

Tıbbi Etik'te "Adalet İlkesi"

THE PRINCIPLE OF JUSTICE IN MEDICAL ETHICS

Dr.Erdem AYDIN*, Dr.Nermin ERSOY**

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji (Tıbbi Etik) ABD, ANTALYA

** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi, İSTANBUL

ÖZET

"Adalet ilkesi" bireyleri toplumsal ve tıbbi olanaklardan adil olarak yararlanmalarını öngörür. Uygulamadaki sorun, sağlık hizmetlerinde olan sınırlı kaynakların nasıl paylaşılacağı ya da dürüstçe paylaşırabilmek için uygun ve kesin ölçütler olup olmadığıdır.

Sağlık çalışanları bu sınırlı tıbbi kaynaklardan kimlerin yararlanacağına karar verme durumunda kalmaktadırlar. Böylece, sağlık çalışanları belirlenmiş olan adalet ölçütlerini kullanmaları durumunda etik ikilemler ile karşılaşmaktan sakınabileceklerdir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi etik, Klinik etik, Adalet, Adalet ilkesi, Dağıtıcı adalet

SUMMARY

The principle of justice refers to utilize from social utility and medical utility of persons as a just or an equal. One difficult question at practical is how will be share of limited resources to health care? Is there a relevant and decisive criterion for to distribute fairly?

Health-care professionals often must decide which person will receive some available medical resource that cannot be provided to everyone who needs it.

If the health-care professionals should be use some criterion which has been determined, they could not be confront with thus ethical dilemmas.

Key Words: Medical ethics, Clinical ethics, Justice, Principle of justice, Distributive justice

Bilindiği gibi, "adalet" kavramının yaygın biçimde kullanımı daha çok hukuk alanında olmaktadır. Bununla birlikte "adalet"i yalnızca bu alana ait bir kavram olarak düşünemeyiz. İnsan ve toplum yaşamı en ince ayrıntılarına kadar bu kavramın örgüsü ile örülmüştür.

Günümüzde adalet kavramının yaygın olarak kullanılmaya başlandığı alanlardan biri hiç kuşkusuz sağlık uğraşları; daha doğru bir anlatımla sağlık uğraşlarında değer sorunlarının ele alındığı tıbbi etik (Biyoetik) alanıdır.

ADALET KAVRAMI

"Adalet" sözcüğünün taşıdığı anlam yükü "doğruluk", "hak etme", "hak kazanma" gibi anlatımlarla dile getirilebilse de gerçekte bunlar arasında içeriksel ayrımlar söz konusudur. Bunlardan herbirinin adalet kavramının tam karşılığı olduğu söylenememektedir (1,2).

Utilitarian (yararcı) görüş sisteminde adalet ilkesi, toplum genelinden yola çıkılarak ele alınmaktadır. Buna göre toplumun geneline sağlanan adalet sonuçta bireye de yansımaktadır. Egaliten (eşitlikçi) "adalet" anlayışı ise, bireylerin toplumsal-ekonomik niteliklerine bakıl-

maksızın yalın bir eşitliği öngörmektedir. Öte yandan Libertarian görüş, bunun aksi durumu yani bireylerin toplumsal-ekonomik özelliklerine öncelik verilerek sağlanan adaleti benimsemektedir (1,2).

Günümüze yakın bir tarihte ise (1971) John Rawls klasik adalet anlayışlarını yeniden derleyerek yeni bir adalet anlayışı geliştirmiştir. Buna göre adalet; 1) Temel özgürlüklerin toplum bireylerine eşit biçimde sağlanması (konuşma, vicdan, siyasal katılım özgürlüğü vb.). 2) Fırsat eşitliğine olanak tanınması (benzer yetenek ve benzer becerilere sahip insanların toplumsal olanaklara eşit ulaşma fırsatı). 3) Toplumsal-ekonomik kurumların yararlılık öngörüsüyle meydana getirilmiş olması gerekmektedir (1,2,3,4).

Bu bağlamda, söz konusu adalet görüşlerinin ışığında adalet kavramının sağlık uğraşlarında yaşama geçirilmesi için bazı saptamalar yapmamız gerekmektedir. 1) Sağlık hakkı var mıdır? 2) Sağlık hakkının öteki haklarla olan ilişkisi nedir? 3) Bireyin sağlık hakkının kullanımı ile sağlık hizmetlerinin sunum biçimi arasındaki ilişkinin niteliği nedir? 4) Uygulanmakta olan sağlık siyasal ve hizmetlerinin adaletli ya da adaletsiz olup olmadığına nasıl karar verilebilir? (3)

ADALET İLKESİ

Toplum yaşamında her bireyin yararına olan, özgürlük-fırsat, gelir-esenlik gibi birey öz saygısına dayanan değerlerin eşit biçimde dağıtılması gerekmektedir. Bu dağıtımın eşit olmayan biçimde olması "adaletsiz" sözcüğüyle tanımlanabilecek istenmeyen bir durumla sonuçlanmaktadır. Dolayısıyla adalet ilkesi, hak ve ödevlerin kararlaştırılıp belli bir sözleşmeye oturtulmasını ve toplumsal-ekonomik yararların dağıtımının düzenlenmesini esas almaktadır (5).

Öte yandan, "adalet ilkesi"nin içinde iki ayrı kavram varlığını hissettirmektedir. Bunlardan birincisi; bireylerin seçme, konuşma, vicdan, düşünce özgürlükleri gibi temel haklarının; ikincisi ise. esenlik, gelir, fırsat eşitliği, yetki ve sorumluluk gibi toplumsal olanakların paylaşımında eşitliğin sağlanmasının gereklilik ya da zorunluluğudur (5).

Bunun yanında adaletin dağıtımı, toplumsal kazanım ve yükümlülüklerinin eşit biçimde paylaşımı ile ilgilidir. Örneğin sağlık bakımının eşit biçimde dağılımı yanında, alınan vergilerin de eşit biçimde paylaşılması gibi (3,5).

Bu noktada adalet kavramıyla ilgili olarak "adalet" ve konu alanımızı geniş ölçüde tüketen "dağıtıcı adalet" teriminin klasik ve çağdaş etik alanında nasıl kullanıldığını açıklamak gerekmektedir.

Genel olarak adalet, bireylerin toplumsal kazanım ve yükümlülükler arasında uyumun bulunup bulunmasına dayanır. Etik olarak, bireylerin hak etme ve hak kazanma olgusu, bireyin kendi özelliği ya da konumuna bağlı olduğu gibi, başkalarının onun haklarını artırıcı ya da azaltıcı tutum ve davranışlarda bulunup bulunmasına da bağlıdır (1,2).

