim, “Ethics in the Intensive Care Unit”.

¹¹³ Ekinci ve Tokaç, “Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar” syf:1071; Liu vd., “Taiwanese parents' experience of making a 'do not resuscitate' decision for their child in pediatric intensive care unit”; Sorta-Bilajac vd., “Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice”; Teixeira vd., “Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses”.

¹¹⁴ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:119.

müdahelenin hukuka uygun olması için kişinin rızası gereklidir, rızanın da geçerli olması için kişinin aydınlatılmış olması gerekmektedir¹¹⁵

Ülkemizde aydınlatılmış rızaya bağlı genel hukuki düzenlemeler Anayasa Madde 17, Türk Medeni Kanunu (TMK) Madde 23 ve 24 çerçevesinde tanımlanmaktadır. Bu genel düzenlemelerin yanı sıra, Biyotıp Sözleşmesi Madde 5-9, TŞSTİDK Madde 70, TDN Madde 14, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15, 22, 24-36 da hastaya yapılan bilgilendirmenin kapsamı ve bilgi vermenin usulü hakkında geniş tanımlamalar yapılmıştır.¹¹⁶ Aydınlatılmış onam sürecinin yasal bağlamına ilişkin hukuki metinler incelendiğinde en eski düzenlemenin 1219 sayılı TŞSTİDK olduğu görülmektedir (madde 70).¹¹⁷

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, madde 26'da aydınlatılmış onam, *“Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır”* şeklinde tanımlanmaktadır.¹¹⁸

Onam alınırken aydınlatılması gereken kişi, doğrudan hastanın kendisi olmalıdır. Hastanın bir tedaviye onay verebilmesi için yasal olarak mümeyyiz olması gerekmektedir.¹¹⁹ Ancak, yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların, kendi özerklik haklarını kullanabilmesi, çok nadir mümkün olan bir durumdur.

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların büyük çoğunluğunu bilişsel fonksiyonları bozulmuş yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Vakaların büyük bir kısmında hastalar, bilinçsiz, sedasyon altında veya yaşamı tehdit eden bir durumda olduğundan isteklerini ifade edemez veya karar veremez durumdadırlar. Ayrıca, bazı acil durumlarda hızlı tedavi kararları verilmesi gerektiği için, hastanın isteklerini öğrenmeye çalışmak da zaman kaybı olabilmektedir.¹²⁰

TŞSTİDK Madde 70; *“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir)”* ve Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24; *“Hasta küçük veya mahcur ise*

¹¹⁵ Ekinci ve Tokaç, “Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar”; Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:118,123.

¹¹⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği; Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; TÜRK MEDENİ KANUNU; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.

¹¹⁷ Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.

¹¹⁸ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.

¹¹⁹ Ekinci ve Tokaç, “Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar”.

¹²⁰ Rigaud, Ecartot, ve Quenot, “Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit”.

velisinden veya vasisinden izin alınır” doğrultusunda hekimler, hastanın küçük ya da kısıtlı olması halinde, veli ya da vasisinden onay alarak tıbbi müdahalede bulunmaktadırlar.¹²¹

Acil müdahale edilmesi gereken durumlarda Biyotıp Sözleşmesi Madde.8; “*Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir*” ve Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 31; “*Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir*” doğrultusunda müdahale edilir.¹²²

Acil olmayan durumlarda, aydınlatılacak kişinin bilincinin kapalı olması ya da rıza yeteneğinin olmaması durumunda hastanın vekili aydınlatılabilir denilmektedir. Hasta yakınları, hastanın otomatik vekilleri değildir ve bu noktada hastanın hangi yakınının aydınlatılacağına ilişkin sorunlar ortaya çıkmaktadır.¹²³ Bazı ülkelerde bu konudaki sorunları çözmek için ileri sağlık direktifleri anlamına gelen “*advance directives*” uygulaması kullanılmaktadır.

a. İleri Sağlık Direktifleri

Konuyla ilgili terminolojide farklı kavramların kullanıldığı dikkat çekmektedir. İngilizce terminolojide “*advance directives*”, “*living will*” ve “*advance care plan*” gibi terimlere rastlanmaktadır.¹²⁴ Türkçe terminolojide ise bu kavram için yerleşmiş standart bir ifade bulunmadığını söylemek mümkün olmakla birlikte, “önceden verilmiş direktif”, “hasta talimatları”, “hasta vasiyeti”, “tıbbi vasiyet”, “tıbbi talimatname” ve “ileri sağlık direktifleri” tabirleri karşımıza çıkmaktadır.¹²⁵

Bireyin sağlık durumu ciddi şekilde kötüleştiğinde ya da karar verme yeteneğini kaybettiğinde, kendisine uygulanacak tıbbi müdahalelerle ilgili tercihlerini önceden belirtmesine olanak tanıyan talimatlar, ileri sağlık direktifleri (*advance directives*) olarak tanımlanmaktadır. Bu

¹²¹ Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; Hasta Hakları Yönetmeliği.

¹²² Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun; Hasta Hakları Yönetmeliği.

¹²³ Hakeri, *Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı*.

¹²⁴ House, Schoo, ve Ogilvie, “Advance Directives”; Clayton vd., “Advance Care Planning in the Context of Dementia: Defining Concordance”.

¹²⁵ Yücel, *Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları*; Çavdar, “TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)”; Kurtulan Güner, “Karşılaştırmalı Bir Bakış Açısıyla İleriye Dönük Hasta Direktifleri ve Türk Hukuku İçin Öneriler”; İmamoğlu, “HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient’s Will”.

uygulama, hastanın karar verme kapasitesine sahip olduğu bir dönemde belirttiği direktiflerin dikkate alınmasını sağlayan "önceden belirlenmiş özerklik" ilkesine dayanmaktadır.¹²⁶

Uygulanan ülkelerde yasaları ve kuralları farklılık göstermektedir. İleri sağlık direktiflerinin genel olarak “yaşam vasiyeti (*living will*)” ve “yasal sağlık yetkilisi tayini” olarak iki başlık altında tanımlandığını söylemek mümkündür.¹²⁷

Bazı diğer kaynaklarda ek olarak resüsitasyon etmeme direktifi (*Do Not Resuscitate*), yaşamı sürdüren tedaviler için hekim orderları (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)*), yaşamı Sürdürücü Tedavi için Tıbbi Emirler (*MOLST*), Tedavi Kapsamı için Tıbbi Emirler (*MOST*), Tedavi Kapsamı için Hekim Emirleri (*POST*), Yaşamı Sürdürücü Tedavi için Klinik Emirler (*COLST*), Hasta Tercihleri için Taşınabilir Hekim Emirleri (*TPOPP*) gibi direktiflerin de ileri sağlık direktiflerinin alt başlığı olarak kabul edildiğini görmek mümkündür.¹²⁸ Bu belgeler aslında ileri sağlık direktiflerinin spesifik uygulamalarıdır.

İleri sağlık direktifleri öncelikle tıbbi etiğin bir parçasıdır ve özellikle özerklik ya da kendi kaderini tayin etme kavramıyla ilişkilidir. Bununla birlikte, yararlılık, bilerek zarar vermeme ve sınırlı kaynakların adil dağılımını ifade eden dağıtıcı adalet gibi diğer temel etik ilkeler de ileri direktifler bağlamında önemli bir rol oynamaktadır.

Yaşamın sonuna ilişkin kararlar, bu etik ilkeler arasında sıklıkla çatışmalara yol açabilmektedir. İleri direktifler, yazılı talimatlar olarak işlev görerek, hastaların yaşamlarının sonuna yaklaştıklarında karar verme yetilerini kaybetmeleri durumunda tedavi planları üzerindeki isteklerini ifade etmelerine ve kendi gelecekleri üzerinde karar vermelerine olanak tanımaktadır.¹²⁹

İleriye dönük hasta direktifi kavramının ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ’nde, 1960’lı yılların sonlarında ortaya çıktığı söylenebilir. Bu bağlamda, yönlendirici direktife karşılık gelen “*living will*” ifadesine ilk kez 1969 yılında Luis Kutner tarafından kaleme alınan bir makalede yer verildiği düşünülmektedir.¹³⁰ İlk kez 1976’da ABD’nin Kaliforniya eyaletinde olmak üzere ve sonra pek çok eyalette kabul edilen yasalarla hasta direktiflerine bağlayıcılık tanınmıştır.¹³¹

¹²⁶ İmamoğlu, “HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient’s Will”.

¹²⁷ House, Schoo, ve Ogilvie, “Advance Directives”.

¹²⁸ House, Schoo, ve Ogilvie; Kollisch, Santulli, ve Bernat, “The Limits of Advance Directives in Maintaining Autonomy in Patients with Advanced Dementia”.

¹²⁹ Kollisch, Santulli, ve Bernat, “The Limits of Advance Directives in Maintaining Autonomy in Patients with Advanced Dementia”; EC, “Do Researchers in Empirical Ethics Studies Have a Duty to Act Upon their Findings? Case Study in End-of-Life Decision Making”.

¹³⁰ Kutner, “Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal”; Kurtulan Güner, “Karşılaştırmalı Bir Bakış Açısıyla İleriye Dönük Hasta Direktifleri ve Türk Hukuku İçin Öneriler”.

¹³¹ Yücel, Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları syf:21.

Daha sonra, 1990 yılında, Hasta Kendi Kaderini Belirleme Yasası (Patient Self-Determination Act), Amerika Birleşik Devletleri'nde kabul edilmiştir. Bu yasa ile, sağlık kuruluşlarına hastaların eyalet yasaları doğrultusunda tıbbi tedavi kararlarına katılma hakları konusunda bilgilendirilmesini zorunlu kılınmış, hastalara ileri direktiflerinin olup olmadığının sorulması ya da bu konuda bilgilendirme yapılması önerilmiştir.¹³²

1997 yılında Avrupa Konseyi tarafından imzaya sunulan, 1999'da yürürlüğe giren, Aralık 2003'te onaylanması uygun bulunup 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan onay kanunu ile Türkiye'nin de taraf olduğu Biyotıp Sözleşmesi Madde 9'da, *“müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır”* denilmekte, önceden verilen talimatların göz önüne alınmasından söz edilmektedir.¹³³

Biyotıp Sözleşmesi sonrası Hasta Hakları Yönetmeliği'nde 2014 yılında yapılan değişikle; *“Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.”* *“Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir”* ifadeleri eklenmiştir.¹³⁴

Ayrıca TTB'nin Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge'sinde de tıbbi vasiyetten bahsedilmiştir. *“Tıbbi vasiyet, hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, karar verme yeterliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı, hatta bazen tanıklı olarak isteğini bildirmesidir. Bu kararlar çoğunlukla hastanın kendisine herhangi bir yarar sağlamayacak olan tedaviyi sonlandırma, kaybedilen işlevleri geri kazanamayacak durumda olduğunda “Canlandırma Uygulamayınız” istemi verme ya da yaşam destek tedavilerini, yapay beslenmeyi sürdürmeme ile ilgilidir”* şeklinde tanımlanmıştır.¹³⁵

Türkiye 2004 yılından bu yana Biyotıp Sözleşmesine taraf olmakla birlikte, hasta talimatlarına bağlayıcılık tanıma konusunda herhangi bir net hukuki düzenleme yapılmamıştır. Biyotıp Sözleşmesi, uluslararası hukuk açısından bağlayıcı bir metin niteliğindedir. Ancak, hasta talimatlarının hangi koşullarda ve ne ölçüde dikkate alınacağı, sözleşmeye taraf olan devletlerin ulusal mevzuatına bırakılmıştır.¹³⁶

¹³² White ve Fletcher, “The Patient Self-Determination Act. On balance, more help than hindrance”.

¹³³ Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.

¹³⁴ Hasta Hakları Yönetmeliği.

¹³⁵ TTB, “Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB”.

¹³⁶ Yücel, *Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları*.

Bu düzenlemelerin hasta talimatlarına bağlayıcılık gücü tanımadığı, yalnızca karar verilirken dikkate alınması gereken bir beyan olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca hem Hasta Hakları Yönetmeliği hem de Biyotıp Sözleşmesi'nde bahsi geçen maddelerde kesin bir ifade olmayıp, sadece isteklerin “göz önüne alınacağı” ifadesi de dikkat çekmektedir.¹³⁷

Kişinin bilinçsizlik hali uzun süreli bir durum ise bu durumda Medeni Kanun Madde 405'e göre kişiye vasi atanmalıdır. Burada bahsedilen durum, bilincin ani ve akut bir şekilde kapanması durumunda nasıl hareket edilmesi gerektiğidir. Türkiye'de hukuk sistemimizde acil durumlar için temsilcilik gibi bir müessese ve gelişmiş sağlık direktifleri ile ilgili net bir yasal düzenleme maalesef ki bulunmamaktadır.¹³⁸

Tıbbi vasiyet, bireylerin gelecekte karar verme yetilerini kaybetmeleri durumunda, kendilerine uygulanmasını istedikleri veya istemedikleri tıbbi müdahaleleri önceden belirlemelerine olanak tanıyan bir belgedir. Bu belge, genellikle yaşam desteği uygulamaları, kardiyopulmoner resüsitasyon, defibrilasyon, mekanik ventilasyon desteği, diyaliz, yapay hidrasyon ve beslenme gibi konulardaki kişisel tercihleri içerir. Bu sayede, kişi ileride karşılaşılabileceği sağlık sorunlarında hangi tedavi yöntemlerinin uygulanmasını tercih ettiğini veya reddettiğini önceden ifade edebilir.¹³⁹

Ülkemizde tıbbi talimatnameler geçerli olmadığı için, günlük uygulamalarımızda, hastanın kendi adına onam verebilecek durumda olmaması halinde, varsayılan rızasının tahmin edilmesi amacıyla Organ ve Doku Nakli Kanunu'nun 14. maddesi kıyasen uygulanmaktadır. Bu çerçevede, sırasıyla eş, reşit çocuklar, anne veya baba ya da kardeşlerden biri bilgilendirilerek, hastanın olası rızası tahmin edilmeye çalışılır.¹⁴⁰

Yoğun bakım hekimleri, tedavi süreçlerinde bilinci kapalı hastaların yakınları tarafından verilen kararların hastanın çıkarlarına aykırı olması durumunda, bu kararları uygulamama hakkına sahiptir. Hekim burada, yararlılık ilkesini göz önüne alarak hastanın yararına olduğunu düşündüğü tedaviyi uygulayabilir. Bu durum paternalizm olarak değerlendirilmemelidir.¹⁴¹ Bu tür durumlarda, yarar ilkesi özerklik ilkesinin önüne geçebilir.¹⁴²

Özerklik ilkesi her zaman göz önünde bulundurulmalıdır; ancak, hastanın bilgi alması veya karar vermesi mümkün olmadığı durumlarda, geçici olarak yarar ilkesinin özerklik ilkesinden öncelikli

¹³⁷ Çavdar, “TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)”.

¹³⁸ TÜRK MEDENİ KANUNU; Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:201.

¹³⁹ İmamoğlu, “HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient's Will”; Baker ve Marco, “Advance directives in the emergency department”.

¹⁴⁰ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı (syf:141,201).

¹⁴¹ Rigaud, Ecartot, ve Quenot, “Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit”.

¹⁴² Quenot vd., “Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices”.

olması gerektiği genel kabul görmektedir.¹⁴³ Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı'nda Hakeri bu durumu, *“şuuru kapalı olan bir hastada, hayat ve vücut bütünlüğü bakımından tıbbi müdahale gerekli görülüyorsa, kanuni temsilcinin müdahaleyi ret hakkı yoktur”* diyerek net bir şekilde ifade etmiştir.¹⁴⁴

Varsayılan rızanın belirlenmesi özellikle hastanın bilincinin kapalı olduğu, zihinsel yetilerinin yetersiz olduğu veya ağır ağrılardan dolayı rızasını beyan edemeyecek durumda olunmayan hallerde önem kazanmaktadır. Tıbbi müdahalelerde hastanın rızasını almanın mümkün olmadığı durumlarda, hekim, hasta fikrini açıklayabilecek durumda olsaydı, hangi kararı verirdi sorusunun cevabı doğrultusunda, hastanın en yararına olacak seçimi yapmaktadır.¹⁴⁵

Hastanın varsayılan rızasının tespiti konusunda hasta yakınlarına danışılır, ancak nihai karar yetkisi hekime bırakılmıştır. Hasta yakınları ve hekim arasındaki bu bilgi paylaşımı, yakınların hasta adına karar vermesi anlamına gelmemekte; yalnızca hastanın varsayılan rızasının daha doğru bir şekilde belirlenmesine katkı sağlamak amacı taşımaktadır.

Yakınların ya da diğer ilgili kişilerin görüşleri, muhtemel rızanın tespiti sürecinde yardımcı bir unsur olarak değerlendirilebilir; ancak belirleyici değildir. Ceza hukuku öğretisinde de hekimin hastanın varsayılan rızasını belirlemek için hasta yakınlarına danışma yükümlülüğü bulunmadığı görüşü genel olarak kabul edilmektedir.¹⁴⁶

Tıbbi vasiyet kavramı, varsayılan rızanın belirlenmesine rehberlik ederek, hastanın kendi adına karar veremeyecek hale geldiğinde, isteklerinin hekimler tarafından bilinmesini sağlamaktadır. Bu durum, temel etik ilkelerden biri olan hastanın özerklik hakkını hayata geçirerek, kendi tedavi sürecine yönelik tercihlerini ifade etmesine olanak tanımaktadır.

Hasta açısından bakıldığında, bireyin vücuduna ve sağlığına yapılacak müdahaleler konusunda karar verme yetkisini ifade eden hasta özerkliği, kendi geleceğini belirleme hakkı, beden bütünlüğünün dokunulmazlığı ve bu kapsamda tedaviyi reddetme hakkı etrafında şekillenmektedir. Yaşama hakkı ve beden bütünlüğünün dokunulmazlığı, hem Anayasa'nın 17. maddesi hem de Türk Medeni Kanunu'nun 23. maddesi ve devamındaki hükümlerle güvence altına alınmıştır.¹⁴⁷

Kendi geleceğini belirleme hakkı, hukukumuzda Anayasa'nın 17. maddesi kapsamında, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu şeklinde

¹⁴³ Rigaud, Ecartot, ve Quenot, “Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit”.

¹⁴⁴ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:177.

¹⁴⁵ Hakeri syf:202,203.

¹⁴⁶ Hakeri syf:203.

¹⁴⁷ Özcan ve Özel, “Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler”; Çavdar, “TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)”.

düzenlenmiştir. Bu hüküm, bireye tanınan en temel ve değerli haklardan olan yaşama hakkını ve vücut bütünlüğü üzerinde kendi geleceğini belirleme hakkını da içermektedir. Hastanın bu hakkı, tıbbi müdahale öncesinde bilgilendirilmesi sonrasında, vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü müdahaleye kendisinin karar verebilmesini mümkün kılar. Dolayısıyla, kişinin tıbbi vasiyet sayesinde, ayırt etme yetisini kaybetmiş olsa bile, bu ehliyeteye sahipken verdiği talimatlar ile vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahaleler konusunda kararlarını önceden belirlemesi mümkün kılınır.¹⁴⁸

Tıbbi vasiyetin bağlayıcı olmaması gerektiğini savunanlar görüşler de mevcuttur. Buna göre; bireylerin tıbbi tedavilere yönelik anlayışı ve değer yargıları, zamanla veya hastalığın ilerlemesiyle değişebilirken, tıp bilimi de sürekli gelişim göstermektedir. Bugün için son derece riskli ve yoğun acılara neden olan müdahaleler, birkaç yıl içinde ciddi yan etkilere yol açmadan uygulanabilir hale gelebilir. Bunun yanı sıra, hastaların genellikle tıbbi konularda yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmadıkları, bu nedenle tıbbi kavramları derinlemesine anlamadan veya bir tedavinin olası sonuçlarını ya da tedaviden vazgeçmenin doğurabileceği etkileri tam olarak idrak etmeden değerlendirdikleri doğrultusunda düşünmektedirler.¹⁴⁹

Özellikle, kişinin zamanla değer yargılarının ve tıbbi müdahalelere ilişkin görüşlerinin değişmiş olma ihtimali göz önünde bulundurularak, Türk Medeni Kanunu Madde 23 doğrultusunda, kişisel özgürlüklerinin kısıtlanma riskinin bulunduğunu savunmaktadırlar.¹⁵⁰

Hastaların tıbbi vasiyetinde belirttikleri tıbbi durumlar gerçekleştiğinde, genellikle yaşamlarına düşündüklerinden daha fazla değer verdikleri öne sürülmektedir. Sağlıklı bir bireyin veya hastalığının erken evresinde olan bir kişinin, ilerleyen dönemde sağlık durumu kötüleştiğinde kendini nasıl hissedeceğini tam olarak öngörmesinin zor olduğu kabul edildiğinde, bugünden ileride kendisi için neyin doğru olacağını kesin bir şekilde bilebileceği düşüncesi gerçekçi görünmediğini kabul etmektedirler. Dolayısıyla, kişinin sağlıklı bir döneminde, ağır bir hastalık ya da kaza durumu için öngörülerde bulunarak hangi tedavilerin uygulanacağına veya uygulanmayacağına karar vermesi, hasta vasiyetinin en tartışmalı yönlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.¹⁵¹

¹⁴⁸ Üstün ve Aygörmüş Uğurlubay, "Sağlık Hukukunda Bireyin Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı ve Bu Hakkın Etik Açısından Değerlendirmesi"; Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

¹⁴⁹ İmamoğlu, "HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient's Will".

¹⁵⁰ TÜRK MEDENİ KANUNU; İmamoğlu, "HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient's Will".

¹⁵¹ İmamoğlu, "HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient's Will".

Ayrıca, ölüm tehlikesiyle karşı karşıya kalan bir kişinin, daha önce verdiği kararın geçerliliğini koruyup koruyamadığı kesin değildir. Böyle bir durumda, kişinin genellikle farklı kararlar alabileceği ve bu nedenle önceden hazırlanan belgelerin bağlayıcı olamayacağı ileri sürülmektedir.¹⁵²

Bu görüşlerin kendi içinde haklılık payı olsa da bahsedildiği gibi tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından en önemli şartlardan biri, hastanın aydınlatılmış rızasının alınmasıdır. Rıza ehliyetini kaybetmiş bir bireyin özerklik hakkını koruyabilmek adına, tıbbi talimatnameden daha uygun bir yol olmadığı kanaatindeyim. Ayrıca, hukuki çerçevede belirli şekil ve kurallara bağlı olarak düzenlenecek tıbbi talimatnamelerin, bahsi geçen endişelerin büyük bir kısmını gidereceğini düşünüyorum. Yoğun bakım ünitelerinde sık rastlanan etik problemlerden biri olan bilinci kapalı hastalarda aydınlatılmış onam alınırken karşılaşılan problemler de tıbbi vasiyet uygulamasının hayata geçirilmesiyle çözüme kavuşabilir niteliktedir.

b. Reddi durumunda Ölümle Sonuçlanabilecek Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam

Yoğun bakım müdahalelerinin büyük bir kısmı acil ve hayati önem taşıyan müdahalelerdir. Zamanında müdahale edilmediğinde, hastanın hayatını veya bir organını kaybetmesi gibi ciddi sonuçlar meydana gelebilir. Ancak, hastanın bilinci açık olduğu durumlarda, bu riskler hekim tarafından hastaya açıklandığında dahi, bazı hastalar tüm riskleri göze alarak müdahaleyi veya yoğun bakım ünitesine yatmayı reddettiklerini ifade edebilmektedirler.

Ülkemizdeki uygulamalarda, tıbbi müdahale yapılmadığı takdirde hastanın ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kalacağı acil müdahale gerektiren durumlarda, hekimler genellikle hastanın tedavi reddini dikkate almaksızın, müdahaleyi gerçekleştirmektedir. Bu konuda net bir yasal düzenleme bulunmaması nedeniyle, hekimler hastanın "ölme hakkını" seçemeyeceğini ve ötanazinin her türlüünün yasak olması sebebiyle bu durumun pasif ötanazi olarak değerlendirilmesinden endişe duymaktadırlar.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesi, ötanaziye kesin bir şekilde yasaklamakta ve hiçbir tıbbi gerekçe ya da başka bir sebeple hayat hakkından feragat edilemeyeceğini hükme bağlamaktadır. Bu doğrultuda, kişinin kendi isteği ya da bir başkasının talebiyle dahi kimsenin yaşamına son verilemeyeceği belirtilmiştir.¹⁵³

Bununla birlikte, aynı yönetmeliğin 25. maddesi ise hastalara tedaviyi reddetme hakkı tanımaktadır. Bu durum, mevcut yasal çerçeveye bakıldığında, ayırt etme yetisine sahip bir bireyin

¹⁵² Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:206.

¹⁵³ Hasta Hakları Yönetmeliği.

ölümle sonuçlanabilecek bir tıbbi müdahaleyi reddetme talebinde bulunma hakkının net bir şekilde tanımlanmadığını ortaya koymaktadır.¹⁵⁴

Bu durumun hukukun genel ilkelerine, rıza kurumunun esasına ve temel tıbbi etik ilkelerden olan özerklik ilkesine uymadığı açıktır. Çünkü ister acil müdahale ister tedavi olsun hasta kendi geleceğini kendisi belirleyebilmeli, verdiği rızayı hiçbir sınırlama olmaksızın geri alabilmesi mümkün olmalıdır.¹⁵⁵ Bu bakış açısı, bireyin özerkliğine ve kendi bedenine ilişkin karar verme hakkına mutlak öncelik tanımaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 25'te *"Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir"* denilmektedir.¹⁵⁶ Burada müdahale ile tedavinin farklı şeyler olduğu, akut müdahalelere özgü olarak hekime hastasının rızasını tanımama hakkı tanıdığı, buna karşılık belirli aralıklarla uygulanan, acil olmayan ilaç tedavilerinin kesilmesini, hastanın her an isteyebileceği düşüncesinin çıkarılabileceği görüşünü savunanlar mevcuttur.¹⁵⁷ Bu konu tartışmalı bir konu olup, net bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastanın tedaviyi reddetme hakkı, Biyotıp Sözleşmesi Madde 5 ve Hasta Hakları Yönetmeliği madde 25'te açıkça belirtilmiştir.¹⁵⁸ Ancak Vural, mekanik ventilatörden ayırma konusunda yazdığı makalede, 5275 sayılı "Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun"un 82.Maddesi'ne atıfta bulunarak, tutuklu ve hükümlülerde olduğu gibi, hastaların sağlık ve hayatlarının tehlike altında olduğu durumlarda, isteklerine bakılmaksızın tedavi edilebileceğini savunmaktadır.¹⁵⁹ Bu kanun maddesi, kişinin özerkliği ile açık bir çelişki içerisindedir.

Yaşamı tehdit eden durumlarda tedavi reddi hakkının olmaması, yalnızca 5275 sayılı kanun kapsamında tutuklu ve hükümlüler için bir istisna olarak düzenlenmiştir. Ancak bu durumun istisnai olduğu ve tedaviyi reddetme hakkının, bireyin özerkliği ve kendi geleceğini belirleme hakkı olarak daha üstün bir hak olduğu savunulabilir. Bu bakış açısı, bireyin kendi yaşamı üzerindeki karar verme hakkının koşulsuz olarak korunması gerektiğini vurgulamaktadır.¹⁶⁰

¹⁵⁴ Hasta Hakları Yönetmeliği; Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

¹⁵⁵ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:209; Kiliç, "Türk Ceza Hukuku Açısından Ötenazi".

¹⁵⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği.

¹⁵⁷ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:209.

¹⁵⁸ Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.

¹⁵⁹ Özcengiz, "Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımında İncelenmesi"; Vural, "Tıbbi Yaşam Desteği Olarak Mekanik Ventilatörden Ayırma".

¹⁶⁰ Özcengiz, "Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımında İncelenmesi".

Bu konuyla ilgili mevcut yasal düzenlemelerdeki ifadelerin birbiriyle çeliştikleri açıktır. Hekimler bazen, yoğun bakım tedavi endikasyonu olan ve tüm riskleri kabul ederek yoğun bakımdan çıkmak istediğini, ya da yoğun bakıma yatmak istemediğini beyan eden hastalarla karşılaşabilmektedir. Ancak, genel kabul gören görüş, yapılmadığında ölümle sonuçlanacak bir tedavinin reddedilemeyeceği yönünde olduğundan, yasal kaygılar nedeniyle hastanın tedavi reddini göz ardı eden hekimler, hastaları yoğun bakım ünitelerinde zorla “alıkoydukları” hissine kapılabilmektedir. Ülkemizde bu konuda net ifadelerle bir düzenleme yapılması, hekimlerin karar alırken ikilemde kalmalarını önemli ölçüde azaltacağını düşünmekteyim.

c. Trakeostomi İşlemi İçin Aydınlatılmış Onam Alınması

Yoğun bakım ünitelerinde, en sık karşılaşılan aydınlatılmış onam sorunlarından biri, trakeostomi açılması işlemleri sırasında ortaya çıkmaktadır. Trakeostomi işlemi, soluk borusuna yapılan bir kesi ile, boynun ön tarafına doğrudan bir havayolu açmayı amaçlayan cerrahi bir prosedür olup, havayolu boyunca bir tüp yerleştirilmesi işlemidir.¹⁶¹ Teknik olarak farklılıklar olsa da “trakeotomi” terimi ile günlük kullanımda birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

Trakeostomi işlemi için birçok farklı endikasyon bulunmaktadır.¹⁶² Acil durumlarda, tıkanmış bir havayolunu açmak amacıyla da uygulanabilirken, burada esas olarak uzamış entübasyonun komplikasyonlarını önlemek amacıyla yapılan trakeostomi işlemi ele alınacaktır. Acil endikasyon söz konusu olduğunda, hasta hakları yönetmeliği Madde 24 doğrultusunda, işlem hastanın hayati tehlikesini önlemek için zorunlu olduğundan onam alınmasına gerek yoktur.

