



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN PALYATİF BAKIM**

CİHAN ALP

SAĞLIK HUKUKU DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Selman KARAKUL

İSTANBUL 2022

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı olabilecek bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen hiçbir bilgi ve yoruma kaynak göstermediğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine almadığımı; bu tez çalışmasında ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Cihan ALP



# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	vi
ÖZET .....	viii
ABSTRACT.....	ix
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: PALYATİF BAKIM KAVRAMI VE GELİŞİMİ.....	3
I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE KAPSAM .....	3
A. Palyatif Bakım Kavramı .....	3
B. Palyatif Bakımdan Yararlananlar .....	10
C. Palyatif Bakım Hizmetini Sunanlar .....	18
1. Hekim .....	22
2. Aile Hekimi .....	22
3. Hemşire .....	23
4. Sosyal Çalışmacı.....	28
5. Psikoterapist.....	32
6. Manevi Destek Uzmanı.....	34
D. Palyatif Bakımın Amacı .....	36
E. Palyatif Bakımın Uygulanma Yöntemi .....	46
F. Palyatif Bakımın Uygulanma Zamanı .....	59
G. Palyatif Bakımın Uygulandığı Yer.....	66
1. Hastane Temelli Palyatif Bakım Birimi .....	69
2. Evde Bakım .....	70
3. Toplum Temelli Palyatif Bakım .....	72
4. Yataklı Palyatif Bakım Üniteleri.....	73
5. Hospisler .....	74
II. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM.....	76
A. Dünyada Palyatif Bakımın Mevcut Durumu .....	76

B.	Türkiye’de Palyatif Bakımın Mevcut Durumu.....	81
İKİNCİ BÖLÜM: HUKUKİ YÖNLERİYLE PALYATİF BAKIM.....		87
I.	SAĞLIK HAKKI VE PALYATİF BAKIM İLİŞKİSİ.....	87
A.	Önlenebilir Ağrı ile İnsan Hakları İlişkisi.....	90
1.	İnsan Haklarına Saygının Kişinin Acı Çekmesini Önleyici İşlevi.....	90
2.	Ağrının Önlenmemesi İle İşkencenin İlişkisi.....	92
3.	Devletlerin Temel İlaçlara Erişim Sağlama Yükümlülüğü .....	93
4.	Bakım – Tedavi Ayrımı ve Tıbbi Özen Yükümlülüğü .....	95
B.	Palyatif Bakımın Kişinin Maddi - Manevi Varlığının Korunmasını ve Gelişmesi Hakkı ile İlişkisi .....	98
1.	Yaşama, Maddi ve Manevi Varlığı Koruma ve Geliştirme Hakkı .....	98
2.	Kontrol Duygusu ve Aydınlatılmış Onam .....	103
C.	Palyatif Bakım Münferit Bir Hak mıdır?.....	106
II.	PALYATİF BAKIM HASTASINA İLİŞKİN HUKUKİ KONULAR .....	112
A.	Terminal Dönem Hasta Açısından Çift Etki Doktrini.....	113
1.	Çift Etki Doktrini (ÇED) .....	113
2.	ÇED – Palyatif Bakım ilişkisi .....	117
3.	Çift Etki Doktrinine Yöneltilen Eleştiriler .....	118
a)	İyi – Kötü Ayrımına Yönelik Tartışma .....	119
b)	Orantılılık Tartışması.....	119
c)	Ahlaki İndirgemeciliğe İlişkin Tartışma.....	121
d)	Niyet Kriterine Yönelik Eleştiriler .....	124
4.	Çift Etki Doktrininin Hukukiliği .....	127
a)	Genel Olarak.....	127
b)	Türk Hukukunda Çift Etki .....	129
(1)	Hastanın Acı Çekmesine Sebep Olan Eylemsizlik.....	131

(2) Hastanın Ölümünü Hızlandırmadan Analjezi Sağlamanın Mümkün Olduğu Halleri Öngörme Yükümlülüğü .....	135
(3) Ölümü Hızlandıran Tıbbi Müdahale .....	137
c) Ara Sonuç.....	140
B. Nafile Tedavi.....	142
1. Nafile Tedavinin Tanımı.....	142
2. Tartışma .....	145
3. Çözüm Önerileri.....	153
C. Terminal Dönemde Tedavinin Reddi .....	155
1. Genel Olarak .....	155
2. Hukuki Dayanakları .....	156
3. Tedaviyi Reddin Ölümüne Yol Açmasının Tedaviyi Red Hakkı Üzerindeki Etkisi .....	160
4. Aydınlatılmış Red .....	171
5. Reddin Kapsamı, Şekli ve Sonuçları.....	174
6. Ara Sonuç.....	178
D. Terminal Dönemde Küçük, Kısıtlı ve Ayırt Etme Gücü Olmayanların Rızası.....	179
1. Genel Olarak .....	179
2. Rızanın Hukuki Niteliği ve İlgili Mevzuat .....	180
3. Rızanın Aranmadığı Durumlar .....	184
4. Rızanın Arandığı Durumlar .....	185
a) Tam Ehliyetsizler .....	185
(1) Ayırt Etme Gücü Olmayan Küçükler .....	187
(2) Ayırt Etme Gücü Olmayan Kısıtlılar .....	189
(3) Ayırt Etme Gücünü Henüz Kaybetmiş – Geçici Süreliğine Kaybetmiş Erginler .....	190
(a) Henüz yasal temsilci atanmamış kişiler.....	190
(b) Geçici olarak ayırt etme gücünü kaybetmiş erginler .....	192

b) Sınırlı Ehliyetsizler .....	194
E. Hastanın İradesini Belirlemeye Yönelik Diğer Yöntemler.....	195
1. İleriye Dönük Hasta Talimatı.....	196
2. Hastanın İradi Temsilcisi.....	198
F. Hastadan Gerçeğin Gizlenmesine İlişkin Hukuki Düzenlemeye Eleştiri.....	199
1. Genel Olarak .....	199
2. Hastadan Gerçeğin Gizlenmesine İlişkin Görüşler ve Mevzuat.....	199
3. Hastadan Gerçeğin Gizlenmesinin Hukuka Aykırılığı .....	200
4. Hastadan Gerçeğin Gizlenmesinin İşlevselliğine Yönelik Eleştiriler .....	201
5. Ara Sonuç.....	204
SONUÇ.....	207
KAYNAKÇA .....	216

## KISALTMALAR

ABD: Anabilim Dalı

AİHM: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

Biyotıp Sözleşmesi: Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi

bs.: basım

C.: cilt

ç.: Çeviren

dn.: dipnot

ed.: editör

ESKH Sözleşmesi: Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Sözleşmesi

ESKH Komitesi: Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Kültürel Haklar Komitesi

İHEB: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

kn.: kenar notu

NCP: National Consensus Project Klinik Uygulama Rehberi

ör.: örnek

RG: Resmi Gazete

s.: Sayfa

S: Sayı

ss.: Sayfa aralığı

SGTY: Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

vd. : ve diğerleri

TDN: Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği

ÇED: Çift Etki Doktrini

TŞSTİDK: 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair

Kanun





## ÖZET

Tıp bilimi eskiden vahim sayılan pek çok hastalıkla bugün uzun yıllar yaşamayı mümkün kılmaktadır. Diğer yandan gelişen dünya insan sağlığının her geçen gün daha fazla kirleticiden etkilenmesine sebep olmaktadır. Kronik hastalıklarla uzun bir yaşam sürmeye aday olan modern insanın yaşam kalitesine, kimi zaman, yaşam süresine gösterilen önem gösterilmemektedir. Hastalığın etkisi ağırlaştıkça hasta, yakınındakilerin bakım ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Aile yapılarının küçülmesi ve hane içindeki çalışan nüfusun artması bu desteğe erişimi zorlaştırmaktadır. Bakım verenin üzerinde biriken bakım yükü bakım verenin de desteğe ihtiyaç duymasına yol açmaktadır. Bu destek yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikolojik, sosyal, manevi ve maddi açıdan da olabilir. Tüm bu özellik ve bileşenler palyatif bakım denilen bütüncül bir yaklaşımın içerisinde yer almaktadır. Çalışmamızda öncelikle bütüncül bir yaklaşımla palyatif bakımın çerçevesi çizilmiştir. Daha sonra palyatif bakımın sağlık hakkıyla ve dolayısıyla insan haklarının bütüncül yapısıyla ilişkisi; palyatif bakımın olmadığı bir sağlık sisteminin insan onuruyla bağdaşmayacak sonuçlar doğuracağı ortaya konmuştur. Son olarak palyatif bakımda özellikle yaşamın son döneminde hukuken tartışmalı gördüğümüz veya hukuki yaklaşımın geliştirilmesi gerektiğini düşündüğümüz bazı konu başlıkları özel olarak incelenmiş ve yaşam sonuna dair hukuki ve etik açıdan tartışmalı bu konular bir arada incelenmiştir. Çalışmamızın en temel amacı palyatif bakımın insan haklarıyla sıkı ilişkisini ortaya koymak ve bağlam içerisindeki bazı konulardaki hukuki belirsizlik perdesini biraz olsun aralamaktır.

**Anahtar kelimeler:** palyatif bakım, terminal dönem, sağlık hukuku, sağlık hakkı, yaşam sonu kararları

## ABSTRACT

Medical science makes it possible to live for many years today with many diseases that were considered serious in the past. On the other hand, the developing world causes human health to be affected by more and more pollutants every day. The quality of life of modern people, who are candidates for living a long life with chronic diseases, is sometimes not given the same importance given to life span. As the effect of the disease gets worse, the patient needs the care and support of his relatives. The shrinking family structures and the increase in the working population in the household make it difficult to access this support. The burden of care, accumulated on the caregiver, causes the caregiver to need support as well. This support can be not only medical but also psychological, social, spiritual and material. All these features and components are included in a holistic approach called palliative care. In our study, first of all, the framework of palliative care was drawn with a holistic approach. Then, the relationship of palliative care with the right to health and therefore the holistic structure of human rights has been revealed, and it has been revealed that a health system without palliative care will produce results that are incompatible with human dignity. Finally, some topics that we consider to be legally controversial in palliative care, especially in the last period of life, or that we think a legal approach should be developed, have been specifically examined and these legal and ethically controversial issues regarding the end of life have been examined together. The main purpose of our study is to reveal the close relationship of palliative care with human rights and to open the veil of legal uncertainty on some issues in the context.

**Keywords:** palliative care, terminal life, health law, right to health, end of life decisions

## GİRİŞ

Dünya nüfusunun ağırlıklı bir çoğunluğu kronik bir hastalın eşlik ettiği uzun bir yaşam süresinin ardından yaşama veda etmektedir. Bu kişiler yaşam kalitelerini korumaya veya arttırmaya yönelik bakım hizmetlerine ihtiyaç duysa da pek azı bundan yararlanabilmektedir. Tıp sayesinde ölüm bugün geçmişe oranla çok daha fazla ertelenebilmektedir. İnsanların daha büyük bir çoğunluğu çalışma hayatına girdiğinden kronik bir hastalıkla yaşayan bireye hane halkı tarafından bakım verilmesi zorlaşmıştır. Sağlık hizmetleri ve toplumdaki değişim insanlığı ölüme yabancılaştırmıştır. Ölüm adeta doğal karşılanacak bir süreç olmaktan çıkmış mutlak surette kaçınılması gereken bir tabuya dönüşmüştür. Tüm bu değişimler sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin yaşam süresi kadar önemsenmediği durumlara yol açabilmektedir. Diğer yandan tıbbın çare bulamadığı hastalıklarda tıp, kişilerin yaşam kalitesini geliştirmektense yalnızlaştırabilmektedir. Ayrıca değişen toplum yapısı bakım ihtiyacı olana bakım verecek kolektif güce artık sahip değildir. Bir aile üyesine veya yakınına bakım veren kişinin üstlendiği bakım yükü hem kendi sağlığını hem de hastanın aldığı bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu kaotik yapı içerisinde hem hastanın hem bakım verenin ihtiyaçlarını gideren hem de sağlık sistemi üzerindeki yükün daha dengeli dağılmasına katkıda bulunan palyatif bakımın geliştirilmesi ve sağlık sistemlerine entegre edilmesi önemlidir.

Palyatif bakım yalnızca bir tedavi türü değil içinde pek çok disiplini barındıran bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın amacı modern toplumlarda ortalama yaşam süresi artan insanlığın yaşam kalitesini korumak ve geliştirmektir. Palyatif bakıma erişim ve palyatif bakımın sağlık hizmetlerine entegrasyonu kişinin insan onuruna yaraşır bir hayat sürmesi bakımından önemlidir. Ne var ki palyatif bakımın sağlık çalışanları ve hatta hekimler tarafından dahi doğru bilinmediği düşünülmektedir. Palyatif bakımın insan haklarıyla sıkı ilişkisinden ilham alarak çalışmamızın birinci bölümünde palyatif bakımın ne olduğu, kimler tarafından sunulduğu, kimlerin yararlandığı, amacı, nasıl ve nerede uygulandığını; daha sonra da Türkiye’de dünyada palyatif bakımın durumunu inceleyeceğiz.

Çalışmamızın ikinci bölümünde palyatif bakıma hukuki bir pencereden bakacağız. Öncelikle palyatif bakımın insan haklarıyla ve sağlık hakkıyla olan ilişkisini inceleyeceğiz. Palyatif bakımın kişiye sağladığı pek çok hizmetin, yaşam hakkı, sağlık hakkı, kendi geleceğini belirleme hakkı, işkence ve kötü muamele yasağı, maddi ve

manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkıyla ilişkisi ortaya koyulacaktır. Bu vurgunun palyatif bakımın sağlık sistemlerine entegre edilmesi için önemli bir gerekçe oluşturacağını düşünmekteyiz.

Palyatif bakım yalnızca belirli bir hasta grubunu hedef alan bir yaklaşım değildir fakat özellikle yaşamın sonundaki bireylerin bu hizmetten yararlanması yaşam kaliteleri açısından vazgeçilmez öneme sahiptir. Bu dönemde ortaya çıkan sorunlardan bazıları hukuki açıdan çözüme veya daha çok tartışılmaya muhtaçtır. Hastanın yaşadığı şiddetli ağrının tedavisi için verilen ağrı kesicinin yaşamını kısaltması, hastaya verdiği yarar yan etkisinden daha fazla olmadığı halde tedavi uygulanması, terminal dönem hastanın yaşamı uzatan tedaviyi reddedip edemeyeceği, bilinci kapalı hasta bakımından tıbbi müdahaleye rızanın nasıl verileceği veya iradesinin nasıl belirleneceği, üzerinde daha fazla tartışmayı gerektiren konulardır. Bunun yanında hekimin hastadan kötü haberi gizlemesine ilişkin hukuki düzenlemelerin normlar hiyerarşisine aykırı olduğunu düşünmekteyiz. İkinci bölümün devamında bu konulara ayrı ayrı değinilecektir.

# BİRİNCİ BÖLÜM: PALYATİF BAKIM KAVRAMI VE GELİŞİMİ

## I. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE KAPSAM

### A. PALYATİF BAKIM KAVRAMI

Palyatif kelimesi Fransızca kökenli bir sözcük olup “geçici” anlamına gelmektedir<sup>1</sup>. Tıpta ise tedavi edici bir etkisi olmaksızın hastalığın sebep olduğu acıyı dindirme ve rahatlatma anlamını taşımaktadır<sup>2</sup>. Palyatif bakım kavramı ilk olarak Kanadalı ürolojik kanser cerrahı Balfour Mount tarafından hospis bakım prensiplerini daha geniş bir şekilde yorumlayarak sunduğu hizmeti adlandırmak için kullanmıştır<sup>3</sup>.

Palyatif bakım, genel kabul görmüş tek bir tanımı olmayan<sup>4</sup> ve farklı kaynaklarda farklı şekillerde tanımlanmış ve tanımı zaman içinde değişmiş<sup>5</sup> tıbbi bir kavramdır. Geniş anlamda palyatif bakım, hastalığın yaşamı tehdit edip etmemesine veya tedavisinin mümkün olup olmamasına bakılmaksızın semptomların giderilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin artmasına hizmet eden bir bakım türüdür. Bazı tıp sözlüklerinde hastaya rahatlık sağlayan fakat hastalığının seyrine müdahale etmeyen girişim<sup>6</sup>; hastalığı iyileştirmeksizin belirtileri baskılayan tedavi<sup>7</sup> olarak tanımlanmıştır<sup>8</sup>; ancak palyatif bakımın bu yönü konumuz bakımından özellik arz etmemektedir.

1 “Türk Dil Kurumu Sözlükleri”, erişim 9 Ekim 2022, <https://sozluk.gov.tr/>. “Definition of Terminal at Dictionary.com”, erişim 9 Ekim 2022, <https://www.dictionary.com/browse/terminal?s=t>.

2 “Definition of Palliative at Dictionary.com”, erişim 9 Ekim 2022, <https://www.dictionary.com/browse/palliative>.

3 Christina Faull, “The Context and Principles of Palliative Care”, içinde Handbook of Palliative Care (Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2012), 1–14, <https://doi.org/10.1002/9781118426869.ch1>, s.3.