Dağıtıcı adalet, toplumsal yükümlülük ve kazanımlar! bireysel nitelik ve konumları doğrultusundaki etik değerlere uygun biçimde dağıtımını öngören bir anlayış biçimidir. Bu anlamda dağıtıcı adaletin sağlanması, bireylerin oluşturdukları güven, ortaya koydukları çaba, karşılıklarına çıkan şans ögesi gibi bireysel özelliklerle ilişkili olarak gerçekleşebilmektedir (1,4,5).

Kısaca "adalet" bireyin isteklerini başkalarının istekleri ile karşılaştırıp haksızlığa fırsat vermeyecek bir sonuca ulaşmaya çalışır. "Dağıtıcı adalet" ise sıklıkla bireysel niteliklerin birbirleriyle karşılaştırılmasını gerektirir (1,2,6).

ADALET İLKESİNİN "BELİRLEYİCİLERİ"

Adaletin uygun biçiminde yaşama aktarılabilmesi, yüzyıllardan beri toplum yaşamının en önemli sorunlarından biri olmuştur. Adaletin eşit biçimde dağıtımını sağlayacak çözüm önerileri insanlık tarihi boyunca değişik biçimlerde sunulagelmıştır.

1984 yılında Jameton, adaletin eşit biçiminde dağıtımında kullanılacak bazı "belirleyici" ilkeler öne sürmüştür. Bu ilkeler:

1. Eşit paylaşma;
2. Bireylerin gereksinimlerine;
3. Bireylerin çabalarına;
4. Bireylerin katılımlarına;
5. Bireylerin hak ettiklerine;

6. Bireysel koşulların, serbest rekabet koşullarıyla olan ilişkisine göre paylaşılması biçimindeki madde-lerde toplanmıştır (2,5,6).

Söz konusu bu ilkelerden ya birini ya da birkaçını yahut tümünün değişik toplumlar tarafından benimsendiği görülmektedir. Benimsedikleri ilkeye göre toplumlar bunlardan kendilerine farklı işlevsel sonuçlar çıkartmaktadırlar. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk ve orta öğrenim olanağı "eşit paylaşım ilkesi"; işsizlik parası, sosyal yardım ve sağlık bakım programlarının "bireyin gereksinimi ilkesi"; iş ve terfilerin dağılımı, çalışmaların başarı ölçüsüne uygun olarak "bireysel hareketme ilkesi"ne göre düzenlenirken, değişik alanlarda bazı bireylere yüksek gelir elde etme olanağının sağlanması birden fazla "belirleyici" ilkenin (3,4,5,6'nci ilkeler gibi) göz önünde bulundurulmasıyla gerçekleştirilmektedir (3,5,6).

Öte yandan öne sürülen bu "belirleyici" ilkeler toplumsal genellik içindeki değişen bireysel durum ve konumlarının niteliğini gözönünde bulundurmaz; yalın eşitlik yaklaşımı içinde, genel-geçer ilkeler olarak işlevsellik kazanmışlardır (5).

TIPTA ADALET İLKESİ

Sağlık alanında adalet ilkesi tıbbi kaynakların (araç-gereçden her türlü hizmete kadar) gereksinimlere göre, eşit ve dürüstçe dağılmış olmasını bekler. Bu ilke sağlık çalışanlarının, çalışmalarında karşılaşıyor oldukları kaynakların dağılımıyla ilgili etik sorunlarına yardımcı olarak bazı yanıtlar getirir.

Adalet ilkesinin sağlık uğraşlarında yaşama geçirilmesi kuşkusuz ilk başta mevcut kaynakların sağlık uğraşlarında acil kullanımı ile ilgilidir. Burada etik yönünden sorunsal olarak gözükken nokta, gerek devlet düzeyinde, gerek halk sağlığı uğraşlarında, gerekse tedavi edici sağlık kurumlarında (hastaneler vb.) tıbbi kaynakların birey ve toplum kesimine adaletli biçimde nasıl paylaşılacağıdır? (7)

Tıbbi olanakların her bireye yeterince sağlanamaması bireyin sağlık hakkını zedelemektedir. Oysa biliyoruz ki, büyük harcamalarla sağlanan çağdaş tıbbi bakımlar çoğunlukla sınırlıdır. Dolayısıyla devlet düzeyinde ekonomik kaynakların ne ölçüde adaletli kullanıldığı ayrı bir sorunsal olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Burada hemen; kaynakların koruyucu sağlık hizmetlerine mi, yoksa tedavi edici tıp hizmetlerine mi aktarılacağı sorunsalı konuya örnek olarak verilebilir.

Öte yandan adalet ilkesinin klinik uygulamalar sırasında, kaynakların adil kullanımı üzerine ortaya çıkan etik çatışma sorunlarında da çözümleyici bir ilke olarak kullanıldığı görülmektedir. "Klinik etik" çalışmalarında çok önemli yeri olan bu ilkenin gereksinim duyulduğu bir çok tıbbi olgu burada konuya örnek olarak verilebilir. Örneğin, bir yoğun bakım birimindeki yatak sayısının sınırlı olması nedeniyle; bunlardan, hangi hastaların ne ölçüde yararlanabileceği ya da diyaliz aracına aynı anda gereksinimi olan hastalar arasında kullanımının nasıl pay edileceği gibi sıkça karşılaşılan etik sorun ikilemelerinde adalet ilkesinin son derece önemli olan çözümleyici işlevleri bulunmaktadır.

Adalet ilkesinin önem kazandığı bir başka konu organ aktarımıdır. Organ aktarımları sırasında ortaya çıkan etik sorunlar, derin tartışmalara konu olan tıp eliğinin özel durumlarından biridir. Örneğin, organ aktarımı yapılacak olan hastaların sırası nasıl belirlenecektir? Tıbbi öyküye göre mi; gereksinime göre mi; başvuru sırasına göre mi; ödeme gücüne göre mi; toplumsal değerine göre mi; yoksa tüm bunların karışımlarından elde edilecek yeni ölçütlere göre mi?

Bilindiği gibi altmışbeş ve daha yukarı yaştaki kimselere yapılan organ aktarımlarında başarı oranı düşüktür, işte bu nedenle organ aktarımlarında yaşın ölçüt olarak alınması ilkimiz doğrultusunda etik sorunlar ortaya koymaktadır. Çünkü, adalet ilkesi insanların kişisel özellikleriyle ilgili (yaş, cinsiyet, ırk, vb.) ölçütleri doğru bulmamaktadır.