Yoğun bakım ünitelerinde trakeostomi açılması işlemi, uzamış entübasyon komplikasyonlarını önlemenin yanı sıra hasta konforunu arttırması, oral hijyen ve beslenmeyi kolaylaştırması, yoğun bakım dışında havayolunu desteklemesi gibi nedenlerle tercih edilmektedir.¹⁶³

Trakeostomi açılması işlemi sonucunda, hastanın boynunda bir delik oluşur ve hasta bu delik aracılığıyla ev tipi mekanik solunum desteği ile veya spontan olarak nefes alabilir. Trakeostomili hastalar, yoğun bakım ünitelerinden servislere transfer edilebilir, evlerine taburcu olabilir ya da palyatif bakım merkezlerinde veya bakımevlerinde yakınlarıyla birlikte yaşamlarını sürdürebilir. Bu tür hastalar genellikle bakım gerektiren durumda kalmaktadır.

Günlük klinik uygulamada, trakeostomi açılması planlanan hastaların çoğunlukla bilincinin kapalı olması nedeniyle, işlem öncesinde onam hasta yakınlarından alınmaktadır. Ancak, hasta yakınları hukuken hastanın yasal vasisi olmadığından, bu uygulamanın etik ve hukuki açıdan

¹⁶¹ Sarıtaş, “Yoğun Bakımda Trakeostomi Uygulaması”.

¹⁶² Colson ve Paul, “Tracheostomy”.

¹⁶³ Kırca vd., “Yoğun Bakımda Trakeotomi: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Prognoz Tracheotomy in the Intensive Care Unit: Indications, Complications and Prognosis”.

tartışmalı olduğu kanaatindeyim. Hastaya atanmış bir yasal vasi bulunmaması durumunda, hastanın yüksek yararı gözetilerek tıbbi gereklilik arz eden işlemlerin gerçekleştirilmesi gerektiği düşüncesindeyim. Bu süreçte, hasta yakınlarına yalnızca hastanın varsayılan rızasının belirlenmesi amacıyla başvurulması uygun olacaktır.

Bu noktada asıl önemli olan, hastanın bilinci açık olsaydı trakeostomiye onay verip vermeyeceği sorusudur. Bu durum, hasta özerkliği ve varsayılan rıza kavramları çerçevesinde etik bir tartışmayı beraberinde getirmektedir. Hastanın bilinci yerinde olsaydı, boynuna bir delik açılmasını kabul eder miydi? Belki de birey, ömrünün geri kalanını trakeostomi ve ev tipi solunum cihazına bağlı, bakıma muhtaç bir şekilde geçirmek yerine, uzamış entübasyonun komplikasyonları sonucunda hayatını kaybetmeyi tercih edebilirdi.

Ayrıca, bu durum yalnızca hastanın hayatını değil, ailesinin kişisel yaşamlarını, gelecek planlarını ve hastaya olan bağlılıklarını da derinden etkileyebilir. Dahası, hasta, kendisiyle ilgili bu tür bilgilerin yakınlarına verilmesini veya bu tür soruların yakınlarına yöneltilmesini kabul eder miydi? Bu sorular, kesin bir cevabı olmayan, ancak etik açıdan büyük önem taşıyan sorulardır.¹⁶⁴

Yoğun bakım ünitelerinde, uzamış entübasyon nedeniyle trakeostomi açılması gereken hastalarda onam alınmasına ilişkin etik sorunlar, klinik pratikte sıkça karşılaşılan durumlardan biridir. Tıbbi vasiyet kavramının uygulanabilir hale getirilmesinin, bu tür etik sorunların çözümüne önemli ölçüde katkı sağlayacağına inanıyorum. Tıbbi vasiyet aracılığıyla, hasta bilinci açık ve karar verme yetisine sahip olduğu dönemde, gelecekte trakeostomi uygulanmasını isteyip istemediğini ya da bakım hastası olarak yaşamını sürdürmeyi kabul edip etmediğini önceden ifade etme olanağına sahip olur. Böylece birey, kendi geleceği hakkında açık ve net tercihlerde bulunabilir.

2. Yaşam Sonu Kararları ve Yararsız Tıbbi Tedavi

a. Yaşam Sonu

"Yaşamın sonu" aşaması, ölümün kaçınılmaz olduğu, hastanın tıbbi tedaviye rağmen iyileşme şansının olmadığı ve ölüm sürecinin başladığı dönemi ifade eder. "Yaşam sonu bakımı" ise, ölümün yakın olduğu bu aşamada, iyileştirme tedavisinden vazgeçilip, acıyı azaltma ve huzurlu bir ölüm sağlama odaklı bakım olarak tanımlanmaktadır. "Terminal bakım" veya "palyatif bakım" olarak da adlandırıldığı görülse de birbirinin yerine geçmiş farklı kavramlardır. "Yaşam sonu kararları" ise,

¹⁶⁴ Rigaud, Ecartot, ve Quenot, "Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit".

hasta, yakınları veya temsilcisiyle yapılan görüşmeler sonucunda hekim tarafından verilen tıbbi kararlardır.¹⁶⁵

Yaşam sonunda, hastanın isteklerinin gözetilmesi, semptomlarının etkin bir şekilde yönetilmesi, yaklaşan ölüme hazırlanmasına destek olunması ve hasta yakınlarının psikososyal açıdan güçlendirilmesi temel unsurlar arasında yer alır. Yaşam sonu bakımı, bireyin yaşamının son döneminde mümkün olan en iyi bakımı almasını sağlamayı amaçlar. Ağrı ve ızdırap her zaman tamamen ortadan kaldırılamasa da farklı yöntemlerle hafifletilebilir. Bu bakımın temel hedefi, hastanın fiziksel ve duygusal açıdan en az rahatsızlık hissetmesini sağlamak ve yaşamının son anlarını olabildiğince konforlu hale getirmektir. Bununla birlikte, yalnızca semptom yönetimine odaklanmakla kalmayıp, hastanın bireyselliğini ve insan onurunu koruma ilkesini de esas alır.¹⁶⁶

Dünya Tabipler Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi (1991, 1995) bu konuya özel bir önem atfetmektedir. Bildirgeye göre, ölmekte olan bir hastanın insanca yaşam sonu bakımı alma hakkı vardır ve ölümün mümkün olduğunca insani ve huzurlu olmasını sağlamak için her türlü destek sunulmalıdır.¹⁶⁷

b. Yararsız Tıbbi Tedavi

Yararsız tıbbi tedavi tıpta eski bir kavramdır. Hipokrat, hekimlerin *"hastalıkları tarafından yenilmiş olanları tedavi etmeyi reddetmeleri gerektiğini, bu durumlarda tıbbın etkisiz olduğunu fark etmeleri gerektiğini"* belirtmiştir.¹⁶⁸

Yararsızlık, belirli bir eylem ile arzulanan bir hedef arasındaki ilişkiyi ifade eder. Tıbbi yararsızlık ise, bir hastaya uygulanan ancak belirlenen hedefe ulaşmada herhangi bir fayda sağlamayan klinik girişimler olarak tanımlanır.¹⁶⁹

Konuyla ilgili literatürde sıklıkla *"futile treatment"* ya da *"futility"* terimleri karşımıza çıksa da *"futility"* terimi, terimin değer yargısı içeren ve sübjektif bir doğası olması sebebi ile artık klinik etikte kullanılmaması önerilmektedir.¹⁷⁰ Ayrıca, geniş tanımların sıklıkla yaşam kalitesi hakkında tartışmalı değer yargılarına dayandığı veya genellikle bir prognostik kesinlik derecesi gerektirdiği için

¹⁶⁵ Veshi ve Neitzke, "Council of Europe: Guide on the Decision-making Process Regarding Medical Treatment in End-of-situations".

¹⁶⁶ ETENE, "The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE)".

¹⁶⁷ ETENE.

¹⁶⁸ Lascaratos, Poulakou-Rebelakou, ve Marketos, "Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition?"

¹⁶⁹ Kasman, "When Is Medical Treatment Futile?: A Guide for Students, Residents, and Physicians".

¹⁷⁰ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:8.

sorunlu olduğu düşünölmekte ve “futility” terimi yerine “potansiyel olarak uygun olmayan” teriminin kullanılmasının daha doğru olduğu kabul edilmektedir.¹⁷¹

Beauchamp ve Childress, bu konuyu “Hastaya Zarar Vermeme” ilkesi çerçevesinde ve “Görünürde Tedavi Zorunluluğunu Hükümsüz Kılan Durumlar” başlığı altında ele almaktadır. İlgili metne göre, belirli koşullar altında hastaların, hasta yakınlarının veya sağlık çalışanlarının tedaviyi başlatmama ya da sonlandırma kararları meşru kabul edilebilir. Bu durumlar arasında ilk sırayı “yararsız ya da amaçsız tedavi” almaktadır.¹⁷²

TTB yararsız tıbbi tedaviyi “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 değerlendirilmekte ve “boşuna tedavi” terimi ile ifade edilmektedir. Özellikle terminal dönemde saldırgan (agresive) yaşam destek tedavilerinin hastaya durumunu düzeltme şansı tanımadığı ve fizyolojik bir yarar sağlamadığı, aksine ilave ağrı ve acıya maruz kalmasına ya da sıkıntı çekme süresinin uzamasına neden olduğu durumda öngörölen tedavinin yapılmaması etik açıdan savunulabilir. Boşuna tedavi tıbbi bir karar olup, hekim tarafından alınır. Hekimin boşuna olarak değerlendirdiğı uygulamalar yaşam destek tedavisi olarak sınıflandırılmaz. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda solunum ve dolaşım desteğı hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir. Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/ sıvı desteğı de sonlandırılabilir. Ancak hasta bakımı hiçbir biçimde boşuna tedavi kapsamında değerlendirilemez. Boşuna tedavi kararı ile uygulamaların sonlandırılması hastaya verilen bakımın sonlandırılması anlamına gelmez” olarak ifade etmiştir.¹⁷³

Wilkinson, tıbbi yararsızlık kavramını beş alt grupta ele almaktadır

1. Fizyolojik yararsızlık: Tedavinin, belirlenen fizyolojik hedefe ulaşmayı sağlamadığı durumlar.
2. Niceliksel yararsızlık: Başarı şansı %1’den düşük olan tedaviler.
3. Niteliksel yararsızlık: Hastaya kabul edilebilir bir yaşam kalitesi sunmayan tedaviler; örneğın, yalnızca bilinç kapallılığını sürdüren veya yoğun bakıma bağımlılığı ortadan kaldırmayan müdahaleler.
4. Yakın gelecekte ölüm yararsızlığı (Imminent demise): Hastanın kısa süre içinde ölmesini engelleyemeyecek tedaviler.

¹⁷¹ Bosslet vd., “An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units”.

¹⁷² Beauchamp ve Childress, *Principles of Biomedical Ethics*; Acar, “Yararsız Tedavi (Futile Treatment)”.

¹⁷³ TTB, “Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB”.

5. Ölümcül hastalık yararsızlığı: Hastanın mevcut hastalığının, uygulanan tedaviden bağımsız olarak ilerlemeye devam edeceği ve onu birkaç hafta ya da ay içinde ölüme götüreceği durumlar.¹⁷⁴

Sağlık çalışanlarının temel amacı yaşamı sürdürmek olduğu için, yararsızlık kavramı, hayatın artık sürdürülemediği durumlarda gündeme gelir. Hayat ya kurtarılabilir ya da kurtarılamazdır, bu durum net bir şekilde değerlendirilebilir. Ancak, "hayat kalitesi" kavramı devreye girdiğinde, yararsızlık, daha belirsiz ve yoruma açık bir hale gelir. Bazı durumlarda tıbbi müdahale hastayı hayatta tutabilir. Ancak sürdürülecek olan yaşamın kalitesine odaklanıldığında, yararsızlık kararı, ölüm riskine odaklanmaksızın, kabul edilemez bir hayat kalitesini göz önünde bulundurarak verilir. Ölümle ilgili alınan kararlar kesin ve nettir; ancak hayat kalitesi de göz önüne alınarak karar verilmesi gerektiğinde, karar alma süreci daha karmaşık bir hal alır.¹⁷⁵

Sağlık kaynakları sınırlı olduğundan dolayı, gereksiz olduğu net bir şekilde bilinen bir tedaviye yönelik gereksiz harcamalar, sağlık çalışanları için son yıllarda gerçek bir zorluk oluşturmaktadır.¹⁷⁶ Yoğun bakımlarda uygulanan yaşamı sürdürmeye yönelik pahalı tedavilerin gereksiz olarak başlatılması veya uzatılması, dağıtıcı adaleti sağlamaya zarar verecek önemli maliyetlere neden olmakta ve etik bulunmamaktadır.¹⁷⁷

Bu gereksiz tedavilere, hayatta kalmanın birkaç günün altında olması beklenen durumlar, geri dönüşümsüz hastalığı olan hastalar, hayatta kalmaya uygun olmayan şiddetli yaralanmalar ve çok ciddi beyin travmaları örnek verilebilir.¹⁷⁸

Hekimlerin tamamen etkisiz olduklarını bildikleri tedavileri uygulamaktan kaçınmaları gerektiği konusunda genel bir mutabakat olsa da fayda sağlayabileceği tartışmalı olan tedavilerde nasıl bir yol izleneceği konusunda belirsizlikler mevcuttur. Örneğin, bir hastanın ölümünden saatler sonra, hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmasının, kabul edilebilir hiçbir tıbbi hedefe ulaşmayacağı konusunda bir uzlaşma vardır.¹⁷⁹ Buna karşılık, ileri derecede metastatik kansere sahip

¹⁷⁴ Wilkinson ve Savulescu, "Knowing when to stop: futility in the intensive care unit"; Acar, "Yararsız Tedavi (Futile Treatment)".

¹⁷⁵ BÜKEN, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler"; Lascaratos, Poulakou-Rebelakou, ve Marketos, "Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition?"

¹⁷⁶ OECD, "Tackling Wasteful Spending on Health".

¹⁷⁷ McKie ve Richardson, "The Rule of Rescue".

¹⁷⁸ Ely, Azoulay, ve Sprung, "Eight things we would never do regarding end-of-life care in the ICU"; Joynt vd., "The Durban World Congress Ethics Round Table IV: health care professional end-of-life decision making".

¹⁷⁹ Rubin, "If we think it's futile, can't we just say no?"

kritik bir hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanıp uygulanmaması gerektiği konusunda fikir ayrılığı mevcuttur.¹⁸⁰

Hasta veya vekili tarafından talep edilen ancak tıbbi olarak etkisiz olduğu düşünülen bir tedavinin, hekim tarafından amaca uygun olmadığı gerekçesiyle uygulanmaması, tıbbi yararsızlık kavramı kapsamında değerlendirilir. Bu durumda, hekimin kararı, hasta özerkliğinden önce gelir, çünkü tıbbi yararsızlık, hastanın isteğine bakılmaksızın, tedavinin tıbbi açıdan faydasız olduğu gerçeğine dayanır. Ancak, fizyolojik olarak etkisiz olduğu halde, hastaya veya ailesine psikolojik fayda sağlayabilecek bazı tedavilerin uygulanıp uygulanmaması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır.¹⁸¹

Hekimlerin etkisiz olduğu bilinen müdahalelerden kaçınmalarının temel nedenlerinden biri, bu tür uygulamaların hastaya fayda sağlama ve zarar vermeme yönündeki etik yükümlülüklerle aykırı olmasıdır.¹⁸² Etkisiz tedavilerin uygulanması, hastalara gereksiz yere zarar verebilir ve bu durum, tıbbın temel ilkelerinden biri olan "*önce zarar verme (primum non nocere)*" ilkesine aykırıdır. Ayrıca, etkisiz tedavilerin uygulanmaması, amacına ulaşma ihtimali olmayan ve maliyeti yüksek tedavilerin gereksiz yere uygulanmasını engeller. Bu yaklaşım, bir mesleki yükümlülük olan, kısıtlı tıbbi kaynakların sorumlu ve doğru bir şekilde dağıtılmasına yardımcı olur.¹⁸³

Tıbbi tedavinin uygulanabilmesi için gerekli temel şartlardan biri endikasyondur. Bir tedavi, hastaya herhangi bir fayda sağlamayacaksa, endikasyonu da yoktur. Bu bağlamda, etkisiz tedavilerin uygulanmasının hem etik hem de tıbbi açıdan gerekçelendirilemesi mümkün değildir.

c. Yaşam Sonu Kararları

Yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararları, "*withholding*" (tedaviyi başlatmama), "*withdrawing*" (başlanmış tedaviyi geri çekme), ölüm sürecinin kısaltılması, başarısız resüsitasyon ve beyin ölümü olarak tanımlanmaktadır.¹⁸⁴ "*Withholding*", yaşamı sürdüren tedavileri hiç başlatmama ya da arttırmama olarak tanımlanabilir. Endotrakeal entübasyon, böbrek replasman tedavisi (dializ), tansiyon destekleyici tedaviler (vazopressör), cerrahi müdahale, antimikrobiyal tedavi, kan ürünleri transfüzyonu gibi tedavilerin hiç başlanmaması ve uygulanmamasıdır.

¹⁸⁰ Bosslet vd., "An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units".

¹⁸¹ BÜKEN, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler".

¹⁸² Veatch ve Cm, "Futile care. Physicians should not be allowed to refuse to treat. Point."

¹⁸³ American College of Physicians, "How Can Our Nation Conserve and Distribute Health Care Resources Effectively?"

¹⁸⁴ Sprung vd., "Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016"; Avidan vd., "Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study", 01 Ekim 2021.

“*Withdrawing*” ise halihazırda uygulanan yaşamı sürdüren tedavileri uygulamayı durdurma kararıdır. Antibiyotik, vazopressör infüzyonları, kan transfüzyonu, beslenme veya hidrasyonun durdurulması, solunum için oksijen fraksiyonunun %21'e düşürülmesi; solunum cihazının kapatılması ve entübasyonun sonlandırılması gibi başlanan tedavilerin durdurulması olarak tanımlanabilir.¹⁸⁵

“*Withholding*”, birçok ülkede en çok uygulanan ve etik olarak uygun olduğu kabul edilen bir uygulama iken “*withdrawing*” daha az uygulanmaktadır. “*Withdrawing*” genellikle halihazırda “*withholding*” kararı alınmış hastalara uygulanmaktadır.¹⁸⁶

Ölüm sürecinin aktif olarak kısaltılması, genellikle bir tedaviyi hastaya uygulama veya uygulanan tedaviyi geri çekme yoluyla, ölüm sürecini net bir şekilde kısaltma niyetiyle gerçekleştirilen bir eylemdir ve bu eylemler, hastanın yaşamını kısaltır. Ölüm sürecinin aktif olarak kısaltılması, literatürde oldukça eleştirel bir şekilde tartışılmakta olup, çok düşük oranlarda uygulandığı bildirilmektedir.¹⁸⁷

Başarısız resüsitasyon ve beyin ölümü ayrı bölüm başlıkları ile ileride anlatılacaktır.

Son yıllarda birçok ülkede yoğun bakım ünitesi kaynaklarının kullanımı giderek artış göstermiştir. Bununla birlikte, son 10–20 yıl içinde yaşam destek tedavilerinin sınırlandırılmasına yönelik uygulamalar da dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Ölümün her koşulda önlenmesine odaklanmak yerine, yaşam sonu bakımının ve palyatif tedavi hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması giderek daha fazla önem kazanmaktadır.¹⁸⁸ Küresel çapta yürütülen ETHICUS 2 Çalışması, 1999–2016 yılları arasında “*withholding*” uygulanmamasında %13–44 oranında ve “*withdrawing*” uygulamasında ise %9–36 oranında, kayda değer bir artış olduğunu göstermektedir.¹⁸⁹

Sağlık profesyonelleri, hastaya fayda sağlamayacağı öngörülen tedavilerin yoğun bakım ünitelerinde belli bir ölçüde uygulandığını veya uygulanmak zorunda kaldığını belirtmektedirler.¹⁹⁰ Bu tedaviler, sadece mekanik solunum desteği veya ekstrakorporeal yaşam desteği gibi invaziv prosedürlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda antibiyotik tedavisi, kan ürünleri transfüzyonları veya tanısal testleri de içerebilmektedir. Peki, bir tedavinin faydalı mı yoksa yararsız mı olduğuna kim karar

¹⁸⁵ Ferrand vd., “Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey”.

¹⁸⁶ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:84.

¹⁸⁷ Metaxa, “End-of-Life Issues in Intensive Care Units”; Sprung vd., “End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study”.

¹⁸⁸ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine, syf:82.

¹⁸⁹ Avidan vd., “Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study”, 01 Ekim 2021.

¹⁹⁰ Downar vd., “Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners*”.

vermelidir? Doktor mu, hemşire mi, hasta mı, hastanın yakınları mı, yargı organları mı yoksa toplum mu?

"Yararsız tıbbi tedavi" yasal geçerliliği olan bir terim değildir. Öyle ki, bazı durumlarda tıbbi bir terim olarak bile kabul edilmeyebilir. Bazen tedavi kararları tıbbi olmaktan çok etik nitelikte olup, tıbbi belirsizlikler barındırabilir. Bu durumlarda, değer yargıları tıbbi göstergelerle karışabilir.¹⁹¹

Belirli bir tedavinin yararsız olduğu kararı, her hasta için bireysel olarak değerlendirilmelidir. Tedavi uygulayan hekimler, belirli bir tedavinin hastaya uygun olup olmadığını, risk ve fayda analizini yaparak ve hastanın hedefleri ile tercihlerini göz önünde bulundurarak belirlemelidir. Örneğin, bir hasta için mekanik ventilasyon kabul edilebilir ve faydalı bulunabilirken, diğer bir hasta için aynı tedavi yarardan çok zarar verebilir ve bu nedenle yararsız olarak değerlendirilebilir.¹⁹² Temelde, planlanan eylemin makul ve uygun olup olmadığına karar vermek, 2003 yılında düzenlenen, Yoğun Bakım Beşinci Uluslararası Uzlaşma Konferansı'nda belirtildiği gibi hekimin sorumluluğundadır.¹⁹³

Ölmek üzere olan bir hastanın saygı ve merhametle tedavi edilmesi tüm sağlık çalışanları arasında genel kabul görmüş olsa da yaşam sonu tedavilerindeki klinik yaklaşımlar ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.¹⁹⁴ Bu değişkenliğin nedenleri net olarak tanımlanmamıştır ancak, muhtemel farklılıkların din, yasal düzenlemeler ve kültür, doktorların yaşam sonu kararları hakkındaki davranış ve düşünceleri, hastalığın şiddeti gibi birçok nedene bağlı olduğu düşünülmektedir.¹⁹⁵

Bundan 50 yıl kadar önce, mekanik ventilasyon desteği alan hastaların mekanik ventilasyon desteğine son vermek hem yasal hem de etik kurallara uygun bulunmuyor, hem de "öldürme eylemi" ile eşdeğer görülüyordu. Bugün ise, hasta veya hasta yakının talebi üzerine bu desteğin sonlandırılmasının, etik ve yasal bir zorunluluk olduğunu savunulmaktadır.¹⁹⁶ Bu durumu, "öldürmek" değil, "ölmesine izin vermek" olarak yorumlamaktadırlar.¹⁹⁷ Bu konuda, bazı ülkelerdeki yaklaşım bu şekilde olsa da ülkemizdeki uygulamalarda, mekanik ventilasyon desteği alan hastanın ventilasyon desteği, hiçbir durumda ve kimsenin kararı ile sonlandırılmamaktadır.

¹⁹¹ Sprung, Eidelman, ve Steinberg, "Is the physician's duty to the individual patient or to society?"

¹⁹² Ely, Azoulay, ve Sprung, "Eight things we would never do regarding end-of-life care in the ICU".

¹⁹³ Ely, Azoulay, ve Sprung; Carlet vd., "Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003".

¹⁹⁴ Sprung vd., "End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study".

¹⁹⁵ Bülow vd., "The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit"; Sprung vd., "The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units"; Cook vd., "Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. Canadian Critical Care Trials Group."; Azoulay vd., "End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database".

¹⁹⁶ Truog, Mitchell, ve Daley, "The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic".

¹⁹⁷ Seymour, Critical Moments: Death and Dying in Intensive Care syf:90.

Modern toplumlarda, insanların ölümlü olduklarını kabul etme konusunda isteksiz oldukları, bu nedenle yaşamın sonunda daha fazla tıbbi tedaviye yöneldikleri görülmektedir. Son araştırmalar, Amerikalıların neredeyse üçte birinin, hekimlerin her koşulda hastaları hayatta tutmak için her şeyi yapması gerektiğine inandığını göstermektedir. Ağır hastalar ve hekimler genellikle ölümün kaçınılmazlığını tartışmaktan ve bu konuda plan yapmaktan kaçınmakta, bu da aşırı tedaviye ve yaşamın sonunda önlenebilir acıya yol açmaktadır.¹⁹⁸

Hastaların veya hasta yakınlarının, hekimlerin uygulanmaması gerektiğine inandığı tedavileri istemeleri rutin pratikte hekimlerin sık karşılaştığı bir durumdur. Bu durumlar, başvurulacak net bir yasa ve esas kurallar olmadığı için karar verme açısından zordur ve sadece hukuki düzenlemenin olması da yeterli değildir, hekimlerin hukuka güvenmeleri de gerekmektedir.

Hukuki süreçlere duyulan güvensizlik, hekimleri yasal sorumluluktan kaçınmak amacıyla defansif tıp uygulamalarına yöneltebilir. Defansif tıp, optimal tedavi sınırlarının ötesinde, gereksiz müdahalelere yol açabileceği gibi, yaşamın sonunda hastalara tıbbi açıdan yararsız tedavilerin uygulanmasına da sebep olabilir. Bununla birlikte, hekimlerin karar alma süreçleri yalnızca hukuki belirsizliklerden değil, aynı zamanda etik ve tıbbi belirsizliklerden de olumsuz etkilenmektedir.

Bu belirsizlikler, gereksiz tedavilerin uygulanmasını teşvik edebilir. Bu nedenle, bu tür kararların hekimler, etik kurullar ve multidisipliner ekipler tarafından titizlikle değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca, hasta ve hasta yakınlarıyla bu belirsizliklerin ve tıbbi sınırlamaların açık bir şekilde paylaşılması hem etik açıdan hem de hasta-hekim ilişkisi açısından gereklidir.¹⁹⁹

Daha önce de belirtildiği üzere, yoğun bakım hastaları genellikle kendi gelecekleri hakkında karar verebilecek durumda değildir ve alternatif bir tedavi arayışına girme imkanları bulunmadığı için savunmasız bir konumdadırlar. Bazı durumlarda, tedavinin etkisiz olduğu açıklansa dahi hasta yakınları tüm tedavilerin uygulanmasını talep edebilmektedir.

2015 yılında, yoğun bakım ünitelerinde potansiyel olarak uygun olmayan tedavilere yönelik yapılan isteklere verilmesi gereken yanıtlara rehberlik etmek amacıyla uluslararası bir politika bildirisi yayımlanmıştır. Bu bildirinin amacı, ileri düzeyde kritik hastalığı olan hastalarda anlaşmazlıkları önlemek ve çatışmaları yönetmek için hekimlere rehberlik sağlamaktır.²⁰⁰

Bu rehberde hasta yakınları ile yaşanan anlaşmazlıkları çözümlmek için 7 adım önerilmiştir. Buna göre, bir çatışma durumu olduğunda, bir uzmandan danışmanlık alınmalı, hasta yakınlarına süreç

¹⁹⁸ Noah ve Feigenson, "Avoiding Overtreatment at the End of Life: Physician-Patient Communication and Truly Informed Consent".

¹⁹⁹ Wray ve Loo, "The Diagnosis, Prognosis, and Treatment of Medical Uncertainty".

²⁰⁰ Bosslet vd., "An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units".

hakkında bilgilendirme yapılmalı, ikinci bir tıbbi görüş alınmalı, multidisipliner bir hastane komitesi tarafından inceleme sağlanmalı, hasta yakınlarına eğer hastanın durumu transfere uygun ise hastayı başka bir kuruma transfer etme hakları olduğu söylenmeli, hasta yakınlarına itiraz sürecine başvurma hakları ile ilgili bilgi verilmeli, çözüm sürecinin kararı uygulamaya koyulmalıdır, şeklinde önerilerde bulunmuşlardır.²⁰¹

TTB de Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirgesi'nde;

1. *“Hekim, mesleki bilgiler doğrultusunda boşuna tedavi olarak değerlendirdiği bir uygulamayı yapmaya zorlanamaz.*
2. *Hekim, hasta ya da yasal temsilcisini boşuna tedavi kararı konusunda bilgilendirmelidir.*
3. *Hasta ya da yasal temsilcisi hekimin boşuna tedavi olarak değerlendirdiği bir uygulamanın yapılması konusunda ısrarlı ise, hekim hastanın tedavisinden çekilebilir. Ancak hekim bu durumda, tıbbi bakımın sürekliliğini sağlamaktan ve/veya hastanın uygun koşullarda başka bir sağlık kurumuna nakledilmesinden sorumludur”* diyerek benzer önerilerde bulunmuştur.²⁰²

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 5.maddesine göre, hekimin öncelikli görevi hastalıkları önlemek, hastaları iyileştirmek ve insan yaşamını ve sağlığını korumaktır.²⁰³ Bu ilke ile "withholding" ve "withdrawing" uygulamaları arasında bir çelişki olduğu çok açıktır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 20'de, *“tabip ve dış tabibi, faydasızlığını bildiği bir ilacı hastaya veremez”* ve TTB'nin Yaşam Sonuna İlişkin Bildirge'sinde *“hekim, mesleki bilgiler doğrultusunda boşuna tedavi olarak değerlendirdiği bir uygulamayı yapmaya zorlanamaz”* ifadeleri mevcuttur. Ancak, Türkiye'de bu ifadeleri destekleyecek yaşam sonu kararlarına ilişkin net bir yasal düzenleme ve görüş birliği olmaması nedeni ile uygulamada durum biraz karmaşıktır.²⁰⁴

Ülkemizde, tedavinin kısıtlanması, durdurulması veya hiç başlanmaması kararları genellikle hastayı yaşatma prensibine öncelik verilerek uygulanmamaktadır. Ancak, daha önce belirtildiği gibi faydasız tedavilerin uygulanması, yalnızca kısıtlı kaynakların gereksiz kullanımına yol açmakla kalmayıp dağıtıcı adalet ilkesinin sağlanmasını da zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda, bu tür tedaviler hastaya zarar vererek yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle çelişmektedir.