4 Tania Pastrana vd., “A Matter of Definition - Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care”, Palliative Medicine 22, sayı 3 (2008): 222–32, <https://doi.org/10.1177/0269216308089803>, s.223. Kavramla ilgili tanım birliğinin bulunmamasının gerekçeleri hakkında ayrıca bkz. David Hui vd., “The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature”, Journal of Pain and Symptom Management 43, sayı 3 (2012): 582–92, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.016>, s.586.

5 Diane E Meier ve Robert M Arnold, “Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care”, Uptodate, 2015.

6 “palliative (supportive) care”, “Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition”, 2003, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>.

7 “palliative treatment”, “McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine”, 2002, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>.

8 Bu anlamıyla bakıldığında yorgunluktan, stresten veya benzeri hafiflikte bir sebepten dolayı başı ağrıyan; yeni spor yapmaya başlayıp ilk günden kaslarını çok zorladığı için kas ağrısı hisseden bir kişinin rahatlamak için ağrı kesici bir ilaç içmesi de palyatif tedavidir.

Palyatif bakım dendiğinde ilk akla gelen dar anlamdaki palyatif bakımdır. Bu sebeple çalışmamızda yalnızca dar anlamda palyatif bakım kavramına değinileceğinden “palyatif bakım” kavramıyla anlatılmak istenen husus “dar anlamda” palyatif bakımdır.

Palyatif bakım kavramı 1990 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağaltıcı tedavilere yanıt vermeyen hastalıkları olan hastaların bütüncül bakımı olarak tanımlanmıştır<sup>9</sup>. Bu tanımın hedef grubu dar kapsamlı olup sağaltıcı tedavilere cevap vermeyen hastalardı ve palyatif bakımı, bakımın son aşaması olarak konumlandırıyordu<sup>10</sup>. DSÖ 2002 yılında bu tanımları güncelleyerek, palyatif bakımı erken tanı, kusursuz değerlendirme; ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sıkıntılarının tedavisi yoluyla; yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastalar ve onların ailelerinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım olarak tanımlamıştır<sup>11</sup>.

DSÖ'nün palyatif bakım hakkındaki tanım değişikliği palyatif bakıma ilişkin çok önemli bir yaklaşım farkını ortaya koymaktadır. Eski tanımda palyatif bakımın hedefinde olan hasta grubu iyileşme ümidi olmayan ve ölüm sürecine girmiş olan hastalardı. Yeni tanımla benimsenen yaklaşımda ise palyatif bakım, hastanın iyileşmesinden ümit kesilince değil, daha hastanın teşhis aldığı andan itibaren iyileşene veya ölümüne kadar; ölümünden sonra da yaslı ailenin desteklenmesini içeren bir bakım türü olarak kabul edilmiştir.

DSÖ'nün 2002 yılında beyan ettiği palyatif bakım tanımından sonraki yıllarda bu tanımın bazı açılardan ilave açıklamayı gerektirdiğinden bahisle hospis ve palyatif bakımın dünya çapında gelişmesi için faaliyet gösteren uluslararası bir sivil toplum örgütü olan Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği (WHPCA) ile DSÖ, Yaşam Sonunda Palyatif Bakım Global Atlası'nı (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life) yayımlayarak tanımları dört açıdan açıklamıştır<sup>12</sup>. Palyatif bakımı, tıbbi bir terim

---

9 World Health Organisation, “Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee”, 1990, erişim 19 Haziran 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>, s.11.

10 Cecilia Sepúlveda vd., “Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective”, *Journal of Pain and Symptom Management* 24, sayı 2 (2002): 91–96, [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2), s.92. Bu tanım, kavram olarak hospis kavramıyla benzerlik göstermektedir.

11 WHO, “WHO Definition of Palliative Care”, erişim 19 Haziran 2020, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. DSÖ, Yetişkinlere ve çocuklara yönelik palyatif bakımı ayrı ayrı tanımlamıştır fakat bu bölümdeki amaç çalışmamızın konusunu oluşturan palyatif bakım yaklaşımının tanınmasını sağlamaktır. Çocuklara ve yetişkinlere yönelik palyatif bakım tanımlarında kullanılan cümleler farklı olsa da yaklaşım aynıdır. Tekrara düşmemek adına çocuklara yönelik palyatif bakım kavramının üzerinde ayrıca durulmayacaktır.

12 World Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014, erişim 19 Haziran 2020, <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>, s.7. Atlasın 2020 yılında çıkan ikinci baskısında bu dörtlü ayrım terk edilmiş ve yalnızca DSÖ'nün palyatif bakım tanımına yer verilmiştir. Yeni baskıda atlasın adından “yaşam sonu” ifadesi çıkartılmış ve Palyatif Bakım

veya bir tedavi türü olmaktan daha öteye taşıyıp kendine özgü felsefesi olan bir yaklaşım olduğunu ortaya koyabilmek için bu açıklamalara burada yer vermek gerekir:

Birincisi, palyatif bakıma yalnızca yaşamı tehdit edici / sınırlayıcı hastalıklarda değil ayrıca kronik hastalıklarda da ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak yaşamın son dönemi yerine hastalığın erken dönemde müdahalenin uygun olacağı kabul edilmektedir.

İkincisi, palyatif bakımdan yararlanmak için zaman veya prognoz<sup>13</sup> kısıtlaması yoktur. Palyatif bakımın teşhis veya prognoza göre değil, ihtiyaç duyulması üzerine sunulması gerektiği genel kabul görmektedir. Çoğu insanın yaşamın son yılında veya daha da geç dönemde palyatif bakımdan yararlandığı tahmin edilse de palyatif bakımın hastalığın erken aşamasında sunulması gerektiği belirtilmektedir.

Üçüncüsü, palyatif bakım ihtiyacı bakımın her aşamasında vardır. Palyatif bakım yalnızca palyatif bakım merkezlerinde veya palyatif bakım konusunda uzman profesyoneller tarafından sunulan bir sağlık hizmeti değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden itibaren palyatif bakım konusunda uygun eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım hizmeti sunulabilir.

Dördüncüsü, palyatif bakım ortamı tek bir mekanla kısıtlı değildir. Palyatif bakım; hastanın evi, bakım merkezi, yataklı hospis ünitesi, hastane, ayakta tedavi merkezi veya günlük bakım merkezi gibi; hastanın bakımı nerede sağlanıyorsa orada verilebilir.

Yaşam Sonunda Palyatif Bakım Global Atlası'ndaki açıklamalara eklemek gerekir ki; palyatif bakım hastanın yalnızca ağrı ve benzeri fiziksel semptomlarına odaklanan bir bakım türü değildir<sup>14</sup>. Hasta ve ailesine tıbbi rehberlik; psikolojik, sosyal ve manevi açıdan sunulan destek de palyatif bakımın kapsamındadır.

Benzer yaklaşımlar Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan National Consensus Project Klinik Uygulama Rehberi'nde (NCP) de görülmektedir. Rehberde göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığın her aşamasında uygulanabilir; kütatif veya yaşamı uzatan tedavilerle birlikte uygulandığında fayda sağlar; prognoza

---

Global Atlası olarak güncellenmiştir. Bkz. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care, 2. b., 2020, s.13.

<sup>13</sup> "Bir hastalığın olası seyrini, süresini ve sonuçlarını önceden kestirme." "Türk Dil Kurumu Sözlükleri".

<sup>14</sup> Beyhan Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", Turkish Journal of Oncology 27, sayı 3 (2012): 142–49, <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2012.687>, s.142.

göre değil hastanın ihtiyaçlarına göre uygulanır; hekim uygulamaları, kanser merkezleri, diyaliz üniteleri, evde sağlık hizmeti veren kurumlar, hastaneler veya uzun süreli bakım merkezleri gibi her türlü bakım ortamında sunulabilir; hasta, aile ve bakım verenler için en önemli olana odaklanır; amaç ve tercihleri değerlendirir ve onlara en iyi nasıl ulaşacağını belirler. Hastanın, ailesinin ve bakım verenlerin bütüncül bakım ihtiyaçlarını karşılayan bir interdisiplindir<sup>15</sup>.

Başka kaynaklar incelendiğinde palyatif bakımın iyileştirilemeyen hastalık nedeniyle ölmekte olan veya terminal hastalara sağlanan rahatlatıcı (iyileştirmeyen) bakım<sup>16</sup>; hastanın kalan yaşamının kalitesini en iyi hale getirmek, hasta ve ailesine destek sağlamak ve rehberlik etmek<sup>17</sup> gibi farklı şekillerde tanımlanmıştır. Palyatif bakımı bu yaklaşımla ele alan tanımlar, hasta grubunu ölmekte olanlarla kısıtlı tutmuş olup DSÖ'nün tanımından farklılaşmaktadır.

Palyatif bakım, hastalığı iyileştirme amacı taşıyan sağaltıcı bakımın aksine sağlık profesyonellerinin hastanın tıbbi veya cerrahi gereksinimlerinden ziyade şefkat ve sevecenlik gereksinimini karşıladığı bir bakım türüdür. Hastalık sürecinin yanı sıra yaşamın son dönemini korkulacak bir süreç olmaktan çıkarıp hasta için anlamlı bir tecrübeye dönüştürür<sup>18</sup>. Birinci basamak hekimiyle işbirliği içerisinde yürütülen palyatif bakım, hastanın ve ailesinin daha yoğun vakit geçirmesini; hastanın ve ailenin gelecek beklentilerini netleştirmeye yönelik sağlık profesyonelleriyle etkili bir iletişim kurmasını; ağrı, kabızlık, uykusuzluk, anksiyete gibi fiziksel ve duygusal semptomların sağlık profesyonellerince yönetimini; hastane, ev, bakım merkezi gibi tüm tedavi ortamlarında sağlık profesyonelleri arasında koordinasyon ve iletişimin kurulmasını sağlar<sup>19</sup>. Çalışmamızın ilerleyen kısımlarında daha detaylı değerlendireceğimiz üzere palyatif bakım temel insan haklarından yaşam hakkı ve sağlık hakkıyla ilişkili görülmektedir<sup>20</sup>.

---

15 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4. baskı (2018), s.(i). Bir başka tanım için ayrıca bkz. Get Palliative Care, "What is Palliative Care? | Definition of Palliative Care", erişim 9 Ekim 2022, <https://getpalliativecare.org/whatis/>.

16 "palliative care", "Segen's Medical Dictionary", erişim 9 Ekim 2022, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>. Palyatif bakımın, ağrı ve rahatsız edici semptomları (ör. mide bulantısı, idrar kaçırma) azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmek ve fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçları karşılamak için tasarlandığı belirtilmektedir.

17 "palliative care", "McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine".

18 Bonnie F. Fremgen, Medical Law and Ethics, 2. baskı (Prentice Hall, 2005), s.285.

19 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care", erişim 19 Haziran 2020, <https://www.capc.org/about/palliative-care/>.

20 Bkz. sonraki bölümde I.C.Palyatif Bakım Münferit Bir Hak mıdır?



Palyatif bakım bir ötanazi türü veya sağlık çalışanlarının hastanın ölümüne göz yummak için uyguladıkları pasif bir bakım yöntemi değildir<sup>21</sup>. Tam tersine küratif tedavinin tek başına yeterli olmadığı veya küratif tedavinin hastaya yarar sağlamadığı durumlarda doğan bakım ihtiyaçlarını palyatif bakım karşılar.

Palyatif bakıma “destekleyici bakım” veya “destekleyici tedavi” adı da verildiği belirtilmektedir<sup>22</sup> ancak yaygın kullanılan terim “palyatif bakımdır”<sup>23</sup>.

Palyatif bakım genellikle kanser hastalığıyla ilişkilendirilmekte ise de çalışmamızın ilerleyen kısımlarında <sup>24</sup> belirteceğimiz üzere yalnızca kanser hastalıklarıyla ilişkilendirilebilecek bir bakım değildir; hastanın şifa bulma potansiyeli taşıdığı hastalıklarda da teşhisin konduğu andan itibaren başlar ve tedavi süresince hastaya sunulur<sup>25</sup>.

Hospis bakımıyla palyatif bakım birbiriyle karıştırılabilen kavramlardır. DSÖ'nün 1990 yılında beyan ettiği tanım göz önüne alındığında bu karışıklığın tesadüf eseri oluşmadığı görülecektir. Darülaceze kelimesi bazı kaynaklarda hospis kelimesiyle eş anlamlı kullanılmakta <sup>26</sup>; bazı sözlüklerde İngilizce'deki “hospice” kavramının Türkçe karşılığı olarak gösterilmektedir<sup>27</sup>. Hospis bakımı palyatif bakım süreci içerisinde hastanın ölüme yakın olduğu zaman aralığında (terminal dönem) aldığı bir bakımdır<sup>28</sup>. Hospis bakımı hastaların beklenen sağ kalım süresi en fazla aylarla ifade edilebilen, palyatif bakımın özel bir türüdür. Bu bakım türünde hastaya

21 Fremgen, Medical Law and Ethics, s.285.

22 Özlem Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, Okan Üniversitesi, 2018, s.7. Hanife Özçelik vd., Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım, 2010, s.3. Karşıt görüşe göre palyatif bakımla destekleyici bakım arasında açık bir ayrım olmamak ve iki bakım türü arasında örtüşen alanlar olmakla birlikte iki kavram birbiriyle eş anlamlı değildir. Destekleyici bakım onkolojik bakımın bir parçasıyken palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalığı olan tüm hastaları kapsayacak derecede geniş ve kendine özgü alanı olan bir bakım türüdür. Lukas Radbruch ve Sheila Payne, “White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1”, European Journal of Palliative Care 16, sayı 6 (2009): 278–89, s.282. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Türkiye Kanser Kontrol Programı” (Ankara, 2016), s.65. Destekleyici bakımı hastalığın her döneminde hastaya ve yakınlarına verilen bakım ve palyatif bakımın en geniş tanımı olarak tanımlamıştır.

23 Hui vd., “The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature”, s.585.

24 Bu bölümde bkz. I.B.Palyatif Bakımdan Yararlananlar.

25 Meier ve Arnold, “Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care”.

26 Afife Ayla Kabalak, “Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler”, Anestezi Dergisi 22, sayı 3 (2014): 121–23, s.121.

27 Tureng, “Tureng - hospice - Türkçe İngilizce Sözlük”, erişim 9 Ekim 2022, <https://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/hospice>.

28 Afife Ayla Kabalak, Hakkı Öztürk ve Hasan Çağil, “Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım”, Yoğun Bakım Dergisi 11, sayı 2 (2013): 56–70, s.57. Kabalak, “Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler”, s.121. Meier ve Arnold, “Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care”, s.3. Amy S. Kelley ve R. Sean Morrison, “Palliative Care for the Seriously Ill”, New England Journal of Medicine 373, sayı 8 (2015): 747–55, <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>, s.747.

ve ailesine yaşam kalitelerini geliştirmeye odaklı uzman tıbbi bakım, duygusal ve ruhsal destek sunulur<sup>29</sup>.

Palyatif bakımın en önemli özelliği yaşamı tehdit eden hastalığın herhangi bir aşamasında küratif tedaviyle birlikte uygulanabilir olmasıdır<sup>30</sup>. Buna ek olarak ölüm sonrası yas sürecindeki aileye sunulan manevi destek de palyatif bakımın kapsamı içerisindedir. Terminal dönemle kısıtlı değildir. Palyatif bakım, hospis bakımını da kapsayan bir yaklaşımdır fakat hospisle sınırlı değildir<sup>31</sup>. Bu yönüyle her hospis bakım uygulaması aynı zamanda bir palyatif bakım uygulamasıdır fakat her palyatif bakım uygulaması bir hospis bakım uygulaması değildir<sup>32</sup>. Dünyadaki birçok palyatif bakım programının ağrı ve semptom yönetimine ihtiyacı olup da terminal dönemde olmayan hastalara hospis bakımından ayrı bir bakım sunduğu belirtilmektedir<sup>33</sup>. Palyatif bakım; kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, cerrahi müdahaleler gibi agresif müdahalelere eşlik edebilen bir yaklaşımken hospis bakımında, hasta terminal dönemde olduğu için, bu gibi agresif tıbbi müdahaleler artık geri çekilmiştir<sup>34</sup>.

Palyatif bakım, küratif bakımdan farklı olarak hastayı iyileştirmeye, sağlığına kavuşturmaya veya hastanın yaşam süresini uzatmaya çalışmaz. Hastanın mevcut yaşam süresini kaliteli ve aktif bir biçimde geçirmesini; yaşamın doğal bir parçası olan ölüme yaklaşan terminal dönemi de aynı yaklaşımla yaşamasını destekler. Bu desteğin içerisinde psikolojik ve sosyal desteğin yanı sıra hastanın ailesine sunulan destekler de vardır<sup>35</sup>.

Palyatif bakım, başka bir tedavi türüne alternatif değildir. Küratif veya yaşamı uzatan tedaviye entegre olarak sunulan bakımın bir parçasıdır<sup>36</sup>. Yaşamı uzatan ve

---

29 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(iii).

