

Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma

AN ETHICAL DISCUSSION ON THE END OF LIFE DECISION MAKING

Şahin AKSOY*, Ebru ÇEVİK**, Zehra EDİSAN***

* Dr., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi AD,

** Yük.Hemş., Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Öğr.Gör.,

*** Fzt., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi AD, ŞANLIURFA

Özet

İnsan hayatının sonu olarak ölüm her zaman içinde değişik boyutları barındıran bir gerçeklik olarak aramızda var olagelmıştır. Bugün bilinmektedir ki sağlık sisteminin iş yükünün belli bir kısmını yaşamının sonuna yaklaşmış hastalar teşkil etmektedir. Bu hastalarla karşılaşan sağlık çalışanları da değişik etik ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Biz bu çalışmamızda literatürdeki yayınlar ve yapmış olduğumuz bir anket ışığında yaşamın sonunda verilen kararların etik boyutunu irdelemeye çalıştık.

Anahtar Kelimeler: Tıp Etiği, Yaşamın sonu, Ötanazi, Hospiz

T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2002, 10:263-268

Summary

Death, as the end of life, has always been among us with its different dimensions. Today, it is known that a significant part of the work load of health care professionals is terminal patients. This situation makes health care professional face with many different dilemmas. In this study we examined the ethical dimension of end of life decision making with the help of literature and a survey conducted by us.

Key Words: Medical ethics, End of life, Euthanasia, Hospice

T Klin J Med Ethics, Law and History 2002, 10:263-268

Yaşamın sonuna ilişkin kararlar biyoetiğin en çok tartışılan konularından biridir. Yaşamla ölüm arasındaki bu ince çizginin en muhtemel şahitleri kuşkusuz sağlık personelidir. Terminal dönemdeki hastaların yaşadığı bu zorlu süreçte “-yaşam kalitesini yükseltmek mi, yaşamı uzatmak mı- esas alınmalıdır”, temeline dayanan bir çok ikilem yaşanır.

Destek tedavisi terminal dönemdeki hastalıkların ayrılmaz bir parçasıdır. Destek tedavisinin verilmesi için sağlık kaynaklarının yeterli olması gerekmektedir. Özellikle bakımın merkezi olan hemşire sayısının yeterli olması verilen destek tedavisinin kalitesini artırır. Terminal dönemdeki hastaların tedaviden önce bakıma gereksinimleri vardır. Ülkemizde terminal dönemdeki hastaların bakımı; Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergeye göre; birinci derece sağlık hizmetlerinde yer almaktadır (1). Ancak uygulamada personel yetersizliği, evde bakım hizmetlerinin

olmaması, ekonomik nedenler; kısacası sağlık hizmetlerinin planlanmasındaki bozukluklar nedeniyle terminal dönemdeki hastalar son günlerine kadar hastanede tutulmakta, bir kısmı da evlerine gönderilmektedir.

Batı ülkelerinde terminal dönemdeki hastalar hastanede değil hospiz kurumlarında bakılmaktadır. Hospiz hareketi palyatif tıp alanında çıkış noktası olmuştur. Alman Palyatif Tıp Topluluğu tüzüğünün 2. Maddesi Palyatif Tıp kavramını şöyle tanımlamaktadır: Palyatif tıbbın etkinlik alanı; şifaya kavuşmayacak hastalığı ilerlemiş ve durdurulamayan, umulan yaşam süresi iyice azalmış hastaların tedavileri ve bakımlarıdır. Palyatif tıp yaşamı onaylar ancak ölümü de doğal bir olay olarak görür. Ölüme aktif yardımın her türünü reddeder. Multidisipliner çalışan palyatif tıp, şifasız hastaların evde ya da klinikte bakımında çeşitli disiplinlerden hekimlerin, hasta bakım elemanlarının ve diğer meslek grupları üyelerinin işbirliğini

temel alır. Hastaların ve yakınlarının hastalıkla baş edebilmelerinde onlara yardımcı olmak; yaşam kalitelerinin iyileştirilmesini sağlayabilmek için yakınmalar bütüncül bir bakımla kapsamlı olarak ele alınıp dindirilmeye çalışılır (2,3).

Hospiz hizmetleri hasta bakım masraflarının küçüldüğü bir hizmet biçimidir. Ülkemizin sınırlı sağlık kaynakları düşünüldüğünde hospiz hizmetinin yararı açıktır. Bu yarar sadece ekonomik açıdan değil terminal dönem hastalar için çekilen acıyı uzatmaya yarayan hırpalayıcı tıbbi girişimlerden başka seçenekler sunması açısından da önemlidir.