Bu konuyla ilgili net düzenlemelerin yapılması ve tıbbi etik çerçevesinde bir karar birliğine varılması, hekimlerin karar alma süreçlerini kolaylaştıracak gibi, sağlık hizmetlerinin daha adil bir

²⁰¹ Bosslet vd.

²⁰² TTB, “Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB”.

²⁰³ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.

²⁰⁴ TTB, “Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB”; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.

şekilde sunulmasını da sağlayacaktır. Böylelikle, hem hekimlerin hukuki ve etik açıdan korunması hem de toplumun sağlık hizmetlerinden eşit ve etkin bir şekilde yararlanması mümkün olacaktır.

Uluslararası bir uzlaşma beyanında, *"hastanın kritik bakım ortamı dışında hayatta kalma olasılığı olmadığı veya hastanın nörolojik fonksiyonunun tedavinin faydalarını algılamak için yeterli derecede iyileşme beklentisi olmadığı durumlarda, yoğun bakım üniteleri müdahalelerinin uygun olarak kabul edilmemesi gerektiği"* görüşü savunulmuştur.²⁰⁵

Hiçbir hekim, etkisiz olduğu bilinen bir tedaviyi sürdürmek zorunda bırakılmamalıdır. Aslında, sonuçsuz kalacağı anlaşılan bir tedaviyi uygulama yükümlülüğünün olmadığını düşünmek, çok da mantıksız değildir. Yapılacak müdahalenin anlamsız olması, yani hastanın müdahale edilse de edilmese de ölecek olması, hekimin hastanın ölümünden sorumlu tutulması gerektiği anlamına gelmemelidir.²⁰⁶

Tıbbi tedavinin hukuka uygunluk sebeplerinden biri de endikasyondur. Bu bağlamda, hastaya yapılacak müdahalenin anlamsız olması, aynı zamanda bu müdahalenin endikasyonunun bulunmadığı anlamına da gelebilir. Danimarka'da bu konuda açıkça bir düzenleme bulunmaktadır. Buna göre hekim, kaçınılmaz surette ölmekte olan ve artık kendi geleceğini tayin edemeyecek durumda bir hasta için, sadece ölümü uzatan, yaşama faydası olmayan tedavileri başlatmamaya veya sürdürmemeye karar verebilmektedir. Bu düzenlemeyle, sadece ölüm sürecini uzatan etkisiz tedaviler için, endikasyon olmamasına dayanarak hekime karar verme yetkisi verilmekte ve hekim sorumlu tutulmamaktadır.²⁰⁷

Hastaya fayda sağlamayacağı bilinen bir tedaviye devam edilmesi, birçok alanda olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu durum, hasta ve hasta yakınları, sağlık çalışanları, diğer hastalar, ekonomik kaynaklar ve temel etik ilkelerden biri olan adalet ilkesi üzerinde önemli sonuçlar doğurur. Hastalar, genellikle acı çekerek uzun ve zorlayıcı bir ölüm süreci yaşamakta ve onurlu bir şekilde ölme hakkından mahrum kalmaktadır.²⁰⁸ Her bireyin onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır. TTB de onurlu ölüm hakkını benimsediğini etik bildirgelerinde belirtmiştir.²⁰⁹

²⁰⁵ Kon vd., "Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee".

²⁰⁶ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:322.

²⁰⁷ Yücel, Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları syf:242.

²⁰⁸ Sibbald, Downar, ve Hawryluck, "Perceptions of 'futile care' among caregivers in intensive care units".

²⁰⁹ Özçiftçi ve Üstün, "Hasta Hakları ve Ölme Hakkı: Masum Bir Hak ya da Suistimal * Patient Rights and The Right to Die in Dignity: An Innocent Right or Abuse"; TTB, *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*.

Yaşamın niteliği, kişinin yaşamını yaşamaya değer bulmasıyla ilişkilidir. Bu nitelik, hastanın değerleri, kişi olma vasfını sürdürmesi, yeterliliği, yaşamayı sürdürmek isteyebileceği koşulları taşıması ve tıbbın bilimsel verileriyle belirlenen endikasyonlara dayanır.²¹⁰

Yararsız tıbbi tedavilerin devam ettirilmesi, yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de sorunlara yol açmaktadır. Bu tür tedaviler, kamu kaynaklarının verimsiz kullanılmasına, ekipman ve tıbbi kaynakların başka hastalar için kullanılamaz hale gelmesine ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olur. Ekonomik sonuçlarının yanı sıra, bu durum sağlık çalışanları üzerinde de ciddi olumsuz etkilere yol açar. Sağlık çalışanlarının ahlaki ikilemlerle karşı karşıya kalmasına, iş tatminsizliğine ve tükenmişliğe sürüklenmesine neden olurken, verilen hizmetin kalitesinin de düşmesine sebebiyet verdiği gözlemlenmiştir.²¹¹

Yararsız tıbbi tedavilere devam edilmesinin, hekimlerin ve hemşirelerin iş tatminini azalttığı, sağlık çalışanlarını tükenmişliğe götürdüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur.²¹²

Yoğun bakım ünitelerindeki potansiyel olarak uygun olmayan tedavilerin nedenlerini incelemek için ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada, terminal dönem hasta yakınlarının talepleri ve hekimlerin yasal kaygılarının, yaşam sonu bakım kalitesini düşürdüğü bulunmuştur. Terminal hastalarda mekanik ventilasyon, inotropik ilaçlar kullanımı ve düşük yaşam sonu bakım kalitesinin yaygın olduğu saptanmıştır. Eğer yasal kaygıları olmasaydı, doktorların çoğu yaşam sonu tedaviye son verme (%86), tedaviyi durdurma (%77) ve tedaviyi geri çekme (%53) kararı alacaklarını belirtmişlerdir. Terminal hastalar için yoğun bakımda yaşam sonu bakım kalitesinin artırılması amacıyla önceden planlama ve yasal düzenlemelerin iyileştirilmesi gerekmektedir.²¹³

Bir tedavinin yararsız olduğuna kimin karar vereceği sorusu çok yönlü ve karmaşık bir konudur.²¹⁴ Dolayısıyla, tıbbi yararsızlık kavramı tereddüde yer bırakmayacak şekilde dar bir biçimde tanımlanmalı ve bu tanım çerçevesinde hekim tarafından titizlikle değerlendirilmelidir. Bu yaklaşım hem hastaların haklarının korunmasını hem de hekimlerin etik ve hukuki sorumluluklarının netleşmesini sağlayacaktır.²¹⁵ Daha önceden de bahsedildiği gibi, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri, işlemin tıbben endike olmasıdır. Dolayısıyla, endikasyon dışı olan ve hastaya

²¹⁰ TTB, *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*.

²¹¹ Aghabarary ve Nayeri, "Medical futility and its challenges: a review study".

²¹² Hamric ve Blackhall, "Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate".

²¹³ Erdoğan Öngel vd., "Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units (INAPPT-ICU): Point Prevalence Study Yoğun Bakım Ünitelerinde Potansiyel Yersiz Tedaviler (INAPPT-ICU): Nokta Prevalans Çalışması".

²¹⁴ Clarke, "Do parents or surrogates have the right to demand treatment deemed futile? An analysis of the case of Baby L".

²¹⁵ Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

herhangi bir yarar sağlamayacağı öngörülen tıbbi uygulamalar hukuken de geçersiz sayılmalıdır. Bu bağlamda, yararsız tedavi kavramı aynı zamanda endikasyon dışı işlem anlamına geldiğinden, uygulanmaması gerektiği kanaatindeyim. Yaşam sonu gibi zorlu karar verme süreçleri, sadece hukuki sınırlar ve tıbbi bilgiler doğrultusunda yönetilemez, aynı zamanda etik açıdan değerlendirilmesi ve tahlil edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde de yaşam sonu kararları için net düzenlemelere ihtiyaç vardır.

3. Resüsitasyon Bakımından Etik Prensipler

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), halk arasında “kalp masajı” olarak bilinir, hayati fonksiyonları ve yaşam bulguları olmayan bir kişide kan dolaşımını ve solunum sistemini tekrar çalışır hale getirmek amacıyla yapılan müdahalelerin tümü olarak tanımlanabilir.

Kardiyopulmoner resüsitasyon tıbbi literatürde ilk olarak 1960 yılında tarif edilmiştir.²¹⁶ İlk uygulamalar, tanıklı kardiyak arrestlerde ve anestezi sırasında meydana gelen kardiyopulmoner arrestlerde, kapalı kalp masajı ile hastanın hayata döndürülmesi şeklinde başlamıştır. Bu durumdaki hastalarda yüksek başarı oranı ve iyi prognoz nedeniyle KPR, mucizevi bir uygulama olarak kabul edilmiş ve hızla yaygınlaşmıştır.

KPR yapılırken sadece iki ele ihtiyaç duyulması, onu her yerde, her zaman, herkese uygulanabilir bir müdahale haline getirmiştir. Ancak, daha sonra, özellikle kronik hastalar ve uzamış kardiyak arrestlerde başarısının düşük olduğu ve kötü prognoza yol açtığına dair pek çok makale yayınlanmıştır. Özellikle ölüm sürecindeki hastalarda KPR'nin sadece bu süreci geciktirdiği anlaşılmış ve bu sınırlı başarı oranı anlaşıldıktan sonra, hastaneler, "yavaş kod", "gösteri kodu" ve hatta "Hollywood kod" gibi terimlerle, kendi gizemli terimlerini geliştirmişlerdir. Bu terimler, KPR'nin hasta için faydasız olduğu düşünülen durumlarda, hastane personeli arasında kullanılmıştır.²¹⁷

Televizyon dizilerinde KPR ve diğer resüsitasyon yöntemleri genellikle gerçeği yansıtmayan bir şekilde idealize edilir. Örneğin, Grey's Anatomy ve House gibi dizilerde KPR'nin %70 oranında hayat kurtardığı gösterilirken, gerçek hayatta bu oran daha düşüktür. Üstelik, KPR uygulanan hastaların yalnızca %13'ü hastaneden sağ olarak taburcu olabilmektedir. Bu tür yanıltıcı tasvirler, KPR'nin gerçek etkileri ve başarı oranları hakkında yanlış algılar oluşmasına neden olabilmektedir.²¹⁸

²¹⁶ Kouwenhoven, Jude, ve Knickerbocker, “Closed-chest cardiac massage”; Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, *Ethics in Intensive Care Medicine*.

²¹⁷ Burns ve Truog, “The DNR Order after 40 Years”; Kouwenhoven, Jude, ve Knickerbocker, “Closed-chest cardiac massage”.

²¹⁸ Portanova vd., “It isn't like this on TV: Revisiting CPR survival rates depicted on popular TV shows”; Baker ve Marco, “Advance directives in the emergency department”.

Resüsitasyon sonrasında hayatta kalan hastalarda, oksijensiz kalan beyin dokusunun işlevini yeterince yerine getirememesi, yaşam kalitesinde ciddi düşüslere yol açabilir. Bu durum, hastalarda mutsuzluk, ağrı ve onur kaybı gibi sorunlara neden olarak yapılan müdahalenin görece “zararlı” olarak değerlendirilmesine sebep olabilir. Temel etik ilkelerden "yararlılık" ve "zarar vermeme" prensipleri genellikle genel bir çerçevede ele alınsa da bu ilkeler hastanın bireysel olarak belirlediği kabul edilebilirlik düzeyine göre değerlendirilmelidir.²¹⁹ Örneğin, bir hasta için resüsitasyon sonrası bakım hastası olarak yaşamak kabul edilemez bir durumken, başka bir hasta her koşulda yaşamayı tercih edebilir. Bu nedenle, “yarar” ve “zarar” kavramları kişisel bakış açısına göre değişiklik gösterebilir ve bu doğrultuda doğru bir karar vermek oldukça zordur.

Hekimler, tedavi sürecinde genel olarak yarar lehine bir denge sağlamaya çalışmalı, ancak hastanın tercih ve isteklerini göz önünde bulundurmaya ihmal etmemelidir. Etik zorluklar, özellikle hastaların seçeneklerini anlayamadığı veya tercihlerini ifade edemediği durumlarda, ya da potansiyel fayda ve zarar konusunda belirsizlik söz konusu olduğunda daha belirgin hale gelir. Kardiyopulmoner resüsitasyon bağlamında, etik açıdan zorlayıcı kararlar genellikle resüsitasyonun başlatılması, sonlandırılması veya spontan dolaşımın geri dönmesinin ardından yaşamı sürdürücü tedavilerin sınırlandırılması gerektiğinde gündeme gelir.²²⁰ Bununla birlikte, son dönem metastatik kanseri olan bir hastaya KPR uygulanmasının uygun olup olmadığı konusunda da tartışmalar sürmektedir.

Resüsitasyondan sonra sağkalan hastanın nörolojik sonuçlarındaki esas konu, bilişsel fonksiyonlarının ne ölçüde geri döndüğüdür. Resüsitasyonun nörolojik olarak anlamlı bir sağkalımla sonuçlanıp sonuçlanmadığını belirlemenin ideal yolu, hastanın değerleri ve tercihleri hakkında önceden bilgi sahibi olarak, bu tercihlerle sonucu bir bütün olarak değerlendirmektir.²²¹ Nörolojik prognozu tahmin etmek son derece zor olabilirken, zararlı resüsitasyon çabalarını, yani, hastanın istatistiklere göre kabul edilemez bulacağı sonuçları önlemek için çaba gösterilmelidir.

Yapılan bir çalışmada, hastane dışında meydana gelen kalp durması sonrası yeniden canlandırılan hastaların üçte ikisinde hipoksik iskemik beyin hasarı gelişmesi sonrası hayatlarını kaybettikleri bulunmuştur. Resüsitasyon işlemi başarılı olan hastalar uzun vadeli olarak değerlendirildiğinde, bir yıl içinde, hipoksik iskemik beyin hasarının, orta ila ciddi düzeyde nörolojik sakatlık oluşturduğu veya ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir.²²²

Sonuç olarak, yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda meydana gelen kardiyak arrest durumlarında, resüsitasyon konusundaki potansiyel fayda ve zararlar konusunda belirsizlikler

²¹⁹ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:98.

²²⁰ Mentzelopoulos vd., “Ethical challenges in resuscitation”.

²²¹ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:98.

²²² Andrew vd., “Long-term functional recovery and health-related quality of life of elderly out-of-hospital cardiac arrest survivors”; Sandroni, D’Arrigo, ve Nolan, “Prognostication after cardiac arrest”.

bulunmaktadır. Hastaların "yararlılık" ve "zarar vermeme" etik ilkelerine uygun, kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, hasta odaklı karar verme süreçlerinin yetersiz olduğu durumlarda çoğu zaman mümkün olamamaktadır. Mümkün olan en büyük ölçüde, hastanın özerkliğine saygı gösterme ve daha önceden belirlenmiş istekleriyle birleştirilmiş en iyi prognostik tahmini yapmak için çaba gösterilmelidir.²²³

a. Canlandırma Yapmayın (Do Not Resuscitate) Talimatı ve Uygulandığı Ülkelerdeki Yaklaşımlar

Kardiyopulmoner resüsitasyon, ilk tanımlandıktan sonra, kalbi duran her hastaya rutin uygulanan bir prosedür olmuştur. Ancak daha sonra, 1974 yılında, Amerikan Tıp Derneği, resüsitasyonun amacının ani ve beklenmeyen bir ölümü engellemek olduğunu bildirmiş, ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda, geri dönüşü olmayan hastaların terminal döneminde ise resüsitasyon endikasyonunun olmadığını belirtmiştir.²²⁴

1970'lerin başında, hastaların kalpleri durduğunda kendilerine KPR uygulanmasını istemediklerine dair beyanlarını önceden bildirme konusu daha resmi bir nitelik kazanmıştır. 1976 yılında Boston'daki iki hastanede, "Do Not Resuscitate" (DNR) "canlandırma yapmayın" politikası uygulanmaya başlanmış ve bu uygulama kısa sürede diğer hastanelerde de yaygınlaşmış veya uyarlanmıştır.²²⁵

Hasta, kalp veya solunum durması durumunda kendisine kalp masajı yapılmamasını önceden tercih etmesi, bir tür reddetme, "resüsitasyon yapılmaması" ya da "canlandırma yapılmaması" (DNR) şeklinde ifade edilir. Bu doğrultuda, DNR, kalbi veya solunumu duran bir hastanın, resüsitasyon yapılmamasına yönelik sözlü, yazılı ya da resmi olarak ifade ettiği isteği olarak tanımlanabilir.²²⁶ Başka bir deyişle, DNR talebinde bulunan bir hasta, kalp masajı, mekanik ventilasyon, defibrilasyon, kardiyovasküler ilaçlar ve ventilasyon desteği için gerekli olan entübasyon gibi tıbbi müdahalelerin uygulanmasını reddetmektedir.²²⁷

Daha sonra "DNR" ifadesinin resüsitasyon denemesi yapılmaması anlamına gelen "*Do Not Attempt Resuscitation*" (DNAR) olarak değiştirilmesi önerilmiştir. Çünkü KPR, genellikle bir deneme

²²³ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:99.

²²⁴ "Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). IV. Life support units."; Gamsız Bilgin, "Ötanazi: Tanım Ve Tarihçe Euthanasia: Definition and History of Euthanasia".

²²⁵ Pappas, "Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide".

²²⁶ "Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders".

²²⁷ Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

olarak başlamakta ve başarıya ulaşma şansı bazı durumlarda çok düşük olmaktadır.²²⁸ Bu sebeple yeni pek çok kaynakta DNAR olarak ifade edildiği de karşımıza çıkmaktadır.

Meyer 2002’de DNR terimi yerine “*Allow Natural Death (AND)*” teriminin kullanılmasının daha doğru olduğunu önermiştir. Bu öneri, ölümün doğal bir süreç olduğunu vurgularken, ölüm aşamasındaki bakımın amacının hastanın gereksiz yere acı çekmek yerine rahat etmesi olduğunu belirtmiştir.²²⁹

DNR veya Türkçede "resüsite etmeme talimatı," bir müdahaleyi yapmama anlamı taşır ve hekimlerin gerekli bir tedaviyi uygulamaktan kaçınmaları gibi bir durumu ifade eder. Bu "yapmama" durumu, sağlık personeli için olumsuz bir anlam içerirken, AND (Allow Natural Death) daha kabul edilebilir bir alternatif olarak görülmektedir. Hekimlik öğretisi hastayı yaşatmaya odaklandığı için DNR talimatına uymak zorlayıcı olabilmektedir. Hatta bazı hekimlerin, hastanın istemediğini belirttiği resüsitasyon işlemlerini bile denemeye eğilimli olduğu gözlemlenmiştir.²³⁰

Hastaların DNR talimatları, en azından teoride, bireylerin bilinçli kararlar verebilecek durumda oldukları bir zamanda, yaşamı uzatıcı tedavilerin uygulanıp uygulanmayacağına ilişkin, kendi hayatları üzerindeki tercihlerini ifade etmelerine olanak tanımaktadır. Böylece, bu talimatlar sayesinde, hastalar karar verme yetilerini tamamen kaybettikleri durumlarda bile sağlıklarıyla ilgili kararlar üzerinde belirli bir kontrolü sürdürebilirler.²³¹

Amerika’da birçok eyalette hekimlerin gereksiz, etkisiz olduğunu düşündükleri tedaviyi uygulamama kararlarını koruyan yasalar mevcuttur.²³² Ayrıca ileri yaşam direktifleri kapsamında hastaların verdiği DNR kararlarını düzenleyen mevzuatları mevcuttur.²³³

DNR kararı uygulanan ülkelerde, bir hasta eğer DNR kararı aldığını bildirdiyse, hastanın DNR kararının nedenleriyle birlikte hasta kayıtlarına açık ve net bir şekilde yazılması ve diğer tüm sağlık personelinin hastanın DNR durumundan haberdar olmasının sağlanması önemlidir.²³⁴ Ayrıca DNR ibaresinin sadece kardiyak arrest durumunda resüsitasyon yapılmamasını kapsadığı, diğer bakım ve

²²⁸ Burns ve Truog, “The DNR Order after 40 Years”.

²²⁹ Fan, Wang, ve Lin, “Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision”.

²³⁰ Knox ve Vereb, “Allow natural death: a more humane approach to discussing end-of-life directives”; Venneman vd., “‘Allow natural death’ versus ‘do not resuscitate’: three words that can change a life”.

²³¹ Thobaben ve Proctor, “Patient Self-Determination Act: Advocating for the Patient’s Wishes”.

²³² Parent, Rivera-Agosto, ve Walsh, “Legal Foundation for Crisis Clinical DNR Orders”.

²³³ Çavdar, “TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)”.

²³⁴ Mockford vd., “Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation”.

tedavilerin devam etmesi gerektiği de açıkça belirtilmeli ve diğer sağlık personellerine anlatılmalıdır.²³⁵

Bazı ülkelerde, hastanın bilinci kaybolmadan önce DNR talimatı vermediği durumlarda, mahkeme veya yasal temsilci kararıyla DNR uygulanabilmektedir. Böyle bir durumda, yasal temsilcinin, hastanın önceden ifade ettiği tercihlere dayanarak ve hastanın inançları ile hayattan beklentilerini dikkate alarak karar vermesi gereklidir. Bu bilgiler mevcut değilse, temsilcinin kararlarının hastanın en yüksek yararını gözetmesi beklenir. Yasal temsilci olarak eş, 18 yaşından büyük bir akraba ya da yakın bir arkadaş atanabilirken, hasta bir çocuk olduğunda bu rol genellikle anne veya babaya verilmektedir.²³⁶ New York eyaletinde ise, yasal temsilcinin DNR talimatına onay verebilmesi için belirli koşulların sağlanması gereklidir. Bu koşullar arasında, hastanın ölümcül bir hastalıktan dolayı acı çekmesi, kalıcı olarak bilincini kaybetmesi, resüsitasyonun tıbben yararsız olduğunun belirlenmesi ya da resüsitasyonun hastaya olağanüstü bir yük getirmesi yer alır. Bu durumlar hekimin nitelikli tıbbi değerlendirmesiyle tespit edilmelidir.²³⁷

Ciddi organ yetmezlikleri ya da terminal hastalıkları bulunan hastalarda ise, maksimum tedaviye rağmen kardiyak arrest geliştiğinde, hasta yakınlarının talebine rağmen hekimlerin resüsitasyon yapmayı reddettiği durumlarla da karşılaşılabilir. ²³⁸ Bu süreçte, hastanın özerkliğinin ihlal edilebileceği belirtilse de, resüsitasyonun hastaya anlamlı bir fayda sağlamaktan çok acısını artıracak ve olumsuz etkiler yaratacak düşünülüyorsa, DNR kararının alınması ve uygulanmasının uygun olduğu savunulmaktadır.²³⁹

Başka bir deyişle, bir hekim, belirli bir teşhis veya tedavi prosedürünün uygulanmasının yararsız olacağı kanaatindeyse, özel bir talep üzerine bile olsa bu prosedürü hastaya sunmakla etik olarak yükümlü değildir.²⁴⁰ Burada zarar vermeme ilkesi, özerklik ilkesinin önüne geçmektedir. Ayrıca, Amerikan Tabipler Birliği'nin (AMA), tıbbi yararsızlık durumunda, hastanın rızası olmasa bile hekimlerin DNR talimatı yazmalarını geçerli bir gerekçe olarak kabul ettiğini de belirtmek gerekir.²⁴¹

Prognozu kötü olan hastalar için alınan DNR kararlarının, son dönemde yaşanan sağlık sistemi krizlerinde, sınırlı kaynakların etkin kullanımı açısından doğru bir yaklaşım olduğu savunulmuştur.

²³⁵ May vd., "Managing patient preferences and clinical responses in acute pathophysiological deterioration: What do clinicians think treatment escalation plans do?"

²³⁶ McArdle, "New York's Do-Not-Resuscitate law: groundbreaking protection of patient autonomy or a physician's right to make medical futility determinations? - PubMed".

²³⁷ Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

²³⁸ "Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC".

²³⁹ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, Ethics in Intensive Care Medicine syf:101.

²⁴⁰ Blackhall, "Must We Always Use CPR?"

²⁴¹ Çavdar, "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)".

Örneğin, COVID-19 pandemisi sırasında yoğun bakımda COVID-19 tanısıyla yatan hastalarda gelişen kardiyak arrest sonrası hayatta kalanların prognozunun genellikle kötü olduğu ve bu hastaların uzun süreli yoğun bakım ihtiyacının yüksek olduğu gözlenmiştir.²⁴²

Bu gibi acil durumlarda, yoğun bakım kaynaklarının yaşamı sürdürebilecek şekilde önceliklendirilmesi gerektiği için, DNR kararlarının uygulanması hem etik hem de pratik açıdan makul bulunmuştur. Etik açıdan bakıldığında, temel prensiplerden biri olan “adalet” ilkesi gereği, en fazla sayıda hastaya en büyük faydayı sağlama amacıyla bu yaklaşımın kabul edilebilir olduğu değerlendirilmiştir.²⁴³

Ancak bu durum her bireyin istediği gibi yaşama hakkına sahip olduğunu savunan “hayatın kutsallığı” görüşü ile çelişmektedir. Etik alanındaki araştırmalarda dünyanın önde gelen merkezlerinden biri olan Georgetown Üniversitesi’nin Kennedy Etik Enstitüsü’nde görev yapan John Keown, yüzyıllar boyunca hukuk sistemlerinin “hayatın kutsallığı” ilkesini güçlü bir şekilde desteklediğini vurgulamıştır. Ancak batı dünyasında, mahkemeler ve yasama organları bu ilkeyi sorgulamış, hayatın dokunulmazlığına saygı, bireysel özerkliği teşvik etme çabalarıyla giderek zayıflamıştır. Bunun sonucunda, yalnızca belirli bir kalite eşiğini geçen yaşamların korunmaya değer olduğu yönünde görüşler ortaya çıkmıştır.²⁴⁴

Bu durum, hekimlerin bir hastanın yaşam kalitesini tanımlayabileceği fikrini destekler gibi görünse de yaşam kalitesinin tamamen kişisel bir mesele olduğu ve yalnızca hastanın kendisi tarafından tanımlanabileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

b. Türkiye’de Canlandırma Yapmayınız Talimatı ile İlgili Yasal Durum

Ülkemizde DNR kararı ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme yoktur. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları’nda, *“hastanın tıbbi durumu bilimsel açıdan değerlendirildikten sonra canlandırmanın hastaya getireceği tıbbi yarar bulunmadığında canlandırmama istemine saygı gösterilmelidir”* ifadesi yer almıştır.²⁴⁵

Ayrıca, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24’te, *“Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda,*

²⁴² DB, B, ve NW, “CPR in the Covid-19 Era - An Ethical Framework”.

²⁴³ DB, B, ve NW; Marckmann vd., “[Decisions on the allocation of intensive care resources in the context of the COVID-19 pandemic : Clinical and ethical recommendations of DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGNI, DGP, DGP and AEM. German version].”; White ve Lo, “Mitigating Inequities and Saving Lives with ICU Triage during the COVID-19 Pandemic”.

²⁴⁴ Keown, “The Legal Revolution: From ‘Sanctity of Life’ to ‘Quality of Life’ The Legal Revolution: From ‘Sanctity of Life’ to ‘Quality of Life’ and ‘Autonomy’ and ‘Autonomy’ ARTICLES THE LEGAL REVOLUTION: FROM ‘SANCTITY OF LIFE’ TO ‘QUALITY OF LIFE’ AND ‘AUTONOMY’”.

²⁴⁵ “Türk Tabipler Birliği, Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları”.

hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir” hükmü bulunmaktadır.²⁴⁶

Bununla birlikte, bu ifadeler doğrultusunda hastaların DNR talepleri ülkemizde uygulanmamaktadır. Mevcut hukuki düzenlemeler nedeniyle, hastanın resüsitasyon yapılmaması yönündeki tıbbi vasiyeti dikkate alınarak müdahalede bulunmayan hekimler hukuki sorumluluk riski ile karşı karşıya kalabilmektedir.²⁴⁷

Bu durumun temel sebeplerinden biri, Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. maddesinde ötanazinin açıkça yasaklanmış olması ve kişinin kendi talebiyle bile hayat hakkından vazgeçemeyeceğinin belirtilmesidir. Bu bağlamda, hastanın DNR talimatı doğrultusunda müdahalede bulunmayan hekimlerin "pasif ötanazi" ile suçlanma kaygısı bulunmaktadır.²⁴⁸

Evrensel geçerliliği tartışmalı olmakla birlikte ve ülkemizde çok sık görülmesi de, bazı hastaların göğüslerinde açıkça görülebilecek şekilde “DNR” ifadesi içeren dövmelemlerle karşılaşılabilir.²⁴⁹ Ancak, bu dövmenin hangi şartlarda yapıldığının (örneğin kişi bu dövmeyi sarhoşken mi yaptırdı) bilinmemesi, kişinin kendi rızası dışında yapılmış olabileceği ya da bireyin sonradan bu kararından vazgeçmiş olabileceği ihtimalleri göz önünde bulundurularak, ülkemizde bu dövmenin hukuki bir geçerliliği bulunmamaktadır.²⁵⁰

Öğretide, hasta daha önceden DNR talimatı vermiş olsa bile, tıbbi müdahalenin yapılmaması gerektiğinin kesin olarak söylenemeyeceği savunulmaktadır. Hastanın gerçekten ölüm tehlikesiyle karşı karşıya kaldığında bu kararı yine verip veremeyeceğinin kesin olmadığı, ölüm tehlikesiyle karşı karşıya kalındığında, kişinin daha değişik kararlar verebileceği, bu nedenle bu karar ve belgelerin bağlayıcı olmadığı görüşü kabul görmektedir. Bu talimatların geçerlilik şartlarının açık bir yasal hüküm ile düzenlenmesi gerekmektedir.²⁵¹ Bu düzenlemenin yapılması, hekimlerin uygulamada yaşadığı ikilemlerin azalmasında fayda sağlayacaktır.