Yaş, yalnız organ aktarımlarında değil, tüm tıp uygulamalarında zaman zaman tehlikeli biçimde ölçüt alınmaya başlandığı ileri sürülmektedir. Örneğin yaşamı tehdit altında olan genç bir hasta ile aynı durumda yaşlı bir hastaya canlandırma işleminin hangisinin başlanacağını seçimi gerçek bir etik sorundur (8,9).

Açıktır ki, adalet ilkesi ışığında "yaş"ın tıbbi eylemde ölçüt alınması, kimi zaman "rahat ölüm" (euthanasia) konusuyla yeni bir ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır. Belli yaş kümesini tedaviden yoksun bırakmak bir yerde bizi başlı başına tıbbi etik sorunsalı olan rahat ölüm olgusunun içine çekmektedir. Dahası rahat ölüm olgusunda hastanın onamı, isteği gibi noktalar gözardı edilerek "zorunlu bir rahat ölüme" dönüşmektedir (8). Demek oluyor ki tıbbi kaynakların dağıtılması sırasında eşitliği sağlamak ve haksızlığı önlemek "adalet ilkesi"nin yaşama geçirme yollarında'nbir'olmaktadır. Böylelikle etik değerlerimizin korunması ve geliştirilmesi mümkün olabilecektir.

Konumuzla ilgili bir başka nokta, yoğun bakım ünitelerinde özerklik, yararlılık, kötü davranmama, adalet

gibi temel etik ilkeler arasında çatışmanın pekçok durumda kolayca çözülemiyor oluşudur. Hekimler hastaların en iyi bakımı için bu dört etik ilke arasında denge kurmayı sürdürmek zorundadır. Bazı hekimler hastaları destekleyecek bilimsel-teknik olanakları sonuna kadar sağlama yükümlülüğünü duymalarına karşın, öteki bazı hekimler ise geriye dönüşü olmayan ve büyük harcamalara neden olan böyle bir tedavinin boşuna olduğunu düşünerek tedavinin sonlandırılması ya da hiç uygulanmaması görüşünü adaletle uygun bulmaktadır. Dayandıkları görüşleri nedeniyle kuşkusuz, her iki tarafın da etik yönünden haklı yönleri vardır (5,6).

SONUÇ

Toplumsal her alanda "adalet" ve "adalet ilkesi"ne gereksinim duyulmaktadır. Tıp hizmetlerinin istenen (arzu ve dilek konusu olan) nitelik ve değerde olabilmesi kuşkusuz hizmet dağılımıyla da ilişkilidir. Bu paylaşımın etik değerler ölçüsünde yapılabilmesinin "adalet ilkesinin ölçütlerine uygunluğu ile gerçekleşebileceği ileri sürülmektedir.

Bu nedenle, sağlık çalışanlarının öteki önemli etik ilkeler (özerkliğe saygı, yararlılık, kötü davranmama, aydınlatılmış onam) gibi adalet ilkesini de iyi benimsemiş ve kavrayabilmiş olarak günlük uygulamalarına aktarabilmeleri beklenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Beauchamp Tom L. Philosophical Ethics. 2nd Ed. New York: Mc Graw-Hill Inc, 1991:342-82
2. Beauchamp Tom L. Walters Le Ft. Contemporary Issues in Bioethics. 3rd ed, Belmont: Wadsworth Inc, 1089:28-32.
3. Veatch Robert M. Cros Cultural Perspective in Medical Ethics: Reading. Boston: Jones and Bartlett Pub, 1989:275-95.
4. Kıyak Y. Medical Ethics, istanbul: istanbul Marmara Ürtiv Tıp Fak Yay, 1987:31-5.
5. Silva MC. Etical Decison Making in Nursing Administration. Norwalk: Appleton and Lange, 1990:66' I
6. Beauchamp Tom L, James F, Principles of Biomedical Ethics. 3rd ed. New York: Oxford Uni Press, 1989:256-301.
7. Luce John M. Ethical Principles in Critical Care. JAMA 1990; 263(5):696-700.
8. Hunt Roger W. A Critique of Using Age to Ration Health Care. Journal of Medical Ethics 1993; 19:19-23.
9. Brodeur D. Ethical Principles in Geriatric Nephrology. American of Kidney Disease 1990; 16(4):372-4.

Antik çağda hekimin vazifesinin yalnız hastasına sağlığını kazandırmak değil, aynı zamanda ağrılarını dindirmek olduğu konusu üzerinde durulmuştur (11).

Asurlularda, öleceği sanılan hastaya, hekimin öldürme eylemi uygulaması yasaklanmıştı.

Romalılarda ise hekimin, hastasının acılarına son vermek amacı ile öldürmesi kasden adam öldürmek suçunu meydana getirir ve hastanın rızası hukuka aykırılığı ortadan kaldırmazdı (12).

Eski Yunan'da ağrısı çok olan ve iyileşemeyecek hastaya intihar etmesi için yardım edilir; hekim intiharı kolaylaştırıcı ilaç sağlardı (13).

Hipokrat'ta kendisine atfedilen Corpus Hippocraticum'un Tıbbın Apologie'si bölümünde hekimin sadece hastanın tamamen iyileşmesi yanısıra şiddetli olan ağrılarını dindirmekle de görevli olduğundan bahseder. Ama hekimin tedavi imkanı olmayan hastaları tedaviye kalkışmamasını tavsiye eder. Buna karşın yemin metninde, istek üzerine de olsa hastaya zehir vererek onun hayatına son vermeyi men eder (11).

Platon ise, hekimlerin iyileşebilecek olan hastalara bakmasını fiziki sağlamlığı olmayan hastaların tedavi görmesinin gereksiz olduğunu bildirir (14).

Ortaçağda gerek İslam, gerek Hıristiyan inanç sistemleri euthanasia'yi eleştirmiş ve şiddetle karşı çıkmışlardır.

Rönesansın öncülerinden Fransız Cerrah A.Pare (1510-1590). "Bir insanın yaşaması veya ölmesi hakkında hüküm vermeye yetkili olan ancak Allah'tır. Keza bir hastanın ızdırap çekmesi veya şifa bulması da gene Allah'ın takdirine bağlıdır" demiştir (11).

F.Bacon (1561-1621) pratik ahlakı dinsel kanılardan bağımsız olarak kullananların başında gelir. Kilisenin tek yol olarak gösterdiği dinsel inançlar olmadan da insanı mutluluğa götüreceği pratik davranışların bir sistemini kurmak istemiştir. Aynı zamanda F.Bacon "Euthanasia" sözcüğünü ilk kullananlardandır. F.Bacon'a göre hekimin vazifesi sağlığı iade etmek ve ızdırapı azaltmaktır. ızdırapları azaltmak vazifesi yalnız hastayı iyileştirmekle değil ona kolay ve rahat bir ölüm sağlamakla olur (15).