Biz yaşamın sonunda verilen kararların ülkemizdeki durumunu saptamak için sınırlı bir araştırma planladık. Farklı iller ve farklı gruplar arasında yaptığımız araştırmamızın geneli temsil ettiği düşüncemizden dolayı bu araştırmanın sonuçlarının bize belli ölçüde yol gösterici olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamız; Ankara, Şanlıurfa, Erzurum ve İzmir illerinde yaşayan kişilerin yaşamın sonuna ilişkin kararların verilme süreci ve bu kararların verilme biçimine yönelik bir tutum araştırmasıdır. Bu çalışmada veriler, farklı dört ilde randomize yöntemle seçilen 100 sağlık çalışanı (Hekim–Hemşire) ve 100 sağlık çalışanı olmayan bireyle, soru formu kullanılarak, birebir görüşme ile toplanmıştır. Verilerin analizi sayı ve yüzdelik hesabıyla yapılmıştır (Tablo 1 ve Tablo 2).

Yaptığımız çalışmada sağlık personeli olanların %90'ı, sağlık çalışanı olmayanların %100'ü hospiz hizmetini bilmiyorlardı. Bu bireylere önce hospiz hizmetinin içeriği, amacı anlatıldı ve şu soru soruldu.

“Ülkemizde hospiz hizmeti veren kurumlar olsaydı birinci dereceden yakınlarımızı buralara göndermeyi düşünür müydünüz? Neden ?”

Sağlık çalışanlarının %55'i bu soruya “Hayır” cevabını verdi. Bu cevabı verenlerin arasında bazıları gerekçe olarak şunları dile getirdi. “Ben daha iyi bakabilirim, tek başına kalmasın.” “Bizim yapımıza uygun değil.” “Göndermem, günahtr.” Sağlık çalışanı olmayanların %47'si bu soruya “Hayır” şeklinde yanıtladı.

Tablo 1. Sağlık çalışanı olanların sosyo- demografik özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	Sayı	%
Yaş	20-29	70	70
	30-39	26	26
	40-49	2	2
	50-↑	2	2
Cinsiyet	Kadın	77	77
	Erkek	23	23
Meslek	Hekim	36	36
	Hemşire	64	64
Mesleki Deneyim	1-10 yıl	79	79
	11-20 yıl	19	19
	21-30 yıl	2	2
Toplam		100	100

Tablo 2. Sağlık çalışanı olmayanların sosyo-demografik özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	Sayı	%
Yaş	20-29	47	47
	30-39	34	34
	40-49	8	8
	50-↑	11	11
Cinsiyet	Kadın	39	39
	Erkek	61	61
Eğitim	İlkokul	5	5
	Lise	39	39
	Üniversite	45	45
	Lisans üstü	11	11
Toplam		100	100

Sağlık çalışanı olmayanlar arasında üniversite mezunu olanların tamamı hospiz kurumlarına yakınlarını gönderebileceğini söylemişlerdir. Sağlık çalışanlarının üniversite mezunu olduğu düşünülürse; sağlık çalışanlarının hastalıkla ilgili sorumlulukları birebir üstlendiği, yakınlarına koruyucu – kollayıcı yaklaştığını söyleyebiliriz.

Her iki grupta da (sağlık çalışanı olan/olmayan) “Hayır” yanıtının olması, nedenler de irdelendiğinde toplumumuzdaki “anne babaya saygı” geleneğinin devam ettiğini göstermektedir. Yine her iki grupta (sağlık çalışanı olan: %45-sağlık çalışanı olmayan: %53) “Evet” yanıtının azımsanmayacak oranlarda bulunması, uygulamanın yaygınlaştıkça bu oranların artacağını da dü-

şündüğümüzde hospiz hizmetinin ülkemizde de gerekli olduğunu göstermektedir.

Aynı gruplara bu kez; “Gerek doktorların ifadesi ile gerekse sizin kendi tahminlerinize göre ölümcül hasta olduğunuzu ve ölümünüzün yakın olduğunu bilseniz; Hastanede kalıp son ana kadar yaşamınızın uzatılması için çaba harcanmasını mı istersiniz? Evinize gitmeyi mi tercih edersiniz? Neden?” sorusunu sordüğümüzde sağlık çalışanı olanların %34’ü hastanede kalmayı tercih ederken, sağlık çalışanı olmayanların %54’ü hastanede kalmayı tercih etmiştir.