Her insan kendi geleceğini özgürce belirleyebilme hakkına sahiptir. Kendi geleceğini belirme hakkı hukukumuzda Anayasa’nın 17.maddesi kapsamında düzenlenmiştir.²⁵² Vücut bütünlüğü, yaşam ve tedavi hakkı bireyin en temel hakları arasındadır. Ancak, bu haklar kişinin hayatta kalması, tedavi edilmesi veya iyileşmesi için tıbbi müdahalelere katlanma zorunluluğunu beraberinde getirmez. Bu

²⁴⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği.

²⁴⁷ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:206.

²⁴⁸ Çavdar, “TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)”.

²⁴⁹ Holt vd., “Nonstandard do-not-resuscitate orders”.

²⁵⁰ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı.

²⁵¹ Hakeri syf:206.

²⁵² Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.

nedenle, hiç kimse rızası olmaksızın tıbbi bir müdahaleye maruz bırakılamaz. Aksi takdirde, bu durum hukuka aykırılık teşkil eder ve insan yaralama, özgürlüğü kısıtlama ile özel yaşamın ihlali gibi suçlara yol açabilir.²⁵³

Hastanın yaşamı ve bedeni üzerinde tasarruf hakkı kendisine aittir; hiç kimseye acılara katlanma yükümlülüğü yüklenemez. Bu bağlamda, bazı görüşler, hastanın rızası olmaksızın KPR uygulanmasının ve tedaviyi reddetme hakkının ihlal edilmesinin, hekimin hayat kurtarma görevi gerekçesiyle yapılsa dahi hukuka aykırı olacağını savunmaktadır.²⁵⁴ Türk hukuk sisteminde, birbiri ile çelişkili yasal düzenlemeler, birçok zorluk yaratmaktadır. Hastanın bilinci açıkken verdiği talimatlar, yaşamın sonu kararlarında uygulanabilir olmalıdır.²⁵⁵

Bu bağlamda, kanaatimce, hastanın kendi özgür iradesiyle DNR talebinde bulunması, hukukumuzda belirli maddi ve şekli koşulların sağlanması kaydıyla hukuka uygun kabul edilmelidir. Bu yaklaşım, tıp hukuku ve etik ilkeleriyle de uyum göstermektedir. Daha açık bir ifadeyle, hastanın DNR talebinin yerine getirilmesi; hasta özerkliğinin korunması, onurlu bir yaşam hakkının gözetilmesi, vücut bütünlüğünün muhafaza edilmesi ve yaşam kalitesinin korunması gibi temel ilkelere de uygundur.²⁵⁶

4.Yoğun Bakımların Doğru Kullanılması

Yoğun bakım etiği literatürüne baktığımızda, yoğun bakım ünitelerinin uygun kullanılması konusunun sıklıkla ele alındığını görürüz. Bu noktada, hangi hastanın yoğun bakım ünitelerinde tedaviye ihtiyaç duyduğu, bu tedavinin ne zaman ve ne kadar süre gerekli olduğu gibi sorular gündeme gelmektedir. Bu bağlamda kritik olan, hastanın yoğun bakım ünitesine kabul edilmesinden önce, “bu hastaya yoğun bakımın sunabileceği bir şey var mı?” ve “hasta yoğun bakımdan fayda sağlayabilecek mi?” sorularının cevaplarının aranmasıdır. Bu soruları sormak kolay olsa da cevaplarını bulabilmek her zaman mümkün değildir. Çünkü tıbbi kararlar, bazen belirsizliklerle karakterize olabilmektedir.²⁵⁷

Yoğun bakım üniteleri, ileri solunum desteğine ihtiyaç duyan veya bu desteğe gereksinim duyma olasılığı yüksek olan hastalar, iki veya daha fazla organ sisteminin desteğini gerektiren

²⁵³ ÜNVER, “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?; Özcengiz, “Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımında İncelenmesi”.

²⁵⁴ ÜNVER, “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?”

²⁵⁵ Özcengiz, “Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımında İncelenmesi”.

²⁵⁶ Kurtulan Güner vd., “Karşılaştırmalı Bir Bakış Açısıyla İleriye Dönük Hasta Direktifleri ve Türk Hukuku İçin Öneriler”.

²⁵⁷ Melia, Health Care Ethics syf:28; Fox, “The evolution of medical uncertainty.”

durumlar ve kronik organ yetmezliği bulunan ancak başka bir organında akut ve geri döndürülebilir yetmezlik gelişen hastalar için uygundur.²⁵⁸

Yoğun bakım ünitelerine hasta kabulünde öncelikler modeli, tanıya dayalı model ve objektif parametrelere bağlı model gibi çeşitli kriterler kullanılmaktadır.²⁵⁹ Öncelikler modelinde, hastalar yoğun bakım tedavisinden en fazla fayda sağlayacak olanlardan (1.öncelik) en az fayda görebilecek olanlara (4.öncelik) doğru sınıflandırılır. Tanıya dayalı modelde hastalar özel tanılara göre, objektif parametrelere bağlı modelde hasta nabız, ekg, laboratuvar değerleri gibi parametrelere bakılarak yoğun bakımlara kabul edilmektedir.²⁶⁰

Yoğun bakım ünitelerinden fayda görebilecek hastaların yelpazesi geniş olsa da yoğun bakım yatakları, bu hizmetten fayda görme olasılığı yüksek olan hastalar için ayrılmalıdır. Fayda görece kadar hasta olmayan ya da belirli bir yaşam kalitesine yeniden kavuşma ümidi olmayan hastaların yoğun bakım ünitelerine kabul edilmemesi gerekmektedir.²⁶¹ Ancak bu kararlar, genellikle öngörüye dayandığından büyük bir sorumluluk taşımakta ve etik tartışmalara yol açabilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerine kabul sürecinde, bazı hastalarda ölümün kaçınılmaz olabileceği öngörülse de bu hastalar zaman zaman yoğun bakıma alınabilmektedir. Bu durum öncelikler modelinde üçüncü öncelikli olarak değerlendirilmektedir. Üçüncü öncelikli hastalar yoğun bakım tedavisine gereksinim duymalarına karşın, entübasyon ya da KPR gibi terapötik çabalara nadiren yanıt vermektedirler.²⁶² Ancak hastanın prognozunun belirsizliği nedeniyle, klinik pratikte bu tür hastalar yoğun bakıma kabul edilmektedir. Hastanın durumunun kötüleşme ihtimali yüksek olsa da sınırlı da olsa mevcut iyileşme şansı dikkate alınarak tedaviye başlanabilmektedir. Bu durum, hastaya bir “şans verilmesi” olarak değerlendirilebilse de tedavinin başarısızlıkla sonuçlanması halinde hem hasta hem de yakınları için süreç daha travmatik bir hal alabilir. Bu çerçevede, yoğun bakım ünitelerinin etkinliği ile bu tür durumların beraberinde getirdiği etik sorunlar sıkça tartışma konusu olmaktadır.²⁶³

Teknolojik ilerlemeler, yoğun bakımların uygunsuz kullanımı arttırmıştır. Seymour, bu durumu, “yoğun bakım, modern dünyanın hastalığı kontrol etme ve zamansız ölümü ortadan kaldırma konusundaki takıntısını yansıtır.” diyerek ifade etmiştir.²⁶⁴

²⁵⁸ Smith ve Nielsen, “Criteria for admission”.

²⁵⁹ Society of Critical Care Medicine, “Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage”.

²⁶⁰ Çelik, “The Criteria of Patient Admission and Discharge in the Intensive Care Unit”; Society of Critical Care Medicine, “Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage”.

²⁶¹ Smith ve Nielsen, “ABC of intensive care: Criteria for admission”.

²⁶² Çelik, “The Criteria of Patient Admission and Discharge in the Intensive Care Unit”.

²⁶³ Melia, Health Care Ethics syf:31.

²⁶⁴ Seymour, Critical Moments: Death and Dying in Intensive Care syf:103.

Yoğun bakım hizmeti verilirken iki temel prensip göz önünde bulundurulmalıdır. Birinci prensip, her insanın vazgeçilmez bir onura sahip olması nedeniyle, insan yaşamına değer biçilemeyeceği ve insanlık onuruna zarar verecek hiçbir davranışın kabul edilemeyeceğidir. İkinci prensip ise, kısıtlı olan yoğun bakım kaynaklarının, bu sınırlamalar göz önünde bulundurularak adil dağıtım koşullarının belirlenmesi gerekliliğidir.²⁶⁵ Bu iki prensip arasında denge kurup karar vermek çoğu durumda kolay olmamaktadır.

Hastalar, ya yoğun bakım gerektirecek kadar ağır bir durumda olmadıkları ya da yoğun bakım tedavisinden anlamlı bir fayda sağlayamayacak kadar ileri derecede hasta oldukları için yoğun bakım tedavisinin gerekli olmadığı sonucuna varılabilir. Yoğun bakım ekibinin temel görevi hasta refahını sağlamak, ihtiyacı olan hastaya doğru tedaviyi ulaştırmaktır. Yoğun bakım hekimlerinin bir hastaya faydalı olma görevi, bu hastaya sağlanan bakımın diğerlerinin tedavi olma hakkını haksız bir şekilde tehlikeye atması durumunda sınırlıdır.²⁶⁶ Birçok ülkede ve Türkiye’de yaşlı nüfus artmaktadır ve bu artış bu konuların önemini arttırmaktadır.

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte yüksek riskli hastalar için tedavi olanaklarının genişlemesi ve yaşlanan nüfusun etkisiyle yoğun bakım ünitelerine olan talebin artması, bazı yoğun bakım hastalarına uzun süreli tedavi uygulanmasını da beraberinde getirmektedir.²⁶⁷

Yoğun bakım tedavi süreci tamamlanan ve yoğun bakım yatış endikasyonu kalmayan hastaların palyatif bakım, alt seviye yoğun bakım veya yataklı servislere transferi özenle planlanmalıdır. Yoğun bakımda uzamış hasta yatışları, sadece morbidite ve mortalite oranlarını arttırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti maliyetlerini de önemli ölçüde yükseltmektedir.²⁶⁸ Bunun yanı sıra, yoğun bakım yatağına acil ihtiyacı olan diğer hastaların tedaviye erişimini geciktirerek sağlık sisteminde ek yük oluşturabilir.

Donanımlı personel tarafından hizmet verilmesi, ileri tetkikler ve modern cihazlar kullanılması, kullanılan ilaçların pahalı olması gibi sebeplerle yoğun bakım hizmetleri maliyeti yüksek olan hizmetlerdir. Bu hizmet yedi gün yirmi dört saat aralıksız olarak verilmektedir. Bu kesintisiz hizmetin devamlılığı için gerekli personel sayısının da yeterli olması gerekmektedir.²⁶⁹ Bion, British Journal'da yayımlanan bir çalışmada, yoğun bakımda ölümle sonuçlanan bir tedavi sürecinin, sağkallım ile sonuçlanan bir süreçten iki kat daha yüksek maliyetli olduğunu ifade etmiştir.²⁷⁰

²⁶⁵ Fleck, “The costs of caring: Who pays? Who profits? Who panders?”

²⁶⁶ Curtis ve Vincent, “Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit”.

²⁶⁷ Aygencel ve Türkoğlu, “Characteristics, Outcomes and Costs of Prolonged Stay ICU Patients”.

²⁶⁸ Toptas vd., “Factors Affecting the Length of Stay in the Intensive Care Unit: Our Clinical Experience”.

²⁶⁹ Barret vd., “Utilization of Intensive Care Services, 2011”; Bion, “Rationing intensive care”.

²⁷⁰ Bion, “Rationing intensive care”.

Maliyet analizleri yapılarak bu ileri düzey hizmetin doğru hastalara, doğru zamanda ve yeterli ölçüde ulaştırılmasının sağlanması, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması bakımından önemlidir.²⁷¹ Toplum nüfusunda artışla birlikte kritik hastaların sayısında artış ve bu sebeple kullanılan hizmetlerin maliyetlerinin artması ile birlikte, maliyet analizlerinin yapılması, daha da önemli hale gelmiştir.²⁷²

Yoğun bakım hekimlerinin önceliği hastaları tedavi etmek olduğu için, hekimler maliyet hesaplamalarının yapılmasını önemsiz görebilmekte ve hatta bu durumun etik olarak uygun olmadığını savunabilmektedirler. Ancak, yoğun bakımda kullanılan kaynakların kısıtlı olması, bu kaynakların, doğru hastalara zamanında ulaşabilmesi için maliyet bilincini zorunlu kılmaktadır. Kısıtlı kaynakların maliyet etkin şekilde kullanılması, etik açıdan farklı görüşlere yol açabilmektedir. Bu durum, tıbbi kaynakların adil dağıtımı ve hasta önceliklendirilmesi konularında karmaşık etik soruları da beraberinde getirmektedir.²⁷³

2019'da Yıldız ve ark.'larının yayınladığı makalede, hastaların yoğun bakım tedavi ihtiyaçları bittiği halde yoğun bakım ünitesinden çıkamama nedenlerini 3 ana başlık altında toplamıştır. Bunlar; hastane servis yataklarının dolu olması, ilgili konsültan hekimin yoğun bakımdan hasta alma konusunda çekimser davranması ve hasta yakınlarının istememesi olarak bulunmuştur.²⁷⁴

Ülkemizdeki bu sorun zaman zaman sosyal medyaya da konu olmuş olup, 2018 yılı Türk Yoğun Bakım Dernek Başkanı Prof. Dr. Mehmet Uyar'ın Türkiye'de yeterli yoğun bakım ünitesinin olduğu ancak bu yatakların akılcı kullanılmadığı sözleri Medimagazin'e haber konusu olmuştur. Aynı haberde, Avrupa Yoğun Bakım Derneği Başkanı Prof. Dr. Jozef Kesecioğlu ise "Avrupa ve Türkiye'deki yoğun bakımlar arasında kalite ve bakım açısından fark yok ama Türkiye'nin yoğun bakım üniteleri etkin kullanılmıyor. Örneğin; terminal dönemdeki hasta yoğun bakıma alınmaz. O hastaya yardım edilir ve palyatif bakım verilir" şeklinde konuşarak Türkiye'deki yoğun bakım yataklarının akılcı kullanılmamasına dikkat çekmiştir.²⁷⁵

Uzamış yoğun bakım yatışlarının, mortaliteyi arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁷⁶ Hem hasta sağlığını hem de hastane ve ülke ekonomisini doğrudan etkileyen uzamış yatışlar sorunun çözümü, yoğun bakıma hasta kabul ve taburculuk kriterlerinin net bir şekilde belirlenmesi ve bu

²⁷¹ Fidan, "DERLEME MAKALESİ YOĞUN BAKIM MALİYETLERİ VE YOĞUN BAKIM MALİYET ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ".

²⁷² Zilberberg, "Understanding cost-effectiveness in the ICU".

²⁷³ Ekinci ve Tokaç, "Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar"; Talmor vd., "When is critical care medicine cost-effective? A systematic review of the cost-effectiveness literature"; KARA vd., "Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde maliyet analizi".

²⁷⁴ Yıldız vd., "Hastaların Yoğun Bakım Ünitelerinden Taburcu Edilememe Nedenleri ve Maliyeti".

²⁷⁵ Karabağ T, "Yoğun bakımdaki tedavi çok iyi yönetilmeli, konsültasyonlar aksatılmamalı".

²⁷⁶ BARAN vd., "Prolonged Stay in the Intensive Care Unit: A Retrospective Analysis of Six Years".

kriterlere uyulması ve servis ve palyatif bakımların etkili bir şekilde kullanılması ile mümkün olabilir.²⁷⁷

Yoğun bakım servisleri, ümidi kesilen hastaların yaşamlarının son günlerini yaşasınlar diye kabul edildiği servisler değildir, durumu ciddi olan ve kurtarılma ümidi olan hastaların geniş tedavi olanaklarından faydalanmaları için yatırıldığı servislerdir.²⁷⁸ Bir hastanın yoğun bakımdan fayda sağlaması mümkün değilse, o hastanın yoğun bakım ünitesine kabul edilmesi hastanın yararına değil zararına olacaktır. Ayrıca bu, bir noktada, pahalı ve sınırlı olan kaynakların etik olmayan bir kullanımı olarak da ifade edilebilir.²⁷⁹ (sayfa 6).

Bu süreci kolaylaştırmak ve etik ilkelere uygun karar almayı desteklemek adına, klinik rehberlerin hazırlanması ve mevcut rehberlerin etkin kullanımının sağlanması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, yalnızca yoğun bakım uzmanları değil, tüm hekimlerin konuya ilişkin farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Zira bazı durumlarda, hastanın serviste değil, yoğun bakımda hayatını kaybetmesi gerektiği yönünde baskılar oluşabilmekte ve bu durum, hem hekimlerin karar alma sürecini zorlaştırmakta hem de yoğun bakım kaynaklarının verimli ve adil kullanımını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, farkındalık çalışmaları ve rehberlerin uygulanabilirliğini artırmaya yönelik girişimler, etik ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmelidir.

Triyajla ilgili ayrıntılı bilgi sonraki bölümde verilecektir.

5. Sağlık Krizlerinde Dağıtıcı Adalet Sağlanmasının Zorluğu

Sağlık hizmetlerinden faydalanmak temel bir haktır. Sağlık hizmetleri kısıtlı ve kaynakları sınırlı olan hizmetlerdir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu esnasında çoğu zaman sınırlar koymak gerekebilmektedir. Sağlık kaynakları adil, eşit ve verimli bir şekilde tahsis edilmelidir.

Beauchamp ve Childress'e göre “adalet” tıp etiğinin 4 temel ilkesinden biridir.²⁸⁰ Bu ilke, sağlık hizmetlerinin ihtiyaç ve kaynaklara göre tüm bireyler tarafından eşit erişilebilir olması gerektiğini savunur. Dağıtıcı adalet, personel, ilaçlar, ekipmanlar, yoğun bakım yatakları dahil olmak üzere tüm kaynaklara eşit erişimi sağlamayı ifade eder.²⁸¹

Sağlık hizmetleri krizi sırasında dağıtıcı adalet ilkesi ön plana çıkar. İhtiyaç arttığında hastaların klinik gereksinimleri ve bu ihtiyaçları karşılamak için mevcut olan kaynaklar arasında

²⁷⁷ Yıldız vd., “Hastaların Yoğun Bakım Ünitelerinden Taburcu Edilememe Nedenleri ve Maliyeti”.

²⁷⁸ Akpir, “Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün”.

²⁷⁹ Melia, *Health Care Ethics*.

²⁸⁰ Beauchamp ve Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

²⁸¹ Roemer, *Theories of Distributive Justice*.

dengesizlik olabilir.²⁸² Kriz anlarında, sınırlı sayıda olan yoğun bakım yatağı, solunum cihazları, ya da yaşamı sürdüren diğer tedaviler gibi kaynaklar, en büyük fayda sağlanacak şekilde dağıtılmalıdır. Bu, bireysel faydadan ziyade toplumsal yarara öncelik verilmesi gerektiği anlamına gelir.²⁸³

Kaynak kısıtlılığı durumunda önceliklendirme kararı veren klinisyenler, adil ve şeffaf bir süreç yönetmek zorundadırlar.²⁸⁴ Bu kararlar verilirken temel eşitlik ilkelerine saygı gösterilmeli, etnik köken, yaş, cinsiyet, din, engellilik gibi özelliklere göre ayrımcılık yapılmamalıdır.

Sınırlı olan kaynakların düzgün dağıtılması için “triyaaj”, “önceliklendirme”, “rasyonlama” gibi çeşitli terimler kullanılmaktadır. Tıpta rasyonlama, bireysel hastalara veya hasta alt gruplarına, geçici olarak veya en kötü ihtimalle düzenli olarak, tıbben belirtilmiş bir tedaviyi, hastanın isteği dışında veya bilgisi olmadan reddedilmesi olarak tanımlanabilir. Rasyonlanan tedavi, diğer bireyler veya alt gruplar için her zaman kısıtlı bir kaynak olmak zorunda değildir.²⁸⁵ (sayfa:143).

1960’ların başında son dönem böbrek hastalarının tedavisi için hemodiyaliz yöntemi ilk keşfedildiğinde, bu yöntemle tedavi edilmesine yetemeyecek kadar çok sayıda hasta mevcuttu. Kimin bu tedaviyi alacağını belirlemek için bir komite kurulmuş ve bu komite yaş, ekonomik üretkenlik, aile sorumlulukları gibi pek çok faktöre bakarak en fazla katkı sağlayabilecekleri hastaları tedavi için seçmişlerdir. Bu olay, rasyonlamaya bir örnektir ve rasyonlama teriminin önceliklendirme ile karıştırılmaması gerektiğine dair bir örnek olarak da gösterilebilir.²⁸⁶

Yoğun bakım yataklarının ve olanaklarının verimli ve mantıklı bir şekilde kullanılması, rasyonalizasyon terimi ile ifade edilmektedir. Akılcı kullanımın net bir tanımı olmamakla birlikte, tasarrufa dayalı ve israfı önleyen bir kullanım biçimi olmalıdır. Bu yaklaşım, doğru hasta seçimi ile başlar ve doğru tedavi uygulamasıyla sürdürülür.²⁸⁷

Triyaaj, savaş alanlarında ve acil servislerde tıbbî müdahale önceliklerini belirlemek için kullanılan bir sitemdir. Fransızca “ayıklamak”, “ayırt etmek” anlamlarına gelen “trier” fiilinden türemiştir. İlk olarak 1800’lerin başında Fransa’da savaş alanlarında yaralı askerlerin sınıflandırılması ve taşınması için kullanılmıştır.²⁸⁸ Triyaaj ifadesi genellikle acil servis ya da doğal afet ortamlarında kullanılır. Hastalığın ya da yaralanmanın şiddetini tanımlayarak ölüm riski en fazla olanların belirlenmesini sağlayarak eldeki kaynakların doğru kullanılmasını hedefleyen bir süreçtir.

²⁸² White vd., “Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions”.

²⁸³ Perin ve De Panfilis, “Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19”.

²⁸⁴ Beauchamp ve Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

²⁸⁵ Michalsen, Sadovnikoff, ve Kesecioglu, *Ethics in Intensive Care Medicine*.

²⁸⁶ Savage ve Browne, “Dialysis Rationing and the Just Allocation of Resources: An Historical Primer”.

²⁸⁷ Akpir, “Yoğun Bakım Etiği”.

²⁸⁸ Robertson-Steel, “Evolution of triage systems”.

Önceliklendirme, tıbbi tedavi esnasında gerekli malzemeleri elde etme çabalarının veya hastaların bu tür malzemelerle daha iyi donatılmış tesislere transfer edilmesi girişimlerinin başarısız olması durumunda gerçekleştirilmelidir. Yani burada amaç, az bulunan tıbbi kaynakları, bu kaynaklara ihtiyaç duyan tüm hastalar için, önceden belirlenmiş kriterler dahilinde adil, şeffaf ve güvenilir bir şekilde ve bu kaynaktan en iyi şekilde fayda sağlayacak hastalar için kullanmaktır.²⁸⁹

Yoğun bakımların doğru kullanılması bölümünde yoğun bakıma hasta kabullerinde kullanılan önceliklendirme modeli, tanıya dayalı model ve objektif parametrelere bağlı model hakkında bilgi verilmişti. Bu bölümde yatış kriterlerinden ziyade triyajdan bahsedilecek.

Yoğun bakım ünitelerinde, herhangi bir doğal afet veya sağlık krizi olmadığı durumlarda yani normal koşullar altında, sağlanması beklenen tıbbi faydaya göre veya ilk başvuran ilk hizmeti alır kuralına göre triyaj sağlanmaktadır. Bir boş yoğun bakım yatağı için bekleyen iki hasta arasından yoğun bakım yatağına kabul edilecek hasta seçimi yaparken yaş, din, dil, ırk gözetilmeksizin, bireysel faydadan ziyade toplumsal faydanın göz önünde tutulması önemlidir.²⁹⁰

Yayınlanma tarihi oldukça eski olan Yoğun Bakım Derneği triyaj konsensusunda, *“Trijaj kararlarında dikkat edilmesi gereken en önemli husus, hastanın hayatta kalma ve yaşamsal fonksiyonları açısından beklenen sonucudur; bu da hastanın tıbbi durumuna bağlıdır. Genel olarak, iyileşme beklentisi yüksek olan hastalar, beklentisi düşük olan hastalara göre önceliklidir.”* diye belirtilmiştir.²⁹¹

Daha sonra Amerikan Toraks Derneği, “yoğun bakım yataklarına olan talep arzı aştığında, tıbben uygun olan, hastalardan ilk gelen, ilk hizmeti alır esasına göre hastaların kabul edilmesi gerektiğini” önermiştir.²⁹² Daha sonra yayınlanan triyaj konsensuslarına göre “ilk gelen ilk hizmeti alır” esasına göre değil, yoğun bakım tedavisinden daha fazla fayda sağlaması beklenen hastalara öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir.²⁹³ Şu anda objektif triyaj skorlama sistemleri geliştirme girişimleri yapılmış olmasına rağmen, hiçbirinin klinik pratikte aktif olarak kullanılmadığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Yukarıda bahsedilen tanımlamalar yapılmış olsa da bu tanımlamalarda bir netlik yoktur. Örneğin, “ilk gelen” hasta nereye ilk gelendir? Acil servise ilk gelen mi, acil servise sonradan gelen

²⁸⁹ Sprung vd., “Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival*”.

²⁹⁰ White vd., “Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions”.

²⁹¹ Sprung vd., “Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients”.

²⁹² Lanken vd., “Fair allocation of intensive care unit resources. American Thoracic Society”.

²⁹³ Joynt vd., “The Critical Care Society of Southern Africa Consensus Statement on ICU Triage and Rationing (ConICTri)”; Sprung vd., “Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy”.

ama yoğun bakım doktorunun ilk duyduğu hasta mı ya da ameliyat sonrası yoğun bakım ihtiyacı olabileceği düşünüldüğü için ameliyattan bir gece önceden yoğun bakım yatağı rezerve edilen hasta mı? Ya da yoğun bakımdan en fazla fayda sağlayabilecek hasta neye göre seçilir? Hastanın daha yaşlı olması yoğun bakım yatağına aday olmaması için yeterli bir sebep midir? Yaşlı hastaların yaşam hakkı daha az mıdır? “Daha fazla tıbbi fayda” değerlendirilirken, daha fazla hastanın hayatını kurtarmak mı yoksa hastanın yoğun bakımdan göreceği fayda oranı mı göz önünde bulundurulmalıdır? Tüm bunlara kim karar verebilir ya da hekim tek başına bu kararı vermek için yetkin midir? Gibi pek çok cevapsız soru mevcuttur ve hekimler karar verirken sıklıkla ikilemde kalmaktadırlar.

Herkesin eşit yaşam hakkı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, boş bir yoğun bakım yatağı için bekleyen iki hasta arasında seçim yapılması gerektiğinde, yaş, din, dil, ırk gibi kriterler dikkate alınmamalıdır.²⁹⁴ Teorik olarak net bir ilke gibi görünse de klinik pratikte bu tür kararları uygulamak her zaman kolay değildir. Hızla verilmesi gereken bu zor kararlar, zaman baskısı ve karar alma stresiyle birleştiğinde süreci daha da karmaşık hale getirmektedir.²⁹⁵

Yapılan bir çalışmada, yaş dışında başka bir farklılık olmayan iki hasta arasında, yoğun bakım hekimlerinin çoğunun, genç hastaya yoğun bakım yatağı önceliği verdiği görülmüştür.²⁹⁶ Yine aynı makalede, yoğun bakım uzmanlarının uygunsuz yatışlar ve kaynak tahsisi konusundaki algıları ve tutumları araştırılmış, hekimlerin büyük çoğunluğunun uygunsuz yatış kararları verdiğini kabul ettiği bulunmuştur. Bu kararların ardındaki nedenler arasında klinik şüphe, sınırlı karar süresi, değerlendirme hatası, üstlerinden veya sevk eden klinisyenden ya da hastanın ailesinden gelen baskı, yasal işlem tehdidinin yer aldığı bulunmuştur.

Triyaj uygulamalarında hastanın yaşının nasıl bir rol oynaması gerektiği ülkeden ülkeye farklılık gösterir ve yaş, çok tartışmalı bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır.²⁹⁷ Yaşın triyajda bir kriter olarak kullanılmasını savunanlar, genellikle yaşlıların gençlere kıyasla daha fazla "kaynak tüketen" bir grup olduğunu ve triyajın temel ilkesinin en fazla sayıda insana en büyük faydayı sağlamak olduğu için, iyileşme potansiyeli daha yüksek ve tedavi süresi daha kısa olan gençlerin, yaşlılara göre öncelikli olması gerektiğini öne sürmektedirler.²⁹⁸

²⁹⁴ White vd., “Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions”.

²⁹⁵ James, Power, ve Laha, “Decision-making in intensive care medicine – A review”.

²⁹⁶ James, Power, ve Laha.

²⁹⁷ Aksoy vd., “Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Triyajı Bağlamında Hazırlanan Klinik Etik Rehberlerin Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi Normative Analysis and Ethical Evaluation of Clinical Ethical Guidelines Published in the Context of Intensive Care Triage During Covid-19 Pandemic”.

²⁹⁸ Vergano vd., “Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic”.