30 Kavitha Ramchandran ve Jamie H Von Roenn, "Palliative Care Always", *Oncology* (Williston Park, N.Y.) 27, sayı 1 (Ocak 2013): 13–16, 27–30, 32-4 passim, erişim 19 Haziran 2020, <https://www.cancernetwork.com/view/palliative-care-always>.

31 Marilyn J. Field ve Christine K. Cassel, *Approaching Death* (Washington, D.C.: National Academies Press, 1997), <https://doi.org/10.17226/5801>, s.31.

32 Salimah H. Meghani, "A Concept Analysis of Palliative Care in the United States", *Journal of Advanced Nursing* 46, sayı 2 (Nisan 2004): 152–61, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02975.x>. Susan Dolan ve Audrey Vizzard, *The End of Life Advisor* (New York: Kaplan Publishing, 2009), s.52,53.

33 Dolan ve Vizzard, *The End of Life Advisor*, s.53.

34 National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs", erişim 19 Haziran 2020, <https://www.nhpco.org/patients-and-caregivers/about-palliative-care/palliative-care-faqs/>. Palyatif ve hospis bakım arasındaki fark hakkında daha detaylı bilgi için bkz. National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care or Hospice", erişim 9 Ekim 2022, [https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare\\_VS\\_Hospice.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare_VS_Hospice.pdf). Field ve Cassel, *Approaching Death*, s.30, 31.

35 Ayşegül Bilen, "Palyatif Bakım", *Toplum ve Hekim* 31, sayı 1 (2016): 25–30, s.25, 26.

36 Faull, "The Context and Principles of Palliative Care", s.1.

küratif tedaviyle eş zamanlı ve iş birliği içinde yürütülebilir<sup>37</sup>. Küratif tedavinin sağlanmadığı veya hastanın küratif tedaviye erişemediği koşullarda en azından palyatif bakımın hastaya sağlanması gerekir<sup>38</sup>.

Araştırmamızda karşılaşılan bazı tanımlar palyatif bakımın tıbbi yönüne odaklanırken bazıları sosyal, psikolojik veya manevi yönüne odaklanmıştır. Bu durumun tanımın yer aldığı eserin yazıldığı bilim dalıyla doğrudan ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bazı kaynaklarda geçen palyatif bakım tanımı ise yukarıda bahsettiğimiz, hospis bakımı kavramına karşılık gelmektedir. Bazı tanımlar ise konunun girift yapısına anlam vermeye yaramayacak ölçüde sadeleştirilmiştir<sup>39</sup>. Palyatif bakıma ilişkin tanım çeşitliliğinin bulunması ve birliğin olmamasının çeşitli sebepleri vardır<sup>40</sup>. Konuya ilişkin hukuki yaklaşımlardan bahsedebilmek için önce bu tanım çeşitliliği içerisinde sabit bir tanımı esas almak ve o sabit tanımın çerçevesinden görülecek hukuki yaklaşımları kararlı bir zemin üzerinde kurgulamak gerektiği görüşündeyiz. Araştırmamızda incelediğimiz pek çok palyatif bakım tanımlaması arasında açık bir çelişki veya çatışmayla karşılaşılmalıdır. Ele alacağımız hukuki yaklaşımlar göz önüne alındığında yaklaşımlarımızla incelenen tanımlar arasında çelişen bir yönle karşılaşılmalıdır fakat bazı tanımların eksik kaldığı görülmüştür. Örneğin; palyatif bakım tanımını yalnızca hasta bireyle sınırlandırıp hastanın ailesiyle ilişkilendirmeyen tanımlar, hastanın temsiline ilişkin hukuki yaklaşımları palyatif bakımın bütüncül yapısı içerisine konumlandırmayı imkansızlaştıracığından dolayı göz ardı edilmiştir. Diğer yandan yapılan tanımlar arasında çatışma veya çelişki olmaması uygun tanımı seçmeyi kolaylaştırmaktadır. DSÖ'nün 2002 yılında beyan ettiği palyatif bakım tanımı, multidisipliner – interdisipliner, hastayı ve çevresini biyopsikososyal bir bütün olarak ele alan, kültürel ve bölgesel farklılıklara göre uyarlanabilecek kurgusu nedeniyle çalışmamıza esas alınmıştır. Benzer uygunlukta

---

37 Dolan ve Vizzard, The End of Life Advisor, s.52. Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care". Amerika Birleşik Devletleri'nde 1999 yılında kurulmuş ulusal bir organizasyon olan CAPC, palyatif bakımı hastanın diğer doktorlarının sunduğu küratif tedavi ve bakıma ekstra bir bakım katmanı sağlayan bir bakım türü olarak betimlemiştir.

38 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.8.

39 Örneğin T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanseri Kontrol Programı" s.65. "Palyatif Bakım: Kür mümkün olmayacak hasta ve yakınlarına onların konforu için verilen destekler." Bu tanımın, yer aldığı metnin esas amacı palyatif bakımı tanımlamak olmadığı için ve muhtemelen de bu sebeple okuyucunun işini kolaylaştırmak amacıyla sadeleştirilmiş olduğu kanısındayız.

40 Hui vd., "The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature", s.585. Adı geçen araştırmada palyatif bakım / tedavi kavramını tanımlayan otuz beş makalede on altı farklı tanım olduğu belirtilmektedir.

ulusal nitelikli başka tanımlar<sup>41</sup> olsa da DSÖ'nün tanımına ulaşmadaki kolaylık, bu tanımın diğer pek çok eserde referans alınması ve çalışmamızın amacının palyatif bakımı tanımlamak değil hakkındaki hukuki yaklaşımlara değinilecek kavramı okuyucuya tanıtmak olması seçim yapmada etkili olmuştur.

## B. PALYATİF BAKIM DAN YARARLANANLAR

Palyatif bakım, kanser hastalıklarıyla ve ölümlle yakından ilişkili bir kavram olarak algılanmaktadır<sup>42</sup>. DSÖ, palyatif bakımın tanımını pek çok hasta grubunu kapsayacak şekilde yapmasına rağmen 2021 yılına kadar palyatif bakıma ilişkin tanımlamayı internet sitesindeki kanser programı başlığının altında yayımlamasını<sup>43</sup> bu algıyla ilişkili görmekteyiz<sup>44</sup>. Oysa palyatif bakımın başlıca öznesi ne yalnızca kanser hastaları ne de yalnızca terminal dönem hastalardır<sup>45</sup>. Buna ek olarak her yaşta birey palyatif bakımın öznesi olabilir<sup>46</sup>.

Palyatif bakımın özel bir türü olan hospis bakımında da hastanın ve ailesinin yaşam kalitesi hizmetin odağındadır fakat hospis bakımında hastaya uygulanan tüm küratif tedaviler kesilmiştir. Hospis bakımı hastalığın doğal seyrinin altı ay içerisinde hastanın ölümüne sebebiyet vereceği durumlarda uygulanır<sup>47</sup>.

Palyatif bakımla ilişkilendirilebilecek hastalıklar kalp yetmezliği veya alzheimer<sup>48</sup> gibi kronik bir hastalık olabileceği gibi, ilaca karşı dirençli tüberküloz gibi bulaşıcı veya kanser gibi bulaşıcı olmayan bir hastalık da olabilir. Bu bağlamda önemli olan ayrıntı, hastalığın ne olduğu değil hastanın ihtiyacının ne olduğudur; çünkü palyatif bakım prognoz değil ihtiyaç temelli bir yaklaşımdır<sup>49</sup>.

---

41 Örneğin National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, NCC Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2020, s.PAL-1.

42 Star Gazete, "What You Should Know About Palliative Care", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.stargazette.com/story/news/local/2016/02/01/what-you-should-know-palliative-care/79532248/>.

43 WHO, "WHO Definition of Palliative Care".

44 Dünya Sağlık Örgütü'nün web sitesinde yer alan palyatif bakım tanımını 2021 yılı içerisinde kanser başlığı altından çıkarıp "health topics" şeklinde ifade edilen genel sağlık konuları başlığı altında yayımladığı gözlenmiştir.

45 Faull, "The Context and Principles of Palliative Care", s.2.

46 Kabalak, Öztürk ve Çağil, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", s.68.

47 National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care#palliative>.

48 Kadriye Sayın Kasar ve Yasemin Yıldırım, "İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing 9, sayı 2 (2017): 164–70, <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-52492>, s.164, 165. Alzheimer (alzheimer), demansın en sık görülen nedenlerinden biri olarak görülen, bireyin sağlıklı yaşam süresini kısaltan bir hastalıktır. Demans, "hafıza, öğrenme, hatırlama, oryantasyon, dil fonksiyonları, algılama, karar verme, plan yapma ve kişilik gibi kognitif fonksiyonların bozulması ile karakterize ve ölümlle sonuçlanabilen santral sinir sisteminin progresif nörodejeneratif bir hastalığıdır."

49 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care".

Yaşam Sonunda Palyatif Bakım Global Atlası'nda yer alan tanım ve açıklamalar çerçevesinde palyatif bakımın ilgili hasta grubundaki kişiler ve ailelerine yönelik bir yaklaşım olduğu göz önüne alındığında yalnızca belirli bir hastalıktan mustarip hastalardan çok daha geniş bir hasta kitlesinin ve ilaveten onların ailelerinin bu yaklaşımın hedefinde olduğu açıktır.

Başlangıçta palyatif bakım kanser nedeniyle ölmekte olan hastalara odaklansa da palyatif bakımdan fayda gören hasta sayısı zaman içinde artmıştır. Günümüze kadar yapılmış pek çok araştırma palyatif bakımdan yararlanan çeşitli hastalık grubundan hastanın semptomlarının ve tıbbi bakım ihtiyaçlarının azaldığını, yaşam kalitesinin ve aile memnuniyetinin arttığını ortaya koymuştur.<sup>50</sup> Tıbbın farklı uzmanlık dalları hastalığın etkilediği organ sistemleri, yaş, potansiyel işlev kaybı gibi kriterlere göre belirli hasta gruplarına hitap eder ve diğerlerini dışlarken palyatif tedavi hiçbir hasta grubunu dışlamaz ve tümüne hitap eder<sup>51</sup>.

İngiltere'de 1999 ve 2000 yıllarına ilişkin yıllık palyatif bakım raporlarında palyatif bakım servislerinde yatan hastaların %94'ünün kanser teşhisi konmuş hastalar olduğu görülmüştür. Palyatif bakım uzmanlarının yaptığı araştırmalarda 1998 yılına kadar geri gidildiğinde ise aslında malin olmayan<sup>52</sup> hastalıklardan dolayı ölmekte olan hastaların da git gide artan palyatif bakım ihtiyacının olduğu dikkat çekmiştir<sup>53</sup>.

Palyatif bakım yaklaşımının kendine özgü görünüşü hastanın kişisel ihtiyaçlarına yönelik multidisipliner bir bakımı amaçlamakta ve palyatif bakım uzmanları bu hususa dikkat çekmekte ise de işin uygulaması böyle olmamaktadır. Örneğin kalp yetmezliği, ilerleyen ve kronik bir hastalık olduğu için hastalığın gidişatını öngörmek kolay değildir. Kalp yetmezliği ölüm oranı ve semptom yükü açısından kanseröz hastalıklara denk; ilerlemiş kalp yetmezliği hastalığının semptom yükü ise ileri kanser hastalarının semptom yükünden daha ağır olmasına rağmen palyatif

---

50 Kelley ve Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.752.

51 Simon Fordham, Chris Dowrick ve Carl May, "Palliative Medicine: Is It Really Specialist Territory?", *Journal of the Royal Society of Medicine* 91 (1998): 568–72, <https://doi.org/10.1177/014107689909200224>, s.569. Lukas Radbruch ve Sheila Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", *European Journal of Palliative Care* 17, sayı 1 (2010): 22–33, s.23.

52 Malign olmayan ifadesi, İngilizce nonmalignant ifadesinin karşılığı olup kanseröz olmayan, hatta tümör niteliğinde olsa dahi diğer organlara yayılmayan hastalıkları ifade etmektedir. National Cancer Institute, "Definition of nonmalignant - NCI Dictionary of Cancer Terms", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/nonmalignant?redirect=true>.

53 F E M Murtagh, M Preston ve I Higginson, "Patterns of Dying: Palliative Care for Non-Malignant Disease", *Clinical Medicine* 4, sayı 1 (2004): 39–44, <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.4-1-39>, s.39.

bakım hizmetlerinden faydalanan kalp yetmezliği hastası kanser hastalarına oranla çok daha azdır<sup>54</sup>. Palyatif bakım programları ve merkezleri özellikle kanser hastalarının ihtiyaçlarına yoğunlaşmaktadır<sup>55</sup>. Oysa rastgele seçilen ölüm olayları ve ölenin yakınları üzerine yapılan toplumsal temelli çalışmaların kanseröz olmayan ilerlemiş hastalıklardan mustarip hastaların son bir yılında kanser hastalarına oranla çok daha fazla semptom problemi yaşadığını gösterdiği belirtilmektedir<sup>56</sup>. TÜİK verileri incelendiğinde en sık karşılaşılan üç ölüm nedeni sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları, tümörler ve solunum sistemi hastalıklarıdır. En sık karşılaşılan ölüm nedeni tüm ölümlerin %38,4'ünü oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları iken en sık karşılaşılan ikinci neden tüm ölümlerin %19,7'sini oluşturan iyi ve kötü huylu tümörlerdir<sup>57</sup>. Bu veriler göstermektedir ki kanser nedeniyle ölen bireylerin sayısından kat be kat fazla sayıda birey kanser dışı kronik hastalıklardan ölmektedir. Araştırma kapsamına giren kişilerin her birinin ve aynı zamanda ailelerinin palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyduğunu tahmin etmek zor değildir. Avrupa ülkelerinde palyatif bakım yaygın bir biçimde ileri evre kanser hastalarına uygulanmaktadır. Oysa nörolojik; HIV/AIDS; kalp, akciğer veya böbrek yetmezliği gibi hastalığı olan bireylerin kanser hastalarınıninkiyle aynı düzeyde palyatif bakım ihtiyacı olsa da palyatif bakıma erişimleri daha zordur<sup>58</sup>.

Palyatif bakıma, kanser türlerinin yanı sıra kalp, akciğer, böbrek, karaciğer, beyin gibi organ yetmezlikleri; KOAH; alzheimer; Parkinson hastalığı; ALS; HIV/AIDS, çocuklarda genetik/konjenital, ilerleyici hastalıklar ve daha pek çok hastalıktan mustarip kişiler ihtiyaç duyabilir<sup>59</sup>. Dünya Palyatif Bakım Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Yaşam Sonunda Palyatif Bakım Global Atlası'na göre yetişkinlerde (15 yaş ve üzeri bireyler yetişkin olarak tanımlanmıştır) palyatif bakım gerektiren hastalıklar; alzheimer ve diğer demans çeşitleri, kanser, kardiyovasküler hastalıklar (ani ölümler hariç), siroz, KOAH, diyabet, HIV/AIDS, böbrek yetmezliği, MS, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz olarak sayılmıştır.

54 Gülşah Çamcı, "Kronik Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitiminin Semptom Yönetimi, Yeniden Yatışlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" (Marmara Üniversitesi, 2018), s.4.

55 Fordham, Dowrick, May, "Palliative Medicine: Is It Really Specialist Territory?", s.559.

56 Murtagh, Preston ve Higginson, "Patterns of Dying: Palliative Care for Non-Malignant Disease", s.40.

57 Türkiye İstatistik Kurumu, "Ölüm Nedeni İstatistikleri", 2018, erişim 19 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>.

58 Radbruch ve Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1", s.287.

59 Get Palliative Care, "Palliative Care and Disease Types", erişim 9 Ekim 2022, <https://getpalliativecare.org/whatis/disease-types/>. Kabalak, Öztürk, ve Çağıl, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", Tablo 1, s.57. World Health Organisation, "Palliative Care Key Facts", 19 Şubat 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar ise kanser, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, konjenital anomaliler (kalp anormaliteleri hariç), kan ve bağışıklık sistemi hastalıkları, HIV/AIDS, menenjit, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar ve yenidoğan hastalıklarıdır<sup>60</sup>. Sayılan hastalıklar, yalnızca bu hastalıkların olduğu durumda hasta ve ailesinin palyatif bakımdan yararlanabileceği anlamına gelmemektedir; çünkü DSÖ'ne göre palyatif bakım, yaşamı sınırlandırıcı durumun teşhis edilmesinden hemen sonra hastaya sağlanmalıdır. Burada sayılan hastalıklar DSÖ'nün tüm dünyadaki ölüm istatistiklerini göz önüne alarak terminal dönemdeki hospis bakım ihtiyacını ortaya koyan durumlardır<sup>61</sup>. Bu nedenle Yaşam Sonunda Palyatif Bakım Global Atlası'nda yer alan bu veriler palyatif bakımın uygulanabilir olduğu hastalıklar listesi olarak adlandırılabilir daraltıcı bir yorumun dayanağı olarak kullanılmamalıdır; bu, kesinlikle sınırlayıcı bir liste değil, ihtiyacı ortaya koyan istatistiksel bir değerlendirmedir. Palyatif bakım ciddi bir hastalıktan dolayı ağrı, stres veya başkaca belirtilerden şikayetçi olan tüm hasta kişiler için etkili olabilir<sup>62</sup>.