Sağlık çalışanlarının, sağlık çalışanı olmayanlara göre daha az oranda hastanede kalmayı yeğlemeleri, sağlık hizmetlerine olan güvensizliklerini, ölümcül hastalıklardaki ümitsizliklerini ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanları neden hastaneyi tercih etmediklerini; acı çekmek istemediklerinden, tedavinin boşunalığından, sonucun değişmediğinden, denek olmak istemediklerinden cevaplarıyla açıklamışlardır.

Sağlık çalışanı olmayanların bu soruya sağlık çalışanları olanlardan daha çok “hastanede kalmayı tercih ederim” cevabını vermesi ise; halkın sağlık hizmetlerine güveninin daha güçlü olduğunu göstermektedir. Her iki grupta da evlerine gitmek isteyen bireylerin gerekçeleri; son günlerini sevdipleriyle geçirmek istemeleridir. Ülkemizde hastanelerde uygulanan ziyaret saati politikaları terminal dönemdeki hastalar için de aynı şekilde katı olmaktadır. Biz, terminal hastaların özel durumları ve beklentileri göz önüne alınarak yeni düzenlemelerin yapılmasının, böylece hastaların sevdiği kişilerle daha fazla birlikte olmasının sağlanmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Günümüz tıp etiği ilkeleri hastaların yeteri düzeyde bilgilendirilmesinin üzerinde ısrarla durmaktadır. Bu bağlamda ölümcül hastalığı olan veya hastalığın terminal döneminde olan hastalarla iletişim ve onların bilgilendirme düzeyi konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Muhtemelen ideal olan bu tip durumlarda hasta ve ailesini de içine alan bir bilgilendirme sürecinin yaşanmasıdır. (4) Ölümcül hastalara tanının söylenmesi ile ilgili ülkemizde sağlık ekibi veya hasta aileleri

paternalistik bir tavır izlemektedir. Son yıllarda hastanın özerkliğinin gündeme gelmesiyle birlikte bu tutumda bir miktar değişiklik olduğu gözlenmektedir.

Biz araştırmamızda terminal dönemdeki hastalara tanının söylenmesiyle ilgili tutumu ölçmek amacıyla sağlık çalışanı olan ve olmayan gruplara şu soruyu sorduk;

“Bir yakınınızın kanser veya benzeri ölümcül hastalığı olsa (terminal dönemde); durumun hastanın kendisine mi söylenmesini istersiniz yoksa bir yakınına mı söylenmesini istersiniz? Neden?”

Bu soruya sağlık çalışanı olmayanların %71’i, sağlık çalışanı olanların %58’i yakınına söylenmesini uygun buldu. Gösterilen gerekçelerde çoğunlukla hasta umutsuzluğa kapılmaması ve üzülmesi idi. Oysa yapılan pek çok araştırma göstermiştir ki hasta yakınlarının terminal dönem hastalıklarında, her ne kadar etkilenseler de, karar verici ilk kişi olmamalıdır. Bizim aldığımız cevaplar paternalistik yaklaşımın yaşamın sonuna ilişkin kararlarda ağırlıklı olarak etkili olmaya devam ettiğini ve sağlık ekibinin bu bağlamda fazla bir tutum değişikliği içinde olmadığını göstermiştir. Tüm dünyada terminal dönemdeki hastalara “gerçeği söyleme” gündemdeyken, ülkemizdeki duygusal yaklaşımlar insanları mutlu yalan söyledikleri tiyatro sahnesine itmektedir. Oysa hastanın geleceğiyle ilgili planlarda değişiklik yapma isteği, son günlerinde nerede ve kiminle olmak isteği ön planda olmalıdır. Tabi tüm bunlar tanısını kötü de olsa bilmek isteyen hastalar için geçerlidir. Hastanın “bilmeme hakkı”nın da var olduğu düşünülerek, hastanın tanısını bilmek isteyip istemediği hastanelerin rutin anamnez formlarında yer verilerek önceden saptanmasının yararlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu formda hastaneye başvuran her hastaya “ölümcül hastalığınız olduğunda bunu bilmek ister misiniz?” şeklinde bir soru sorulup hastanın tanısını bilmek isteyip istemediği saptanabilir.

Yaptığımız çalışmada bu kez; Kanser veya benzeri ölümcül bir hastalığınız olsa (terminal dönemde); durumun kendilerine mi söylenmesini istediklerini yoksa bir yakınına söylenmesini istediklerini ve nedenlerini sorduk.