Yaşın doğrudan bir kriter olarak kullanılamayacağını, ancak yaşla birlikte kırılabilirlik ve çoklu organ yetmezliği riskinin artma olasılığının göz ardı edilemeyeceğini belirtenler de vardır. Bu görüşü savunanlar, yaşı doğrudan bir tıbbi kriter olarak almaktan ziyade, yaşın tıbbi duruma etkisi bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmektedirler.²⁹⁹

Karşıt görüş olarak da yaşlı hastaların kırılabilir bir grup içerisinde oldukları için herhangi bir adaletsizlikten ve tedaviden mahrum bırakılma durumundan özellikle korunması gerektiği savunulmaktadır. Kırılabilir grupta bulunan insanların zarar görmemesi için önceliklendirilmesi gerektiği görüşü de literatürde tartışılmaktadır.³⁰⁰

Yoğun bakımın sağlık hizmetlerinin diğer alanları üzerinde zincirleme bir etkisi vardır. Örneğin, bazı elektif operasyon geçirecek hastaların, ameliyattan sonra yoğun bakım ihtiyacının olabileceği öngörülebilir. Bu durumda, hastanın ameliyatından bir gün önce, ameliyat sonrası için bir yoğun bakım yatağı hastaya rezerve edilir. Ancak, bu rezerve yatak, hastanede ani kötüleşen bir hasta veya acil bir durum için kullanılmak zorunda kalınabilir. Bu durum, planlanan ameliyatın iptaline ve hastanın tedavisinin gecikmesine yol açabilir.

Acil durum hastalarının kabulü ile komplike postoperatif vakaların planlı yatışları arasında denge sağlamak oldukça zordur. Rezerve edilen yatağın başka bir hastaya tahsis edilmesi nedeniyle ameliyatı ertelenen hastanın tedavisinin gecikmesi, hastalığının kötüleşme riskini artırabilir. Bu tür durumları yönetmek, hekimler üzerinde önemli bir sorumluluk ve yük oluşturmaktadır.³⁰¹

Triyaj kararları esnasında hekimlerin yaşadığı sıkıntı, hissettikleri baskı ve stres küçümsenmemelidir. Bu kararlar alınırken bir rehber veya komiteler oluşturulması hem hekimlere yol gösterir hem de bu kararları tek başına almanın verdiği yükü azaltır. Bu sorumluluğu azaltmasının yanı sıra kararların net, adil, doğru olmasını sağlayarak kafa karışıklığını önler ve toplum güveninin devamlılığını sağlar.³⁰² Bu rehberler, multidisipliner bir ekiple hazırlanmalı ve hukuka, ahlaka ve etik kriterlere uygun, ekonomik açıdan gerçekçi olmalıdır.

Bu triyaj kararları günlük pratikte bile oldukça zorken, bir de pandemi, doğal afet, savaş gibi olağanüstü durumlarda daha da zorlaşmaktadır. Bu olağanüstü durumlarda yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duyan hasta sayısı artar ve bu artış zaten kısıtlı olan sağlık kaynaklarını aşırı derecede

²⁹⁹ Wang vd., "15-day mortality and associated risk factors for hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China: an ambispective observational cohort study".

³⁰⁰ Aksoy vd., "Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Triyajı Bağlamında Hazırlanan Klinik Etik Rehberlerin Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi Normative Analysis and Ethical Evaluation of Clinical Ethical Guidelines Published in the Context of Intensive Care Triage During Covid-19 Pandemic".

³⁰¹ Melia, Health Care Ethics syf:39.

³⁰² Truog, Mitchell, ve Daley, "The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic".

zorlayabilir.³⁰³ Bu olağanüstü durumlarda “en fazla yaşamı kurtarmak” veya “en fazla yaşanacak yaşam yılını kurtarmak” teorileri önerilmiştir.³⁰⁴

Literatüre bakıldığında, kitlesel afetler ve pandemiler sırasında yoğun bakım ünitelerinin rolü ve yönetimiyle ilgili en kapsamlı öneriler, başta Amerikan Göğüs Hastalıkları Uzmanları Koleji (CHEST) ve Amerikan Yoğun Bakım Derneği (SCCM) olmak üzere çeşitli uzmanlık derneklerinin katkılarıyla oluşturulan Kitlesel Yoğun Bakım Görev Gücü (Mass Critical Care Task Force) tarafından geliştirilmiştir.³⁰⁵ İlk rehber 2008’de, en kapsamlı sürüm ise 2014’te yayımlanmış olup, en son 2022’de COVID-19 pandemisinin ardından güncellenmiştir.³⁰⁶

Daha fazla yaşam yılının kurtarılmasının, yakın zamanda yaşadığımız COVID-19 pandemisi sırasında önemine maalesef ki birçok hekim tanıklık etmiştir. Çünkü, COVID-19 hastalığı, yaşlıları gençlere kıyasla daha kötü etkilemiş, yaşlılarda hastalığın prognozu daha kötü seyretmiştir.³⁰⁷ Artan ihtiyaç sebebi ile mevcut yoğun bakım yatağı ve solunum cihazlarının sayısı yetersiz kalmıştır. COVID-19 pandemisinde yetersiz kaynakların çok etkili kullanılması için bazı önerilerde bulunulmuş, rehberler çıkarılmış olsa da bu rehberler klinik pratikteki karar zorluğunu çok azaltmamıştır.³⁰⁸

Ülkemizde acil durumlarda etkili müdahaleyi sağlamak adına Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) tarafından hazırlanmış ve 3 Ocak 2014’te yürürlüğe girmiştir. AFAD, afet ve acil durum hizmetlerinin koordinasyonundan, eğitim politikalarının oluşturulmasından ve mevzuat düzenlemelerinden sorumludur. TAMP kapsamında, ilgili bakanlıklar, kurumlar ve destek ortakları kendi hizmet alanlarında planlar hazırlayarak ekiplerin görev, yetki ve sorumluluklarını belirler.³⁰⁹

Türk Yoğun Bakım Derneği, 2025 yılının başında "Afetlerde Rolümüz" adlı bir e-kitap yayımlayarak, acil durum müdahalelerinde yoğun bakım ve anestezi hekimlerine rehberlik etmeyi

³⁰³ Sprung, Cohen, ve Adini, “Chapter 1. Introduction. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster”.

³⁰⁴ White ve Lo, “A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic”.

³⁰⁵ Christian vd., “Definitive care for the critically ill during a disaster: current capabilities and limitations: from a Task Force for Mass Critical Care summit meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL”; Dichter vd., “Mass Critical Care Surge Response During COVID-19: Implementation of Contingency Strategies - A Preliminary Report of Findings From the Task Force for Mass Critical Care”; Christian vd., “Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement”.

³⁰⁶ Dichter vd., “Mass Critical Care Surge Response During COVID-19: Implementation of Contingency Strategies - A Preliminary Report of Findings From the Task Force for Mass Critical Care”.

³⁰⁷ Rosenbaum, “[Facing Covid-19 in Italy: ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line].”

³⁰⁸ Sprung vd., “Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival*”.

³⁰⁹ TYBD, *Afetlerde Rolümüz*.

amaçlamıştır.³¹⁰ Bu ve benzeri rehberlerin hazırlanması, hekimlere yol gösterici olmanın yanı sıra, karar alma sürecindeki zorlukları da azaltması beklenmektedir.

Avrupa'daki hastanelerde beklenmeyen triyaj durumlarında hastane etik kurulları yaygın bir şekilde etkinlik göstermekte, etik ikilemlerde danışmanlık vermektedir. Bu kurulların ülkemizdeki hastanelerde de yaygınlaştırılması, mevcut olanların aktif hale getirilmesi faydalı olacaktır. Ülkemizde de COVID-19 pandemisi zamanı İstanbul Tıp Fakültesi'nde etik kriz masaları kurulmuş, karmaşık karar alma süreçleri buradan yürütülmüştür.³¹¹

6. Beyin Ölümü

Yoğun bakım üniteleri ve mekanik solunum desteği alanındaki yıllar içinde kaydedilen ilerlemeler, uzun süre boyunca solunum ve dolaşım işlevlerinin durması olarak kabul edilen ölüm tanımının değişmesine yol açmıştır.³¹²

Tıp literatüründe, "beyin ölümü" kavramının geçtiği ilk kaynaklar 1894'te "ölümden sonra kalbin çalışmaya devam ettiğini" söyleyen Horsley ve 1901'de "gerçek ölüm meydana geldikten sonra kalbin bir müddet çalışmaya devam ettiğini" söyleyen Cushing'tir.³¹³ Daha sonra 1959 yılında bu durum, Mollaret tarafından "*le coma depasse*" yani komanın ötesi olarak tanımlanmıştır.³¹⁴

1963 yılında beyin ölümü gerçekleşen bir donörden organ nakli yapılması, beyin ölümü tanısının belirlenmesi için yasal düzenleme gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu gereklilik doğrultusunda, 1968 yılında Harvard Tıp Fakültesi komitesi tarafından ilk resmi tanım yapılmış ve "*Beynin tüm bölümlerinde geri dönüşsüz fonksiyon kaybı gerçekleştiğinde, hukuki ölümün meydana geldiği kabul edilmelidir. Çünkü bu durumda, uygulanan tüm tıbbi girişimlere (solunum ve dolaşım desteği) rağmen koma durumu kalıcıdır*" ifadesiyle tanımlanmıştır.³¹⁵

Ülkemizde, 1979 yılında yayımlanan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun'da tıbbi ölümün varlığı ve tespiti tanımlanmıştır. Bu kanun ve

³¹⁰ TYBD.

³¹¹ Aksoy vd., "Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Triyajı Bağlamında Hazırlanan Klinik Etik Rehberlerin Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi Normative Analysis and Ethical Evaluation of Clinical Ethical Guidelines Published in the Context of Intensive Care Triage During Covid-19 Pandemic".

³¹² Yazar, Kozanhan, ve Eğilmez, "Beyin Ölümü Tanısı".

³¹³ Cushing, "Some Experimental and Clinical Observations Concerning States of Increased Intracranial Tension. The Mütter Lecture for 1901".

³¹⁴ Pallis, "Whole-brain death reconsidered--physiological facts and philosophy".

³¹⁵ Beecher, "A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death".

Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, beyin ölümü tanısı için bir rehber olup, sağlanması gereken asgari şartları ortaya koymaktadır.³¹⁶

2238 sayılı kanun 11.madde ile, "bu kanunun uygulanması ile ilgili olarak tıbbi ölümün gerçekleştiğine, biri nörolog veya nöroşirürjiyen, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı kurallara uygun olarak oy birliği ile karar verilir" denilerek, beyin ölümü tanısını hangi hekimlerin koyacağı tanımlanmıştır.³¹⁷

Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği Ek-1'e göre beyin ölümü tanı kriterleri;

"(1) Beyin ölümü, klinik bir tanıdır ve tüm beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümsüz olmayan kaybidir. Beyin ölümü tanısında gereken ön koşullar aşağıda belirtilmiştir: a) Komanın nedeninin belirlenmiş olması. b) Beyin hasarının yaygın ve geri dönüşümsüz olduğunun belirlenmiş olması. c) Santral vücut ısısının $\geq 36^{\circ}\text{C}$ olması. ç) Hipotansif şok tablosu olmaması. d) Komadan geriye dönüşüm sağlanabilecek ilaç etkileri ve intoksikasyonların dışlanmış olması. e) Beyin hasarından bağımsız şekilde klinik tabloyu açıklayabilecek metabolik, elektrolit ve asit-baz bozukluklarının olmaması.

(2) Birinci fıkrada yer alan tüm koşulların tespiti halinde beyin ölümü tanısı için aşağıdaki hususlar aranır: a) Derin komanın olması (Tam yanıtsızlık hali; santral ağırlı uyaranlara motor cevap alınmaması). b) Beyin sapı reflekslerinin alınmaması. Beyin sapı refleksi için aşağıdaki kontroller yapılır: pupiller parlak ışığa yanıtsız, orta hatta ve dilatedir (4-9 mm), okülosefalik ve vestibulo-oküler refleks yokluğu, korneal refleks yokluğu, faringeal ve trakeal reflekslerin yokluğu, spontan solunum eforunun bulunmaması ve apne testinin pozitif olması.

(3) Apne testi yapılabilmesi için normotermi, normotansiyon ve normovolemi ön koşullar sağlanır. Bu koşullarda hastaya uygun mekanik ventilasyon yaklaşımı ile PaCO_2 'nin 35-45 mmHg ve PaO_2 'nin 200 mmHg üzerinde olması sağlanmalıdır. Bu koşullar sağlandıktan sonra hasta mekanik solunum desteğinden ayrılarak intratrakeal oksijen uygulanmalıdır. Test sonunda $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mmHg veya PaCO_2 bazal değerine göre 20 mmHg veya daha fazla yükselmesine rağmen spontan solunumu yoksa apne testi pozitifdir.

(4) Pnömotoraks, pnömediastinum gibi apne testinin yapılmasının mümkün olmadığı tıbbi durumlarda, hekimler kurulunun belirleyeceği beyin dolaşımının durduğunu değerlendiren bir destekleyici test yapılır ve test sonucu beyin ölümü tanısı ile uyumlu ise beyin ölümü tespiti tamamlanır.

³¹⁶ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği.

³¹⁷ Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun.

(5) Aşağıdaki bulgular beyin ölümü tanısına engel oluşturmaz: a) Derin tendon reflekslerinin alınması. b) Yüzeysel reflekslerin alınması. c) Babinski işaretinin bulunması. ç) Spinal refleks ve otomatizmaların olması. d) Terleme, kızarma, ateş ve taşikardi bulunması. e) Diabetes insipidus olmaması.

(6) Beyin ölümü tanısı konan vakalarda; a) Beyin ölümü tanısının konulduğu birinci nörolojik muayenedeki klinik tablonun; yeni doğanda (2 aydan küçük) 48 saat, 2 ay-1 yaş arası 24 saat, 1 yaş ve üzerindeki çocuklarda ve yetişkinlerde 12 saat ve anoksik beyin ölümlerinde 24 saat sonra yapılan ikinci nörolojik muayenede de değişmeden devam ettiği gözlenmelidir. b) Klinik beyin ölümü tanısı almış vakalarda, yeni doğan (2 aydan küçük) grubunda iki adet destekleyici test, 2 ay ve üzerindeki diğer vakalarda ise hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemi ile beyin ölümü tanısı teyit edilir. c) Klinik olarak beyin ölümü tanısı konulan vakalar için beyin dolaşımını değerlendiren bir destekleyici test yapılmış ve yapılan bu test beyin ölümü ile uyumlu ise ikinci nörolojik muayene için beklemeye gerek kalmaz.”³¹⁸

Beyin ölümü teşhisi koyulan vakalar, vakanın bulunduğu hastanede yer alan organ ve doku nakli koordinatörü tarafından yazılım sistemine kayıt edilir ve Bölge Koordinasyon Merkezine bildirilir. Hasta yakınlarına hastanın beyin ölümü tablosunda olduğu bildirilir.³¹⁹

2238 sayılı Kanun’un 14.maddesi’nde “Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin; bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınabilir.” ve yine aynı maddede “ Ölü, sağlığında kendisinden ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse organ ve doku alınamaz” denilmektedir.³²⁰

Beyin ölümü tespitinden sonra, hastanın yukarıda belirtilen sırayla yakınlarına organ bağıışı hakkındaki görüşleri sorulur. Yakınları organ bağıışını kabul ederse, organ nakli işlemleri başlatılır. Eğer, yakınları organ naklini kabul etmiyorsa, yakınlarının herhangi bir izni veya talebi beklenmeksizin beyin ölümü gerçekleşmiş hastanın yaşam desteği kesilebilir.³²¹ Bu durum, Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri’nde “beyin ölümü tanısı konduktan sonra yapılacak uygulama ve girişimler tıbbi tedavi kapsamında nitelendirilmez. Hekim, tıbbi ve yasal anlamda ölüm anlamına

³¹⁸ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği.

³¹⁹ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği.

³²⁰ Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun.

³²¹ Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:233.

*geldiğinden beyin ölümü tanısı sonrasında herhangi bir uygulama yapmaya zorlanamaz” maddesiyle belirtilmiştir.*³²²

Uygulamada, ülkemizdeki hekimlerin belirtilen bu açık hukuksal duruma rağmen, beyin ölümü tanısı almış kişiyi yine de mekanik solunum desteğine bağlı tuttuğu görülmektedir.³²³ Bunun nedeni ise hasta yakınlarının genellikle beyin ölümü ve bitkisel hayat kavramlarını karıştırmalarından dolayı hastalarının günün birinde uyanacaklarına dair olan inancından kaynaklanır. Beyin ölümü gerçekleşmiş birinin yaşamsal fonksiyonları tamamen sona ermiştir. Makine desteği olmaksızın kişinin solunumu ve kan dolaşımı duracaktır. Hatta beyin ölümü gerçekleştikten çok kısa bir süre sonra, makine desteğine rağmen diğer tüm organlar da işlevini tamamen yitirecektir. Bu açıdan bakıldığında beyin ölümü gerçekleşmiş biri tıbben de hukuken de ölüdür.³²⁴

Hasta yakınlarına, beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişinin hayata geri dönme şansının kesinlikle kalmadığı iyi anlatılmalıdır. Hem toplumun hem de hekimlerin bu konudaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir. Hukukumuzda da ölüm kriteri olarak beyin ölümü kriteri benimsenmektedir. Bu nedenle, beyin ölümü gerçekleşmiş bir kimse hukuken ölüdür ve bu kimseye yönelik tedavi sonlandırılması eylemleri, öldürme ve yaralama suçu oluşturmaz.³²⁵

Bu nedenlerden dolayı, beyin ölümü gerçekleşmiş kişinin yakınları organ bağışına onay vermediyse hukuksal sorunlara da sebep olmamak için, hastanın yaşam desteğinin kesilmesi gereklidir. Hatta başka bir açıdan bakarsak, yoğun bakım ünitesindeki yaşam desteğine başka bir hastanın ihtiyacı olması durumunda, bu desteği tıbben ve hukuken ölü kabul edilen bir kimseye bağlı tutan hekim, diğer hastanın zarar görmesi durumunda bundan sorumlu tutulabilir.³²⁶ Çünkü bu noktada, ölmüş bir kişiye tıbbi desteğe devam etmenin anlamı yoktur.

Organ nakli hizmetleri yönetmeliği 09.12.2022 tarihli 32038 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak güncellenmiştir. Bu güncelleme ile, *“Beyin ölümü teşhisi konulan vakalarda organ bağışlanmasına ilişkin aile veya yasal vasi onayı olmaması durumunda uygulanan organ koruma protokollerine son verilir. Aile veya yasal vasi tarafından organ bağışında bulunulması durumunda ise organın bekleyen hastaya nakledilmesine kadar geçen süre içerisinde, verici bakımı için ihtiyaç duyulan organ koruma protokolleri devam ettirilir”* maddesi eklenmiştir.³²⁷

Bu düzenleme, daha önceki yönetmelikte yer almayan önemli bir boşluğu gidermiştir. Organ bağışı yapılmayan beyin ölümü vakalarında solunum desteğinin sonlandırılması konusunda hekimlerin

³²² TTB, *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*.

³²³ Palabıyık, “Beyin Ölümü Tanısı Alan Hastaların Retrospektif Analizi”.

³²⁴ Süren, “Organ ve Doku Naklinin Yasal ve Etik Açıdan İncelenmesi”.

³²⁵ Hakeri, *Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı* syf:428.

³²⁶ Hakeri syf:233.

³²⁷ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği.

yaşadığı etik ve tıbbi kararsızlıklar, bu düzenleme ile büyük ölçüde giderilmiştir. Böylece, organ bağışı reddedilen olgularda yaşam destek tedavilerinin sürdürülmesine ilişkin belirsizlik ortadan kaldırılarak, yoğun bakım hekimlerine karar alma süreçlerinde hukuki ve etik bir dayanak sağlanmıştır.

7.Ötanazi

Ülkemizde ötanazi yasak olduğu için dar anlamda bahsedilecektir.

Ötanazi terimi Eski Yunanca “*Euthanasie*”’den gelir ve iki sözcükten oluşur. “*Eu*”, iyi, güzel, “*thanatos*” ise ölüm anlamına gelmektedir.³²⁸ Yani kelime anlamı, iyi, güzel ölüm demektir. Tıbbi anlamda ötanazi, tıbbın elinde bulundurduğu olanaklar ile iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların içinde bulundukları durumu belli koşullarda ve biçimde sona erdirmek ya da ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilmesi olanağı olmayan ve dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi, tıbbi yardımın kesilmesi olarak tanımlanmaktadır.³²⁹

Ötanazi kavramını günümüzdeki anlamına en yakın şekilde, ilk kez 17.yüzyılın başında, İngiliz filozof, hukukçu, devlet adamı ve yazar Francis Bacon tarafından kullanılmıştır. Bacon, hekimin görevinin yalnızca hastayı tedavi ederek iyileştirmekle sınırlı olmadığını, aynı zamanda bu mümkün olmadığında hastaya rahat ve huzurlu bir ölüm sağlamayı da içerdiğini savunmuştur.³³⁰

İyileşme imkânı olmayan hastaların yaşamlarına son verilmesi düşüncesi yeni değildir. Hipokrat, hekimin sadece hastayı iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda hastanın ağrı ve acılarını dindirmekle de yükümlü olduğunu belirtmiş ve tedavi edilemeyecek durumda olan hastalara müdahale edilmemesi gerektiğini savunmuştur.³³¹ Bunun aksine, bir toplumsal sözleşme niteliğinde olan ünlü Hipokrat Yemini’nde, hastanın isteği üzerine bile olsa, zehir verilmesini yasakladığını ifade etmiştir.³³²

Ötanazi, aktif ötanazi ve pasif ötanazi olarak sınıflandırılmaktadır. Aktif ötanazide, onam veren kişiye göre adlandırılmalar değişmektedir. Buna göre, gönüllü aktif ötanazi, gönüllü olmayan aktif ötanazi, gönülsüz aktif ötanazi ve hekim yardımlı ölüm olarak ayrılmaktadır.³³³

Aktif ötanazi, iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanmış ve acı çeken bir hastanın talebi üzerine, onun acılarını dindirmek amacıyla, hastanın yaşamına son verilmesi işlemidir. Bu işlem, silahla ateş ederek ya da bıçakla öldürerek değil, hekimlik uygulamaları sırasında kullanılagelen

³²⁸ TERZİOĞLU, “Euthanasie (Ötanazi) ve Getirdiği Etik Sorunlar”.

³²⁹ Gamsız Bilgin, “Ötanazi: Tanım Ve Tarihçe Euthanasia: Definition and History of Euthanasia”.

³³⁰ Gamsız Bilgin.

³³¹ Çobanoğlu, “Ethics of Individual, Professional, Social, Scientific and Politic is Questioned By COVID-19 Pandemi Nesrin Çobanoğlu” syf:204.

³³² TERZİOĞLU, “Euthanasie (Ötanazi) ve Getirdiği Etik Sorunlar”.

³³³ Çobanoğlu, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği syf:204-206.

bir işlem çerçevesinde gerçekleştirilir. Aktif ötanazi, sıklıkla belirli bir ilacın enjeksiyon yoluyla verilmesi suretiyle uygulanır.³³⁴

Pasif ötanazi ise hekimin müdahalede bulunmayarak, hastanın tedavisini sürdürmekten kaçınması sonucunda yaşamın sonlanmasıdır. Bu durum, ölmek üzere olan bir kişi üzerinde, hayatı uzatan önlemlerin alınmasından vazgeçmek, ölümün doğal gerçekleşme sürecini geciktirecek tıbbi tedavilerin yarıda bırakılması olarak da tanımlanabilir.³³⁵

Pasif ötanazinin tanımı ile ilgili tartışmalar mevcuttur. Bazı görüşlere göre, sadece yaşamı sonlandırmak niyetiyle yapılan tedaviyi geri çekme, durdurma kararları pasif ötanazi olarak kabul edilirken, başka görüşlere göre ise, niyetten bağımsız tüm tedaviyi geri çekme, durdurma kararları pasif ötanazinin örnekleri olarak kabul edilmektedir.

Brassington'a göre, yaşamı sürdüren tedavilerin geri çekilmesi, pasif ötanazi ile özdeşleştirilmemelidir. Yalnızca, yaşamı sonlandırma niyeti olan bazı tedavi etmeme durumları pasif ötanaziye örnek olarak gösterilebilir.³³⁶

Diğer bir görüşe göre ise, kişinin tedaviyi red yönünde verdiği talimat ya da iyileştirici tedavi ve önlemlerin yerine getirilmemesi ölüme yol açacaksa, pasif ötanazi olarak değerlendirilmelidir.³³⁷ Kişisel görüşüme göre kişinin tedaviyi red hakkı ötanazi olarak değerlendirilmemelidir. TTB Yaşam Sonu Bildirgesi'nde de, *“Ancak karar verme yeterliğine sahip ve aydınlatılmış hastanın tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterilmelidir. Tedaviyi ret hakkına saygı gösterilmesi ötanazi uygulaması olarak kabul edilemez”* denilmektedir.³³⁸

Ötanazi, günümüzde etik, yasal ve sosyal boyutlarıyla tartışılmaya devam eden önemli bir konudur. Yasal düzenlemeler ülkeden ülkeye farklılık gösterirken, etik açıdan da ötanaziye ilişkin çeşitli bakış açıları bulunmaktadır.

Pasif ötanaziyi kabul eden görüşler, kişinin kendi geleceğini belirleme hakkına sahip olduğunu ve bu hakka dayanarak kişinin tedaviyi reddetme ya da başlanmış bir tedaviyi sonlandırma özgürlüğüne sahip olduğunu ileri sürmektedir. Bu görüşe göre, bir hastanın yaşam sürecini yapay müdahalelerle uzatmak yerine, doğal sürecine bırakılması, bireyin özerkliğine ve insan onuruna saygı anlamına gelmektedir.³³⁹

³³⁴ Özen ve Ekici Şahin, “Ötanazi *”.

³³⁵ Özen ve Ekici Şahin; Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:437.

³³⁶ Brassington, “What passive euthanasia is”; Moreland, “James Rachels and the Active Euthanasia Debate”.

³³⁷ Yücel, Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları syf:234.

³³⁸ TTB, “Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB”.

³³⁹ Özen ve Ekici Şahin, “Ötanazi *”.

Aktif ötanaziye destekleyenler ise, tedavi edilemez bir hastalığa yakalanmış ve dayanılmaz acılar çeken bir hastanın, insani bir yaklaşımla bu acılardan kurtarılmasının bir tür insani yükümlülük olduğunu düşünmektedir. Onlara göre, hekimler sadece yaşamı uzatmakla değil, gerektiğinde yaşamın doğal sonlanma sürecine yardım ederek hastanın acısını dindirmekle de sorumlu olabilirler.³⁴⁰

Öte yandan, ötanaziye reddedenlerin temel dayanağı, yaşamın kutsallığı ve dokunulmazlığı düşüncesine dayanır. Bu görüşü savunanlar, insan yaşamının her koşulda korunması gerektiğini ve ötenazinin bu ilkeyi ihlal ettiğini öne sürmektedirler. Aynı zamanda, ötenazinin yasal veya etik olarak kabul edilmesinin, kötüye kullanım risklerini artırabileceği ve toplumda güven kaybına yol açabileceği endişesi de ötanaziye desteklememelerinin bir diğer nedenidir.³⁴¹

Ülkemizde ötanazi yasal değildir. Anayasa kendini öldürme hakkı tanımamıştır. Yargıtay da gerek Türkiye Cumhuriyeti Anayasası gerekse uluslararası sözleşmelerde ölme hakkının değil, yaşama hakkının garanti altına alındığını savunmaktadır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Madde 2’de ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Madde 17 ve 56’da yaşam hakkı güvence altına alınmıştır.³⁴²

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 13’de, “*Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez*” denilmektedir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde 14’e göre, “*hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, hekim ıstırabını azaltmaya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.*”³⁴³ Bu hükümlerden açıkça ötenazinin yasak olduğu sonucu kolayca anlaşılmaktadır

Ceza kanunumuzda ötanaziye özel bir madde bulunmamaktadır. Bu nedenle, genel hükümler ışığında karar verilmektedir. Ülkemizde aktif ötanazi, kasten öldürme suçu olarak sayılmaktadır ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun ilgili maddeleri doğrultusunda karar verilir. Hekimin hastaya acıyarak ötanazi yapması, Türk Ceza Kanunu’nun 62.maddesi uygulanması suretiyle cezanın 1/6 oranında indirilmesini sağlayabilir.³⁴⁴

8. Yoğun Bakım Ünitelerinin Palyatif Bakım Gibi Kullanılması

Palyatif kelimesi, Latince “pallium” sözcüğünden köken alır ve “palliare” “örtmek, gizlemek” anlamına gelir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif sözcüğünün birinci tanımı “*Hastalığı*

³⁴⁰ Kass, “Is there a right to die?”; Rachels, “Active and Passive Euthanasia”.

³⁴¹ Özen ve Ekici Şahin, “Ötanazi *”.

³⁴² “Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi”; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası; Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:433.

³⁴³ Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.

³⁴⁴ Ekinci ve Tokaç, “Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar”; Hakeri, Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı syf:436.

tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi” şeklinde iken, ikinci tanımı ise “geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan” şeklindedir.

Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunlarla karşılaşan her yaşta hastanın ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran ve fiziksel, psikososyal veya ruhsal olsun, acıyı ve diğer sorunları erken tanı, doğru değerlendirme ve tedavi yoluyla önleyen ve hafifleten bir yaklaşım olarak tanımlamıştır.³⁴⁵ Palyatif bakımda yapılan tedaviler, hastanın yaşam süresini uzatmak veya kısaltmak amacı taşımaz, hastanın, kalan yaşam süresini en konforlu şekilde tamamlamasını sağlamak amacıyla uygulanır.