XVI.yüzyılın düşünürlerinden Thomas Moore (1478-1535) "Ütopia"sında çaresiz ve ızdıraplı hastaların İkna edilerek hayatlarının sonlandırılmasını tavsiye etmiş ve ölmekle hiçbir şey kaybedilmeyeceğini acılardan kurtulunacağı için bunun akıllıca bir davranış olduğunu söylemiştir (14).

1799'da Mısır seferi sırasında vebaya yakalanan askerlerin, hastalığın çaresi olmaması ve orduya ayakbağı olacağı düşüncesi ile öldürülmelerini isteyen Napolyon'un bu emrine ordu hekimleri karşı koyarak bu vahşeti önlemişlerdir (8).

18.yüzyılda doktor Paradys euthanasia'nın özellikleri üzerinde durmuştur. Daha sonra Reil Marx ve Rohlf's'euthanasia sanatını"ruhun doğumu olarak tanımladılar ve bazı yazarların aksine bu konunun bağımsız bir bilim konusu olarak incelenmesi gerektiğini belirttiler.

Bu bilim adamlarından Dr.Cari Friedrich Heinrich Marx ise 1826'da Göttingen Üniversitesinde "Medical Euthanasia" adlı bir tez yazdı ve yayınladı (16).

Utilitarizmin temsilcilerinden biri olan Jeremy Bentham'a (1748-1832) göre bütün canlı varlıklar haza yönelir, haz elde etmek üzere çabalar, insanların davranışları, eylemleri de doğaları gereği böyledir. Bu dünyanın hazlarından yüzçeviren dindar insan bile öbür dünya'da mutluluğa erişmek istemesiyle hazzı arar. Bu kuralın dışında kalan pek az sayıda insan acıyı haza üstün tutar. Ahlaklı kimse, kendi mutluluğunu isteyecek, ancak bunu "çok sayıda insanın çok sayıda mutluluğunu" istemeden gerçekleştiremeyeceğini bilecektir. Bentham'a göre euthanasia ahlaki açıdan doğrudur (17).

John Stuart Mill (1806-1873) Bentham'ın en güçlü mirasçılarında biridir. İyiyi yararlı ile bir tutar, insan, hazzı elde etmek ister, acıdan kaçır. Böylece insan eylemlerinin değer ve değersizliği için haz ile acı ölçü olmakta, eylemlerin objektif bir ölçüsünün bulunduğu inanılmaktadır, insanın kendi bedeni ile ilgili kararlarında öteki otoritelere yer vermeyen Mili de euthanasia'nın lehinedir (14).

1895'te Alman Hukukçu Jost "Öldürme Hukuku" adlı bir kitap hazırladı. Eserde yalnızca ölümü isteyen ümitsiz hastaların öldürülmesi ön görülmüştür. Jost'a göre yaşam bir insan için sıfırdan aşağı bir değer gösterebilir. Çok az ömrü kalan ızdıraplı bir hastanın yaşamının değeri kendi nazarında hiç yok gibidir. Devlet, ya ümitsiz hastaların kolayca ve çabuk intiharı için onlara yardım etmeli ya da her intiharı teşvik etmemek için birkaç doktorun fikri ve hastanın onayını almadan öldürmeye izin vermemelidir. Akıl hastalarının kendi reyleri olamayacağı için bu konuda tereddütler vardır (18).

Yüzyılın başında Emil Durkheim'ın ifade ettiği ahlak anlayışı statiktir. Oysa, topluma bağlı olan, toplumla gelişen ahlak anlayışı dinamiktir ve bu anlayış geleceğin ahlak anlayışını oluşturacaktır. Euthanasia konusunda ise Durkheim insanın yaşama hakkı üzerinde kendisinin karar vermesinde daha elastik davranılmasını savunur.

Her bir insan kendine özgü değerleri olan "eşsiz" bir varlıktır. İnsanın bedensel, ruhsal, sosyal bütünlüğünün korunması, sürdürülmesi ve varlığının çeşitli faktörlerle bozulmasına engel olunması onun "yaşama hakkı"nın içerir. İnsanın temel hakları içinde en önemlisi "yaşama hakkı"dır. Sağlık sisteminin amacı bireyin "temel yaşam hakkı" içinde bütünlüğünü korumaktır.

Hukuk Düzeni ve Euthanasia

Hukuk düzeni; kişiye, yaşamı üzerinde hiç bir şekilde tasarrufta bulunmaya izin vermemiştir. Euthanasia, ceza hukuku bakımından "adam öldürme suçu" teşkil etmektedir. Böyle olmasına karşın iyileşmesi ola-

naksız hastalara acı çekmemeleri için euthanasia'nin gerçekleştirilmesini savunan görüş de mevcuttur. Bu görüşe göre yaşama olanağı kalmamış kişiyi yaşatıp ona acı çektirmeye kimsenin hakkı yoktur. Hastaya rahat bir ölüm sağlamak daha insancıl değerlendirilir. Bu nedenle bazı hukuklarda acı çekmeyi önlemek için kişinin istemi ile öldürülmesi halinde failin cezasının hafifleyeceği kabul edilmiştir (19).

Hekimin euthanasiayı uygulayıp uygulamayacağı, bu olay karşısındaki sorumluluğu hep büyük tartışmaların konusunu oluşturmuştur. Euthanasiayı benimseyen ve acılar içindeki şahsı öldüren kimsenin cezasını hafifleten ilk hukuk kaynağına XVIII.yüzyılın sonlarında Prusya'da rastlanmaktadır. Büyük Frederik zamanında yürürlüğe giren bu kanun can çekişmekte olan hastayı veya yaralıyı iyi niyetle öldüren kimseye taksirle ölüm cezası veriyordu.

Doktrinde pek çok yazar euthanasiayı eleştirmiş, bunun kasden adam öldürme suçundan farklı olmadığını ileri sürmüştür, insan değeri açısından euthanasiaya karşı çıkılarak yaş, sağlık durumu ne olursa olsun hiç bir hayatın diğerinden farklı bir değerde olmadığı, hekimin her durumda ve bütün araçlarla hastayı kurtarmak ve onun hayatını uzatmak zorunda olduğu bildirilmiştir, inanç Sistemleri açısından konuya bakıldığında; İslam dininde bu husus "bir insanı velev ki ölüm döşeğinde bulunsun, velev ki kendi emriyle olsun öldürmek bir cinayettir" olarak belirtilmiştir. Hıristiyanlığa göre de insan vücudunun bir onuru olması, hayat ve gelecek üzerinde tanrının egemenliği bulunması dolayısıyla euthanasia kabul edilmemektedir.