Hasta bireyin hastalık sürecinde, özellikle de hastalığın ağırlaştığı dönemde, bakıma muhtaç olduğu bir dönem olabilir. Bakıma muhtaçlık kavramı "*bireyin yaşamının idamesi için gereken yaşamsal fonksiyonları yerine getirmesinde başkasının bakım ve desteğine gereksinim duyması durumu*" olarak tanımlanmıştır<sup>63</sup>. Bu süreçte hastanın en büyük destekçisi hastaya bakım veren aile üyeleridir. Hasta ve bakım veren aile üyeleri hastanın ve hastalığın durumu; mevcut veya olası semptomlar; hastalık ve semptomlara ilişkin deneyimler; bir bakım ve danışmanlık planının hazırlanması konularında profesyonel palyatif bakım ekibiyle aktif bir iletişim içerisinde bulunurlar<sup>64</sup>. Bakım veren aile üyesi, palyatif bakım ekibinin önemli bir parçasıdır. Zarit'e göre bakım verenin desteği olmadan palyatif bakımın toplumsal maliyetinin daha yüksek, hastaların yaşam kalitesi ve hayatta kalma oranının daha düşük olacaktır. Dolayısıyla bakım vermede aile üyelerinin desteğinin olması çok önemlidir. Yazara göre profesyonel palyatif bakım ekibinin aile üyelerini bakım verme konusunda cesaretlendirmesi ve teşvik etmesi gerekir. Bunun yanında bakım veren

---

60 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.10. Atlasın ikinci baskısında tanı gruplarının genişlediği hakkında bkz. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care, s.18.

61 World Palliative Care Alliance, s.93.

62 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care: What You Should Know", erişim 20 Haziran 2020, [https://getpalliativecare.org/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_WhatYouShouldKnowHandout\\_2019.pdf](https://getpalliativecare.org/wp-content/uploads/2019/01/GPC_WhatYouShouldKnowHandout_2019.pdf).

63 Hurişah Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, Atılım Üniversitesi, 2014, s.34.

64 Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.146.

aile üyesinin bakım yükü izlenmeli ve tükenmişlik yaşamaması için gerekli tedbirler alınmalıdır<sup>65</sup>.

Yukarıda anılan sebeplerle, palyatif bakımın hedefinde hastaların yanı sıra hastaya bakım veren aile üyeleri de yer almaktadır. Esasen hastaya bakım verme formal ve informal olmak üzere iki şekilde görülmektedir<sup>66</sup>. Formal bakım, profesyonel hizmet sağlayıcılar tarafından verilen uzmanlık düzeyindeki bakımdır<sup>67</sup> ve bir sonraki başlıkta incelenecektir. İnformal bakım veya uzmanlık gerektirmeyen bakım ise genellikle aile üyeleri veya hastanın yakınları tarafından gönüllülük esasına dayalı olarak verilen bakımdır<sup>68</sup>. Bakım veren rolü bazı aile üyeleri için birincil nitelikteyken bazıları için ikincil nitelikte olabilir<sup>69</sup>.

Bakım veren, palyatif bakım ekibinin temel bir parçası olsa<sup>70</sup> da aşağıda bahsedileceği üzere, bakım veren rolü; bakım verenin tercih ettiği, nasıl yerine getireceğini veya nasıl başa çıkabileceğini bildiği bir rol değildir. Formal bakım ekibinin verdiği destek sayesinde bunları öğrenir ve yerine getirir. Bu nedenle bakım veren, her ne kadar bakım ekibinin temel parçası olsa da, bu çalışmada profesyonel palyatif bakım hizmeti veren ekibinin içerisinde değil hizmeti alan tarafta kabul edilmiş ve incelenmiştir. Kaldı ki profesyonel palyatif bakım hizmeti içerisinde bakım verenin bu rolü nasıl yerine getireceği ve bu rolün getirdiği yükü nasıl başa çıkacağına ilişkin destek de yer almaktadır. Bir başka deyişle bakım veren gerçekten de hizmet alan taraftadır.

Bakım veren aile üyeleri hastaya hem fiziksel bakım, hem duygusal destek sağlarlar<sup>71</sup>. Manevi destekten hastanın formal bakım ekibiyle koordinasyonunun

---

65 Steven H. Zarit, "Family Care and Burden at the End of Life", Canadian Medical Association Journal, C. 170, S. 12 (2004), ss. 1811–12, doi:10.1503/cmaj.1040196, s.1811.

66 Özge Çetin, Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2018, s.11.

67 Gülsen Ataman, Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Evde Bakım Durumlarının, Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitesinin Saptanması, Ankara Üniversitesi, 2014, s.5.

68 Richard Kasuya, Patricia Polgar-Bailey, Robbyn Takeuchi, "Caregiver Burden and Burnout: A Guide For Primary Care Physicians", Postgraduate Medicine, C. 108, S. 7 (2000), doi:10.3810/pgm.2000.12.1324 içinde Çetin, Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, s.11. Literatürde bakım veren (caregiver) ifadesi tek başına kullanıldığında informal bakım verenlerden bahsetmek için kullanıldığı görülmektedir; bu nedenle çalışmamızda da aynı anlamda kullanılacaktır.

69 Family Caregiver Alliance, "Definitions", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.caregiver.org/definitions-0>.

70 Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.2. Murat Gültekin vd., "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu", Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, C. 1 (2010), ss. 1–5, s.4.

71 Barbara A Given, Charles W Given, Paula R Sherwood, "Family and Caregiver Needs Over the Course of the Cancer Trajectory", The Journal of Supportive Oncology, C. 10, S. 2 (2012), ss. 57–64, doi:10.1016/j.suponc.2011.10.003 içinde Sevcan Toptaş Kılıç, Fatma ÖZ, "Kanser Hastalarına



sağlanmasına, sağlık kuruluşuna transfer edilmesinden temizliğine, ilaçlarının takibinden yatış yönünün değiştirilmesine ve hatta daha ileri düzey beceri gerektiren trakeostomi bakımı veya damar içi ilaç uygulamaya kadar pek çok iş, bakım veren tarafından üstlenilir<sup>72</sup>. Bu nedenle hastaya bakım veren aile üyeleri hastanın bakımında önemli bir rol oynarlar<sup>73</sup> ve palyatif bakım ekibinin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilirler<sup>74</sup>. Bakım verenin iyilik hali, hastanın iyilik halini etkilediği için palyatif bakımın hedefinde hastanın yanı sıra hastaya informal bakım veren aile üyeleri de yer almaktadır<sup>75</sup>.

Bakım veren rolü, bakım verenlerin tercih edebileceği veya önceden hazırlık yapabileceği bir rol değildir. Bakım verenin bu rolü ne kadar süre boyunca üstleneceği veya bu rolün ne zaman sona ereceği de belirsiz olabilir; çünkü bazı hastalıklar hastanın yaşam süresini kısaltmaz fakat yaşamını zorlaştırır ve bakım veren rolü on yıllara yayılır<sup>76</sup>. Bakım verenler bu rolü çoğu zaman istemeden ve beklenmedik bir anda edinirler<sup>77</sup>. Bu nedenle bakım verenlerin bir yandan hastaya nasıl bakım vereceklerini öğrenmeleri diğer yandan beklenmedik bir zamanda üstlendikleri sorumluluklarıyla da başa çıkmaları gerekir. Bunların yanı sıra, bakım veren rolünden bağımsız olarak her birey gibi bakım verenler de alışılmış, gündelik görev ve sorumluluklara sahip olmaya, kendine vakit ayırmaya ve sosyalleşmeye ihtiyaç duymaya devam ederler. Hastanın fiziksel, psikolojik ve ruhsal ihtiyaçları arttıkça bakım verenin kendine ayıracak daha az zamanı kalır<sup>78</sup>. İstanbul'daki bir özel hastanede Haziran – Ağustos 2017 döneminde yüz on hasta ve yüz on hasta ailesiyle yapılan araştırmada hasta ailelerinin çalışma gücü bakımından verimli yaşlarında olduğu halde çalışmadıkları tespit edilmiş; araştırmada, bu durumun bakım için gereken zamanın fazla olması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu ve bakımın bakım

---

Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Müdahaleler”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, C. 6, S. 3 (2019), ss. 195–203, doi:10.31125/hunhemsire.630828, s.198.

72 Fadime Hatice İnci, Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Pamukkale Üniversitesi, 2006, s.5. Carmen Dyck, “Who Cares for the Caregiver?”, Parkinsonism & Related Disorders, C. 15 (2009), ss. 118–21, doi:10.1016/S1353-8020(09)70796-5, s.8.

73 Pi-Ming Yeh, “Systematic Review of the Interventions for Family Caregivers”, Caregivers: Practices, Challenges and Expectations, ed. Adrienne Lloyd, Health Care in Transition, New York: Nova Science Publishers, Inc, 2016, ss. 1–30, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1164791&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>, s.2.

74 Amy Burleson Sullivan, Deborah Miller, “Who is Taking Care of the Caregiver?”, Journal of Patient Experience, C. 2, S. 1 (2015), ss. 7–12, doi:10.1177/237437431500200103, s.11.

75 Jonathan Herring, Medical Law and Ethics, Oxford University Press, 2006, s.484.

76 Sullivan, Miller, “Who is Taking Care of the Caregiver?”, s.7.

77 Bkz. bu bölümde I.F.Palyatif Bakımın Uygulanma Zamanı.

78 Sullivan, Miller, “Who is Taking Care of the Caregiver?”, s.7. Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım veren aile üyelerinin haftada ortalama 24.4 saat bakım verme görevine vakit ayırdığı ve bakım veren her dört aileden birinin haftada 41 saat veya daha fazla zaman ayırdığı belirtilmektedir. Family Caregiver Alliance, “Definitions”.

veren üzerinde yük oluşturduğu belirtilmiştir<sup>79</sup>. Bir yandan bakımın doğurduğu parasal maliyet ve bakım verene yansıyan maliyet yeni bir yük doğururken, bakım verenin bakım verme sorumluluğu ile işyerindeki yükümlülüklerinin çatışması kimi zaman bakım verenin işyerinden daha çok izin alması, kısmi zamanlı çalışması, işten ayrılması veya erken emekli olması gibi etkiler yaratabilir<sup>80</sup>. Hastanın sağlık durumunun kötüleşmesi de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkiler<sup>81</sup>. Ev düzeninin işleyişinin bozulması, maddi güçlükler ve bakım verenin sorumluluklarına eklenen bakım yükü bir süre sonra bakım verende tükenmişliğe sebep olur<sup>82</sup>. Bakım verenin üzerinde oluşan bu yük bakım verenin fiziksel, duygusal, psikolojik sağlığını; dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkiler<sup>83</sup>. Bir araştırmada, eşlerine bakım veren kişilerin dört yıl içinde ölme olasılığının eşlerine bakım vermeyen kişilere göre %63 daha fazla olduğu belirtilmektedir<sup>84</sup>. Bir başka araştırmada ise duygusal gerilim yaşayan bakım verenin yaşamı tehdit eden hastalığa yakalanma veya ölme riskinin azımsanamayacak derecede yüksek olduğu bildirilmiştir<sup>85</sup>. Tüm bu sebeple bakım veren rolünü üstlenen aile üyeleri de pek çok açıdan desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bakım verenin bu ihtiyaçlarının da karşılanması gerekir<sup>86</sup>.

Hastaya sunulan destekleyici tedaviye ek olarak hastanın aile üyelerine sunulan manevi destek ve ailenin özel durumları nedeniyle hastaya geçici bir süre için sunulan, bakım veren aile üyesinin bakım vermeye bir mola vermesini sağlayan, "bakım veren için bakım molası" (respite care) da palyatif bakımın bir parçasıdır<sup>87</sup>.

---

79 Özlem Topkaya, *Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi*, İstanbul Okan Üniversitesi, 2018, s.49.

80 Murat İlhan Atagün vd., "Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 3, S. 3 (2011), ss. 513–52, [www.cappsy.org/archives/vol3/no3/](http://www.cappsy.org/archives/vol3/no3/), s.534.

81 Michael A. Weitzner, Susan C. McMillan, Paul B. Jacobsen, "Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings", *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 17, S. 6 (1999), ss. 418–28, doi:10.1016/S0885-3924(99)00014-7, s.424.

82 Georgina Ugochi Njoku, *The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level, Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level*, Walden University, 2015, s.10.

83 Songül Öksüzoğlu, *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018, s.1. Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.7. Hanife Özçelik, *Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi*, Ege Üniversitesi, 2011, s.63.

84 Richard Schulz, Scott R. Beach, "Caregiving As a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study", *Journal of the American Medical Association*, C. 282, S. 23 (1999), ss. 2215–19, doi:10.1001/jama.282.23.2215, s.2218.

85 Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care". Bir başka çalışmada eşleri kısa bir süre önce ölmüş 26 erkekte alınan kanların incelenmesiyle yas döneminde bu kişilerin bağışıklık sisteminin kapandığı sonucuna ulaşılmıştır. Martin E. P. Seligman, *Öğrenilmiş İyimserlik*, ç. Semra Kunt Akbaş, Eksi Kitaplar, 2007, s.193 içinde Nurten Sancak, *Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu*, Beykent Üniversitesi, 2011, s.24-25.

86 Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.9.

87 Fremgen, *Medical Law and Ethics*, s.285. Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1", s.283. İngilizce kaynaklarda rastladığımız

Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakımı tanımlarken yalnızca hastanın değil hastanın ailesinin de yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Tanıma ek olarak yapılan açıklamada palyatif bakımın gerek hastalık sürecinde gerek ise yas sürecinde ailenin söz konusu süreçlerle başa çıkabilmesi için bir destek sistemi sunulduğunu; palyatif bakımda, gerektiğinde yas danışmanlığını da kapsayacak şekilde, hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarını gidermeye yönelik takım çalışmasının kullanıldığı ifade edilmiştir<sup>88</sup>.

National Consensus Project Klinik Uygulama Rehberi (NCP)'ye göre bakım veren, aile, arkadaş ve ücretli – ücretsiz bakım veren bir başka kişi olabilir<sup>89</sup>. Palyatif bakımdan yararlanan kişilerden bahsederken değindiğimiz (informal) bakım veren, yararlanan kaynaklarda sıklıkla hastanın ailesi olarak betimlense de kanımızca buradaki aile kavramını tanımlarken yalnızca hastanın kan veya evlilik bağı olan kişileri kapsayacak şekilde dar yorumlamak yeterli değildir. Bunun yerine klasik anlamda aile bağının varlığı aranmaksızın hastayla ortak bir hayatı sürdürme niyetinde olan bir hayat arkadaşı veya ortak bir hayat sürdürmeler bile karşılıklı olarak birbirlerinin hayatlarına paydaş olma niyetinde olan bir arkadaşı hatta komşuyu<sup>90</sup> da kapsayan geniş bir yoruma başvurulması daha isabetli olacaktır<sup>91</sup>.

İnsan, hayat arkadaşını veya arkadaşlarını arada aile bağı olmasa dahi seçilmiş aile olarak anlamlandırabilir ve yaşama düzenini buna göre kurgulayabilir. Kişinin bu tip özelliklerini göz önüne almaksızın klasik anlamdaki aile kavramından yola çıkan bir yaklaşım, hastanın ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kalabileceği gibi hastanın desteğe ihtiyacı olan yakınlarını bu destekten mahrum bırakabilir. Bakım

---

“respite care” teriminin Türkçede kullanılan bir karşılığına rastlanılamamıştır. Bu bakım türü, bakım verenin bakıma vermeye bir mola vermesi, kendine zaman ayırması, sosyalleşmesi, kendisinin veya hastanın resmi dairedaki – bankadaki bir işini halletmesi gibi bazen planlı bazen de spontan bir şekilde doğan ihtiyaçlarda bakım veren aile üyesinin yerini geçici süreliğine formal bakım veren bir ekip üyesine veya ekibe devretmesi yoluyla gerçekleşen bir hizmettir. Bu kavrama “geçici bakım” veya “geçici süreli bakım” gibi bir Türkçe karşılık önermek kolay olsa da kavramın içeriğiyle tercümesi karşılaştırıldığında; kavramı ilk kez duyan bir kişide çağrıştıracağı anlam belirsizliği göz önüne alındığında yetersiz görülmüştür. Bu nedenle “bakım veren için bakım molası” ifadesinin kavramın anlamını aktarmakta daha işlevsel bir çeviri olduğu düşünülmektedir. Respite care kavramına Türkçe karşılık olarak “bakım veren için bakım molası” dışında ayrıca “yedek bakım”, “yerine bakım” gibi kavramlar da önerilmektedir. Vatanoğlu-Lutz, Elif, -Profesör Doktor-, “Respite Care Kavramının Türkçe Karşılığı” konulu görüşme, İstanbul, (17 Ağustos 2022).

88 WHO, “WHO Definition of Palliative Care”.

89 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(ix).