Palyatif bakım hizmetleri ilk olarak 1850’lerde Fransa’da sunulmaya başlanmış, modern anlamda ise 1967 yılında Londra’da Cicely Saunders tarafından kurulan St. Christopher’s Hospis ile şekillenmiştir. Saunders, yalnızca hospislerin kurulmasına öncülük etmekle kalmamış, aynı zamanda palyatif bakımın disiplin ve kültürel temelini oluşturmuştur.³⁴⁶

Tarihte ilk palyatif bakım ünitesi ise 1975 yılında Kanada’nın Montreal kentinde bulunan Royal Victoria Hastanesi’nde açılmıştır. Daha sonra, başta Almanya ve Macaristan olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde, ABD ve Kanada’da palyatif bakımın önemi giderek daha fazla anlaşılmış ve bu alanda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.³⁴⁷

Türkiye’de hospis anlayışıyla kurulan ilk kurum, 1896 yılında yaşlılar ve yoksullar için hizmet vermeye başlayan Darülaceze olarak kabul edilmektedir. Modern anlamda ise, 1993-1997 yılları arasında faaliyet gösteren ve Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan bakımevi, bu alandaki ilk kurum olarak değerlendirilmektedir.³⁴⁸ Bunlarla palyatif bakımın temellerinin atıldığı kabul edilmekle birlikte, hastane temelli palyatif bakım merkezine yönelik ilk düzenleme 2010 yılında başlatılmıştır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün iş birliğiyle başlatılan Palya-Türk projesi kapsamında, ülkemizin hemen her ilindeki hastanelerde palyatif bakım merkezlerinin kurulması hedeflenmiştir. Bu proje, küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların son dönemlerini ev atmosferine benzer ortamlarda geçirmelerini sağlamak amacıyla palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde

³⁴⁵ WHO, “Palliative care”.

³⁴⁶ Bilen Ayşegül, “Palyatif Bakım”.

³⁴⁷ Ekinci ve Bölüktaş, “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey”; Bilen Ayşegül, “Palyatif Bakım”.

³⁴⁸ Ekinci ve Bölüktaş, “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey”.

palyatif ve hospis bakımı kavramı yerleşik olmasına rağmen, ülkemizde hala gelişmeye devam eden bir alandır.³⁴⁹

Hospis bakımı, ölümden önceki sürece odaklanan ve hastaya ve hasta yakınlarına yas döneminde destek olan bir bakım şeklidir. Yurtdışında, evde bakımı mümkün olmayan hastalar için daha uzun süreli konaklama imkânı sunan ve gerektiğinde aile üyeleriyle görüşebilmelerine olanak tanıyan “hospis” adı verilen merkezler bulunmaktadır.³⁵⁰

Ülkemizde, 07/07/2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerindeki palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, donanım, personel özellikleri ve hizmet niteliklerini düzenleyen bir yönetmelik yayınlanmıştır. Şu an ülkemizde hastanelerde palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2024 verilerine göre ülkemizde, toplam yatak sayısı 7114 olan 492 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır.³⁵¹

Ancak, bazı durumlarda, gerek palyatif bakım yatağı yetersizliği nedeniyle ya da hukuksal, kurumsal, toplumsal baskı nedeniyle iyileşme umudu olmayan palyatif bakım hastaları da yoğun bakım ünitelerine kabul edilmektedir. Bu hastalar ölüme kadar tam destek ilkesi ile tedavi umudu olmasa da tedavi edilmeye çalışılmaktadır.³⁵²

Yapılan çalışmalara göre, birçok kognitif ve fonksiyonel bozukluğu olan hastalar yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmekte ve çoğu ya yoğun bakım ünitelerinde ya da taburcu edildikten kısa süre sonra yaşamını yitirmektedir.³⁵³ Altta yatan tıbbi durum için iyileştirici seçeneklerin bulunmadığı veya organ yetmezliğinin geri döndürülemez hale geldiği durumlarda, yoğun bakım tedavileri etkisiz hale gelir ve yoğun bakım, hastaların ölüm öncesi son günlerini geçirdikleri yerlere dönüşür. Ülkelerin demografik ve sosyokültürel yapısına bağlı olarak ölümlerin şekli, yeri ve yoğun bakım ölüm oranları farklılık gösterse de günümüzde hastaların %20-33'ü yoğun bakımda hayatını kaybetmektedir.³⁵⁴

Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavi özellikli ve pahalı olması sebebi ile, kısıtlı kaynaklara sahiptir. Bu nedenle, bu değerli kaynaklar genellikle tedavi şansı bulunmayan terminal dönem hastalar için değil, yaşama beklentisi yüksek olan hastalar için ayrılmalıdır.³⁵⁵

Hastanelerde normal yataklı servislerde, hastalar refakatçileri ile birlikte kalmaktadır ve yakınları, ziyaret saatlerinde hastalarını ziyaret edebilmektedir. Birçok yoğun bakım ünitesinde

³⁴⁹ Aslan, “Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış Overview of the palliative care models in Turkey and the World”; YILMAZ ve BAHAT, “Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis”.

³⁵⁰ YILMAZ ve BAHAT, “Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis”.

³⁵¹ İnan, “Palyatif Bakım”.

³⁵² Aygencel ve Türkoğlu, “General characteristics and costs of terminal-stage patients in a medical intensive care unit”; Kart vd., “Yoğun Bakım Ünitesindeyatan Son Dönem Hastaların Değerlendirilmesi”.

³⁵³ Jukić vd., “Medical futility treatment in intensive care units”.

³⁵⁴ Kahveci, “Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakımın Yeri”.

³⁵⁵ Ryder-Lewis, “Going home from ICU to die: a celebration of life”.

sterilizasyon kuralları sebebi ile ziyaretçi girişi ya kısıtlanmıştır ya da hiç olmamaktadır. Refakatçi kavramı ise yoğun bakım ünitelerinde yoktur, hastaların bakım ihtiyaçları sağlık personeli ve hemşireler tarafından karşılanmaktadır.

Terminal dönem palyatif bakım hastaları yoğun bakım ünitelerine kabul edildiğinde, ömrünün son günlerini sevdiklerinden ayrı, yalnız geçirmektedirler. Bu durum hastalar ve yakınları için de zorlayıcı olmaktadır. Tıbbi olarak yapılacak bir şey kalmayan bir nevi “ölümü bekleyen” hastalar için istenen huzurlu ortamın yoğun bakım ünitelerinde sağlanamayacağı açıktır. Hastalarını yoğun bakımda kaybeden aileler de sevdikleri kişilerin yanında olamadan hastalarını kaybettikleri için üzüldüklerini belirtmektedirler.³⁵⁶

Birçok ülkede son dönem hastalar tedavileri için, yoğun bakım ve hastane servislerinde değil, özel bakım merkezlerinde takip edilmektedir. Bu uygulama evde bakım hizmeti ile birleşerek hospis kavramı ile birleştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, sadece terminal dönem hastalar için oluşturulan özel bakım merkezlerinde veya hospislerde tedavi ve takip yapılmasının sağlık giderlerini önemli ölçüde düşürdüğü ve hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca yoğun bakım yataklarının, tedavi edilebilir hastalığı bulunan hastalar için daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamıştır.³⁵⁷

Ülkemizde, uygun düzenlemeler yapılarak yalnızca kanser hastaları için değil, tüm son dönem hastalar için uygun palyatif bakım ünitelerinin sayısının artırılması ve belki de hospis sistemlerinin kurulması, hem sınırlı kaynakların akılcı kullanımı için gereklidir hem de hastalar ve hasta yakınlarının memnuniyetinin artırılması açısından önemlidir.³⁵⁸

9. Hastalara Kısıtlama Uygulanması

Kısıtlama, "birini veya bir şeyi kontrol altında tutan bir önlem veya koşul" olarak tanımlanır. Daha spesifik olarak, "özgürlük veya hareket serbestisinin kısıtlanması ya da engellenmesi" anlamına gelir ve çeşitli şekillerde uygulanabilir.³⁵⁹ Sağlık hizmetlerinde, fiziksel (güç veya ekipman kullanımı) ve kimyasal (ilaç) kısıtlamalar, yoğun bakım ünitelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatür, birçok hastanın yoğun bakım sürecinde en az bir kez kısıtlanabileceğini öne sürmektedir.³⁶⁰

³⁵⁶ Aygencel ve Türkoğlu, "General characteristics and costs of terminal-stage patients in a medical intensive care unit".

³⁵⁷ Aygencel ve Türkoğlu; Fine, "The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits"; Jung vd., "Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: a retrospective cohort study"; Kart vd., "Yoğun Bakım Ünitesindeyatan Son Dönem Hastaların Değerlendirilmesi".

³⁵⁸ Aygencel ve Türkoğlu, "General characteristics and costs of terminal-stage patients in a medical intensive care unit"; Kart vd., "Yoğun Bakım Ünitesindeyatan Son Dönem Hastaların Değerlendirilmesi".

³⁵⁹ Horsburgh, "How, and when, can I restrain a patient?"

³⁶⁰ Smithard ve Randhawa, "Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review".

Fiziksel kısıtlama, bir kişinin vücut hareketini tercih ettiği bir pozisyona getirmesini ve/veya normal şekilde vücuduna erişimini herhangi bir yöntem kullanarak engelleyen, kişinin kontrol edemediği veya kolayca çıkaramadığı her türlü eylem veya prosedür olarak tanımlanır.³⁶¹ Tıbbi uygulamalarda fiziksel kısıtlama kullanımının, sağlık hizmetlerinin başlangıcından bu yana var olduğuna inanılmaktadır. Psikiyatri hastalarında kısıtlama kullanımına dair kanıtlar en az üç yüzyıl öncesine kadar dayanmaktadır.³⁶²

Fiziksel kısıtlama, eldivenler, bilek kısıtlayıcıları, bacak kısıtlayıcıları, göğüs kayışları, yelekler veya kemerler gibi cihazların kullanılması ile bir hastanın başka bir kişi tarafından fiziksel olarak kontrol altına alınmasını veya hareketinin kısıtlanmasını içerir. Kimyasal kısıtlama ise, bir hastayı kontrol altına almak veya sakinleştirmek amacıyla sedatif ilaçların uygulanmasıdır. Hastanın bileklerine bilek kısıtlayıcı takılarak uygulanan kısıtlama, en yaygın kullanılan fiziksel kısıtlama olarak bulunmuştur.³⁶³

Yoğun bakım üniteleri, istenmeyen gürültüler, doğal olmayan ışık, sosyal izolasyon ve çevresel yapı gibi sebeplerle normal yatan hasta servislerinden farklıdır. Bu nedenle yoğun bakım hastalarında ajitasyon ve deliryum görülme ihtimali yüksektir ve hastalar istemsiz olarak sözel ya da fiziksel şiddete, saldırgan davranışlara yönelebilmektedirler.³⁶⁴

Yoğun bakım hastalarının tedavisi sırasında damaryolu, idrar sondası, büyük santral damar kateterleri, endotrakeal entübasyon tüpü gibi birçok invaziv tıbbi cihaz kullanılmaktadır. Bu cihazlar, hastalarda büyük ölçüde rahatsızlık ve ağrıya neden olabilir. Bu durum sıklıkla huzursuzluk ve ajitasyona yol açar ve bu belirtiler uyku yoksunluğu, deliryum ve altta yatan hastalık gibi diğer faktörlerle daha da kötüleşebilir. Ayrıca, hastaların çoğu zaman bilinç durumlarının tam yerinde olmaması, bu cihazları bilinçsizce çıkararak kendilerine zarar verme riskini artırır. Bu nedenle, birçok hastaya fiziksel tespit uygulanması gerekmektedir.

Fiziksel kısıtlama, genellikle hastanın yataktan düşmesini önleyerek güvenliğini sağlamak, hastaya bağlı tıbbi cihazların hasta tarafından çıkarılmasını engellemek, yatağa bağımlı hastalarda vücut postürünü korumak, hastanın kendisine veya çevresine zarar verebilecek davranışlarını kontrol altına almak ve sağlık personelinin tedavi uygulamalarını kolaylaştırmak amacıyla kullanılmaktadır.³⁶⁵

³⁶¹ Bleijlevens vd., "Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique".

³⁶² Smithard ve Randhawa, "Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review".

³⁶³ Smithard ve Randhawa; Turgay, Sari, ve Genc, "Physical restraint use in Turkish intensive care units".

³⁶⁴ Turgay, Sari, ve Genc, "Physical restraint use in Turkish intensive care units".

³⁶⁵ Kılıç ve Polat, "Yoğun Bakımda Tartışmalı Bir Uygulama: Fiziksel Kısıtlama"; Martin ve Mathisen, "Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study - PubMed".

Bununla birlikte, yapılan bu fiziksel kısıtlamaların hastaların ajitasyonunu daha da arttırabileceğini öne süren görüşler bulunmaktadır.³⁶⁶ Ayrıca, bu kısıtlamaların cilt, damar ve kas-iskelet sistemi yaralanmalarına, deliryuma ve artan ajitasyona yol açabileceği, hatta travma sonrası stres bozukluğu gelişme riskiyle ilişkilendirildiği belirtilmiştir. Özellikle mekanik ventilasyon desteği alan, sözlü iletişim kuramayan ve zaten ciddi düzeyde ağrı, sıkıntı ve rahatsızlık yaşayan hastalar, bu durumdan daha fazla etkilenebilmektedir.³⁶⁷ Bunun yanı sıra, fiziksel kısıtlamalar, hastaların özgürlüğünü, refahını ve konforunu olumsuz etkilemekte ve etik açıdan uygun olmadığını savunan görüşlere zemin hazırlamaktadır.

Özerklik ilkesi gereğince, fiziksel kısıtlamalar dahil olmak üzere, bakım, teşhis ve tedavi müdahaleleriyle ilgili tüm kararların ana karar vericisi hastanın kendisi olmalıdır. Ancak, hastanın bilincinin bozulması ve kendi kendine zarar verme olasılığı nedeniyle, yoğun bakım ünitelerindeki hastalar için fiziksel kısıtlama kararları, paternalist bir yaklaşımla hekimler tarafından alınmaktadır. Fiziksel kısıtlama kullanımıyla ilgili karar verme sürecinde, hastanın özerklik ilkesi, diğer temel etik ilkelere olan yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle dengelenir.³⁶⁸ Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanımıyla ilgili yaşadıkları etik ikilemlerin hasta güvenliği, konforu ve hasta özerkliğiyle ilişkili olduğu rapor edilmiştir.³⁶⁹

Türkiye’de fiziksel kısıtlama kararları, Sağlıkta Kalite Standartları ile düzenlenmektedir. Buna göre, bu kararlar hekim tarafından alınmalı, uygulama kararı hastanın tedavi planında yer almalı, tedavi planında uygulamanın başladığı tarih ve saat, hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat not edilmeli, kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. Hekim fiziksel kısıtlama kararını order ettik sonra, kısıtlamayı yoğun bakım hemşiresi uygulamaktadır.³⁷⁰

Fiziksel kısıtlama uygulaması, birçok etik ikilemi beraberinde getirir de olumsuz olayları azalttığı görülen çalışmalar mevcut olduğu için³⁷¹, yoğun bakım ünitelerinde hastaların kendine zarar vermesini engellemek adına sıklıkla kullanılmaktadır.

³⁶⁶ Suliman, Aloush, ve Al-Awamreh, “Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint”.

³⁶⁷ Warlan ve Howland, “Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: importance of nurses’ involvement”.

³⁶⁸ Ito ve Natsume, “Ethical dilemmas facing chief nurses in Japan: A Pilot study”; Salehi vd., “Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses”.

³⁶⁹ Yönt vd., “Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices”.

³⁷⁰ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane”.

³⁷¹ Perren vd., “Physical restraint in the ICU: does it prevent device removal? ”.

B. Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Etik Kurulların Etkin Kullanılması

Hekimler, önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi günlük uygulamaları esnasında her gün etik kararlarla yüz yüze gelirler. Son 30-40 yılda, bireysel etik danışmanlık ve hastane etik kurulları yaygınlaşmış, bu sayede kliniklerde etik sorunların çözümü ve hastalık süreçlerinin daha verimli yönetimi sağlanmıştır. Türkiye'de bu alanda önemli adımlar atılmış olsa da vaka danışmanlıklarının rutinleşmesi ve etik kurulların sayısının artırılması gerekmektedir. Hekimlerin karşılaştığı etik ikilemlerin bazıları aşına olunan ikilemlerdir ve rehberlerle çözülebilirken, bazıları yeni veya çözümsüz olabilmektedir. Yaşam-ölüm kararlarının alındığı, sınırlı kaynakların adil paylaşılmasına karar verilmesi gereken, hekimi vicdanen zora sokan bu süreçte, kararın sorumluluğunun paylaşılması açısından hastane etik kurullarına çok ihtiyaç duyulmaktadır.³⁷²

Verilen kararların ve uygulamaların etik ve yasal açıdan temellendirilmesi önemlidir. Bu sürece tıbbi etiğin dört temel ilkesi ve bu ilkelere türeyen teoriler rehberlik eder. Temel ilkeler doğrultusunda kararlar verilirken, özerklik ile yarar, zarar ile adalet ilkeleri dengelenmeye çalışıldığında sorunlar çıkabilmektedir. Bu kavramlar eşit öneme sahiptir ve bazen bu değerlerden birinin önceliklendirilmesi gereken durumlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca verilen kararlarda hastanın tercihleri ve yaşam kalitesi de dikkate alınmalı, makul bir insanın istemeyeceği bir yaşam hastaya zorlanmamalıdır. Sağlık politikaları, geri ödeme sistemleri, kurum politikaları, yasalar, kısıtlamalar, yönetmelikler, ekonomik durumlar da tıbbi kararlara yansımaktadır.³⁷³

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan müdahalelerin, yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri ve sınırlı kaynakların adil dağıtımını açısından değerlendirilmesi önemlidir. Eğer tedaviden beklenen yarar, olası risklerden fazla değilse (yani tedavi boşuna veya faydasızsa), bu müdahaleyi etik açıdan meşru kılmak zor olmaktadır. Yaşamın sonu ilgili konular, karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararını gözeterek karar alınması açısından hastane etik kurullarına ihtiyaç duymaktadır. Bu kurulların kurulma süreci hızlandırılmalı ve hem de yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli ile bu tür hastalarla ilgilenen hekimlerin karar alma süreçlerini destekleyecek rehberler oluşturulmalıdır. Bu rehberler, ilgili uzmanlık dernekleri, tabip odaları, Türk Tabipleri Birliği ve diğer ilgili kuruluşlar tarafından hazırlanmalı ve uygulamaya konulmalıdır.³⁷⁴

Yoğun bakım ünitelerinde karar verme aşamasında karşılaşılan temel sorunlardan birisi, hastanın çoğu zaman karar verecek durumda olamadığından dolayı, uygulanacak tedavi kararlarının hastanın kendisi değil, çoğunlukla hasta yakınları veya hekim tarafından verilmesidir.

³⁷² BÜKEN, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler".

³⁷³ BÜKEN.

³⁷⁴ Büken, "Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme ve Hastane Etik Komiteleri".

Klinik etik karar verme sürecinde, tüm tarafların haklarının, onurunun ve refahının korunması önemlidir; bu kararlar sadece hastayı değil, hasta yakınlarını ve toplumu da etkileyebilir. Hekim-hasta ilişkisi birebir gibi görünse de aslında karar verme sürecinde hasta yakınları, kurum ve kamu politikaları, dini otoriteler ve hastane etik kurulları da rol oynar. Özellikle yaşam-ölüm kararları, kaynakların paylaşımı, tedavi reddi gibi zorlu durumlarda, pediatrik ve geriatrik hastalarda veli veya vasi ile hekimin görüşlerinin çatıştığı anlarda, Hastane Etik Kurulları, karar sorumluluğunu paylaşmak için kritik bir rol üstlenir.³⁷⁵

Tıpta karşılaşılan karmaşık sorunların çözümüne duyulan acil ve zorunlu ihtiyaç, etik kurulun kurulmasının en önemli nedenlerinden biridir. Bir sağlık kurumunun Hastane Etik Kurulu'na genellikle, hastalarla ilgili belirli bir biyoetik veya sağlık hukuku sorununu ele almalarını isteyen sağlık çalışanları başvurur. Ülkemizde birçok büyük hastanede etik kurullar olmasına karşın sayıları çok yeterli değildir ve etik ikilemlerde konsültasyon amaçlı kullanımı konusunda yeterince farkındalık yoktur. Ülkemizdeki etik kurullar genellikle ilaç araştırmaları ya da klinik araştırmalarda etik kurul onayları için kullanılmaktadır.³⁷⁶

Hastane etik kurullarının oluşturulma sürecinde yapılanma, işleyiş ve eğitimle ilgili rehberlik sağlayan önemli bir kaynak, UNESCO tarafından hazırlanan etik rehberdir.³⁷⁷ Bu rehberler doğrultusunda hastane etik kurullarının kurulması, mevcut olan etik kurulların kullanım alanları konusundaki farkındalığın artırılması, hekimlerin etik kararlar alırken zorlanmasını azaltacaktır. Karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararının gözetilmesi açısından bu kurullara ihtiyaç duyulmaktadır, bu nedenle oluşturulması süreci hızlandırılmalıdır.³⁷⁸

Bu bağlamda, Büken, *“Hekimin tıbbi eylemlerinin etik sınırlarını belirlerken asıl yol gösterici olanın hukuk kurallarından öte etik rehberler olması gerektiği, çünkü çoğu zaman tıbbi eylemlerin sınırlarını hukukun çizmesinin zor olduğu, tıbbi teknolojinin hızlı gelişimiyle etik sorunların her gün çeşitlendiği ve bunların hukukun dar sınırları arasına hapsedilemeyeceği söylenebilir”* ifadesiyle etik kurulların önemini vurgulamaktadır.³⁷⁹ Bu açıklama, etik rehberlerin ve kurulların, modern tıpta karşılaşılan karmaşık sorunlara çözüm üretme konusundaki vazgeçilmez rolünü gözler önüne sermektedir. Bu doğrultuda, ülkemizde de etik kurulların yalnızca formal bir yapı olarak değil; karar süreçlerine aktif katkı sunan, etik ikilemlerde başvurulması gereken rehber yapılar olarak etkin ve amaca uygun şekilde kullanılması gerektiği kanaatindeyim.

³⁷⁵ Büken.

³⁷⁶ Karakaya ve Örs, “Dünyada Ve Türkiye’de Etik Kurulları”; BÜKEN, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”.

³⁷⁷ UNESCO, *Biyoetik kurulların olusturulması*.

³⁷⁸ BÜKEN, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”.

³⁷⁹ Büken, “Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme ve Hastane Etik Komiteleri”.

SONUÇ

Yoğun bakım üniteleri, karmaşık tıbbi müdahalelerin yapıldığı ve hayatı tehdit eden durumların yönetildiği, yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren birimlerdir. Bu birimlerde sunulan tedaviler, hastaların yaşam şansını artırırken, aynı zamanda çeşitli etik ve hukuki sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada, yoğun bakım hekimlerinin günlük pratiklerinde karşılaştıkları etik sorunlar ele alınmış ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmiştir.

Yoğun bakım etiği, tıp etiğinin bir dalı olarak yoğun bakım tıbbının gelişmesiyle birlikte daha fazla önem kazanmıştır. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitelerindeki, hasta hakları, yaşam destek sistemlerinin kullanımı ve yaşam sonu kararları gibi etik sorunların kapsamı detaylı bir şekilde değerlendirilmiş, bu sorunların sağlık hukuku ve tıp etiği çerçevesinde nasıl ele alınabileceği ve hekimlerin karar verme süreçlerine nasıl yansiyebileceği tartışılmıştır. Hekimlerin, yoğun bakım ünitelerindeki karmaşık ve çoğu zaman ikileme yol açan kararlarla başa çıkabilmeleri için daha net hukuki düzenlemelere ve yol gösterici rehberlere ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yoğun bakım ünitelerinde en yaygın karşılaşılan etik sorunlar arasında, aydınlatılmış onam alınması, Türkiye’de tıbbi vasiyetin geçerliliğinin olmaması, yaşam sonu kararları, yaşam destek tedavilerinin sınırlandırılması, başlanmış tedavinin durdurulması, DNR kararları, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, beyin ölümü sonrası yaklaşım, ötanazi yasal olmalı mı olmamalı mı gibi sorunlar yer almaktadır.

Hekimler, tıp etiği, hasta hakları ve sağlık hukuku arasındaki dengeleri gözeterek karar verirken zorlanmaktadır. Ayrıca, mevzuatta ve etik bildirilerdeki belirsiz ve çelişkili ifadeler, hekimleri kendi vicdani ve etik değerlerine dayalı kararlar almaya zorlamakta, bu da farklı yaklaşımların ve uygulamaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda, bu sorunların üstesinden gelinmesi için hukuki düzenlemelerin netleştirilmesi ve hekimlere rehberlik edebilecek etik protokollerin geliştirilmesi gerektiği ve mevcut olan etik kurulların amacına uygun kullanımın yaygınlaşması gerektiği vurgulanmıştır.

Türkiye’de tıbbi vasiyet uygulamasının eksikliği, hekimlerin ve hasta yakınlarının yaşam sonu gibi kritik kararlar karşısında büyük belirsizlikler yaşamasına neden olmaktadır. Türkiye’de, hastanın hayatta olduğu dönemde verdiği talimatların yaşamın sonu kararlarında da geçerli olabilmesi için yasal bir düzenlemenin yapılması gereklidir. Bu düzenlemenin sağlanması, hekimlerin uygulamada yaşadığı ikilemleri azaltacak ve etik sorunlara daha tutarlı çözümler üretilmesini sağlayacak, aynı zamanda da hasta haklarını koruyacaktır. Ayrıca, tıbbi vasiyetin yasal zemine oturtulmasıyla birlikte, yoğun bakım ünitelerinde sıkça karşılaşılan aydınlatılmış onam sorunlarının da büyük ölçüde önüne geçilecek;

hastaların önceden ifade ettiği irade doğrultusunda tıbbi kararların alınması kolaylaşacaktır. Böylece, hem hasta özerkliği gözetilecek hem de hekimlerin hukuki ve etik sorumlulukları daha net bir çerçevede belirlenmiş olacaktır.

Ölümün kaçınılmaz olduğu, yapılan tedavinin etkisiz olduğu durumlarda, hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelmesini engellemek için hekimleri koruyucu nitelikte yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Özellikle yaşam sonu kararları gibi hassas konularda, mevcut mevzuatın yetersiz kaldığı ve etik ikilemlerin çözümünde hekimlerin kişisel değerlerine başvurmalarının kaçınılmaz olduğu gözlemlenmiştir.

Yaşam sonu kararlarının alınmasına yönelik yasal düzenlemelerin eksikliği hem hekimler hem de hasta yakınları açısından ciddi belirsizlikler doğurmaktadır. Özellikle yaşamı sürdüren tedavilerin sınırlandırılması veya sonlandırılması gibi kararlar, etik ve hukuki açıdan büyük sorumluluk gerektirmektedir. Bu bağlamda, yaşam sonu kararlarının alınmasına ilişkin kapsamlı, açık ve bağlayıcı mevzuat düzenlemelerinin yapılması zorunludur. Böyle bir düzenleme, hem hekimlerin karar alma sürecini kolaylaştıracak hem de hasta haklarının ihlal edilmesini önleyerek etik ikilemlerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

“Son dönem hasta” tanımının belirsizliği hem etik karar alma süreçlerini hem de hukuki uygulamaları güçleştirmektedir. Bu nedenle, “son dönem” kavramının, tıbbi kriterlere dayalı olarak daha net tanımlanması ve bu tanımın ulusal rehberlerle desteklenmesi gerekmektedir. Örneğin, geri dönüşü olmayan organ yetmezlikleri, ilerleyici maligniteler ve çoklu sistem yetmezliği gibi durumlara dair net endikasyonların belirlenmesi, bu alandaki karışıklığı önleyecek ve klinik kararları daha tutarlı hale getirecektir.

DNR talimatlarının Türkiye’de yasal geçerliliğe sahip olmaması, yoğun bakım pratiğinde ciddi etik ve pratik sorunlara neden olmaktadır. Hekimler, resüsitasyon yapılmaması yönünde bir talep söz konusu olduğunda bu talebi hukuki olarak yerine getiremedikleri için defansif tıp uygulamalarına yönelmekte ya da etik ikilemler yaşamaktadır. Bu nedenle, DNR talimatlarının geçerliliğini tanıyan ve uygulama usullerini açıkça belirleyen yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Böyle bir düzenleme hem hasta özerkliğini gözetken hem de hekimleri koruyan bir dengeyi sağlayabilir.

Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin sınırlı sayıda merkezde sunuluyor olması, yaşam sonu sürecindeki hastaların ve ailelerinin yeterli desteği alamamasına yol açmaktadır. Palyatif bakım hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması, yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikososyal ve etik sorunların da yönetimini kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda, bölgesel ve ulusal düzeyde palyatif bakım merkezlerinin sayısının artırılması, özellikle terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini artırma açısından büyük önem taşımaktadır.

Son dönem hasta bakımında önemli bir eksiklik de Türkiye’de henüz gelişmemiş olan “hospis” hizmetlerinin bulunmamasıdır. Hospisler, tedavi edici tıbbın ötesinde bakım ve destek odaklı bir yaklaşımı temsil etmekte; hastanın yaşamının son dönemini onurlu, ağrısız ve destekleyici bir ortamda geçirmesine olanak tanımaktadır. Türkiye’de son dönem hasta bakımı için hospis sisteminin kurulması, sağlık sistemine önemli bir katkı sağlayacak ve hastane ortamında tıbbi müdahale baskısı olmadan insani bakımın sağlanmasına olanak tanıyacaktır.

Beyin ölümü ve organ bağıışı konularında toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında farkındalığın hâlâ yeterli düzeyde olmadığı görölmektedir. Bu durum, beyin ölümü tanısı konan vakalarda organ bağıış oranlarını olumsuz etkilemekte ve yoğun bakım ünitelerinde etik ikilemlere yol açmaktadır. Bu bağlamda, topluma yönelik bilinçlendirme kampanyaları ile sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitim programlarının artırılması, organ nakli sürecinin etik ve etkin biçimde yürütölmesine katkı sağlayacaktır.

Yoğun bakım pratiğinde karşılaşılan etik sorunların çözümünde etik kurullar önemli bir rol oynayabilir. Ancak Türkiye’deki sağlık kurumlarında etik kurulların çoğu zaman danışma amacıyla kullanılmadığı gözlemlenmektedir. Klinik etik kurulların aktif biçimde, özellikle kararsızlık yaşanan yaşam sonu kararlarında konsültasyon amacıyla kullanılabilen bir mekanizma olarak işlevsel hale getirilmesi, hekimlerin karar alma süreçlerinde önemli bir destek sağlayacaktır. Bu tür kurulların düzenli çalışması ve rehberlik edici kararlar alması, etik uygulamalarda standardizasyonu da beraberinde getirecektir.