Euthanasianin Kanunlarda Özel Suç Olarak Düzenlenişi

Euthanasiayı benimseyen ve benimsemeyen görüşlerin yanısıra üçüncü bir görüş daha belirlemiştir. Telifçi nitelikteki bu görüşe göre euthanasia kasten adam öldürme suçuna oranla daha hafif bir ceza ile karşılanan ayrı ve bağımsız bir suç teşkil etmelidir. Faildeki ızdıraplara son verme saiki, acıma duygusu ve mağdurun içinde bulunduğu durum itibarıyla faili etkileyişi bu görüşün dayanaklarını meydana getirmektedir.

Çeşitli ülkelerin kanunlarında hep bu görüşün kabul edildiği görülmektedir. Bu kanunlarda euthanasia kasden adam öldürmeye nazaran daha hafif cezalandırılan bir suç olarak düzenlenmiştir. Mağdurun rızası bir unsur olarak ilgili maddelerde açıkça gösterilmektedir (12).

Türk Hukuku ve Euthanasia

Türk Hukukunda euthanasia ile ilgili özel bir hüküm bulunmamaktadır Euthanasia kasden adam öldürme suçu olarak kabul edilmektedir. Bu görüşe göre ceza sorumluluğu yönünden saik, belirli istisnalar dışında dikkate alınmadığından euthanasia halinde failin kasden adam öldürmeye ilişkin maddelerine göre ceza-

landırılması gerekir. Ayrıca şartlan gerçekleştiği zaman taammüdden dolayı suçun cezası artırılacağı gibi, bunun yanısıra failin ve mağdurun özel durumları dolayısıyla yargıç takdiri hafifletici sebep dolayısıyla cezayı indirebilir.

Belgesay ise euthanasiade intihara ikna ve yardım suçunun gerçekleştiğini ileri sürmektedir. Yazara göre hastayı rızası ile öldürenler nihayet onun intiharına yardım etmiş olduklarından suçludurlar.

TCK'nın 454.maddesinde olan intihara ikna ve yardım suçunun meydana gelmesi için, ikna ve yardımının birlikte bulunmaları şart olduğuna göre bu unsurlardan birinin gerçekleşmediği ve fakat hastanın isteği üzerine öldürüldüğü durumlarda kasden adam öldürme suçu meydana gelecektir. Asıl nokta hekimin ikna ve yardım unsurlarını gerçekleştirdiği durumda TCK'nın 448. ve 454. maddelerinden hangisine göre sorumlu olacaktır.

Şayet öldürmede esas fiili hekim yapmışsa, hekim asli maddi fail ise işlenen suç kasden adam öldürmedir. Ancak hekim hastanın fiiline fer'i olarak iştirak etmişse şartlarının gerçekleşmesi halinde intihara ikna ve yardım suçu meydana gelecektir (12,20).

Türk hukuk öğretisinde ölüm anının tesbitinin kesin ve sağlıklı olarak belirlenebilmesi için "kişinin yaşatılması yönünde tüm yollar denenmiş, tüm çabalar harcanmış ve tüm bunlara karşı artık kişinin yaşamayacağını kesinlikle belli olmuş bulunması" gerektiği savunulmuştur.

Yargıtay "ölümün gerçekleşmesi için tüm ana organların görevlerini yitirmiş olması" koşulunu aramaktadır.

insan Hakları Evrensel Bildirisinin 3. ve Avrupa insan Hakları Sözleşmesi'nin 2.maddesinde de tüm açıklığıyla tanımlandığı gibi "yaşama hakkı, kişinin ruhsal ve fiziki bütünlüğünü koruyabilme ve varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilme hakkı"dır. Çağdaş hukuk düzeni ve onun parçası olan Medeni Yasa, rızası olsun veya olmasın yaşama hakkına saldırıyı, kişilik haklarına saldırı olarak kabul etmektedir. Kişi, yaşamı üzerinde hiçbir şekilde tasarruf hakkına sahip değildir. Bu nedenle, büyük acılar içinde kıvranan ve iyileşmesi olanağı olmayan hastalığa yakalanan kimseyi öldürmek (euthanasia) kişilik haklarına saldırı olup: hem adam öldürme suçunu ve hem de hukuki sorumluluğu gerektirir.

insanın yasalarca korunan yaşama hakkı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 14.maddesinde de dile getirilmiştir. "Tabip, hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı durumlarda dahi, ızdırarını azaltmak ve indirmekle yükümlüdür". Bu kuralla, tüm ümitlerin ve olanakların tükendiği, bulunmaoğu durumlarda yapılması gerekenin ne olacağı açıklanmıştır. Hasta olan kişinin yaşama hakkının mutlak olduğu saptanmış ve doktorun çalışma ve eylemini yaşam hakkı ile sınırlandırmıştır.

Zorunlu olan tıbbi yardımın reddedilmesi durumunda, hasta ölürse "adiyen adam öldürme" (TCK 448) suçunun oluşma olanağı da vardır.

Kişilik hakkına saldırı niteliğindeki eylemler, kural olarak hukuka aykırı olduğuna göre "kişinin beden bütünlüğünü ortadan kaldıran ve sağlığını tehlikeye düşüren sözleşmeler (euthanasia) Borçlar Yasası'nın 20.maddesine göre mutlak geçersizdir".

Hukuk, hastanın veya yakınlarının rızası da olsa yaşama son verme hakkını (dinmeyen acılara son verme amacıyla da olsa) doktora vermemiştir.

Ülkemizde hukuk düzeninin euthanasia amaçlı eylemler için hukuki ve cezai sorumluluğu öngördüğü unutulmamalıdır. Son zamanlarda basında çıkan haberler "bu konunun ülkemizde ve diğer ülkelerde insani amaçları aşarak kötüye kullanıldığını" da ortaya koymaktadır.

Türk Tabipleri Birliği sorunu "bizim görevimiz hastayı öldürmek değil, yaşatmaktır, duyarsak yaparı meslekten men ederiz" demek suretiyle değerlendirmektedir (21).

Amerika ve Avrupa'da Euthanasia'ye ait Hukuki Mevzuat

Euthanasia nin kanunlaşması fikri 1906'da New York'ta Tıp Akademisi'nde, 1907'de yine New York'ta toplanan Uluslararası Verem Kongresi'nde 1913'te Alman Parlemantosunda, 1936'da da İngiliz Lordlar Kamarasında tartışılmıştır (15).