Bu sorumuza cevaben sağlık çalışanı olanların %89'u tanının kendilerine söylenmesini isterken, sağlık çalışanı olmayanların %61'i tanının kendilerine söylenmesini istemişlerdir. Bu oranlar bize gösteriyor ki; bireyler kendi yaşamları söz konusu olunca; gerçeği acı da olsa bilmek istemektedirler. Neden olarak ise her iki gurupta “ben kaldırılabiliyorum”, “yapmak istediklerimi yapabilmeliyim” gibi gerekçeler göstermişlerdir.

Bireylerin kendileri söz konusu olduğunda tanıyı bilmek isterlerken, yakınları söz konusunu olduğunda onlara söylememeleri paternalistik yaklaşımın ülkemizde hala devam ettiğini göstermektedir. Bu sonuç Ankara Üniversitesinin Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla benzeşmektedir. Onların yaptığı çalışmada da hekim adayları kendileri söz konusu olduğunda tanısını bilmek istemiş, yakınları söz konusu olduğunda da gerçeği gizlemeyi tercih etmişlerdir. (5)

Hastalara gerçeği söylemek önemli olmakla birlikte, daha önemlisi ne zaman ve nasıl doğrunun söyleneceğidir .Bu, eğitim ve deneyim gerektiren bir klinik davranış ustalığıdır. Bu konuyla ilgili sadece sağlık çalışanlarına sorduğumuz şu soruya verilen cevaplar oldukça şaşırtıcıdır.

“Ölümcül hastaya teşhisin söylenmesi ve hastanın ölüme hazırlanması konusunda herhangi bir kurs aldınız veya kendinizi bu konuda yetiştirdiniz mi?” Bu soruya hemşirelerin %70'i hekimlerin ise sadece %20'si en azından müfredatlarında böyle bir eğitim aldığını ifade etmişlerdir.

Terminal dönemdeki hastalara ideal olan yaklaşımı sağlamak için hekim ve hemşirelerin eğitimi son derece önemlidir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun böyle bir eğitim almaları, ‘acaba uygulamaya bunu yansıtabiliyorlar mı?’ sorusunu akla getirmektedir. Hastanelerdeki politikalarda hemşirelerin kararlara katılımının engellenmesi, hekimlerin de hasta yakınlarının isteği doğrultusunda hareket etmeleri bu yaklaşımın uygulamada hayata geçirilmesine engel olmaktadır. Hekimlerin, ölümü bir mesleki başarısızlık olarak değerlendirmesi, ölümcül hastalara mekanik yaklaşımları sonucunu doğurmaktadır. Hemşirelerin ise bakım verirken sürekli hastaların yanında olmaları ölümü doğal

karşılıklarını sağlarken, hastaları ölüme hazırlamaları daha kolay olmaktadır.

Hekim ve hemşirelerin eğitiminde terminal dönemdeki hastalara ve ailelerine yaklaşım konusunun müfredatlarında daha geniş yer alması gerekir. Ayrıca hizmet içi eğitimlerle bu konudaki eksiklikler giderilmelidir. Çünkü hastalara bütüncül yaklaşımın temeli bunu gerektirir. Hemşirelik eğitimi veren kişilerin bu sorumluluğu daha fazla hissettikleri yaptığımız çalışmada ortaya çıkmıştır.

Biz üniversitemizde bu sorumluluğu fazlasıyla hissettiğimizden Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde 4. sınıfta okutulan, ‘Tıp Etiği ve İletişim Becerileri’ derslerinde ‘terminal dönem hastaları ile iletişim’ başlıklı konu altında, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde ise ‘Hemşirelik Esasları’, ‘İç Hastalıkları Hemşireliği’, ‘Psikiyatri Hemşireliği’, ‘Halk Sağlığı Hemşireliği’ ve ‘Kişiler Arası İlişkiler’ derslerinde ‘Terminal dönem hastalarına yaklaşım’ başlığı altında yer vermekteyiz. Umarız ki öğrencilerimiz bu derslerde öğrendiklerini uygulamaya da taşıyabilirler.

Çalışmamıza başlarken ülkemizde yaşamlarının sonuna yaklaşan hastaların son günlerini evlerinde mi yoksa hastanede mi geçirdiklerini merak ettik. Bu konu ile ilgili sorduğumuz sorular sağlık çalışanı olmayanların hastaların %60'ının eve gönderildiğini düşündüğünü, sağlık çalışanı olanların ise %70'inin hastaların hastanede tutulmakta olduğunu düşündüğü ortaya çıkarmıştır.