Bu nedenle, yoğun bakım etiğı alanında daha kapsamlı ve bağlayıcı hukuki düzenlemelerin yapılması, hekimlerin sorumluluklarını daha net bir şekilde belirleyecek ve olası etik ikilemleri en aza indirecektir. Ayrıca, etik eğitiminin tıp faköltelerinden başlayarak hekimlerin mesleki yaşamları boyunca devam etmesi gerekmektedir. Bu süreç, hekimlerin etik karar alma yetilerini güçlendirerek mesleki uygulamalarında daha bilinçli ve etkin olmalarına katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan etik sorunların kapsamını ve bu sorunların etik ve sağlık hukuku bağlamındaki yansımalarını detaylı bir şekilde ele almıştır. Hekimlerin, etik ikilemlerle başa çıkabilmesi için gerekli olan hukuki düzenlemelerin netleştirilmesi ve rehberlik edici etik protokollerin oluşturulması gerekliliğı açık bir şekilde ortaya konulmuştur. Yoğun bakım etiğı hem tıp etiğı hem de sağlık hukuku açısından önemli bir alan olmaya devam etmekte ve bu alandaki düzenlemelerin, hasta haklarını ve hekimlerin karar verme süreçlerini daha tutarlı ve sürdürülebilir bir şekilde desteklemesi beklenmektedir. Bu bağlamda, yapılan çalışmanın, yoğun bakım ünitelerindeki etik sorunların çözümüne yönelik literatüre anlamlı bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, H Volkan. “Yararsız Tedavi (Futile Treatment)”. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2016, 74-84. https://www.researchgate.net/publication/314236328_Yararsiz_Tedavi_Futile_Treatment.
- Aghabarary, Maryam, ve Nahid Dehghan Nayeri. “Medical futility and its challenges: a review study”. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9 (01 Ocak 2016): 1-13. [/pmc/articles/PMC5203684/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35203684/).
- Akpir, Kutay. “Yoğun Bakım Etiği”. *J Turk Soc Intens Care*, 2010. <https://doi.org/10.4274/tybdd.08.06>.
- Akpir, Kutay. “Yoğun Bakım Serüveni: Dün Bugün”. *J Turk Soc Intens Care*, 2010, 6-12. https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_4168/6-12.pdf.
- Aksoy, Esra, Merve Nur, Koçak Öztürk, ve İlhan İlkılıç. “Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Triyajı Bağlamında Hazırlanan Klinik Etik Rehberlerin Normatif Analizi ve Etik Değerlendirmesi Normative Analysis and Ethical Evaluation of Clinical Ethical Guidelines Published in the Context of Intensive Care Triage During Covid-19 Pandemic”. *İstanbul University Press*, 2021. <https://doi.org/10.26650/JARHS2021-945971>.
- Aksoy, Ş. “Tıp Etiğinin Ülkemizdeki ve Dünyadaki Tarihi”. *İçinde Çağdaş Tıp Etiği*, 3-16. Nobel Tıp Kitapevleri, 2003.
- American College of Physicians. “How Can Our Nation Conserve and Distribute Health Care Resources Effectively?”, 2011. http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/policy/health_care_resources.pdf.
- Andrew, Emily, Eric Mercier, Ziad Nehme, Stephen Bernard, ve Karen Smith. “Long-term functional recovery and health-related quality of life of elderly out-of-hospital cardiac arrest survivors”. *Resuscitation* 126 (01 Mayıs 2018): 118-24. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2018.03.017>.
- Arda, Berna, ve Serap Şahinoğlu Pelin. “Tıbbi Etik; Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları”. *Ankara Tıp Mecmuası* 48 (1995): 323-36.
- Arvanitis, Agni V. *Bio-Syllabus for European Enviromental Education*. Editör Agni V. Arvanitis, 2002.
- Aslan, Yasemin. “Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış Overview of the palliative care models in Turkey and the World”. *Anadolu Current Medical Journal*, 2020, 19-27.
- Atıcı, Elif. “Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı ”. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 33, sy 1 (2007): 45-50.
- Avidan, Alexander, Charles L. Sprung, Joerg C. Schefold, Bara Ricou, Christiane S. Hartog, Joseph L. Nates, Ulrich Jaschinski, vd. “Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study”. *The Lancet. Respiratory medicine* 9, sy 10 (01 Ekim 2021): 1101-10. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00261-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00261-7).
- Avidan, Alexander vd. “Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study”. *The Lancet. Respiratory medicine* 9, sy 10 (01 Ekim 2021): 1101-10. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00261-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00261-7).

“Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi”. <http://conventions.coe.int>.

Avrupa Konseyi. Yaşamın son döneminde tıbbi tedavide karar verme sürecine ilişkin kılavuz (1992).

Aydın, Erdem. “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”. *Erciyes Medical Journal*) 25, sy 2 (2003): 92-97.

Aydın, Erdem. “TIP ETİĞİNDE HASTA ÖZERKLİĞİNE SAYGI İLKESİ The Principle Of Respect For Autonomy Of The Patient In Medical Ethics”. *Erciyes Medical Journal*) 25, sy 2 (2003): 92-97.

Aygencel, Gülbin, ve Melda Türkoğlu. “Characteristics, Outcomes and Costs of Prolonged Stay ICU Patients”. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2011, 53-58. <https://doi.org/10.5152/dcbybd.2011.12>.

Aygencel, Gülbin, ve Melda Türkoğlu. “General characteristics and costs of terminal-stage patients in a medical intensive care unit”. *Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine* 5, sy 1 (01 Nisan 2014): 1-4. <https://doi.org/10.5152/DCBYBD.2014.683>.

Azoulay, Élie, Barbara Metnitz, Charles L. Sprung, Jean François Timsit, François Lemaire, Peter Bauer, Benoît Schlemmer, Rui Moreno, ve Philipp Metnitz. “End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database”. *Intensive care medicine* 35, sy 4 (Nisan 2009): 623-30. <https://doi.org/10.1007/S00134-008-1310-6>.

Azoulay, Élie, Jean Francxois Timsit, Charles L. Sprung, Marcio Soares, Kateřina Rusinová, Ariane Lafabrie, Ricardo Abizanda, vd. “Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study”. *American journal of respiratory and critical care medicine* 180, sy 9 (01 Kasım 2009): 853-60. <https://doi.org/10.1164/RCCM.200810-1614OC>.

Bahçecik, N. “Hemşirelikte Etik”. İçinde *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. İstanbul: Alter Yayınları, 2009.

Baker, Eileen F., ve Catherine A. Marco. “Advance directives in the emergency department”. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 1, sy 3 (01 Haziran 2020): 270. <https://doi.org/10.1002/EMP2.12021>.

Balint, E. “The possibilities of patient-centered medicine.” *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 17, sy 82 (Mayıs 1969): 269. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>.

BARAN, Onur, Ayhan ŞAHİN, Ahmet GÜLTEKİN, ve Cavidan ARAR. “Prolonged Stay in the Intensive Care Unit: A Retrospective Analysis of Six Years”. *Namık Kemal Tıp Dergisi* 11, sy 2 (19 Haziran 2023): 87-93. <https://doi.org/10.4274/NKMJ.GALENOS.2023.87004>.

Barret, Marguerite L, Mark W Smith, Anne Elixhauser, Leah S Honigman, ve Jesse m Pines. “Utilization of Intensive Care Services, 2011”. *Center for Delivery, Organization, and Markets Agency for Healthcare Research and Quality*, 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25654157/>.

Beauchamp, Tom L., ve James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth Edit. Oxford University Press, 2001. <https://www.uio.no/studier/emner/matnat/mn/MNSES9100/h17/literature/ethical-theories/BeauchampChildress chapter 8.pdf>.

Beauchamp, Tom L., LeRoy. Walters, Jeffrey P. Kahn, ve Anna C.. Mastroianni. “Ethical theory and bioethics”, 2008, 806. <https://philpapers.org/rec/BEAETA-3>.

- Beecher, Henry K. "A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death". *JAMA* 205, sy 6 (05 Ağustos 1968): 337-40. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1968.03140320031009>.
- Bilen Ayşegül. "Palyatif Bakım". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2016.
- Bilir, Yeliz, ve Hülya Sungurtekin. "Yoğun Bakıma Kabul Edilen Kritik Hastaya Yaklaşım". İçinde *Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri*, 27-34. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2019.
- Bion, J. "Rationing intensive care". *BMJ (Clinical research ed.)* 310, sy 6981 (18 Mart 1995): 682. <https://doi.org/10.1136/BMJ.310.6981.682>.
- Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, Pub. L. No. 5013 (1953). <https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/2812020083957164.tur.pdf>.
- Blackhall, Leslie J. "Must We Always Use CPR?" *New England Journal of Medicine* 317, sy 20 (12 Kasım 1987): 1281-85. <https://doi.org/10.1056/NEJM198711123172009>.
- Bleijlevens, Michel H.C., Laura M. Wagner, Elizabeth Capezuti, ve Jan P.H. Hamers. "Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique". *Journal of the American Geriatrics Society* 64, sy 11 (01 Kasım 2016): 2307-10. <https://doi.org/10.1111/JGS.14435>.
- Bosslet, Gabriel T., Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, vd. "An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units". *American journal of respiratory and critical care medicine* 191, sy 11 (01 Haziran 2015): 1318-30. <https://doi.org/10.1164/RCCM.201505-0924ST>.
- Brassington, Iain. "What passive euthanasia is". *BMC medical ethics* 21, sy 1 (14 Mayıs 2020). <https://doi.org/10.1186/S12910-020-00481-7>.
- Burns, Jeffrey P., ve Robert D. Truog. "The DNR Order after 40 Years". *The New England journal of medicine* 375, sy 6 (11 Ağustos 2016): 504-6. <https://doi.org/10.1056/NEJMP1605597>.
- Büken, N. "Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme ve Hastane Etik Komiteleri". *Flora Dergisi*, 2011. <https://www.floradergisi.org/fulltext?166?667>.
- BÜKEN, Nüket ÖRNEK. "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi - Özel Konular* 2, sy 3 (2016): 24-33. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-yasamin-sonunda-klinik-etik-karar-verme-sureci-ve-belirleyici-faktorler-77246.html>.
- Bülow, Hans Henrik, Charles L. Sprung, Konrad Reinhart, Shirish Prayag, Bin Du, Apostolos Armaganidis, Fekri Abroug, ve Mitchell M. Levy. "The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit". *Intensive care medicine* 34, sy 3 (Mart 2008): 423-30. <https://doi.org/10.1007/S00134-007-0973-8>.
- Callahan, Daniel. "Bioethics and Policy—A History - The Hastings Center for Bioethics", 2015. <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/bioethics-and-policy-a-history/>.
- Carlet, Jean, Lambertus G. Thijs, Massimo Antonelli, Joan Cassell, Peter Cox, Nicholas Hill, Charles Hinds, Jorge Manuel Pimentel, Konrad Reinhart, ve Boyd Taylor Thompson. "Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care:

- Brussels, Belgium, April 2003". *Intensive care medicine* 30, sy 5 (Mayıs 2004): 770-84. <https://doi.org/10.1007/S00134-004-2241-5>.
- Christian, Michael D., Asha V. Devereaux, Jeffrey R. Dichter, James A. Geiling, ve Lewis Robinson. "Definitive care for the critically ill during a disaster: current capabilities and limitations: from a Task Force for Mass Critical Care summit meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL". *Chest* 133, sy 5 Suppl (2008): 8S-17S. <https://doi.org/10.1378/CHEST.07-2707>.
- Christian, Michael D., Asha V. Devereaux, Jeffrey R. Dichter, Lewis Robinson, ve Niranjana Kissoon. "Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement". *Chest* 146, sy 4 Suppl (01 Ekim 2014): 8S-34S. <https://doi.org/10.1378/CHEST.14-0732>.
- Civaner, M. "Meslek Örgütlerinin Deontolojik Görevleri". İçinde *TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu*, editör N. Bulut, 12. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2018.
- Clarke, Clare M. "Do parents or surrogates have the right to demand treatment deemed futile? An analysis of the case of Baby L". *Journal of advanced nursing* 32, sy 3 (2000): 757-63. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2000.01537.X>.
- Clayton, Jordana L., Katherine P. Supiano, Nancy Aruscavage, Sara G. Bybee, Rebecca L. Utz, Eli Jacob, ve Kara B. Dassel. "Advance Care Planning in the Context of Dementia: Defining Concordance". *Gerontologist* 64, sy 6 (01 Haziran 2024). <https://doi.org/10.1093/GERONT/GNAE029>.
- Cobanoğlu, Nesrin, ve Zeynep Kayhan. "An assessment of medical ethics education". *Nursing ethics* 13, sy 5 (Eylül 2006): 559-61. <https://doi.org/10.1191/0969733006NEJ897XX>.
- Colson, Y. L., ve S. Paul. "Tracheostomy". *Encyclopedia of Respiratory Medicine: Volume 1-4* 1-4 (24 Temmuz 2023): V4-239-V4-242. <https://doi.org/10.1016/B0-12-370879-6/00385-9>.
- Cook, Deborah J., Gordon H. Guyatt, Roman Jaeschke, Joan Reeve, D. Willie Molloy, Andrew Willan, David L. Streiner, Derek King, ve Allen Spanier. "Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. Canadian Critical Care Trials Group." *JAMA* 273, sy 9 (01 Mart 1995): 703-8. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1995.03520330033033>.
- Curtis, J. Randall, ve Jean Louis Vincent. "Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit". *Lancet (London, England)* 376, sy 9749 (16 Ekim 2010): 1347-53. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60143-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60143-2).
- Cushing, H. "Some Experimental and Clinical Observations Concerning States of Increased Intracranial Tension. The Mütter Lecture for 1901". *Am J Med. Sci* 124 (1901): 375-400.
- Çabuk, Adem, ve Burcu İşgüden. "MESLEK ETİĞİ VE MESLEK ETİĞİNİN MESLEK YAŞAMI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ". *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 9 (2006). <https://dergipark.org.tr/en/pub/baunsobed/issue/50334/651796%0A>.
- Çalışkan, Taner, ve Necati Gökmen. "Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziki Donanımı". İçinde *Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri*, 1-11. Ankara, 2019.
- Çavdar, Pelin. "TÜRK VE AMERİKAN HUKUKLARINDA CANLANDIRMAMA TALİMATININ (DNR) HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (*)". *Yıldırım Beyazıt Hukuk Dergisi*, 2024, 197-239. <https://doi.org/10.33432/ybuhukuk.1362406>.

- Çelik, Sevim. "The Criteria of Patient Admission and Discharge in the Intensive Care Unit". *Yoğun Bakım Hemşireliği dergisi*, 2007, 96-101.
- Çobanoğlu, Nesrin. "Ethics of Individual, Professional, Social, Scientific and Politic is Questioned By COVID-19 Pandemi Nesrin Çobanoğlu". *Özel Sayı 1* (2020): 36-42. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.709891>.
- Çobanoğlu, Nesrin. *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*. Ankara: Eflatun Yayınevi, 2009.
- DB, Kramer, Lo B, ve Dickert NW. "CPR in the Covid-19 Era - An Ethical Framework". *The New England journal of medicine* 383, sy 2 (2020). <https://doi.org/10.1056/NEJMP2010758>.
- Demirhan Erdemir, Ayşegül. "Etik, Tıp Etiği, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri". *Erdem Dergisi*, 2005, 27-72. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/681094>.
- Demirhan Erdemir, Ayşegül. *Tıpta Etik ve Deontoloji (Yirmibirinci Yüzyılda)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011.
- Dichter, Jeffrey R., Asha V. Devereaux, Charles L. Sprung, Vikramjit Mukherjee, Jason Persoff, Karyn D. Baum, Douglas Orloff, vd. "Mass Critical Care Surge Response During COVID-19: Implementation of Contingency Strategies - A Preliminary Report of Findings From the Task Force for Mass Critical Care". *Chest* 161, sy 2 (01 Şubat 2022): 429-47. <https://doi.org/10.1016/J.CHEST.2021.08.072>.
- Doğan, Nilhun. "İŞ ETİĞİ VE İŞLETMELERDE ETİK ÇÖKÜŞ". *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 16 (2009). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susead/issue/28423/302686>.
- Downar, James, John J. You, Sean M. Bagshaw, Eyal Golan, Francois Lamontagne, Karen Burns, S. Kavita Sridhar, vd. "Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners*". *Critical care medicine* 43, sy 2 (01 Şubat 2015): 270-81. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000704>.
- EC, Winkler. "Do Researchers in Empirical Ethics Studies Have a Duty to Act Upon their Findings? Case Study in End-of-Life Decision Making". *Journal of empirical research on human research ethics : JERHRE* 14, sy 5 (2019). <https://doi.org/10.1177/1556264618822603>.
- Ekinci, Gülay, ve Rukiye Pınar Bölüktaş. "Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna Yönelik Bir Değerlendirme An Assessment on the Organization of Palliative Care Services in Turkey". *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi / Journal of Health Professions Research* 5, sy 1 (2023): 19-27. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1140949>.
- Ekinci, Osman, ve Mahmut Tokaç. "Yoğun Bakımda Etik ve Etik Unsurlar". *İçinde Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri*, 1071-77. Ankara, 2019.
- Ely, E. Wesley, Elie Azoulay, ve Charles L. Sprung. "Eight things we would never do regarding end-of-life care in the ICU". *Intensive care medicine* 45, sy 8 (01 Ağustos 2019): 1116-18. <https://doi.org/10.1007/S00134-019-05562-9>.
- Emanuel, Ezekiel J., ve Linda L. Emanuel. "Four Models of the Physician-Patient Relationship". *JAMA* 267, sy 16 (22 Nisan 1992): 2221-26. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1992.03480160079038>.
- Erdoğan Öngel, Elif, Hülya Sungurtekin, Dilek Memiş, Demet Tok Aydın, Hilal Ayoğlu, Ferruh Ayoğlu, Işıl Özkoçak Turan, vd. "Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units (INAPPT-ICU): Point Prevalence Study Yoğun Bakım Ünitelerinde Potansiyel Yersiz Tedaviler

Ersoy, Nermin, ve Erdem Aydın. “Tıbbi Etik’te Yararlılık İlkesi”. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2, sy 2 (1994): 57-60. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-tibbi-etik-te-yararlilik-lkesi--44519.html>.

ETENE. “The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE)”. Helsinki, 2003.

Fan, Sheng Yu, Ying Wei Wang, ve I. Mei Lin. “Allow natural death versus do-not-resuscitate: titles, information contents, outcomes, and the considerations related to do-not-resuscitate decision”. *BMC Palliative Care* 17, sy 1 (10 Ekim 2018). <https://doi.org/10.1186/S12904-018-0367-4>.

Ferrand, Edouard, René Robert, Pierre Ingrand, ve François Lemaire. “Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey”. *Lancet* 357, sy 9249 (06 Ocak 2001): 9-14. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03564-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03564-9).

Fidan, Cuma. “DERLEME MAKALESİ YOĞUN BAKIM MALİYETLERİ VE YOĞUN BAKIM MALİYET ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 23, sy 3 (2020): 485-504. <https://orcid.org/0000-0002-1664-5159>.

Fine, Robert L. “The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits”. *Proceedings (Baylor University Medical Center)* 17, sy 3 (Temmuz 2004): 259-64. <https://doi.org/10.1080/08998280.2004.11927978>.

Fleck, Leonard M. “The costs of caring: Who pays? Who profits? Who panders?” *The Hastings Center report* 36, sy 3 (2006): 13-17. <https://doi.org/10.1353/HCR.2006.0040>.

Fox, R. C. “The evolution of medical uncertainty.” *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society* 58, sy 1 (1980): 1-49. <https://doi.org/10.2307/3349705>.

Gamsız Bilgin, Nursel. “Ötanazi: Tanım Ve Tarihçe Euthanasia: Definition and History of Euthanasia”. *Lokman Hekim Journal*, 2013. <http://lokmanhekim.mersin.edu.tr>.

Gert, B, ve CM Culver. *Bioethics: A Return to Fundamentals*. Oxford University Press, 1997.

Gillon, Raanan. “Ethics needs principles--four can encompass the rest--and respect for autonomy should be ‘first among equals’”. *Journal of medical ethics* 29, sy 5 (Ekim 2003): 307-12. <https://doi.org/10.1136/JME.29.5.307>.

“Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders”. *JAMA* 265, sy 14 (10 Nisan 1991): 1868-71. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1991.03460140096034>.

Günergun, F. “Türkiye’de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar ile Son Araştırmaların İncelenmesi”. *Tarih Okulu Dergisi*, 2013, 267-80.

Günergun, Feza, ve Murat Yolun. “Türkiye’de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar İle Son Araştırmaların İncelenmesi”. *Tarih Okulu Dergisi* 2013, sy XIV (01 Aralık 2012): 267-80. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usakjhs/issue/13537/163907>.

Güriz, Adnan. “Adalet Kavramının Belirsizliği”. İçinde *Adalet Kavramı*, 5-25. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 1994.

Güriz, Adnan. *Hukuk Felsefesi*. 4.baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1996.

- Habiba, Marwan A. "Examining consent within the patient-doctor relationship". *Journal of Medical Ethics* 26, sy 3 (Haziran 2000): 183. <https://doi.org/10.1136/JME.26.3.183>.
- Hakeri, Hakan. *Tıp ve Sağlık Hukuku El Kitabı*. 2. bs. C. 2. Ankara, Türkiye: Seçkin Yayıncılık, 2022.
- Hamric, Ann B., ve Leslie J. Blackhall. "Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate". *Critical care medicine* 35, sy 2 (Şubat 2007): 422-29. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998).
- Hawley, G. *Ethics in Clinical Practice*. Edinburgh: Pearson Education, 2007.
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1997. <http://www.ttb.org.tr>.
- Hilberman, M. "The evolution of intensive care units." *Critical care medicine* 3, sy 4 (1975): 159-65. <https://doi.org/10.1097/00003246-197507000-00006>.
- Holt, Gregory E., Kenneth W. Goodman, Stephen E. Olvey, ve Daniel Kett. "Nonstandard do-not-resuscitate orders". *Current opinion in anaesthesiology* 32, sy 2 (01 Nisan 2019): 179-83. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000690>.
- Horsburgh, D. "How, and when, can I restrain a patient?" *Postgraduate medical journal* 80, sy 939 (Ocak 2004): 7-12. <https://doi.org/10.1136/PMJ.2003.007302>.
- Horton, John. "Principles of biomedical ethics". *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 96, sy 1 (01 Ocak 2002): 107. [https://doi.org/10.1016/S0035-9203\(02\)90265-8/2/96-1-107.PDF.GIF](https://doi.org/10.1016/S0035-9203(02)90265-8/2/96-1-107.PDF.GIF).
- House, Steven A., Caroline Schoo, ve Wes A. Ogilvie. "Advance Directives". *Lessons on Aging from Three Nations: Volume II: The Art of Caring for Older Adults*, 08 Ağustos 2023, 161-77. <https://doi.org/10.4324/9781315224237-14>.
- Ito, Chiharu, ve Mikiko Natsume. "Ethical dilemmas facing chief nurses in Japan: A Pilot study". *Nursing ethics* 23, sy 4 (01 Haziran 2016): 432-41. <https://doi.org/10.1177/0969733015574923>.
- İbrahimoğlu, Özlem. "Son dönem yoğun bakım hastalarının bakımında etik sorunlar ve etik yaklaşım". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 4, sy 3 (01 Ağustos 2017): 216-20. <https://doi.org/10.5455/SAD.13-1504687755>.
- İmamoğlu, S Hülya. "HASTA VASIYETİNE İLİŞKİN BAZI MESELELER Certain Issues Concerning Patient's Will" 65, sy 1 (2016): 199-230.
- İnan, Nurten. "Palyatif Bakım ". *Popüler Sağlık Dergisi*, 2024, 40-41.
- James, Fiona R., Nicola Power, ve Shondipon Laha. "Decision-making in intensive care medicine – A review". *Journal of the Intensive Care Society* 19, sy 3 (01 Ağustos 2018): 247. <https://doi.org/10.1177/1751143717746566>.
- Jonsen, AR, M Siegler, ve WJ Winslade. *Clinical Ethics*. 6th editio. New York: McGraw-Hill, 2006.
- Joynt, G. M., D. P. Gopalan, A. A. Argent, S. Chetty, R. Wise, V. K.W. Lai, E. Hodgson, vd. "The Critical Care Society of Southern Africa Consensus Statement on ICU Triage and Rationing (ConICTri)". *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde* 109, sy 8b (22 Ağustos 2019): 613-29. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.V109I8B.13947>.

- Joynt, Gavin M., Jeffrey Lipman, Christiane Hartog, Bertrand Guidet, Fathima Paruk, Charles Feldman, Niranjan Kissoon, ve Charles L. Sprung. "The Durban World Congress Ethics Round Table IV: health care professional end-of-life decision making". *Journal of critical care* 30, sy 2 (01 Nisan 2015): 224-30. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2014.10.011>.
- Jukić, Marko, Lenko Šarić, Ivana Prkić, ve Livia Puljak. "Medical futility treatment in intensive care units". *Acta medica academica* 45, sy 2 (01 Kasım 2016): 135-44. <https://doi.org/10.5644/AMA2006-124.169>.
- Jung, Hyun Myung, Jinhyun Kim, Dae Seog Heo, ve Sun Kyung Baek. "Health economics of a palliative care unit for terminal cancer patients: a retrospective cohort study". *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 20, sy 1 (Ocak 2012): 29-37. <https://doi.org/10.1007/S00520-010-1047-Y>.
- Kaba, R., ve P. Sooriakumaran. "The evolution of the doctor-patient relationship". *International Journal of Surgery* 5, sy 1 (01 Şubat 2007): 57-65. <https://doi.org/10.1016/J.IJSU.2006.01.005>.
- Kahveci, Kadriye. "Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakımın Yeri". *Türkiye Klinikleri*, 2020, 235-40. <https://www.researchgate.net/publication/350631514>.
- KARA, İskender, İnci KARA, Yeşim Şerife BAYRAKTAR, Faruk ÇİÇEKÇİ, Hüseyin YILMAZ, Ateş DUMAN, ve Jale Bengi ÇELİK. "Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde maliyet analizi". *Cukurova Medical Journal* 44, sy 3 (30 Eylül 2019): 764-71. <https://doi.org/10.17826/CUMJ.463401>.
- Karabağ T. "Yoğun bakımdaki tedavi çok iyi yönetilmeli, konsültasyonlar aksatılmamalı". *Medimagazin*, 2018. <https://medimagazin.com.tr/hekim/yogun-bakimdaki-tedavi-cok-iyi-yonetilmeli-konsultasyonlar-aksatilmmali-76910>.
- Karakaya, Hamiyet, ve Yaman Örs. "Dünyada Ve Türkiye’de Etik Kurulları". *THE JOURNAL OF THE FACULTY OF MEDICINE* 47 (1994): 713-22.
- Kart, Levent, Muhammed Emin Akkoyunlu, Yasemin Akkoyunlu, Murat Sezer, Hatice K Özçelik, Fatmanur Karaköse, ve Turan Aslan. "Yoğun Bakım Ünitesindeyatan Son Dönem Hastaların Değerlendirilmesi". *Selçuk Tıp Dergisi* 27, sy 3 (09 Haziran 2011): 146-48. <http://selcukmedj.org/yogun-bakim-unitesindeyatan-son-donem-hastalarin-degerlendirilmesi-tr-4190/>.
- Kasman, Deborah L. "When Is Medical Treatment Futile?: A Guide for Students, Residents, and Physicians". *Journal of General Internal Medicine* 19, sy 10 (Ekim 2004): 1053. <https://doi.org/10.1111/J.1525-1497.2004.40134.X>.
- Kass, L R. "Is there a right to die?" *Hastings Cent Rep.*, 1993, 34-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8436490/>.
- Keleş, R, ve B Ertan. *Çevre Hukukuna Giriş*. İmge Kitapevi Yayınları, 2002.
- Kelly, Fiona E., Kevin Fong, Nicholas Hirsch, ve Jerry P. Nolan. "Intensive care medicine is 60 years old: The history and future of the intensive care unit". *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London* 14, sy 4 (01 Ağustos 2014): 376-79. <https://doi.org/10.7861/CLINMEDICINE.14-4-376>.
- Keown, John. "The Legal Revolution: From ‘Sanctity of Life’ to ‘Quality of Life’ The Legal Revolution: From ‘Sanctity of Life’ to ‘Quality of Life’ and ‘Autonomy’ and ‘Autonomy’ ARTICLES THE LEGAL REVOLUTION: FROM ‘SANCTITY OF LIFE’ TO ‘QUALITY OF

- LIFE' AND 'AUTONOMY'". *Journal of Contemporary Health Law & Policy* 14 (1985). <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol14/iss2/5>.
- Kılıç, Gülşen, ve Ülkü Polat. "Yoğun Bakımda Tartışmalı Bir Uygulama: Fiziksel Kısıtlama". *Türk Hemşireler Derneği Dergisi* 2, sy 1 (07 Haziran 2021): 66-76. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/thdd/issue/62531/843586>.
- Kırca, Hülya, Özlem Çakın, Melike Cengiz, Murat Yılmaz, ve Atilla Ramazanoğlu. "Yoğun Bakımda Trakeotomi: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Prognoz Tracheotomy in the Intensive Care Unit: Indications, Complications and Prognosis". *J Turk Soc Intensive Care* 16 (2018): 17-25. <https://doi.org/10.4274/tybd.03064>.
- KIRŞAN, Merve, Duygu YILDIRIM, Burcu CEYLAN, Esra AKIN KORHAN, ve Mehmet UYAR. "Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Sorunlar: Sistematik Derleme". *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* 26, sy 2 (2018): 57-65. <https://doi.org/10.5336/MDETHIC.2018-59858>.
- Kilinç, Bilâl. "Türk Ceza Hukuku Açısından Ötenazi". http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&-.
- Knox, Crissy, ve John A. Vereb. "Allow natural death: a more humane approach to discussing end-of-life directives". *Journal of emergency nursing* 31, sy 6 (2005): 560-61. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2005.06.020>.
- Kollisch, Donald O., Robert B. Santulli, ve James L. Bernat. "The Limits of Advance Directives in Maintaining Autonomy in Patients with Advanced Dementia". *The American journal of medicine* 134, sy 8 (01 Ağustos 2021): 963-67. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMED.2021.02.032>.
- Kon, Alexander A., Eric K. Shepard, Nneka O. Sederstrom, Sandra M. Swoboda, Mary Faith Marshall, Barbara Birriel, ve Fred Rincon. "Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee". *Critical care medicine* 44, sy 9 (01 Eylül 2016): 1769-74. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001965>.
- Kouwenhoven, W. B., James R. Jude, ve G. Guy Knickerbocker. "Closed-chest cardiac massage". *JAMA* 173, sy 10 (09 Temmuz 1960): 1064-67. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1960.03020280004002>.
- Kuçuradi, İoanna. "Etik ve 'Etikler'". *Türkiye Mühendislik Haberleri*, sy 423 (2003): 7-9. <https://www.imo.org.tr/Eklenti/1470,etik-ve-etiklerpdf.pdf?0>.
- KURT, Munise Gülen. "Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam". *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* undefined, sy 146 (2020): 187-218. <http://search/yayin/detay/378492>.
- Kurtulan Güner, Gökçe. "Karşılaştırmalı Bir Bakış Açısıyla İleriye Dönük Hasta Direktifleri ve Türk Hukuku İçin Öneriler". *İstanbul Hukuk Mecmuası* 79, sy 2 (29 Temmuz 2021): 409-39. <https://doi.org/10.26650/MECMUA.2021.79.2.0002>.
- Kutner, Luis. "Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal". *44 Indiana Law Journal* 539 (1969) 44, sy 4 (01 Temmuz 1969). <https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>.
- Lanken, Paul N., Peter B. Terry, Diane C. Adler, Jo Ann Brooks-Brunn, Stephen W. Crawford, Marion Danis, Anthony J. Fedullo, vd. "Fair allocation of intensive care unit resources. American Thoracic Society". *American journal of respiratory and critical care medicine* 156, sy 4 Pt 1 (1997): 1282-1301. <https://doi.org/10.1164/AJRCCM.156.4.ATS7-97>.