90 Family Caregiver Alliance, “Definitions”.

91 Ayrıca bkz. Amanda J. Kirkpatrick, Mary Ann Cantrell, Suzanne C. Smeltzer, “A Concept Analysis of Palliative Care Nursing: Advancing Nursing Theory”, *Advances in Nursing Science*, C. 40, S. 4 (2017), ss. 356–69, doi:10.1097/ANS.000000000000187, s.359.

verenin yaşam kalitesinin düşmesi hasta bireyin bakım verenden aldığı bakımın kalitesini de düşürecek, dolayısıyla hastanın yaşam kalitesi azalacaktır.

Özetle, palyatif bakım, merkezine yalnızca kanserli hastaları, terminal dönem hastaları veya yaşlıları değil pek çok hastalığa sahip hastayı ve bu hastaların ailesini alır; zira kanseröz olmayan bazı hastalıkların semptom yükü kanseröz hastalıkların semptom yükünden daha az değildir. Üstelik bu hastalıklardan mustarip insan sayısı kanser hastalarının sayısından kat be kat fazladır. Hastanın yanında hastaya bakım veren aile üyeleri hem palyatif bakım ekibinin temel bileşeni sayılır hem de palyatif bakım hizmetinin hedefinde yer alır. Hayatlarının hiç beklemedikleri bir zamanında beklemedikleri bir şekilde üstlendikleri, nasıl yerine getireceklerini ve yüküyle nasıl başa çıkabileceklerini bilmedikleri bakım veren rolünü yerine getirirken palyatif bakım yaklaşımı onlara destek sunar.

### C. PALYATİF BAKIM HİZMETİNİ SUNANLAR

Palyatif bakım sürecinde hastada ortaya çıkan semptomlar tek bir kişinin başa çıkabileceğinden daha karmaşık olabilir. Bu sebeple sürecin gerekli eğitimi almış ve koordineli çalışan bir ekip tarafından yürütülmesi gerekir<sup>92</sup>. Bu ekibin organize edildiği kuruluşlar özel sektör veya devlet tarafından işletilebilir. Bu bağlamda kâr amacı güden veya gütmeyen kuruluşlar olabilir<sup>93</sup>.

Palyatif bakımın bütüncül yapısı, palyatif bakım ekibinin multidisipliner ve interdisipliner olmasını gerektirir<sup>94</sup>. Ekip üyelerinin palyatif bakım ilkeleri, uygun iletişim biçimleri ve semptom yönetimi konusunda eğitim almış olması gerekir<sup>95</sup>.

---

92 Özgür Tanriverdi, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", Akciğer Kanseri Destek Tedavisi, ed. Meral Gülhan, Ülkü Yılmaz, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2016, ss. 391–407, s.389. Gian Domenico Borasio, "Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice", Palliative and Supportive Care, C. 9, S. 1 (2011), ss. 1–2, doi:10.1017/S1478951510000489, s.1. Gülbeyaz Can, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010 içinde Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.8. Abdulkadir Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, 2015, s.5. Pınar Gürsoy, Rüşhan F. Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular, C. 5, S. 2 (2012), ss. 69–74, s.72.

93 X. Gómez Batiste vd., Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services (The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes, 2009), [http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre\\_descripcio.htm%0A20/08/2009](http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_descripcio.htm%0A20/08/2009).

94 Bilen, "Palyatif Bakım", s.26. Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", 2015, s.6. Şerif Köleoğlu, Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri, Gaziantep Üniversitesi, 2018, s.11.

95 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.9. Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta

Küratif tedavinin sürdürüldüğü durumlarda hastaya küratif tedavi sunan hekim de bu ekibin bir parçasıdır ve palyatif bakım, küratif tedaviyi destekleyen ilave bir bakım katmanı olarak kabul edilir<sup>96</sup>. Ekibin temel bir parçası olarak kabul edilen bakım veren aile üyelerinin yanı sıra sağlık profesyonelleri ve gönüllüler de bu ekibin içerisinde yer alır<sup>97</sup>. Palyatif bakım hizmetinin bütüncül yapısı gereği, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik farklı disiplinlerden uzmanların oluşturduğu bir ekip anlayışıyla sunulacağı genel kabul görmüş ise de ekibin hangi meslek üyelerinden oluşacağına dair bir görüş birliği bulunmamaktadır<sup>98</sup>. Palyatif bakıma ilişkin tıbbi kılavuzlar incelendiğinde hizmet sunan meslek mensuplarının tadadı biçimde sayıldığı anlaşılmaktadır.

NCP'ye göre bu ekibin içerisinde hekim, uzman hemşire, asistan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, din görevlisi sayılmış ve ihtiyaca göre başka disiplinlere mensup üyelerin de yer alacağı belirtilmiştir<sup>99</sup>. Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) Onkolojide Klinik Uygulama Kılavuzu'nda (NCCN Kılavuzu) sertifikalı palyatif bakım hekimi, uzman hemşire, asistan hekim, sosyal çalışmacı, din görevlisi, eczacı sayılmıştır ancak bu sayım da tadadidir<sup>100</sup>.

Palyatif bakıma ilişkin yayımlanmış tıbbi bakım kılavuzları incelendiğinde uluslararası düzeyde yayımlanmış bir kılavuz<sup>101</sup> olmadığı görülmüş bununla birlikte bölgesel bir örgüt olan Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care, EAPC)'nin internet sitesinde yayımlanan palyatif bakım kılavuzları

---

Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.5.

96 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care". Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.2. Get Palliative Care, "What is Palliative Care? | Definition of Palliative Care".

97 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.17. Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.2. National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?". Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.146. Can, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım içinde Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.8. Hatice İlhan, Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2018, s.24.

98 Mustafa Haki Sucaklı, Yaşar Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, C. 8, S. 3 (2016), ss. 34–39, s.35. Nurten İnan, "Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?", Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular, C. 10, S. 1 (2017), ss. 20–24, s.22.

99 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care.

100 National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.MS-3.

101 Böyle bir kılavuz yayımlanmanın anlamlı olmadığına dair görüş için bkz. The World Medical Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness", 2006, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>.

incelenmiştir. İrlanda Cumhuriyeti Sağlık ve Çocuk Bakanlığı tarafından yayımlanan Palyatif Bakım Uzmanları için Tasarım Kılavuzunda genel hastanelerde yer alan uzman ekiplerin en az bir uzman palyatif bakım hemşiresi, bir sosyal çalışmacı ve bir sekreterden oluşması; fizyoterapi, uğraşı terapisi, konuşma ve dil terapisi içeren rehabilitasyon merkezlerinde ise terapistin yanı sıra hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen ve medikal ekibin yer alması gerektiği düzenlenmiştir. Almanya'da kurulan AWMF, Alman Kanser Derneği (Deutsche Krebsgesellschaft) ve Alman Kanser Yardımı (Deutsche Krebshilfe) adlı sivil toplum örgütlerinin ortak yayımladığı Tedavi Edilemeyen Kanser Hastalığı Olan Hastalar için Palyatif Bakım Kılavuzu – Kısa Versiyon'da ve İskoçya'da yayımlanan İskoç Palyatif Bakım Kılavuzunda palyatif bakım ekip üyelerine ilişkin herhangi bir belirleme yapılmamıştır. İngiltere'de yayımlanan Palyatif Bakım Yetişkin Ağı Kılavuzu Plus (Palliative Care Adult Network Guideline Plus) adlı kılavuzda açıkça ekip üyeleri sayılmamış fakat hastaların hekim, hemşire, fizyoterapist, uğraşı terapisti, sosyal çalışmacı ve yardımcı profesyonel ekibe yönlendirilebileceğinden bahsedilmiştir<sup>102</sup>.

Başarılı bir interdisipliner bakımın sağlanması için ekip üyeleri arasında psikolog, psikiyatrist, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti gibi meslek uzmanlarının yanı sıra sivil toplum örgütleri ve devlet idaresinin desteğinin de bulunması gerektiği belirtilmektedir. Böylece bakım veren aile üyeleri ve hastanın ne gibi müdahalelere ihtiyaç duyduğunun değerlendirilmesi ve belirlenmesi mümkün olacak, gereksinimlere uygun politikalar üretilebilecektir<sup>103</sup>. Benzer şekilde, Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılında yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programında palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesi için kurulacak çekirdek kadrolarda yer alması gereken ekip üyeleri doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog olarak sayılmıştır<sup>104</sup>. İncelenen kaynaklarda palyatif tedavi ve bakım konusunda eğitim almış doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, manevi destek uzmanı ve psikoloğun sabit ekip üyeleri olarak sayılmasına daha sık rastlanılmıştır<sup>105</sup>. Bu üyelere ek olarak ihtiyaçlar doğrultusunda eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti de ekibe dahil

---

102 Max Watson vd., "Palliative Care Guidelines Plus", y.y., <https://book.pallcare.info/index.php?tid=108&dg=9>.

103 Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.10.

104 T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009-2015, ed. Murat Tuncer, 2009, s.96.

105 Köleoğlu, Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri, s.11. İlhan, Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi, s.24. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.144. İlgili metinlerde manevi destek uzmanı yerine din görevlisi kavramı geçtiği daha sık görülmekte ise de Manevi Destek Uzmanı başlığı altında açıklayacağımız sebeplerle manevi destek uzmanı kavramını kullanıyoruz.

olabilir<sup>106</sup>. Bir başka kaynakta palyatif bakım ekibinin anesteziyoloji ve reanimasyon, algoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, aile hekimliği, dâhili ve cerrahi tıp alanındaki uzmanlık dallarından hekim ve hemşirelerin yer alması gerektiği belirtilmiştir<sup>107</sup>.

Tıbbi uygulama yapmasına bakılmaksızın ekip içindeki tüm meslek mensuplarının mesleğin amacına özgülünmüş palyatif bakım eğitimi alması gerekir<sup>108</sup>. Özellikle mesleğin edinildiği okul, üniversite veya meslek edinme ortamında palyatif bakıma ilişkin eğitim almamış olan veya yeterli eğitimi alamamış üyelerin eğitimi, bakım kalitesinin sağlanması için önemlidir. Ayrıca ekip içerisinde yer alacak gönüllülerin de eğitim alması gerekir<sup>109</sup>. Palyatif bakım ekibinin belirli aralıklarla hizmet içi eğitim alması sağlanmalıdır<sup>110</sup>. Hastanın palyatif bakımdan etkin bir şekilde yararlandırılabilmesi için yalnızca palyatif bakım ekibindeki değil sağlık sistemindeki tüm klinisyenler palyatif bakım ile ilgili temel beceri ve bilgileri edinmeye ve gerektiğinde palyatif bakım uzmanlarından konsültasyon istemeye teşvik edilmelidir<sup>111</sup>. Bu sayede hastaya geleneksel tedavi sunan hekimin de uzman palyatif bakım desteğinden yararlanarak semptomlarla başa çıkabilmesi mümkün olur<sup>112</sup>.

Palyatif bakım, hastanın ve bakım veren ailesinin ihtiyaçlarına<sup>113</sup> göre temellenmiş multidisipliner ve interdisipliner bir yaklaşım olduğu için kanımızca palyatif bakım ekibinin içerisinde yer alması gereken meslek dallarının tahdidi olarak sıralandığı mutlak bir listeye ihtiyaç duyulmamalıdır. Bakım ortamına göre ekipte yer alacak meslek mensupları da değişebilir.

---

106 Köleoğlu, Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri, s.11. Bilen, "Palyatif Bakım", s.26.

107 Bilen, "Palyatif Bakım", s.26.

108 Salih Metin, Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018, s.8. Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.72. Tanrıverdi, Kömürücü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s.398.

109 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20, 23.

110 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10.

111 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(i). Palyatif bakımın genel tıp eğitimi müfredatına dahil edilmesi; bunun olmadığı durumlarda ise palyatif tıbbın bir uzmanlık dalı olarak düzenlenmesi gerektiği hakkında bkz. Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

112 Palliative Care South Australia, "FAQs", erişim 20 Haziran 2020, <https://pallcare.asn.au/families-patients/#/faq>.

113 Palliative Care South Australia.

## 1. HEKİM

Palyatif bakım, iyileştirici amaç gütmese dahi hekimlik uygulamaları, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda palyatif bakımın içerisinde; çünkü hastanın sağlığına kavuşma ihtimali olmayan durumlarda hastayı mevcut sağlık durumuyla baş başa bırakmayıp ıstırabını dindirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek tıp etiğinin gereğidir. Bu sebeple hekimlerin palyatif bakım ekibinde yer alması bakımın medikal yönünün idaresi ve planlanması bakımından önemlidir. Hekim, hastalığın gidişatıyla ilgili olarak hastayı, hasta yakınlarını ve bakım ekibini bilgilendirir, ekip içi iletişimi destekler<sup>114</sup>. Fiziksel semptomların yönetilmesi ve ileri tedavilerin planlanması hekimlerin görev alanına girer. Hekimlerin palyatif bakım ekibine liderlik etme ve ayrıca tıbbi kararların tartışılması, araştırma ve araştırmaların uygulanması gibi eğitici rolleri de vardır<sup>115</sup>. Palyatif bakım ekibinde görev alan hekimin palyatif bakım konusunda eğitim almış olması gerektiği belirtilmektedir<sup>116</sup>. Palyatif bakım konusunda eğitim almış olan hekimlerin yanı sıra uzmanlık dalları gereği palyatif bakım konusunda bilgi sahibi olan veya olması gereken anesteziyoloji ve reanimasyon, algoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, aile hekimliği, iç hastalıkları ve cerrahi uzmanlarının palyatif bakım ekibinde yer alması gerektiği belirtilmektedir<sup>117</sup>.

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik<sup>118</sup> (SGTY) Ek-1'de "Tabip ve uzman tabip" başlığının (c) bendinde hekimlerin birlikte çalıştığı sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen uygulamaları planlama, izleme ve denetleme görevi olduğu belirtilmiştir. Bu düzenleme palyatif bakım ekibindeki hekimin ekibe liderlik etme, tıbbi uygulamaları planlama rolleriyle ilişkilendirilebilir.

## 2. AİLE HEKİMİ

Sabit bir hasta grubuyla uzun yıllar düzenli olarak temas kurabilen, hastaların çevrelerini, yaşam tarzlarını, alışkanlıklarını gözlemleyebilen, diğer aile üyelerini tanıma fırsatı bulabilen, aile hekimlerinin de palyatif bakımın önemli bir üyesi olduğu

---

114 Deniz Mut Sürmeli, Fehmi Akçiçek, "Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım", Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi - Özel Konular, C. 9, S. 1 (2016), ss. 12–14, s.13.

115 Özçelik, Kanseri Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.19.

116 National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.MS-7. İnan, "Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?", s.22.

117 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", s.6.

118 RG 22 Mayıs 2014, 29007 S.



belirtilmektedir<sup>119</sup>. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu m.2'ye göre “*Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.*”. Aile hekimlerinin tanımda belirtilen özellikleri kayıtlı hastalarını daha yakından tanımasını ve hastaya biyopsikososyal yaklaşımla<sup>120</sup> bakma imkanı tanır. Biyopsikososyal yaklaşım, aile hekimliği alanında kabul gören; bireyin psikolojik ve sosyal yönünü göz ardı eden hastalık merkezli bir uygulama olan geleneksel biyomedikal yaklaşımın yerine önerilen; hastayı yaşantısı, çevresi, ailesi, sorunları ve fiziksel koşullarıyla ele alan, hasta merkezli bir yaklaşımdır<sup>121</sup>. Aynı yaklaşım Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde<sup>122</sup> de benimsenmiş ve m.4/2'de hastanın bir bütün olarak ele alınacağı belirtilmiştir. Kanımızca bu yaklaşım, biyomedikal yaklaşıma kıyasla palyatif bakıma ilişkin hekimlik uygulamalarına daha uygun düşmektedir. Almanya'daki palyatif bakım uygulamalarında aile hekimlerinin evde bakım hizmeti kapsamında hastayı düzenli olarak evinde ziyaret etmenin ve semptom yönetimi hakkında bilgi sahibi olmalarının görev tanımı içerisine girdiği bilinmektedir<sup>123</sup>. Ülkemizde de aile hekimliğiyle entegrasyon süreci geliştirilmeye çalışılan<sup>124</sup> evde bakım hizmetlerinin gelişimi Almanya örneğiyle benzerlik taşıdığı görülmektedir. Özellikle evde bakım gören hastalar ve onlara bakım veren aile üyelerinin yararlandığı palyatif bakım kapsamında aile hekimleri ve aile hekimliği hizmeti kapsamında görev yapan hemşirelerin rolü önemlidir. Palyatif bakım alan hastalarda sık görülen ve karmaşık olmayan hipertansiyon, diyabet gibi semptomların kardiyolog, endokrinologlar gibi uzman hekimler yerine aile hekimleri gibi birinci basamak hekimleri tarafından yönetilmesinin; karmaşık ve zor klinik tabloların ise uzman palyatif bakım ekibi tarafından yönetilmesinin ideal olduğu belirtilmektedir<sup>125</sup>.

### 3. HEMŞİRE

Multidisipliner palyatif bakım ekibinin içerisinde yer alan üyeler arasında öne çıkan meslek grubu hemşirelerdir. Özellikle terminal dönem hastanın ağrısız ve

119 Sucaklı, Koşar, “Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi”, s.34.

120 Elif Ateş, Turan Set, “Biyopsikososyal Yaklaşım”, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular, C. 8, S. 2 (2017), ss. 93–95, s.93.