Konu yaşamın sonu ile ilgili kararlar olunca “ötanazi” tartışmanın merkezinde yer almaktadır. Başlangıçtan günümüze kadar da bu konu ile ilgili değişik görüşler ileri sürülmüştür (6-9). Tıp etiği literatüründe çok değişik boyutları irdelenmiş olan ötanazi'nin biz burada sadece pasif ötanazi ile ilgili birkaç noktası üzerinde durmaya çalışacağız.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesi “Yaşama hakkından vazgeçme ve hayata son verme yasağı,ötanazi yasaktır” şeklindedir. 1990 yılında Society Of Critical Care Medicine (S.C.M.M) tarafından yayınlanan rapora göre ise; yaşam destek tedavilerinin, hasta veya yakınlarının isteği doğrultusunda ya da hekim tara-

findan tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olmayacağını gördüğü durumlarda ('Futility'; tedavinin boşunluğu) başlanmaması veya kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu bildirilir. (10)

Ötanazi ile ilgili bu bildiri ve yasa dünyadaki durumla ülkemizdeki durumu gözler önüne sermektedir. Pasif ötanazi ile 'Resüsite Etmeyin Talimatı' (RET) ve 'Tedavinin Boşunluğu' gündeme gelmektedir. RET bazı batı ülkelerinde sağlık kaynaklarının düzenlenmesinden sonra; yoğun bakım ülkelerinde uygulanmakta ve yasalarla desteklenmektedir. Ülkemizde böyle bir sağlık politikası ya da yasa bulunmamaktadır. Ancak durumun böyle olması uygulamada RET'nin bulunmadığını göstermemektedir. Yaptığımız görüşmelerde bize, özellikle terminal dönemdeki hastalara, kliniğin sorumlu hekiminin kararı, hasta yakınlarının isteği ya da tıbbi cihaz yetersizliği gerekçe gösterilerek RET uygulandığı sağlık çalışanları tarafından ifade edildi.

S.C.M.M'in Etik Komitesi 1997 yılında "tedavinin boşunluğu" ile ilgili bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda; tedavinin kesilmesi veya başlanmaması söz konusu olabilecek yaşam destek tedavileri dört sınıfa ayrılmıştır.

a) Fizyolojik olarak hiçbir yararı olmayacak tedaviler,

b) Fizyolojik olarak yararlı olma olasılığı çok düşük olan tedaviler,

c) Yararlı olabilecek ancak çok pahalı tedaviler,

d) Sonuçları belirsiz ya da tartışmalı tedaviler olarak sıralanmıştır. Etik komite bunlardan yalnız kesinlikle yararsız olan tedavileri "boşuna" olarak tanımlarken diğer gruplardaki tedavilerin boşunluğundan bahsetmenin doğru olmadığını ancak hastaya bu tedavilerin önerilmesinin, değişik şartlarda uygun olmayacağını bildirmiştir. (10)

Yazık ki bu raporda fizyolojik yararların nasıl değerlendirileceği, hangi şartlarda hangi tedavilerin önerilmesinin uygun olmayacağı, sonuca bağlanmamış;bu konularda sağlık kurumlarının kendi kararlarını vererek uygulama yönergeleri oluşturmaları ve bunları bir şekilde topluma duyurmasını önerilmiştir.

Bizim ülkemizde ise durum daha bir belirsizdir. Kimi zaman hasta yakınları, kimi zaman hekimler, nadiren de hastalar tedavinin başlanması ya da kesilmesi durumunda karar verici olmaktadır. Akpir'in ifadesine göre toplumumuzda mistik ve duygusal bir yapı mevcuttur. Günlük uygulamalarda kliniklerde başlıca iki grup hasta yakını karşımıza çıkmaktadır. Bu hasta yakınlarından bir grubu "Ne gerekiyorsa yapılınsın" ortak noktasında birleşirler. Bu cümle "yararı olsa da olmasa da siz tıbbi olanakları kullanın", "çıkmayan canda ümit vardır belki kurtulur" anlayışı sonucu olup çok güçlüdür ve bunun dışında öneriyi kabul etmezler. Diğer grup hasta yakını ise kaderine razı olan "Takdir-i İlahi böyleyse yapacak bir şey yok" diyen veya "Allah verdi, Allah alır" felsefesini benimseyen grup ki; bu grup da gerekeni yapın ama çektirmeyin der. (11)

Biz yaptığımız çalışmada RET kararı ve tedavinin boşunluğu ile ilgili şu soruları sorduk;

"Tıbben ölümün yaklaştığının belli olduğu ve hastanın da bunu bildiği bir durumda hastanın (ameliyatı reddetme, ilaç alımını kesme, bağlı bulunduğu hayati fonksiyonlarını yürüten aletlerden ayrılma gibi) kendi ölümünü çabuklaştırıcı karar verme hakkı olabilir mi? (Pasif ötanazi) Neden?"