Günümüze aktarılan "Baby Do", "Cruzan ailesi" davaları euthanasia konusunda ABD'de özellikle "Komadan çıkması imkansız olan hastaların ölüm hakkı" konusunda bir karar alınmasını sağlamıştır (22,23).

Tıbbın sürekli gelişmesi karşısında bir hastalığın tedavisinin imkansız olduğunun mutlak olarak kabul edilmesi imkansızdır.

Euthanasia hastanın iradesi yönünden de değerlendirilmiştir. Ayrıca hekimin ızdıraplı bir yaşayışa son verme saikinde ceza hukuku yönünden önemi araştırılmıştır. Böyle bir yetkinin hekime tanınması bir çok suistimallere yol açabilecektir. Sözelimi bu gibi fillerin sınırı ne olacaktır? Yayılma nasıl önlenecektir?

1 Ocak 1977'de Yürürlüğe Giren California Doğal Ölüm Kanunu'na (Natural Death Act of California) göre yetişkinlere hayat sürdürücü tedaviyi durdurma imkanı tanımakta, mesleki ahlak prensiplerine aykırılık gören doktorun tedaviden elini çekme yetkisini tanımaktadır (8).

Her erişkin insan, sağlığında öldürücü bir hastalığa tutulduğu takdirde hayatının devamını veya durdurulmasını isteyen direktifler düzenleyebilir. Bu durumda kan bağı bulunmayan, ölümü halinde malının herhangi bir kısmını kabule ehil olmayan iki tanık huzurunda belge imzalanacaktır. Söz konusu belge beş yıl süre ile geçerlidir. Yasanın hiç bir hükmü euthanasiyi kabul edici, izin verici veya tasdik edici olarak yorumlanamaz (24).

T Klin Tıbbi Etik 1994, 2

Yasaların kontrolü ile euthanasiyi kabul eden Hollanda'da euthanasia uygulayan bir doktor ölüm kağıdına "doğal nedenlerle ölüm" diye bir kayıt koyamamaktadır. Tıbbi yardımla ölümün gerçekleştiğinin Emniyet Teşkilatına bildirim zorunluluğu vardır. Polis olayın dava konusu olup olmayacağı yolunda karar verecek ve ilgili makamları uyaracaktır (25). Gönüllü aktif euthanasia legal olarak kabul edilmiştir. Yasal olarak da içti-hatlarla desteklenmektedir.

Feningsen Hollanda'da her beş yıl yetiksiz doğan 300 bebeğin bilinçli olarak ölüme terk edildiğini ve 10 tanesinin de aktif olarak yaşamlarına son verildiğini rapor etmiştir. Uygulama Mevcut Tüzüğe göre yapılmaktadır.

Tüzüğün içeriği:

- Hasta gönüllü olarak euthanasiyi istemelidir.
- Hastanın ızdırapı dayanılamayacak ölçüde olmalıdır.
- ızdırapı giderecek bütün yöntemler denenmelidir.
- Hastanın euthanasia konusunda bilgisi tam olmalıdır.
- Doktor, bağımsız karar verecek diğer bir doktorla konsültasyon yapmış olmalıdır.

Almanya'da euthanasiye hekimin rol alması yasaktır. Bu ülkede intihar etmek ve birisinden intihar için yardım almak legaldir. Uygulama genellikle medikal ortamın dışında yapılır. İş, konu ile ilgilenen derneklerce organize edilmektedir.

Hekim ve Euthanasia

Hekim mevcut hastalıktan kurtulma şanslarının olmadığına karar veren ilk kişidir. Euthanasiye hekim; biri bu karar noktasında, ötekisi de uygulamada olmak üzere iki önemli rol oynamaktadır.

Karar ortaya çıkınca durum batı ülkelerinde eğer bilinci yerinde ise, hastanın kendisine, bilinci yerinde değilse ailesine bildirilir. Aynı toplumlarda hasta ne kadar ömrü kaldığını ve bu kalan ömrü ne şekilde geçireceğini bilmek ister, bu kendisine söylenmesi gereken bir hakktır. Böylece hasta geriye kalan ömrünün düzenlenmesinde aktif bir rol oynar.

Doğu toplumu daha kaderci bir toplum olma özelliği taşıdığı için hasta böyle bir talepte bulunmaz: Şansını yani kaderin kendisini ölümle kavuşturmasını hiç bir talepte bulunmadan bekler (27).

İleri yaşam desteği teknolojilerinin gelişmesi tıbbın çoğu hastanın ölümüne müdahale etmesine ve geciktirmesine olanak sağlamıştır. "Resusitasyonu uygulamama" talimatları olağan hale gelmiştir. Ölümü geciktirme olanaklarının böylesine artışı yaşamın son dönemiyle ilgili tıbbi kararlara duyulan ilginin artmasına ayrıca katkıda bulunmuştur. Resusitasyon uygulanmaması, euthanasia ve bilincini kalıcı olarak yitirmiş hastalarda yaşamı uzatan girişimlerin kesilmesi konusunda çalışmalar sürdürülmektedir (28).

Profesyonel tıbbın uğraş alanı yaşamı uzatmak yolundadır. Bu yaşama uygun bir şekilde destek vermekle olabilir. Konu (Yaşamı Uzatma) doktorlar, hemşireler ve hasta refakatçileri için de tartışmalıdır. Akut dönemde de yerleşik bazı tartışma konuları vardır. Yaşamı sürdürücü tedavilerin sona erdirilmesi veya uygulanmaması euthanasia ve hekim aracılı intihar ile ilgilidir. Asıl problem ölümü uzaklaştırırken terminal dönemde hasta ve hastalıkla birlikte tıbbi, hukuki, yasal, etik ve ekonomik güçlüklerle karşı durabilmektir.

Yaşamı uzatmak veya sonlandırmak konusunda anlamlı bir anlaşma gerekebilir. İlk anlamlı yol ölüm veya yaşama kimin karar vereceğinin belirlenmesidir. Bu kaygan zeminde ciddi sorunlar vardır. Euthanasia eğer sınırlandırılırsa büyük güç tarafından toplumda yeni formülasyonlara ihtiyaç olacaktır.

Her hasta için hastanın özerkliği ilkesi ile hekimin hastanın kararına saygılı olma yükümlülüğü, hekimin hastaya sunduğu her seçeneğin tıbbi açıdan geçerli bir tedavi olup olmadığı, hekime, açıkça hastanın ölümüyle sonuçlanacak eylemlerde bulunma hakkı tanıyan bir politikanın potansiyel sonuçları gözden geçirilmelidir (29).