121 Ateş, Set, “Biyopsikososyal Yaklaşım”, s.93.

122 RG 25.01.2013, 28539 S.

123 Bağ, “Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları”, s.146.

124 T.C. Sağlık Bakanlığı, “2019 Faaliyet Raporu”, 2019, s.39.

125 Kelley, Morrison, “Palliative Care for the Seriously Ill”, s.748.

huzurlu bir süreç geçirmesinde etkin palyatif bakım veren hemşirelerin rolü vurgulanmaktadır<sup>126</sup>. Hemşirelerin ekip içerisindeki fonksiyonu, hastanın bireyselliğini, otonomisini; hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını öncelik alan yaklaşımı nedeniyle önemli görülmektedir<sup>127</sup>. Palyatif bakım hizmeti sunulan kliniklerde her üç hastaya bir hemşire düşecek şekilde planlama yapılmasının hastanın ev ortamına hazırlanmasında, hasta yakınlarının eğitiminde ve terminal dönemde yaşam kalitesinin artırılması bakımından önem arz etmektedir<sup>128</sup>. Hemşirenin rolü yalnızca sağlık hizmetleriyle değil ekibe liderlik, ekibin koordinasyonu, hasta ve ailesinin eğitimi ile de ilişkilendirilmektedir<sup>129</sup>. Bunun yanında hastanın kontrol duygusunun korunması ve semptomların hafifletilmesi de palyatif bakım ekibindeki hemşirenin rolüyle ilişkili görülmektedir<sup>130</sup>. Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bakım planının bu ihtiyaçları karşılayacak şekilde planlanması palyatif bakım hemşiresinin sorumlulukları arasındadır<sup>131</sup>. Hastanın kendisiyle, ailesiyle ve çevresiyle kurduğu ilişkilerin güçlendirilmesi de palyatif bakım hemşiresinin görevleri arasında sayılmaktadır<sup>132</sup>. Palyatif bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı hemşirelik hizmetlerinden olduğundan hemşireler hastanın en çok vakit geçirdiği sağlık personeli olarak görülmektedir<sup>133</sup>. Bu durum hemşireye hasta ve ailesi için nelerin

---

126 Gülnur Temelli, Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2018, s.12.

127 Kristina Ek vd., "Struggling to Retain Living Space: Patients' Stories About Living with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease", Journal of Advanced Nursing, C. 67, S. 7 (2011), ss. 1480–90, doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x içinde Yasemin Eskigölek, Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri, Başkent Üniversitesi, 2018, s.6. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.146.

128 Meltem Uyar, İdris Şevki Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji - Özel Konular, C. 13, S. 1 (2020), ss. 11–14, s.13.

129 Ayfer Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", Gülhane Tıp Dergisi, C. 54, S. 4 (2012), ss. 329–34, doi:10.5455/gulhane.30582, s.331. Köleoğlu, Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri, s.11.

130 Eskigölek, Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri, s.7. Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20. Hatice Mert, Canan Demir Barutcu, "Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım", TAF Preventive Medicine Bulletin, C. 11, S. 2 (2012), ss. 217–22, doi:10.5455/pmb.1-1308553974, s.223.

131 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.65. Şeyda Dülğürler, "Onkolojide Psikiyatrik Bakımın Sanatsal Yönü", Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, C. 1, S. 1 (2015), ss. 54–59, s.55,58. Tuğba Kara, Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, 2017, s.17.

132 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331.

133 Temelli, Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları, s.12. Behice Erci, "Evde Bakımda Halk Sağlığı Hemşireliği", Halk Sağlığı Hemşireliği, Zenmat Matbaacılık, 2010, ss. 53–63 içinde Kara, Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, s.17. Eskigölek, Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri, s.7. Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20. Mut Sürmeli, Akçiçek, "Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım", s.13. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.146.

önemli ve öncelikli olduğunu anlaması için fırsat verir ve böylece hemşire, bakım planını bu iletişiminden edindiği bilgilere göre yapar<sup>134</sup>.

Palyatif bakıma ilişkin literatür incelemesinde palyatif bakım hemşireliğinin altı özelliği tespit edilmiştir<sup>135</sup>. Aşağıda açıklamalarına<sup>136</sup> kısaca yer vereceğimiz bu özellikler şefkatlilik, bütüncüllük, tanıklık<sup>137</sup>, uyarlanabilirlik, gerçekçilik / kararlılık, ahlaklıdır:

**Şefkatlilik:** Şefkat gösterirken hemşireler hastaların durumu hakkında açık, net ve dürüst iletişim kurmalı, hastanın durumuna samimi bir empati göstermelidir. Hemşire ve hasta; korkuları, değerleri, ölüm ve yaşama yükledikleri anlam üzerinden karşılıklı yarar sağladığı bir ilişki kurarlar. Hemşirenin iletişimi nazik, iyileştirici, hastanın yaşına ve gelişmişlik seviyesine uygun olmalıdır.

**Bütüncüllük:** Bütüncül bir yaklaşım, meslekler arası işbirliğini; hasta ile ailesinin bakım sürecine dahil edilmesini; hasta ve ailesinin çok yönlü ihtiyaçlarına karşılık çok yönlü çözümlerin uygulanmasını gerektirir. Hastanın gelişiminin ve bağımsızlığının desteklenmesine; özerklik ve yaşam kalitesinin artırılmasına çalışılır. Ailenin ölümle başa çıkmasını destekleyen duygusal destek verilir.

**Tanıklık:** Hasta ve aile merkezli bakımda hemşirenin dikkatinin merkezinde hasta ve ailenin “varoluşu” veya “özgün varlığı” vardır. Bakım anında gerçekleşecek bir fiziksel, mental ve içten bir duraksama neticesinde kurulacak derin bir diyalog veya aşkın bir sessizlikle hemşire buradaki dikkati hastaya göstermiş ve sözü geçen özgün varoluşa tanıklık etmiş olur. Tanıklık aynı zamanda hastanın kendine özgü ihtiyaçlarının kusursuz biçimde saptanması ve değerlendirilmesini de içerir. Ailenin bakım yükünü azaltır, ailenin bakım becerilerini destekler. Hemşire, kendisiyle olan ilişkisinde de kendi ihtiyaçlarının farkında olmalıdır.

---

134 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20.

135 L.O. Walker, K.C. Avant, Strategies for Theory Construction in Nursing, 5. b., 2011 içinde Kirkpatrick, Cantrell, Smeltzer, “A Concept Analysis of Palliative Care Nursing: Advancing Nursing Theory”, s.360.

136 Kirkpatrick, Cantrell, Smeltzer, “A Concept Analysis of Palliative Care Nursing: Advancing Nursing Theory”, s.360.

137 Özgün metinde İngilizcede dikkatli ve özenli anlamına gelen “attentive” kelimesi kullanılmışsa da içerikte hasta ve ailesinin varoluşu ve özgün varlığı gibi insanoğluna özgü aşkın özelliklerden bahsedilmekte ve hemşirenin tüm dikkatiyle bu varoluşa bağlantı kurması betimlenmektedir. Diğer yandan hukuk alanındaki bu çalışmada dikkat ve özen kelimeleri kullanıldığında okuyucunun zihninde, borçlar hukukunda kullanılan anlamıyla dikkat ve özen kavramları belirebilir. Bu nedenle çeviride dikkatli veya özenli kelimeleri yerine özgün metinde betimlenen kavramı çağrıştırmak için “bir varoluşa tanıklık etme ve onun farkında olma” anlamında “tanıklık” kelimesi kullanılmıştır.

Uyarlanabilirlik: Hemşirenin, hastalığın gidişatının dinamik doğasına göre tepki vermeye ve hastanın bakım ortamından bağımsız olarak hastanın kendine özgü ihtiyaçlarına cevap vermeye hazır olması gerekir. Hastanın basit veya karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak bazen yaratıcılık gerektirir. Yaşamın sonunda hemşirenin hasta merkezli yaklaşımı aile merkezli yaklaşıma dönüşür.

Gerçekçilik / Kararlılık: Palyatif bakım hemşireliği kararlılık gerektirir ve bir amacı vardır. Bu amaçlara ulaşabilmek için kaliteli bakımın önceden planlanmış biçimde uygulanması gerekir. Terminal dönemde olmayan hastalar için amaç semptomların iyileştirilmesi ve hastanın işlevlerinin artırılması yoluyla yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Terminal dönem hasta için kalan kısa zamanda konforun sağlanması ve insan onurunun korunmasıdır. Hemşirenin, hastalığın seyrine ilişkin gerçekçi bakım hedeflerini belirlemesi, ailenin beklentilerinin yeniden çerçevelenmesi açısından çok önemlidir. Bu gerçekçi yaklaşım hasta ve ailesinin süreçle başa çıkmasını kolaylaştırır, hastaların hastalık deneyiminde anlam bulmalarına yardımcı olur ve ölüm karşısında yaşamı kucaklamasına izin verir.

Ahlakilik: Palyatif bakım hemşireliğinde ahlakilik, hemşirelerin bakım sunumunda insancıl bir yaklaşım benimsemelerini ve hastalarının istek ve refahlarını desteklemesini gerektirir.

Palyatif bakımda hemşirelerin toplumun ve gönüllülerin eğitimini sağlamada da önemli rolü vardır<sup>138</sup>.

Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirenin bakım veren ve koordine edici rollerinin yanı sıra eğitici, danışman ve araştırmacı rolleri de vardır<sup>139</sup>.

Hemşirelikle ilgili mevzuat incelendiğinde 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda meslekle ilgili düzenlemelerin olduğu görülmektedir. Kanun'un 4'üncü maddesinde hemşire "*...tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli...*" olarak tanımlanmıştır.

---

138 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20.

139 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.20.

Hemşirelik Yönetmeliği<sup>140</sup> m.6'da hemşirelerin görev ve sorumlulukları düzenlenmiştir. Maddede yer alan görev ve sorumlulukların palyatif bakım hizmetine uygun düşen yönleri özetle, bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili ve hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek ihtiyaçlarını belirler; bakımını planlar, uygular, değerlendirir ve denetler; gerekli iyileştirmeleri yapar. Hekim tarafından verilen tedaviyi uygular; hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır. Tedavinin hastaya zarar vereceğini öngördüğü durumlarda durumu müdavi hekimle görüşür. Tedavinin hasta üzerindeki etkilerini izler; istenmeyen durumlar ortaya çıktığında hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır. Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Toplumun, eğitimine katkıda bulunur. Sunduğu hizmetten yararlanan bireylerin farklılıklarını kabul eder, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini göz önünde bulundurur.

Yönetmeliğin "*Çalışılan Birim / Servis / Ünite / Alanlara göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları*" başlığını taşıyan eki Ek – 2<sup>141</sup>'de "*C) İç Hastalıkları Hemşireliği*" üst başlığını altında yer alan "*2) Onkoloji Hemşireliği*" başlığının altında "*2.4. Palyatif Bakım Süresince*" başlıklı bölümde onkoloji hemşiresinin palyatif bakım süresince yapacakları sayılmıştır. Hasta ve ailesine duygusal destek verme; semptom kontrolü ve semptom kontrolüne ilişkin eğitim; hastane ve acil hizmetlere ulaşım ile ilişkin bilgilendirme; bireyin kendine yeterliliğinin desteklenmesi; sosyal desteklere erişimin desteklenmesi; hastalığın ekonomik boyutu ve ekonomik desteklere erişim hakkında bilgilendirme, yapılacaklar arasındadır. Bunun yanında "*H) Halk Sağlığı Hemşireliği*" üst başlığı altında yer alan "*1) Evde Bakım Hemşiresi*" başlığının altında evde bakım hemşiresinin tanım, görev, yetki ve sorumlulukları yer almaktadır. Ek – 2'nin tamamı incelendiğinde palyatif bakımla ilişkili bulduğumuz ve yukarıda bahsettiğimiz başlıkların yanı sıra bazı hemşirelik dallarında ve uygulamalarında palyatif bakım yaklaşımlarının yer aldığı görülmektedir. Örneğin "*A) Yoğun Bakım Hemşiresi*" başlıklı bölümde vücut konumlandırılması, bakımı, bası yaralarının takibi, beslenme planlaması, sonda – kateter bakımı, hasta ve yakınlarının psikososyal sorunlarına uygun hemşirelik yaklaşımları gibi uygulamalar yoğun bakım hemşiresinin görevleriyle ilişkilendirilmiştir. İç hastalığı hemşireliğinin alt dalı olarak rehabilitasyon hemşireliğinde hemşireye hastanın uyum ve baş etmesi, iletişim becerisi, ekonomik kaynakları, çevresel faktörleri, aile dinamikleri gibi konularda bilgi toplamak; hastanın bağımsız yaşam becerilerini ve kalitesini desteklemek; hastanın stresle başa çıkma

---

140 RG 8 Mart 2010, 27515 S.  
141 RG 19 Nisan 2011, Mükerrer 27910 S.

ve problem çözme becerilerini desteklemek; hasta ve hasta yakınlarına kateter bakımı, vücut bakımı gibi konularda eğitim vermek gibi görevler yüklenmiştir. Yönetmelik ve ekinde hemşirelik ve hemşirelik dallarına atfedilen görevler palyatif bakıma özgü bir uzmanlık dalı olmayan haliyle dahi palyatif bakım yaklaşımıyla uyushmaktadır. Bu durum, hemşirelik mesleğinin genel tabiatının palyatif bakım yaklaşımındaki büyük bir alanı doldurduğu izlenimini oluşturmuştur.

#### 4. SOSYAL ÇALIŞMACI

Palyatif bakım ekibinde yer alması gereken mesleklerden biri de sosyal çalışmacıdır<sup>142</sup>. Sosyal çalışmacının palyatif bakım ekibi içerisindeki rolünden bahsetmeden önce sosyal hizmetin ne olduğundan bahsetmek gerekir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği (IASSW) tarafından ortak kabul görmüş tanıma göre özetle sosyal hizmet, uygulamaya dayalı bir meslek; sosyal değişim ve gelişimi, sosyal uyumu, insanların güçlenmesini ve özgürleşmesini destekleyen akademik bir disiplindir. Yaşamın zorluklarının üstesinden gelmek ve refahı arttırmak için kişi ve kurumları buluşturur<sup>143</sup>. Bununla birlikte sosyal hizmet, yardım veren kurumlarla desteğe ihtiyacı olan bireyler arasındaki aracılık faaliyetinden ibaret değildir. Sosyal hizmette psikolojik destek sağlamaya, bireyin ve ailenin diğer insanlarla ve örgütlerle ilişkilerini geliştirmeye yönelik müdahaleler de vardır<sup>144</sup>.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu m.2'ye göre "*...kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü*" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım sosyal hizmetin yalnızca muhtaç

---

142 Sosyal çalışmacı kavramı yerine sosyal hizmet uzmanı ifadesi de kullanılmaktadır. Sosyal hizmet alanında meslek uygulayıcılarının hangi unvanı kullanması gerektiği tartışmalı bir konudur. Bazı meslek uygulayıcıları sosyal hizmet uzmanıyla sosyal çalışmacının birbirinden farklı olduğunu öne sürmektedir. Çalışmamızın konu ve amacıyla ilgili olmayan bu tartışmalar ve farklı kullanımlardan bağımsız olarak metin içerisinde bir ifade birliği sağlamak için "sosyal çalışmacı" ifadesi tercih edilmiştir. Söz konusu tartışmalı görüşler için bkz. Işıl Bulut, "Sosyal Hizmet Uzmanlarının Unvan Sorunu", erişim 20 Haziran 2020, [http://www.manevisosyalhizmet.com/?page\\_id=143](http://www.manevisosyalhizmet.com/?page_id=143). İlhan Tomanbay, "Sosyal Hizmet Uzmanı Unvanı Hakkında Bir Yazı Üzerine", erişim 20 Haziran 2020, <https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/04/sosyal-hizmet-uzmani-unvani-hakkinda-bir-yazi-uzerine/>. Cafer Asan, "Sosyal Hizmet Akademisyenleri Arasındaki Kavram Anlaşmazlığı", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.sosyalhizmetuzmani.org/shu-kavram.htm>.

143 International Federation of Social Workers, "Global Definition of the Social Work", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.

144 Tarık Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımında Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini", Toplum ve Sosyal Hizmet, C. 24, S. 2 (2013), ss. 145–54, s.146.

kişilere hizmet götürdüğü yüzünü tarif etmekte ve sosyal hizmetin yukarıda değindiğimiz geniş anlamdaki tanımla kıyaslandığında sosyal hizmetin dar bir alanını betimlemektedir. Örneğin Kanun'daki tanımın hedefinde “kişi ve aileleri” varken geniş anlamdaki tanımda kişiden başlayıp topluma kadar büyüyen farklı hedef grupları vardır. Bununla birlikte 2828 sayılı Kanun teorikten ziyade pratik bir amaca hizmet etmektedir. Gerçekten de “Amaç” başlıklı m.1'e bakıldığında sosyal hizmetin ihtiyaç sahibi olarak tanımlanan engelli, korunmaya ihtiyacı olan çocuk, bakıma ihtiyacı olan engelli gibi gerçekten muhtaçlık durumu olan bireylere doğrudan hizmet götürmeye yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Bu sebeple evrensel kabul görmüş bir sosyal hizmet tanımının Kanun'da yer almasının pratik bir faydasının olmadığı görüşüdeyiz; zira bu Kanun, devletin sosyal adaleti sağlamaya yönelik tüm politikalarını ortaya koyan bir düzenleme değildir. Geniş anlamdaki sosyal hizmetin hedef kitlesi Kanun'dakinin aksine yalnızca “muhtaç” kişiler değildir; faaliyet alanı da Kanun'daki tanımdan çok daha geniştir. Tüm bu sebeplerle 2828 sayılı Kanun'un sosyal hizmetin tanımını aramak için doğru bir başvuru kaynağı olmadığı ancak Kanun'daki sosyal hizmet tanımı ve Kanun'un amacı göz önüne alındığında Kanun'un kendi içerisinde tutarlılık gösterdiği görüşüdeyiz.