Sağlık çalışanlarının %68'i, sağlık çalışanı olmayanların ise %39'u bu soruya "olabilir" demişlerdir. Sağlık çalışanı olanların bu yüksek oranı giderek sağlık personeli ötanaziyi destekliyor görüşüne uygundur (12). Sağlık çalışanı olan ve olmayan bireyler "olabilir" cevabına neden olarak; "hastanın yaşama hakkı gibi ölüm hakkı da olmalıdır", "tedavinin reddi bir insan hakkıdır" gibi ifadeler kullandılar.

Anket uyguladığımız grubun tedavinin boşunluğu hakkındaki düşüncesini daha somut olarak öğrenebilmek için "Ölümü yakın hastalar için harcanan çabaları ve yapılan harcamaları bir israf olarak görmekte misiniz?Neden?" diye bir soru sorduk. Bu sorumuza sağlık çalışanı olan ve olmayan her iki gruptan da soruya %81 oranında "hayır" cevabı verilmiştir. Bu oranlar bize, aslında toplumun "tedavinin boşunluğu" düşüncesini çoğunluk desteklemediğini göstermiştir.

Biz bu yazımızda yaşamın sonuyla ilgili kararlarda yaşanan etik sorunları ve ikilemleri ortaya koymaya çalıştık. Muhtemelen yaşamının son dönemindeki hastalar, yakınları ve sağlık çalışanları bizim burada saydıklarımız dışında da bir çok etik sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu çalışmada acil çözüm bekleyen sağlık hizmeti sorunlarına yenileri eklenmemiş varolan sorunların altı çizilmiştir. Bir an önce yeni sağlık politikalarının geliştirilip terminal dönem hastalarını, yakınlarını ve bu hastalara bakım veren sağlık ekibini bekleyen karanlık yolun biraz olsun aydınlatılmasını, ve bizim bu çalışmamızın da buna bir katkıda bulunmasını umuyoruz.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, 2001.
2. Namal A. 'Terminal dönem hastalarına yaklaşıma eleştirel bir bakış ışığında hospiz düşüncesi'. In: Demirhan, A., Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, ed. Klinik Etik, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001:595.
3. The National Hospice Organization. Standards of a Hospice Program of Care. 1982:1.
4. Randall F, Downie RS. Palliative Care Ethics. Oxford: Oxford University Press, 1996:79.
5. Samur M, Çay-Şenler F, Akbulut, H, Pamir A, Arıcan A. 'Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilme durumu: Hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları.' 18-20 Ekim 2001 tarihlerinde Kapadokya'da düzenlenen 2. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi'nde sunulan sözlü bildiri.
6. Aksoy Ş. 'Ötanazi Acı Çeken İnsanlar İçin Bir Çare Olabilir mi?', Sendrom, 12:4 (Nisan 2000):94-8.
7. Terzioğlu A. 'Ötanazi ve getirdiği etik sorunlar'. Tıbbi Etik Dergisi, 2(2);1994:53-6.
8. Çay F. 'Ötanazi', Etik Bunun Neresinde, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara1997:127-33.
9. Oğuz Y. 'Ötanazi'ye etik yaklaşım: Tıp etiği açısından yaşamın son döneminde karar verme süreçleri'. Medikal Etik, 3 (2001):61-7.
10. Dikmen Y. 'Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik ötanazi' Medikal Etik, 3 (2001):39-41.
11. Akpir K. 'Yoğun bakım hastalarında hasta desteği ve devamı ile ilgili kararın verilmesi.' Medikal Etik, 3 (2001):27-30.
12. Aksoy Ş. 'Ötanazi Acı Çeken İnsanlar İçin Bir Çare Olabilir mi?', Sendrom, 12:4 (Nisan 2000):94-8.

Geliş Tarihi: 15.10.2002

Yazışma Adresi: Dr.Şahin AKSOY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deontoloji ve Tıp Tarihi AD,
Dekanlık Binası, 63200 ŞANLIURFA
saksoy@harran.edu.tr