Son elli yıl boyunca, ölüm sürecinin tıbbi teknolojilerle gereksiz yere uzatıldığından ve sonuçta hastaların çaresizliğe, dayanılmaz ağrılara ve saygınlıklarını yitirmeye mahkum edildiğinden duyulan kaygılar artmıştır. Bir kamuoyu yoklamasında, ankete yanıt verenlerin %68'i "tedavi edilemez ve ağrılı hastalıktan ölmekte olan kişilerin, hastalığın devrini tamamlamasını beklemeden, kendi yaşamlarını sona erdirmelerine izin verilmesi gerektiğini düşünüyordu.

İnsanların kararlarını yeterince akılcı süreçlerle almış olmaları ve kararlarının kendi kişisel değerleriyle tutarlı olması koşuluyla, başkalarına aptalca gelen kararlar vermeye hakları vardır.

Hastanın özerkliği ilkesi, yeterli bir hastanın, tıbbi endikasyonu bulunan tedaviler arasında seçim yapma ve istemediği tedaviyi reddetme hakkına sahip olması koşulunu getirir. Tersini gerektiren bir yükümlülük yoksa, hekim hastanın kararlarına uymalıdır. Tedavi tercihleri çoğu kez, objektif tıbbi düşüncelerin yanı sıra kişisel değer yargıları ve eğilimlerle de ilişkilidir. "[Kişilerin] kendi değer yargılarıyla uyumlu tercihler yapma özgürlüğümü kabul etmek, insan onuruna saygılı olmak anlamına gelir.

"Yeterli hastaların yaşam sürdürücü tedaviden vazgeçme hakları" mahkemelerce onaylanmış (sözgelimi, Brooks Estate davası, Osbame davası) ve genel olarak tıbbi etikçiler tarafından kabul edilmiştir.

Yaşam sürdürücü bir tedavinin başlatılmasına, sürdürülmesine ya da bırakılmasına ilişkin değerlendirmeler, hastanın kendi değer yargılarına ve tercihlerine bağlıdır (30).

Bir hastanın, durumunu derinden etkileyen kararlar hastanın öznel tercihlerinden ve yargılarından bağımsız alınamaz.

Yaşam sürdürücü tedavilerin çoğu oldukça eziyetli ve invazif tekniklerdir. Dolayısıyla hastanın bu konudaki seçimi yalnızca yaşam ile ölüm arasında karar vermek olarak tanımlanamaz.

Yaşam sürdürücü tedavilerin kesilmesi veya uygulanmaması özünde "yararlı olma-zararlı olmama" ilkesinde aykırı değildir. Hekim bir tedaviyi sunmakla ve net olarak hastaya rahatsızlık verebilecek tedavilerden sakınmakla yükümlüdür. Tedaviyi uygulamamak veya kesmek, hasta için geçerli tedaviyi sunmak zorunluluğunu kapsamaz. Hekim, tedavi uygulamamakla zararlı bir tedavi sunmuş değil, tedaviden vazgeçmiş olmaktadır.

Hekimin tedavinin uygulanmamasına ya da kesilmesine karşı çıkararak hastayı istemediği bir tedaviye zorlaması, başka bir hekimin bakımına geçmesi çok kısa bir süre olsa bile, açıkça hastanın özerkliğinin ihlal edilmesi anlamını taşır. Yaşam sürdürücü tedavilerden bazılarının kesilmesi veya uygulanmaması ötekilerden daha kabul edilir görünmektedir. Etik olarak zorunlu tedavilerle, etik olarak seçilebilir tedavileri birbirinden ayırmak için "olağan" ve "olağan dışı" tedaviler ayrımı yapılmıştır. Olağan tedaviler hastaya mutlaka sunulmalıdır. Olağan dışı olanların ise uygulanmaması veya kesilmesi mümkündür (6).

Yaşam sürdürücü tedaviyi bırakmak ile uygulamamak arasında etik bir ayrım yoktur.

Ancak hasta yeterli ise tedavinin olası yararları ile külfeti arasındaki dengelemeyi kendisi yapmalıdır. Yaşam desteğini kesmek, hekimin etkin biçimde ölümü çabuklaştıran bir eylemde bulunmasını gerektirdiği için duygusal olarak yaşam desteğini hiç sunmamaktan çok daha zor olabilir.

Kalıcı bitkisel durumdaki hastalar medikal olduğu kadar etik, sosyal ve hatta hukuki sorunlar yarattığından tanı ve yaklaşım konusunda ortak etik ilkelerin saptanması giderek zorunlu hale gelmektedir. Kalıcı bitkisel durumun tanısında kullanılabilir ve spesifik bir laboratuvar yöntemi yoktur.

Kalıcı bitkisel durumdaki hasta için önemli etik sorunlardan biri de şudur. Tanı için gerekli süre geçtikten sonra ailelere hastaların prognozu konusunda ümitsiz olduğu belirtilince, hasta yakınları genellikle hastalarını hastaneden çıkarma eğilimindedir. Bir bakıma hasta euthanasiye bırakılmaktadır. Bu konudaki sorumluluğu hastanın taburcu olmasını istemekle doktorlar kabul etmiş olmaktadır (31).

Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik yoğun baskılar euthanasiyi uzun süreli rahatlatıcı bakıma tercih ettirecek bir başka motivasyon oluşturabilmektedir.

Ölme üzere olan hastaların bakımlarından kısıntılar yapmanın Amerikan Sağlık Sisteminde mali sorunları çözmeyeceği yönünde bilgiler aktarılmaktadır. Ayrıca Sağlık Reform tasarıları üzerinde çalışan ve ölmekte

olan hastalara verilen bakımı değiştirerek büyük kısıntı yapılabileceğine inanan uzman sayısının çok olduğu bildirilmektedir (32). Ölüme mahkum hastaların masrafları ölüm yaklaştıkça artmaktadır. Yaşamlarının son bir ayında yapılan harcama, son bir yıl boyunca yapılan harcamanın %40'ına ulaşmaktadır. Ancak aynı yazıda hasta yaşamını uzatacak girişimleri reddetse bile, bu daha az tıbbi bakıma gereksinimi olduğu anlamında ele alınmamalıdır. Daha farklı bir bakıma gereksinimleri olduğu biçiminde değerlendirilmelidir (33).