Sosyal hizmet sadece ve bire bir bireyle ilgilenen bir hizmet değildir; birey, aile ve toplum ölçekli hedefleri vardır. Terminal dönemdeki bir hastaya danışmanlık vermek gibi bireysel ve sosyal sorunları çözmek için bireylerle bire bir ilgilenerek hizmet sunabilir. Ailenin, sosyal politikalara ve çevresel koşullara uyum sağlaması için ailenin hizmetin odağına koyulduğu durumlar da vardır. Bazı durumlarda bireyin ihtiyaçlarının karşılanması için bireyin içinde yer aldığı topluma yönelik müdahaleler ve politikaların geliştirilmesi gerekir. Terminal dönem hastalar ve ailelerinin etkili bir bakım alamadığı durumlarda tıbbi sosyal çalışmacının palyatif bakımın geliştirilmesine ilişkin girişimlerin içinde yer alması toplumsal düzeyde bir müdahaledir. Burada bahsedilen toplumsal müdahaledeki toplumun keskin sınırları yoktur. Coğrafi sınırlar, din ve etnik köken gibi ortak özellikler nedeniyle bir araya gelmiş insan grupları bir toplumu oluşturabilir<sup>145</sup>.

Sosyal çalışmacılar, sosyal hizmetin amaçlarını gerçekleştirmek ve sosyal hizmet müdahalelerini bireyle buluşturmak üzere eğitim almış kişilerdir. Sosyal çalışmacıların işinin kimsesiz yaşlıları, bakıma muhtaç kişileri, istismar – ihmal mağduru çocukları koruma ve bakım kurumuna yerleştirme olduğuna dair bir ön kabul

---

145 Veli Duyan ve Özge Özgür Bayır, Sosyal hizmete Giriş: Öğrenciler ve Uygulayıcılar için Bir Rehber (Ankara, 2016).

vardır. Benzer şekilde hekim ve hemşirelerin, sosyal çalışmacılarla daha ziyade hastaların taburculuk işlemlerinin tamamlanması için hastaların barınma, bakım, sosyal yardım ihtiyaçlarının karşılanması için bağlantıya geçtikleri belirtilmektedir<sup>146</sup>. Elbette insanın varoluşuna ilişkin beslenme, barınma ve ekonomik ihtiyaçların giderilmesi, ihtiyaçlar hiyerarşisi içerisinde önceliklidir. Sosyal hizmetin faaliyet alanı kişilerin yalnızca beslenme, barınma gibi ihtiyaçlarının giderilmesiyle sınırlı olmayıp ihtiyaçlar hiyerarşisi içerisinde örneğin bir hastanın kendisi, ailesi, yakınları ve bulunduğu toplumu hedef alarak hastanın kendisiyle, ailesiyle ve toplumla daha sağlıklı ilişkiler kurmasına hizmet eder. Bu hizmetin etkisinin birey, aile ve toplum üzerinde kalıcı olması da hedefler arasındadır<sup>147</sup>. Bu nedenle sosyal hizmet eğitim müfredatlarında sosyal yardım ve bakım konularının ötesinde bireylerin psikososyal sorunlarının iyileştirilmesini konu alan kuramsal ve uygulamalı dersler bulunmaktadır<sup>148</sup>.

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarının çalışma esaslarını düzenleyen Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği<sup>149</sup> m.125'e göre sosyal hizmet uzmanı, "*Sosyal Hizmetler akademisi*<sup>150</sup> veya muadili fakülte mezunu, kişilerle iyi ilişkiler kurabilecek ve kuruluşlar arasında iletişimi sağlayacak yetenekte sağlık personelidir." Belirtmek gerekir ki bu tanım mesleği değil Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki sosyal hizmet uzmanı kadrosunda istihdam edilecek kişilerin taşınması gereken nitelikleri düzenlemektedir. Maddenin devamında sosyal hizmet uzmanının görevleri belirtilmektedir.

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek-2'de yer alan düzenleme sosyal çalışmacının sağlık alanındaki görev tanımını belirlemektedir. Yönetmelik'e göre sosyal çalışmacılara, sosyal işlevselliğin sağlanması; tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin uygulanması; hastaların sosyal sağlığının desteklenmesi; dezavantajlı grupların sosyal ve sosyoekonomik sorunlarının çözülmesine yönelik müdahaleler; kriz durumlarına ilişkin müdahaleler; gönüllülük çalışmalarının

---

146 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini", s.146.

147 Vedat Işıkhani, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", Toplum ve Sosyal Hizmet, C. 27, S. 2 (2016), ss. 97–113, s.100.

148 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini", s.146.

149 RG 13 Ocak 1983, 17927 S.

150 Sosyal Hizmetler Enstitüsünün Kurulmasına Dair Kanun 22 Haziran 1959 tarih ve 10233 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmış ve Kanun m.1 gereği sosyal hizmet alanında ülkemizdeki ilk eğitim kurumu olan Sosyal Hizmet Akademisi kurulmuştur. Daha detaylı bilgi için bkz. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, "Tarihçe", erişim 9 Ekim 2022, <https://shy.hacettepe.edu.tr/tr/menu/tarihce-210>.



koordinasyonu; ihmal, istismar ve aile içi şiddet vakalarına müdahale; hastaların sosyal destek programlarına erişimine ilişkin görevler tanımlanmıştır.

Kişinin sağlık sorunlarının yaşadığı ortamdan kaynaklanması ve tedavi edildikten sonra tekrar sağlık sorunlarına sebep olan ortama dönmesinin hastanın iyileşmesine tam bir katkı sağlamadığının anlaşılması; bir başka deyişle sağlığın toplumsal boyutlarının olduğunun fark edilmesi tıbbi sosyal hizmetlerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Kişinin aldığı sağlık hizmeti kapsamında onun psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına müdahaleyi konu alan sosyal hizmet dalına tıbbi sosyal hizmet adı verilmektedir. Tıbbi sosyal hizmetin konusu hastalığın oluşması ve tedavisine etki eden psikososyal faktörlerdir; hastalığın psiko-sosyal ve ekonomik şiddetini ve izlerini azaltmayı amaçlar<sup>151</sup>. Palyatif bakımda sunulan sosyal hizmet uygulamaları da önceleri hospis bakımı alanında ortaya çıkmış ve zamanla bütüncül palyatif bakımın felsefesine uygun yaklaşımlar gelişmiştir<sup>152</sup>.

Hastanın ailesi ve sosyal çevresi hastalık döneminde kişinin hedeflerini gerçekleştirmesini kolaylaştırabildiği kadar zorlaştıra da bilmektedir. Bu durum hastanın terminal dönemde iyi veya kötü bir yaşam geçirmesini etkileyebilir<sup>153</sup>. Bunun yanında terminal dönemde işlev kaybı nedeniyle aileye yük olma, ağrı, yaşam hedeflerini gerçekleştiremeden ölme korkusu, öldükten sonra geride bırakılan hayatın düzenlenme ihtiyacı hasta ve ailesine yönelik sosyal hizmet müdahalesini gerektirebilir<sup>154</sup>. Sosyal çalışmacılar için terminal dönemdeki bakım, hastanın işlevselliğinin ve sosyal uyumunun arttırılabileceği bir alandır. Bu yönüyle sosyal çalışmacılar, hastanın bakımından sorumlu olan hekim ve hemşirelere hastanın yaşamındaki engellerin kaldırılması ve tıbbi bakımdan elde edilecek yararın arttırılması için destek olurlar<sup>155</sup>.

Sosyal çalışmacıların, sağlık hukukunun ve biyoetiğin alanına giren tedaviyi reddetme, geri çekme, esirgeme; hastanın temsili gibi konularda bilgi sahibi olması gerektiği belirtilmektedir. Böylece sahip olduğu bilgi sayesinde, hasta ve ailelerinin içerisinde bulunduğu etik ikilemlerin çözümü, hak savunuculuğu ve arabuluculukta

---

151 Işıkhan, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.98, 100.

152 Semra Saruç, "Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları", Toplum ve Sosyal Hizmet, C. 24, S. 2 (2013), ss. 193–208, s.197.

153 M. Payne, "Know Your Colleagues: Role of Social Work in End-of-Life Care", End of Life Care, C. 1, S. 1 (2007), ss. 69–73 içinde Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller", s.146.

154 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller", s.148.

155 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller", s.152. Işıkhan, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.98.

destek olabilir. Etik ikilemler konusunda palyatif bakım ekibi içerisindeki diğer ekip üyelerini etkileyebilmesi için iletişim becerileri hakkında eğitilmiş olmalı ve ekip üyelerini de mesleki rolleri hakkında bilinçlendirmelidir<sup>156</sup>.

Hekimlik ve hemşirelik mesleğinin öncelikli olarak hastalığın tedavisiyle ve hastanın biyomedikal yönüyle ilgilendiğine dair bir genel kabul vardır. Kaldı ki hekim ve hemşire sayısı ile sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç karşılaştırıldığında hekim ve hemşirenin hastanın psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarıyla ilgilenecek yeterli zamanlarının olmaması şaşırtıcı değildir<sup>157</sup>. Bunun yanında hemşire ve sosyal çalışmacının görev alanlarının bazı açılardan benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hemşirelikle ilgili olarak gerek ilgili literatürde gerekse mevzuatta mesleğe atfedilen biyomedikal bağlamın dışında kalan bazı görevler sosyal çalışmacının da görevidir. Bu görevlere örnek olarak hastanın kontrol duygusunun artırılması; otonomisinin artırılması; hastanın kendisi, ailesi ve çevresiyle kurduğu ilişkinin güçlendirilmesi; duygusal destek; ekonomik desteklere erişimde yol gösterilmesi; uyum ve baş etme becerilerinin artırılması gösterilebilir. Bu benzerlik de hemşirenin görev alanına giren konularda sosyal hizmete duyulan ihtiyacın gerçekliğine şüpheyle yaklaşmaya sebep olabilir. Sosyal hizmetle hemşirelik mesleğinin benzeşen görev alanlarında sosyal hizmetin makro düzeydeki hedefi bu mesleği farklı kılar. Bu hedef sosyal hizmetin toplumun daha işlevsel olmasını sağlayarak bireyler arası ve bireyle toplum arasındaki etkileşimlerin iyileştirilmesidir. Tıbbi sosyal çalışmacı, hastanın ve ailesinin psikososyal sorunlarını çözmeye yardımcı olur. Hekim ve hemşirenin hastanın sağlığı ve bakımı için gösterdiği çabanın desteklenmesi de bu kapsamdadır. Hekim ve hemşire hastalığın biyomedikal yönüne odaklanırken sosyal çalışmacı, hastalığın ve tedavinin hastanın kendisiyle, ailesiyle ve toplumla olan ilişkisinde meydana getirdiği değişikliklerle ilgilenir<sup>158</sup>.

## 5. PSİKOTERAPİST

Hastalığın seyri veya tedavinin yan etkilerinin hastada meydana getirdiği fiziksel belirtilerin yanı sıra hastada kaygı, depresyon gibi duygu durum bozuklukları da meydana gelebilir. Bakım veren aile üyelerinin yaşayabileceği duygusal tükenmişlik onların yaşam kalitesini düşürebileceği gibi hastanın bakım vereninden

---

156 R. Landau, "Ethical Dilemmas in General Hospitals: Social Workers' Contributions to Ethical Decision Making", *Social Work in Health Care*, C. 32 (2000), ss. 75–92 içinde Işıkhani, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.105.

157 Işıkhani, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.100.

158 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini", s.151. Işıkhani, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.104.

aldığı bakımın kalitesini de olumsuz etkileyebilir. İleri evre kanser hastalığı olan bireylerin %50'sinin psikiyatrik rahatsızlığı olduğu belirtilmektedir<sup>159</sup>. Bu gibi durumlarda psikiyatri uzmanı hekimin müdahalesi hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini arttıracaktır. Psikiyatri müdahalesinin olumlu etkilerinin artırılabilmesi için hasta ve yakınları psikoterapiye yönlendirilebilir. Psikiyatrik müdahalenin psikoterapiyle desteklenmesinde olduğu gibi psikiyatrik müdahaleyi gerektirmeyen daha hafif duyu durum bozukluklarında psikoterapi etkili olabilir. Palyatif bakım ekibinde yer alan psikoterapist hastaya ve hasta yakınlarına sağlayacağı psikolojik destekle bireylerin bu süreçle başa çıkabilme becerisini güçlendirir, duygusal boşalım yaşamasına yardımcı olur, sıkıntı ve stres yaratan belirti ve durumlara sağlıklı tepkiler vermesine destek olur<sup>160</sup>.

Psikoterapi müdahalesinde bulunacak klinik psikologların hangi özellikleri taşıması gerektiği 1219 sayılı Kanun Ek Madde 13'te düzenlenmiştir<sup>161, 162</sup>.

159 Michael Miovic, Susan Block, "Psychiatric Disorders in Advanced Cancer", American Cancer Society Cancer Journal, C. 110, S. 8 (2007), ss. 1665–76, s. 1665.

160 Hilal Yayı Koçak ve Özgür Koçak, "Palyatif Bakımda Psikolojik Destek", erişim 21 Haziran 2020, <https://psikolojiyazilari.com/palyatif-bakimda-psikolojik-destek/>.

161 Lisans düzeyinde psikoloji bölümünden veya psikolojik danışma ve rehberlik bölümünden mezun olan kişilerin klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı yapması gerekir. Kanuna göre bu nitelikleri taşıyan kişi klinik psikolog olarak adlandırılır ve uluslararası teşhis ve sınıflandırma sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan; Sağlık Bakanlığı'nın da uygun bulunduğu durumlarda psikoterapi müdahalesinde bulunabilir. Bu kişiler, ayrıntılarını aşağıda açıklayacağımız üzere, sağlık meslek mensubu sayılırlar. Bu kişilerden ayrı olarak psikoloji lisans programından mezun olup Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili yeterli eğitim alıp yeterliliğini belgelemiş psikologların sertifikalı alanlarında bulunan tıbbi uygulamalarda görev alabileceği düzenlenmiştir. Bu kişiler de, ayrıntılarını aşağıda açıklayacağımız üzere, sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensubu sayılırlar. Maddenin son bendine göre Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve uzman tabibin yönlendirmesi olmaksızın yapılabilecek uygulamaların yer aldığı SGTY daha ayrıntılı düzenlemeler içermektedir.

162 SGTY, sağlık hizmetleriyle ilgili meslekleri iki gruba ayırmıştır. Bunlardan birincisi sağlık meslek mensuplarıdır ve Ek-1'de sayılmıştır. Diğer grup ise sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensubu olarak adlandırılmış ve Ek-2'de sayılmıştır.

Klinik psikologlar SGTY Ek-1'de sayılan sağlık meslek mensuplarındandır. Klinik psikologların uzman tabibin yönlendirmesi olmaksızın psikoterapi yapabileceği hastalık olmayan durumlar SGTY Ek-1/A'da liste halinde sayılmıştır. Listede yer alan "c) Hastalık ve tedavi sonrası dönem", "e – 1) Hayat-dönemindeki geçişlerde uyum problemleri", "e – 3) Tek başına yaşama, yalnız kalma", "ğ – 4) Yetersiz aile desteği", "ğ – 6) Aile üyesinin ortadan kaybolması ve ölümü" "ğ - 8) Aile ve ev halkını etkileyen diğer stresli yaşam olayları", "i - 1) Teşhis edilmemiş korku verici şikayeti olan kişi", "j) Yaşam-yönetim güçlüğü ile ilgili problemler" "j - 1) Tükenme", "j - 3) Dinlenme ve gevşemenin olmaması" palyatif bakımda klinik psikoloji uygulamalarına dair dikkat çeken maddelerdir.

Psikologlar, SGTY Ek-1/A'ya göre, psikolojik rehabilitasyon hizmeti ve özel alanlara ilişkin psikolojik destek hizmeti verir. Taburcu olan hastaların psikolojik izlem ve görüşmelerine katkı sağlayabilir. Klinik psikoloğun sorumluluğunda psikolojik destek ve danışmanlık sağlayabilir. Çalıştıkları kurumlarda diğer çalışanlara psikolojik destek eğitimi verebilir. Eğitimini aldığı alanda hasta, hasta yakını ve ekip üyelerine hastalık belirtilerinin duyu – düşünce – davranışlarla ilişkisi; tutum ve davranış değişikliği; stres gibi insan davranışları hakkında teorik ve pratik bilgi verir. Palyatif bakım ekibi içerisinde klinik psikolog ve psikoloğun etkisi hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılması kadar ekip üyelerinin stres, tükenmişlik, bunların sebep olduğu depresif belirtilerle başa çıkmalarında ve görevlerinin yüklediği duygusal yüklerle baş etme becerilerinin geliştirilmesi için önemlidir.