- Lascaratos, John, Effie Poulakou-Rebelakou, ve Spyros Marketos. "Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition?" *Journal of medical ethics* 25, sy 3 (1999): 254-58. <https://doi.org/10.1136/JME.25.3.254>.
- Lassen, H. C.A. "A PRELIMINARY REPORT ON THE 1952 EPIDEMIC OF POLIOMYELITIS IN COPENHAGEN WITH SPECIAL REFERENCE TO THE TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INSUFFICIENCY". *The Lancet* 261, sy 6749 (03 Ocak 1953): 37-41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(53\)92530-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(53)92530-6).
- Liu, Shu Mei, Hung Ru Lin, Frank L. Lu, ve Tzu Ying Lee. "Taiwanese parents' experience of making a 'do not resuscitate' decision for their child in pediatric intensive care unit". *Asian nursing research* 8, sy 1 (2014): 29-35. <https://doi.org/10.1016/J.ANR.2013.12.002>.
- Marckmann, Georg, Gerald Neitzke, Jan Schildmann, Andrej Michalsen, Jochen Dutzmann, Christiane Hartog, Susanne Jöbges, vd. "[Decisions on the allocation of intensive care resources in the context of the COVID-19 pandemic : Clinical and ethical recommendations of DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGNI, DGP, DGP and AEM. German version]." *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 115, sy 6 (01 Eylül 2020): 477-85. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00708-w>.
- Martin, Beth, ve Lars Mathisen. "Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study - PubMed". *Am J Crit Care*, 2005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15728955/>.
- May, Carl, Michelle Myall, Susi Lund, Natasha Campling, Sarah Bogle, Sally Dace, ve Alison Richardson. "Managing patient preferences and clinical responses in acute pathophysiological deterioration: What do clinicians think treatment escalation plans do?" *Social science & medicine* (1982) 258 (01 Ağustos 2020). <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2020.113143>.
- McArdle, Edward F. "New York's Do-Not-Resuscitate law: groundbreaking protection of patient autonomy or a physician's right to make medical futility determinations? - PubMed". *DePaul J Health Care Law*, 2002, 55-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15069975/>.
- McCullough, Laurence B., ve Albert R. Jonsen. "Bioethics education: Diversity and critique". *Journal of Medicine and Philosophy* (United Kingdom) 16, sy 1 (1991): 1-4. <https://doi.org/10.1093/JMP/16.1.1>.
- McKie, John, ve Jeff Richardson. "The Rule of Rescue". *Social Science and Medicine* 56, sy 12 (2003): 2407-19. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00244-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00244-7).
- Melia, Kath. *Health Care Ethics*. First. London: SAGE Publications, 2006.
- Mentzelopoulos, Spyros D., Anne Marie Slowther, Zoe Fritz, Claudio Sandroni, Theodoros Xanthos, Clifton Callaway, Gavin D. Perkins, vd. "Ethical challenges in resuscitation". *Intensive care medicine* 44, sy 6 (01 Haziran 2018): 703-16. <https://doi.org/10.1007/S00134-018-5202-0>.
- Metaxa, Victoria. "End-of-Life Issues in Intensive Care Units". *Seminars in respiratory and critical care medicine* 42, sy 1 (01 Şubat 2021): 160-68. <https://doi.org/10.1055/S-0040-1710370>.
- Michalsen, Andrej, Nicholas Sadovnikoff, ve Jozef Kesecioglu. *Ethics in Intensive Care Medicine*. 1. bs. C. 1. Cham, Switzerland: European Society of Intensive Care Medicine, 2023.
- Mockford, Carole, Zoë Fritz, Rob George, Rachel Court, Amy Grove, Ben Clarke, Richard Field, ve Gavin D. Perkins. "Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation". *Resuscitation* 88 (01 Mart 2015): 99-113. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2014.11.016>.

- Moon, Jae Young, ve Ju Ock Kim. "Ethics in the Intensive Care Unit". *Tuberculosis and Respiratory Diseases* 78, sy 3 (01 Temmuz 2015): 175. <https://doi.org/10.4046/TRD.2015.78.3.175>.
- Moreland, J.P. "James Rachels and the Active Euthanasia Debate". *Evangelical Theological Society*, 1988, 81-90.
- Morrell, Kevin, ve Frederik Dahmann. "Aristotle in the Anthropocene: The comparative benefits of Aristotelian virtue ethics over Utilitarianism and deontology". *The Anthropocene Review* 10, sy 3 (01 Aralık 2023): 615-35. <https://doi.org/10.1177/20530196221105093>.
- Moss, A. H. "Should alcoholics compete equally for liver transplantation?" *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 265, sy 10 (13 Mart 1991): 1295-98. <https://doi.org/10.1001/JAMA.265.10.1295>.
- Muzur, A., ve I. Rinčić. "Two kinds of globality: a comparison of Fritz Jahr and Van Rensselaer Potter's bioethics". *Global Bioethics* 26, sy 1 (02 Ocak 2015): 23-27. <https://doi.org/10.1080/11287462.2015.1007616>.
- Nightingale, Florence. *Notes on Hospitals*. 3rd editio. London: Longman, Green, Longman, Roberts&Green, 1863.
- Noah, Barbara A., ve Neal R. Feigenson. "Avoiding Overtreatment at the End of Life: Physician-Patient Communication and Truly Informed Consent". *Pace Law Review* 36, sy 3 (03 Ağustos 2016): 737. <https://doi.org/10.58948/2331-3528.1927>.
- OECD. "Tackling Wasteful Spending on Health". *Tackling Wasteful Spending on Health*, 10 Ocak 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-EN>.
- OĞUZ, N. Yasemin. "Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 3, sy 2 (1995): 59-65. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-klinik-uygulamada-hekim-hasta-iliskisi-44472.html>.
- Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği (2022). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/12/20221209-3.htm>.
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, Pub. L. No. 2238 (1979). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2238&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>.
- Ögenler, Oya, ve Ahmet AKSU Özet. "Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi " 10, sy 4 (2023): 147-56.
- Ögenler, Oya, ve Ahmet Aksu. "Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi Quantitative Investigation of Departments, Academic Staff and Graduate Theses in the Field of History of Medicine and Ethics in Turkey" 10, sy 4 (2023): 147-56.
- Örs, Y. "Geçmişte ve Günümüzde Hekim Hasta İlişkisi". *Tıp Dünyası*, 1975, 224-30.
- Özcan, Burcu G, ve Çağlar Özel. "Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 10, sy 1 (01 Şubat 1992): 49-73. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/7561/99365>.
- Özcengiz, Dilek. (2020) "Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımında İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- Özçiftçi, Seçil, ve Çağatay Üstün. “Hasta Hakları ve Ölme Hakkı: Masum Bir Hak ya da Suistimal * Patient Rights and The Right to Die in Dignity: An Innocent Right or Abuse”. *Lokman Hekim Dergisi*, 2019. <https://doi.org/10.31020/mutftd.579188>.
- Özen, Muharrem, ve Meral Ekici Şahin. “Ötanazi **”.
- Palabıyık, Onur. “Beyin Ölümü Tanısı Alan Hastaların Retrospektif Analizi”. *Online Turkish Journal of Health Science*, 2020, 631-40. <https://doi.org/10.26453/otjhs.806855>.
- Pallis, C. “Whole-brain death reconsidered--physiological facts and philosophy”. *Journal of medical ethics* 9, sy 1 (1983): 32-37. <https://doi.org/10.1136/JME.9.1.32>.
- Pappas, Demetra M. “Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide”. *British medical bulletin* 52, sy 2 (1996): 386-93. <https://doi.org/10.1093/OXFORDJOURNALS.BMB.A011554>.
- Parent, Brendan, Jorge L. Rivera-Agosto, ve B. Corbett Walsh. “Legal Foundation for Crisis Clinical DNR Orders”. *Journal of general internal medicine* 36, sy 10 (01 Ekim 2021): 3210-11. <https://doi.org/10.1007/S11606-021-06797-3>.
- “Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC”. *Resuscitation* 46, sy 1-3 (23 Ağustos 2000): 17-27. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(00\)00270-7](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(00)00270-7).
- Perin, Marta, ve Ludovica De Panfilis. “Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19”. *BMC medical ethics* 22, sy 1 (01 Aralık 2021). <https://doi.org/10.1186/S12910-021-00603-9>.
- Perren, A, D Corbella, E Iapichino, V Di Bernardo, A Leonardi, R Di Nicolantonio, C Buschbeck, L Boegli, A Pagmanenta, ve R Malacrida. “Physical restraint in the ICU: does it prevent device removal? ”. *Minerva Anestesiologica*, 2015, 1086-95. <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2015N10A1086>.
- Pieper, A. *Etiğe Giriş*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999.
- Portanova, Jaclyn, Krystle Irvine, Jae Yoon Yi, ve Susan Enguidanos. “It isn’t like this on TV: Revisiting CPR survival rates depicted on popular TV shows”. *Resuscitation*. Elsevier Ireland Ltd, 01 Kasım 2015. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2015.08.002>.
- Potter, Van Rensselaer. *Bioethics Bridge to the Future*. USA: Prentice-Hall, 1971. https://pages.uoregon.edu/nmorar/Nicolae_Morar/Phil335Fall15_files/Potter_BioethicsTheScienceofSurvival.pdf.
- Quenot, J. P., J. P. Rigaud, S. Prin, S. Barbar, A. Pavon, M. Hamet, N. Jacquot, vd. “Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices”. *Intensive care medicine* 38, sy 1 (2012): 55-61. <https://doi.org/10.1007/S00134-011-2413-Z>.
- Rachels, James. “Active and Passive Euthanasia”. *New England Journal of Medicine* 292, sy 2 (09 Ocak 1975): 78-80. <https://doi.org/10.1056/NEJM197501092920206>.
- Reisner-Sénélar, Louise. “The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen’s records”. *Intensive care medicine* 37, sy 7 (Temmuz 2011): 1084-86. <https://doi.org/10.1007/S00134-011-2235-Z>.

- Rigaud, Jean Philippe, Fiona Ecarnot, ve Jean Pierre Quenot. "Patient Information and Consent for Care in the Intensive Care Unit". *Healthcare (Basel, Switzerland)* 11, sy 5 (01 Mart 2023). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE11050707>.
- Robertson-Steel, Iain R.S. "Evolution of triage systems". *Emergency medicine journal : EMJ* 23, sy 2 (01 Şubat 2006): 154-55. <https://doi.org/10.1136/EMJ.2005.030270>.
- Roemer, John E. *Theories of Distributive Justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- Rosenbaum, Lisa. "[Facing Covid-19 in Italy: ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line]." *Recenti progressi in medicina* 111, sy 4 (01 Nisan 2020): 192-97. <https://doi.org/10.1701/3347.33179>.
- Rubin, Susan B. "If we think it's futile, can't we just say no?" *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 19, sy 1 (Mart 2007): 45-65. <https://doi.org/10.1007/S10730-007-9031-8>.
- Ryder-Lewis, Michelle. "Going home from ICU to die: a celebration of life". *Nursing in critical care* 10, sy 3 (01 Mayıs 2005): 116-21. <https://doi.org/10.1111/J.1362-1017.2005.00117.X>.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. "Sağlıkta Kalite Standartları Hastane". www.pozitifmatbaa.com.
- Salehi, Zahra, Tahereh Najafi Ghezalje, Fatemeh Hajibabae, ve Soodabeh Joolae. "Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses". *Nursing ethics* 27, sy 2 (01 Mart 2020): 598-608. <https://doi.org/10.1177/0969733019858711>.
- Sandroni, Claudio, Sonia D'Arrigo, ve Jerry P. Nolan. "Prognostication after cardiac arrest". *Critical care (London, England)* 22, sy 1 (05 Haziran 2018). <https://doi.org/10.1186/S13054-018-2060-7>.
- Sarıtaş, A. "Yoğun Bakımda Trakeostomi Uygulaması". İçinde *Olgularla Yoğun Bakım Protokelleri*, 69-79. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2019.
- Savage, ve Browne. "Dialysis Rationing and the Just Allocation of Resources: An Historical Primer".
- Sayım, Ferhat. "Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları". İçinde *Sağlık Piyasası ve Etik*, 51-63. MKM yayıncılık, 2011. <file:///Users/seymasayit/Downloads/TibbiEtikveDeontology.pdf>.
- Sehrawala, Fatma Betül. "Hukuk, Ahlak ve Etik İlişkisi *". *Eskişehir Barosu Dergisi*, 2023, 253-84.
- Seymour, J.E. *Critical Moments: Death and Dying in Intensive Care*. Open University Press, 2000.
- Sibbald, Robert, James Downar, ve Laura Hawryluck. "Perceptions of 'futile care' among caregivers in intensive care units". *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 177, sy 10 (11 Kasım 2007): 1201. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.070144>.
- Smith, Gary, ve Mick Nielsen. "ABC of intensive care: Criteria for admission". *BMJ : British Medical Journal* 318, sy 7197 (06 Haziran 1999): 1544. <https://doi.org/10.1136/BMJ.318.7197.1544>.
- Smith, Gary, ve Mick Nielsen. "Criteria for admission". *BMJ : British Medical Journal* 318, sy 7197 (05 Haziran 1999): 1544. <https://doi.org/10.1136/BMJ.318.7197.1544>.
- Smithard, David, ve Rhea Randhawa. "Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review". *The New Bioethics* 28, sy 1 (02 Ocak 2022): 68-82. <https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979>.

- Society of Critical Care Medicine. "Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage". *Crit. Care Med*, 1999. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s003900050275.pdf>.
- Sorta-Bilajac, Iva, K. Baždarić, B. Brozović, ve G. J. Agich. "Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice". *Journal of medical ethics* 34, sy 6 (01 Haziran 2008): 450-55. <https://doi.org/10.1136/JME.2007.021402>.
- Sprung, C. L., L. A. Eidelman, ve A. Steinberg. "Is the physician's duty to the individual patient or to society?" *Critical care medicine* 23, sy 4 (1995): 618-20. <https://doi.org/10.1097/00003246-199504000-00004>.
- Sprung, Charles L., Robert Cohen, ve Bruria Adini. "Chapter 1. Introduction. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster". *Intensive care medicine* 36 Suppl 1, sy SUPPL. 1 (Nisan 2010). <https://doi.org/10.1007/S00134-010-1760-5>.
- Sprung, Charles L., Simon L. Cohen, Peter Sjökvist, Mario Baras, Hans Henrik Bulow, Seppo Hovilehto, Didier Ledoux, vd. "End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study". *JAMA* 290, sy 6 (13 Ağustos 2003): 790-97. <https://doi.org/10.1001/JAMA.290.6.790>.
- Sprung, Charles L., Marion Danis, Mary Ann Baily, Donald B. Chalfin, T. Forcht Dagi, Fidel Davila, Michael De Vita, vd. "Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients". *JAMA* 271, sy 15 (20 Nisan 1994): 1200-1203. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1994.03510390070032>.
- Sprung, Charles L., Marion Danis, Gaetano Iapichino, Antonio Artigas, Jozef Kesecioglu, Rui Moreno, Anne Lippert, vd. "Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy". *Intensive care medicine* 39, sy 11 (01 Kasım 2013): 1916-24. <https://doi.org/10.1007/S00134-013-3033-6>.
- Sprung, Charles L., Gavin M. Joynt, Michael D. Christian, Robert D. Truog, Jordi Rello, ve Joseph L. Nates. "Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival*". *Critical Care Medicine* 48, sy 8 (01 Ağustos 2020): 1196. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410>.
- Sprung, Charles L., Paulo Maia, Hans Henrik Bulow, Bara Ricou, Apostolos Armaganidis, Mario Baras, Elisabet Wennberg, vd. "The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units". *Intensive care medicine* 33, sy 10 (2007): 1732-39. <https://doi.org/10.1007/S00134-007-0693-0>.
- Sprung, Charles L., Bara Ricou, Christiane S. Hartog, Paulo Maia, Spyros D. Mentzelopoulos, Manfred Weiss, Phillip D. Levin, vd. "Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016". *JAMA* 322, sy 17 (05 Kasım 2019): 1692-1704. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2019.14608>.
- "Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). IV. Life support units." *Journal of the American Medical Association* 227, sy 7 (18 Şubat 1974).
- Suliman, Mohammad, Sami Aloush, ve Khitam Al-Awamreh. "Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint". *Nursing in critical care* 22, sy 5 (2017). <https://doi.org/10.1111/NICC.12303>.
- Süren, Özlem K. "Organ ve Doku Naklinin Yasal ve Etik Açısından İncelenmesi". *TBB Dergisi* 73 (2007): 174-95.

- Szasz, Thomas S., ve Marc H. Hollender. "A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship". *A.M.A. archives of internal medicine* 97, sy 5 (1956): 585-92. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.1956.00250230079008>.
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Pub. L. No. 1219 (1912). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219-20141119.pdf>.
- Talmor, Daniel, Nathan Shapiro, Dan Greenberg, Patricia W. Stone, ve Peter J. Neumann. "When is critical care medicine cost-effective? A systematic review of the cost-effectiveness literature". *Critical Care Medicine* 34, sy 11 (Kasım 2006): 2738-47. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000241159.18620.AB>.
- Tang, Wanchun, ve Shijie Sun. "Max Harry (Hal) Weil - A leader, mentor, friend, and wonderful colleague". *Resuscitation* 82, sy 12 (Aralık 2011): 1481-82. <https://doi.org/10.1016/J.RESUSCITATION.2011.09.002>.
- Teixeira, Carla, Orquídea Ribeiro, António M. Fonseca, ve Ana Sofia Carvalho. "Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses". *Journal of medical ethics* 40, sy 2 (2014): 97-103. <https://doi.org/10.1136/MEDETHICS-2012-100619>.
- Tel, Hatice. "Yoğun Bakım Ünitelerinde Sık Karşılaşılan Etik Sorunlar". *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 1, sy 1 (09 Şubat 2012): 30-38. <http://chd.cumhuriyet.edu.tr/tr/pub/cumunuji/issue/4316/57767>.
- TERZİOĞLU, Arslan. "Euthanasie (Ötenazi) ve Getirdiği Etik Sorunlar". *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History* 2, sy 1 (1994): 16-21. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-euthanasie-otenazi-ve-getirdigi-etik-sorunlar-44511.html>.
- The Facility Guidelines Institute. *Guidelines for Design and Construction of Hospitals*, 2022. <https://www.fgiguideines.org/guidelines/editions/>.
- Thobaben, M, ve C Proctor. "Patient Self-Determination Act: Advocating for the Patient's Wishes". *Home Care Provid*, 1996, 157-58.
- Thomasma, David C. "Chapter 2 THEORIES OF MEDICAL ETHICS: THE PHILOSOPHICAL STRUCTURE INTRODUCTION A Definition of Medical Ethics An Analysis of Ethical Judgments"
- Thompson, Dan R., D. Kirk Hamilton, Charles D. Cadenhead, Sandra M. Swoboda, Stephanie M. Schwindel, ve Diana C. Anderson. "Guidelines for intensive care unit design". *Critical Care Medicine*, 2012, 1586-1600. https://journals.lww.com/ccmjjournal/fulltext/2012/05000/guidelines_for_intensive_care_unit_design_26.aspx.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960).
- Toptas, Mehmet, Nilay Sengul Samanci, Ebrahim Akkoc, Esmâ Yucetas, Egemen Cebeci, Oznur Sen, Mehmet Mustafa Can, ve Savas Ozturk. "Factors Affecting the Length of Stay in the Intensive Care Unit: Our Clinical Experience". *BioMed research international* 2018 (2018). <https://doi.org/10.1155/2018/9438046>.
- Truog, Robert D., Christine Mitchell, ve George Q. Daley. "The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic". *The New England journal of medicine* 382, sy 21 (21 Mayıs 2020): 1973-75. <https://doi.org/10.1056/NEJMP2005689>.

- Tseng, Po En, ve Ya Huei Wang. "Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, sy 16 (02 Ağustos 2021): 8565. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168565>.
- TTB. *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*, 2020. <http://www.ttb.org.tr>.
- TTB. "Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge | TTB", 2020. https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=7269de24-9040-11ea-9b7d-6d38d16eb233.
- Tunçay, Güzin Yasemin, ve Hülya Uçar. "Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri Opinions of Patients on Physical Environmental Features of Intensive Care Units (Araştırma)", 2010, 33-46.
- Tunçer, Polat. "Tıbbi Etik ve Hukuk". *Asos Journal*, sy 76 (2018). <https://asosjournal.com/DergiTamDetay.aspx?ID=13992>.
- Turgay, Ayse San, Dilek Sari, ve Rabia Ekti Genc. "Physical restraint use in Turkish intensive care units". *Clinical nurse specialist CNS* 23, sy 2 (Mart 2009): 68-72. <https://doi.org/10.1097/NUR.0B013E318199125C>.
- TÜRK MEDENİ KANUNU, Pub. L. No. 4721 (2001).
- "Türk Tabipler Birliği, Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları". *Türk Kardiyol Dern Arş*, Haziran 2008, 51-65.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Pub. L. No. 2709. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>.
- TYBD. *Afetlerde Rolümüz*. Editör Namigar Turgut ve Dilek Özcengiz, 2025.
- UNESCO. *Biyoetik kurulların olusturulması*. Editör Yeşim Işıl Ülman. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu, 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_tur.
- UZEL, İlter. "Tıp Etiği Eğitimi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2, sy 3 (1994): 121-26. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-tip-etigi-egitimi-44543.html>.
- ÜNVER, Yener. "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?" *Türkiye Klinikleri Forensic Medicine - Special Topics* 5, sy 2 (2019): 53-61. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-izinsiz-yasatmak-haksizlik-olabilir-mi-85973.html>.
- Üstün, Çağatay, ve Gülsün Ayhan Aygörmez Uğurlubay. "Sağlık Hukukunda Bireyin Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı ve Bu Hakkın Etik Açısından Değerlendirmesi", 2014. <https://www.jurix.com.tr/article/3591?u=0&c=0>.
- Veatch, Robert M., ve Spicer Cm. "Futile care. Physicians should not be allowed to refuse to treat. Point." *Health progress (Saint Louis, Mo.)*, 1993.
- Venneman, S. S., P. Narnor-Harris, M. Perish, ve M. Hamilton. "'Allow natural death' versus 'do not resuscitate': three words that can change a life". *Journal of medical ethics* 34, sy 1 (Ocak 2008): 2-6. <https://doi.org/10.1136/JME.2006.018317>.
- Vergano, Marco, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe R. Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraretti, Luigi Riccioni, ve Flavia Petrini. "Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic". *Critical care (London, England)* 24, sy 1 (22 Nisan 2020). <https://doi.org/10.1186/S13054-020-02891-W>.

- Veshi, Denard, ve Gerald Neitzke. "Council of Europe: Guide on the Decision-making Process Regarding Medical Treatment in End-of-situations". *Medical Law International* 16, sy 1-2 (22 Temmuz 2016): 94-102. <https://doi.org/10.1177/0968533216659785>.
- Vincent, J. L., A. Artigas, D. Bihari, R. B. Carrington da Costa, D. Edwards, P. Ferdinande, G. Iapichino, vd. "Guidelines for the utilisation of intensive care units. European Society of Intensive Care Medicine". *Intensive care medicine* 20, sy 2 (Şubat 1994): 163-64. <https://doi.org/10.1007/BF01707674>.
- Vincent, Jean Louis. "Critical care--where have we been and where are we going?" *Critical care (London, England)* 17 Suppl 1, sy 1 (12 Mart 2013): 1-6. <https://doi.org/10.1186/CC11500/FIGURES/2>.
- Vural, A. "Tıbbi Yaşam Desteği Olarak Mekanik Ventilatörden Ayırma". *Adli Bilimler Dergisi*, 2018. <https://www.jurix.com.tr/article/13956?u=0&c=0>.
- Wang, Ke, Zhiguo Zhang, Muqing Yu, Yu Tao, ve Min Xie. "15-day mortality and associated risk factors for hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China: an ambispective observational cohort study". *Intensive care medicine* 46, sy 7 (01 Temmuz 2020): 1472-74. <https://doi.org/10.1007/S00134-020-06047-W>.
- Warlan, Heather, ve Lois Howland. "Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: importance of nurses' involvement". *Critical care nurse* 35, sy 3 (2015): 44-52. <https://doi.org/10.4037/CCN2015758>.
- White, Douglas B., Mitchell H. Katz, John M. Luce, ve Bernard Lo. "Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions". *Annals of internal medicine* 150, sy 2 (01 Ocak 2009): 132. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011>.
- White, Douglas B., ve Bernard Lo. "A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic". *JAMA* 323, sy 18 (12 Mayıs 2020): 1773-74. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2020.5046>.
- White, Douglas B., ve Bernard Lo. "Mitigating Inequities and Saving Lives with ICU Triage during the COVID-19 Pandemic". *American journal of respiratory and critical care medicine* 203, sy 3 (01 Şubat 2021): 287-95. <https://doi.org/10.1164/RCCM.202010-3809CP>.
- White, Margot L., ve John C. Fletcher. "The Patient Self-Determination Act. On balance, more help than hindrance". *JAMA* 266, sy 3 (17 Temmuz 1991): 410-12. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1991.03470030110035>.
- WHO. "Palliative care". <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Wilkinson, Dominic J.C., ve Julian Savulescu. "Knowing when to stop: futility in the intensive care unit". *Current opinion in anaesthesiology* 24, sy 2 (Nisan 2011): 160. <https://doi.org/10.1097/ACO.0B013E328343C5AF>.
- Williams, John R. *Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı*. C. 3. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2015.
- Williams, John R. "Tıp Etiği Nedir". İçinde *Dünya Tabipleri Birliği Tıp Etiği El Kitabı*, 16. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2015.
- World Medical Association. "Declaration of Rancho Mirage on Medical Education". Madrid, Ekim 1987.

- Wray, Charlie M., ve Lawrence K. Loo. "The Diagnosis, Prognosis, and Treatment of Medical Uncertainty". *Journal of Graduate Medical Education* 7, sy 4 (01 Aralık 2015): 523. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00638.1>.
- "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ". *Resmi Gazete*, 2011.
- Yazar, Mehmet Akif, Betül Kozanhan, ve İlksen Eğilmez. "Beyin Ölümü Tanısı". İçinde *Olgularla Yoğun Bakım Protokolleri*, editör Nimet Şenoğlu, 877-87. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2019.
- Yıldız, Abdullah, Rukiye Kaya, ve Serap Şahinoğlu. "Biyotetik Teriminin Ortaya Çıkışı ve Türkiye'deki Yansımaları * The Dawn of the Term of Bioethics and Its Reflections in Turkey". <https://doi.org/10.31020/mutftd.901150>.
- Yıldız, Emel, Emre Tokur, Özlem Öner, ve Tayfun Aydın. "Hastaların Yoğun Bakım Ünitelerinden Taburcu Edilememe Nedenleri ve Maliyeti". <https://doi.org/10.17944/mkutfd.605834>.
- YILMAZ, Özlem, ve Gülistan BAHAT. "Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis". *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics* 5, sy 2 (2019): 32-44. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-yasli-da-hastane-temelli-palyatif-bakim-ve-hospis-85473.html>.
- Yönt, Gülendam Hakverdioğlu, Esra Akin Korhan, Berna Dizer, Fatma Gümüş, ve Rukiye Koyuncu. "Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices". *Holistic nursing practice* 28, sy 2 (Mart 2014): 85-90. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000013>.
- Yücel, Özge. *Ayırt Etme Gücünden Yoksun Kişiler Adına Alınan Tıbbi Kararlarda Özerklik Hakkının Korunması ve Hasta Talimatları*. Seçkin Yayıncılık, 2018.
- Zilberberg, Marya D. "Understanding cost-effectiveness in the ICU". *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 31, sy 1 (2010): 13-18. <https://doi.org/10.1055/S-0029-1246282>.