SONUÇLAR

İnsan yaşamına saygılı olma ve onu koruma ilkesini benimsemiş, bu denli zor bir talebi karşılamak üzere eğitilmemiş ve sistematik olarak kendilerini bu olaya yaklaşılabilecek birikimden yoksun hisseden hekim grubu için, karar verilmesi ve uygulanması çok güç olan, hasta ve hasta yakınları için, en az çekilen acı kadar zor ve hekime büyük sorumluluk yükleyen bu konunun toplumda konuşulabilir olmasının ötesinde ve insanların onurlu bir şekilde yaşama ve onurlu bir ölüm seçme hakkının varolabilmesi için uygulanırlığının yasallaşması gerekmektedir. Bu nedenle Euthanasia konusu öncelikle ilgili çevrelerde (Tıp, hukuk, ilahiyat, etik vb.) tartışılarak ortak sınırlar saptanmalı ve toplumun farklı kesimlerinin dikkatine sunulmalıdır.

Hekimin hastanın ölümüne yol açabilecek tıbbi girişimlerde bulunabilmesinin sosyal riskleri, bu kültürde ve bugün için Euthanasiye ve hekim aracılı intihara göz yumulamayacak kadar büyük olmasına karşın, içinde buldukları durumu hekimlerinden ölmelerine yardımcı olmalarını isteyecek kadar dayanılmaz bulan hastaların da var olduğu kabul edilmeli ve bu hastaların özel kaygıları tıbbin birincil odak noktalarından biri olmalıdır. Tıp hekimler tarafından uygulanacak Euthanasiye izin vermeden önce, ölmekte olan hastaların özel kaygılarını ve gereksinimlerini tanımlamaya ve ele almaya çabalamalıdır.

Hekimlerin Euthanasia, uygulamayı kabul etmelerinin etik açısından onaylanıp onaylanmadığı da henüz tartışılmamış bir sorudur.

Tıbbi uygulamalarda ileri düzeye ulaşmış ülkelerde bile henüz ortak bir yaklaşım bulamayan Euthanasia konusunda yapılması gereken şey: eğitime öncelik verilmesi, uygulama da özellikle hastane etik kurullarının oluşturulması ve konuyu benimseyenler ile, buna karşı çıkanların görüşlerini ele alarak, bir sonuca varmaya çalışmak olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bamette HH. Exploring Medical Ethics. Mercer University Press 1982:125-127
2. Cane W. Medical Euthanasia Journal of History of Medicine 1952; 7:401-416.

3. Thomasma DC. The range of Euthanasia. Bulletin 1988; 37(8):4-13.
4. Sullivan TD. Active and Passive Euthanasia an impertinent distinction? In: Thomas Mappes, Jane S Zembaty, eds. Social Ethics Morality, social Policy. Mc Graw Hill Comp, 1987:65-70.
5. Louisell D. Euthanasia and Bioethanasia: on dying and killing. Linacre Quarterly 1973; 40:234-58.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Killingard letting die. Taking Sides. Clashing on Controversial Bioethical Issues Second Edition ed. Carol Levine The dushkin Publishing Group Inc, 1987:94-100.
7. Rachels J. Active and Passive Euthanasia. New England Journal of Medicine 1975; 292(2):78-80.
8. Bayat AH. Deontoloji Notları. Ege Üniv Tıp Fak Tıp Tarihi ve Deontoloji ABD, 1991-1992:61-63.
9. Steinberg A. Ethical Issues involved in the care of dying patients. A problem oriented approach. Isr J Med Sci 1987; 23(4):305-11.
10. Crispell KR, Gomez CF, Proper care for the dying a critical Public Issue. J Med Ethics 1987; 13(2):74-80.
11. Terzioğlu A. Ağrı ve Tıbbi Etik. Hipokrat 1993; 2:25-9.
12. Bayraktar K. Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu (Doktora Tezi). 1st Üniv Yay No: 768, Hukuk Fak Yay No:391. istanbul: Sermet Mat, 1972:148-59.
13. Demirhan A. Euthanasia ile ilgili problemler ve deontolojideki yeri. Tıp Dünyası 1981:56-66.
14. Rachels J. Euthanasia matters of life and death. New Introductory Easy in Moral Philosophy. In: Tom Regan, ed. 2nd ed. Random House, 1980:35-76.
15. Terzioğlu A. Euthanasia ve getirdiği etik sorunlar. Tıbbi Etik 1994; 2(1):16-21.
16. Demirhan Erdemir A. Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri. Ulu- dağ Üniversitesi Basımevi, 1994:225-33.
17. Güriz A. Faydacı Teoriye Göre Ahlak ve Hukuk. Ank Üniv Hukuk Fak Yay No: 184. Ankara: Ajans-Türk Mat, 1963:35-55.
18. Velidedeoğlu HV. Şifasız Hastaların Ölümü Kolaylaştırma Meselesine Hukuki Bir Bakış. Ankara: Recep Uzunoğlu Basımevi, 1935:25-33.
19. Özsunay E. Gerçek Kişilerin Hukuki Durumu, istanbul: Sulhi Garan Matbaası, 1977:107-8.
20. Atabek R, Sezer M. Hekimin Mesuliyeti. İstanbul Barosu Dergisi 1954; 2:161.
21. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Ankara, 1993.
22. Thomasma D. Baware overzealous euthanasia. Medical Tribune 1990; 26:8.
23. House F. The Cruzan case. Lancet 1991; 337(12): 105-6.

24. Steinbrook R, Lo B. Decision making for incompetent patients by designated proxy: California's new laws. N Eng J Med 1984; 310:1598-601.
25. deWacher MAM. Active Euthanasia in Netherlands. JAMA 1989; 262(23):3316-9.
26. Sözen Ş, Arıcan N, İnce N, Fidancı KŞ. Ötanazi: Etik *bw* sorun ön çalışma (Basılmamış) 1994:9.
27. Akpir K. Ötanazi ve Hekim. Tıbbi Etik Yıllığı. I.Yayına Hazırlayan Arslan Terzioğlu 1991:58-62.
28. Lipton HL. Do not resuscitate decision in a community hospital. JAMA 1986; 256:1164-9.
29. Crispell KR, Gomez CF. Proper care for the dying: A critical public issues. J Med Ethics 1987; 13(2):74-80.
30. Yaşamın sonuna doğru alınan kararlar. Etik ve Hukuk İşleri Konseyi. Amerikan Tıp Birliği JAMA 1993; 6(2):92-8.
31. Uysal H, Bahsi YZ, Gönülal B, Yurdakul M. Kalıcı bitkisel durumdaki hastaya yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi 1984; 1(1V59-62.
32. Light DW. Life and death insurance companies. The New England Journal Med 1994; 330(7):498-500.
33. Zw~ıhel NR. Measuring quality of the near end of life. JAMA 198« ?60(6):839-40.