## 6. MANEVİ DESTEK UZMANI

İnsan doğasının, diğer canlılardan farklı olarak, aşkın bir yapısı vardır ve aşkın yapısı gereği yaşamı, anlam arayışıyla geçer. Doğumdan ölüme kadarki bütün yaşam yolculuğunda varoluş amacını keşfetmeye çalışır. Bu keşif yolculuğunda yol aldıkça kişi kendi içerisinde derinleşir, kendisi ve yaşamıyla ilgili daha fazla bilgi sahibi olur fakat bu yolculuğun “sonuç” olarak adlandırılabilir ve ulaşılabilecek bir sonu yoktur. Bu süreç ancak ölümlerle sona erer ki ölüm, yaşamı değerli kılan ve insanı yaşamı anlamlandırma çabasına sokan bir olgudur. İnsan farkında olsun veya olmasın; hayatını anlamlandıran etkenler diğerlerine anlamlı gelsin veya gelmesin bu arayış yaşamın bütününe ve tüm davranışlarına damga vurur.

İnsanın bu aşkın yapısı manevi yapısıyla ilişkilendirilmektedir. Maneviyatın içerisine din, varoluş ve hümanizm gibi kavramlar yer almakla birlikte maneviyat kavramına yüklenen anlam din ve kültür yapısına göre değişir<sup>163</sup>.

Maneviyat kavramı dinle ilişkilendirilse de dinle sınırlı olmayıp dini de içine alan, yaşamın anlamını sorgulayan; hastalık, sağlık, günah, başkalarına karşı sorumluluk, ölüm ve sonrası, hedef, umut, inanç, empati, merhamet, varoluş gibi konuları kapsayan geniş çerçeveli bir kavramdır<sup>164</sup>. Bu nedenle maneviyat kavramını dinle sınırlamak manevi doyumunu herhangi bir dinsel olguda bulmayan bireylerin insana özgü, aşkın yönünü yadsıyan bir yaklaşım olacaktır.

Kişinin fiziksel yapısındaki bir bozukluğun manevi yapısına; manevi yapısındaki bir bozukluğun ise fiziksel yapısına etki ettiği belirtilmektedir. Bu nedenle manevi aktiviteler, kişideki depresyon, anksiyete ve ağrının azaltılmasında; hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisinde; başa çıkma kapasitesinin ve yaşam kalitesinin geliştirilmesinde etkilidir<sup>165</sup>.

---

Görev tanımları SGTY Ek-2’de sayılan ve sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensubu olarak sınıflandırılan psikologlar klinik psikoloğun sorumluluğunda test teknik ve yöntemlerini uygular, raporlar ve hasta görüşmesi yapar.

163 Berna Köktürk Dalcalı, Onkolji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları, İstanbul Üniversitesi, 2018, s.10.

164 Yurdağül Selvi, “Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” (Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019).

165 Selvi, Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, s.17. Köktürk Dalcalı, Onkolji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları, s.13.

Yaşamı tehdit eden hastalıkla yaşayan bireyin içinde olduğu belirsizlik yıpratıcı olabilir ve hasta buna göre duygusal – psikolojik tepkiler geliştirebilir. Kişinin yaşam rutini bozulabilir, hastalık belirtileri veya tedavi sonuçları kişinin hayatta zevk aldığı şeylerden uzaklaşmasına sebep olabilir. Bu gibi durumlar kişinin manevi ihtiyaçlarını arttırabilmektedir. Hastanın manevi gereksinimleri karşılandıkça anksiyeteleri azalacak ve belirsizlikle başa çıkmaları kolaylaşacaktır<sup>166</sup>.

Manevi bakımda kişinin yaşamı anlamlandırmada kullandığı değerler hastanın manevi açıdan iyileşmesi için bir araç olarak kullanılır ve hastanın ihtiyacı üzerine dinsel yaklaşımlar da bakıma dahil edilebilir. Bu bakımdan hastayla birlikte hasta yakınları da yararlanabilir. Bunun yanında duygusal yükü ağır olan görevleri olduğu için sağlık personeli de manevi bakım görevlisinin sunduğu destekten yararlanabilir.

Palyatif bakımın bütüncül yapısı kişinin yalnızca fiziksel ve biyolojik yapısıyla ilgilenmekle kalmaz; bütüncül yapısı gereği kişinin manevi yönüyle de ilgilenir<sup>167</sup>.

Manevi destek, ülkemizde ilahiyat veya psikoloji disiplinleri arasında sunulan bir hizmet olup manevi destek uzmanlarını yetiştiren bir lisans programı yoktur. İlahiyat fakültelerinde verilen lisans eğitimleri üzerine verilen sertifika eğitimleri bu bağlamda yetersiz görülmektedir. Diğer yandan verilen eğitimlerin teorik içerikleri yeterli olsa dahi manevi bakım uzmanlarının bir eğitmenin katılımcılara bilgi aktardığı sınıf ortamı yerine tüm katılımcıların etkileşim halinde olduğu klinik uygulama ortamında eğitim alması gerektiği belirtilmektedir<sup>168</sup>. Bunun yanında manevi bakım eğitimleri her ne kadar ilahiyat fakültelerinde verilen eğitimlerle ilişkilendirilse de bu eğitimlerin yalnızca teolojik temelli değil, kişiyi manevi doyuma götürebilecek her türlü düşünce temel alınabilecek şekilde kurgulanması manevi bakım hizmetinin her inançtan kişinin yararlanabileceği bir yöntemle sunulmasını sağlayacaktır.

Palyatif bakım, süregelen küratif tedaviyle birlikte uygulanabildiği için profesyonel palyatif bakım ekibi, küratif tedavi uygulayan ekiple birlikte çalışır<sup>169</sup>. Onkoloji alanında yazılmış bir eserde palyatif bakımın birinci basamak onkoloji ekibi

---

166 Köktürk Dalcalı, Onkolji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları, s.14, 15.

167 Mecbure Doğan, "Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetlerine Genel Bir Bakış", Cumhuriyet İlahiyat Dergisi, C. 21, S. 2 (2017), ss. 1267–1304, doi:10.18505/cuid.347681, s, 1300. Köktürk Dalcalı, Onkolji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları, s.15.

168 Doğan, "Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetlerine Genel Bir Bakış", s.1281.

169 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care".

tarafından sunulması ve sağlanan faydanın artırılması için palyatif bakım uzmanlarından oluşan interdisipliner bir ekip tarafından desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir<sup>170</sup>.

Palyatif bakım ekibi her ne kadar bu hizmeti sunan tarafı temsil etse de etkili ve bütüncül bir palyatif bakım yaklaşımının ekibin ihtiyaçlarını da göz önüne alacak şekilde kurgulanması gerekir. Özellikle terminal dönem hastalara hizmet veren sağlık personelinde ortaya çıkan kaygı, çaresizlik, öfke ve sıkıntı gibi duygular ve başarısızlık korkusu nedeniyle terminal dönem hastalara bakım verilen servislerde çalışmanın daha az tercih edildiği bilinmektedir<sup>171</sup>.

#### **D. PALYATİF BAKIMIN AMACI**

Geçmişte ölümler, kaza veya enfeksiyon nedeniyle gerçekleşirken günümüzde çoğu insan organ yetmezliği veya kanser nedeniyle yavaş yavaş ölmektedir<sup>172</sup>. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar günümüzde en sık karşılaşılan ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılında yaptığı açıklamada dünyadaki tüm ölümlerin %71'inin (41 milyon ölüm) bu tip hastalıklar nedeniyle olduğunu ve 15 milyon kişinin de 70 yaşından önce öldüğünü bildirmiştir. Bu ölümlerin %85'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği ve en sık görülen risk faktörlerinin tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsizlik ve aşırı alkol kullanımı olduğu belirtilmiştir<sup>173</sup>.

TÜİK'in 2019 yılında yayımladığı verilere göre ülkemizde yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı 2014 yılında %8 iken 2018 yılında %8,8'e çıkmıştır. Dünya nüfusunun ise %9,1'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı öngörülmektedir<sup>174</sup>. Bu veriler dünyadaki, dolayısıyla Türkiye'deki, yaşlı sayısının yıldan yıla arttığını ve artmaya devam edeceğini göstermektedir. Diğer yandan Türk halkının doğuştan

---

170 Micael Lopez-Acevedo vd., "Palliative and Hospice Care in Gynecologic Cancer: A Review", *Gynecologic Oncology*, C. 131, S. 1 (2013), ss. 215–21, doi:10.1016/j.ygyno.2013.06.012, s.218.

171 Temelli, Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları, s.3.

172 Annette T. Canon, D. O. Joanne Lynn, Patrick Keaney, "End-of-Life Care in Medical Textbooks", *Annals of Internal Medicine*, C. 130, S. 1 (1999), ss. 82–86, doi:10.7326/0003-4819-130-1-199901050-00037, s.82.

173 World Health Organisation, "Palliative Care Key Facts".

174 Türkiye İstatistik Kurumu, "İstatistiklerle Yaşlılar, 2018", erişim 21 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>.

beklenen yaşam süresi ise 2015-2017 dönemi<sup>175</sup> için 78 yıl ve 2016-2018 dönemi<sup>176</sup> için 78,3 olarak açıklanmıştır. Doğuştan sağlıklı yaşam süresi<sup>177</sup> ise 58,3 yıldır. Doğuştan beklenen yaşam süresi artış eğiliminde olmasına rağmen doğuştan sağlıklı yaşam süresinden sonra geriye kalan en az yirmi yıllık sürede günlük hayatını sınırlandıran hastalıkların izinin olması pek muhtemeldir.

Tıp biliminin gelişmesiyle geçmişte ölümcül olabilen bazı kronik veya yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisi mümkün hale gelmiş veya kişiye hastalığıyla birlikte uzun yıllar yaşama imkânı doğmuştur. Yaşamı tehdit eden hastalıklar tedavi edilebilir veya başa çıkılabilir hale geldikçe bu tip hastalığı olan bireylerin sayısı artmıştır. Böyle bir hastalığa sahip olmak dahi eskisi kadar korkutucu değildir. Hatta kişi, kimi zaman ailesinin tıbbi geçmişi veya kendi yaşam tarzından yola çıkarak kendisini bekleyen hastalıkla ilgili bir tahmin yürütebilir. Bu sebeple kronik hastalıkların modern çağda yaşayan her bir fert için yaşam yolculuğunda rastlanması pek muhtemel bir davetsiz misafir veya zoraki yol arkadaşı olabileceği üzerinde düşünmek gerekir.

Modern tıp pek çok kronik hastalığın tedavisini mümkün kılmakta veya hastaya yaşam kalitesini koruyarak yaşamına uzun yıllar devam etme imkânı tanımaktadır; fakat zamanla tedavinin iyileştirici etkisi azalabilir ve yaşam kalitesini düşüren semptomlar artabilir. Bazen de beklenmedik zamanda gelen bir hastalık kişinin hayatının geri kalan kısmında onun ve ailesinin hayatına damgasını vurabilir. Böyle bir durumda hastanın azalan yaşam kalitesinin ve bozulan sağlığının etkisiyle bir bakım verenin yardımına ihtiyaç duyması karşılaşılabilecek bir durumdur. Böyle durumlarda geleneksel ve birden çok çekirdek aileden oluşan kalabalık aile tipi içerisinde hastanın bakım ihtiyacı aile üyeleri tarafından karşılanmaktaydı. Günümüzde ise geleneksel aile tipi yerini çekirdek aileye bırakmış<sup>178</sup> ve aile üyelerinin çalışma hayatına katılma oranı artmıştır<sup>179</sup>. Aile üyelerinin sayısının azalması ve

---

175 Türkiye İstatistik Kurumu, "Hayat Tabloları, 2015-2017", erişim 21 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27591>.

176 Türkiye İstatistik Kurumu, "Hayat Tabloları, 2016-2018", erişim 21 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30712>.

177 Bir kişinin günlük hayattaki faaliyetlerini sınırlandıracak bir sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı. Türkiye İstatistik Kurumu.

178 TÜİK'in 2014 ila 2018 yılları için yayınladığı yıllık istatistiksel analize göre Türkiye'deki toplam hane halkı içerisinde tek kişiden oluşan hane halkı sayısının artış gösterdiği ve geniş aile olarak tanımlanan en az bir çekirdek aile ve diğer kişilerden oluşan aile sayısının ise azalma eğiliminde olduğu görülmektedir. 2011 yılında 3,8 olan ortalama hane halkı sayısı 2018 yılında 3,4 olarak hesaplanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu, "İstatistiklerle Aile, 2018", erişim 21 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30726>.

179 Eylül 2008 istatistiğine göre nüfusun iş gücüne katılma oranı %49,4'ken Eylül 2018 istatistiğine göre %54 olarak açıklanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu, "Hanehalkı İşgücü Araştırması 2008 Eylül Dönemi Sonuçları (Ağustos, Eylül, Ekim 2008)", erişim 21 Haziran 2020,

çalışma hayatına katılımın artması bakım sağlamak için daha az aile üyesi olmasına sebebiyet vermektedir; zira mevcut aile üyeleri genellikle ev dışında bir işte çalışmaktadır<sup>180</sup>. Bunun yanında nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıklarla mücadele eden insan sayısındaki artış bu kişilerin günlük yaşamlarını sürdürmeleri için bir bakım verenin uzun süreli bakım desteğini gerektirmektedir<sup>181</sup>. Gerçekten de ülkemize ilişkin istatistiksel verilerde “doğuştan sağlıklı yaşam süresiyle” “ortalama yaşam süresi” arasındaki yirmi yıllık sürede, ilerleyen yaşın sağlık üzerindeki etkisiyle ortaya çıkan bakım gereksinimi yadsınamaz bir hal alabilir. DSÖ’ye göre kanser, kalp yetmezliği gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların sayısı ile yaşanan nüfustaki artış nedeniyle palyatif bakıma dünya çapında duyulan ihtiyaç artmaya devam edecektir<sup>182</sup>.

Özellikle terminal dönemde hastanın ileri yaşta olması, yeterli beslenememe (malnütrisyon), böbrek yetmezliği, çoklu ilaç kullanımı gibi birtakım nedenlerle semptom yönetimi zorlaşabilir<sup>183</sup>. Ağrı, nefes darlığı, tükenmişlik, kabızlık, bulantı, iştah kaybı ve uyuma güçlüğü gibi sık karşılaşılan semptomlar palyatif bakımla dindirilebilir ve hastanın günlük yaşamını sürdürmesine katkı sağlanır; hastanın tıbbi tedavilere dayanma gücü geliştirilir<sup>184</sup>. Bu bağlamda hastanın semptom yönetimi, kişisel bakım ve hijyeninin sağlanması, beslenmesi, tuvalet ihtiyacının giderilmesi, taşınması, hareket ettirilmesi, yatak pozisyonlarının değiştirilmesi gibi gereksinimleri; hastaya bakım verenlerin bu konularda eğitilmesi ve bakım yükünü azaltıcı müdahalelerde bulunulması palyatif bakım kapsamında sunulan ve yaşam kalitesini artırıcı etkiye sahip hizmetlerdendir<sup>185</sup>. Palyatif bakımın hastaya ilişkin amacı hastalığın etkilerini veya tedavinin yan etkilerini mümkün olan en erken aşamada

---

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2077>. Türkiye İstatistik Kurumu, “İşgücü İstatistikleri, Eylül 2019”, erişim 21 Haziran 2020, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30688>.

180 Zarit, “Family Care and Burden at the End of Life”, s.1811.

181 World Health Organization, Ethical Choices in Long-Term care: What Does Justice Require?, Geneva, 2002, s.1.

182 World Health Organisation, “Palliative Care Key Facts”.

183 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.6. Eduardo Bruera ve Rony Dev, “Overview of Managing Common Non-Pain Symptoms in Palliative Care”, Uptodate, y.y.

184 Center to Advance Palliative Care, “Palliative Care: What You Should Know”.

185 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.6, 9. Jennifer S. Temel vd., “Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer”, New England Journal of Medicine, C. 363, S. 8 (2010), ss. 733–42, doi:10.1056/NEJMoa1000678, s.734. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, Marie Bakitas vd., “Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer”, Jama 302, sayı 7 (2009): 741, <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>.



önlemek, hafifletmek ve etkisi, yan etkilerin sebep olduğu psikolojik, sosyal ve ruhsal problemleri çözmektir<sup>186</sup>.

Hastalığın belirtilerinin hastanın yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra tedavi sürecinde uygulanan agresif tıbbi müdahaleler de hastanın yaşam kalitesini düşürür. Terminal dönemde hastaya uygulanan agresif tedavilerin yan etkileri hastaya sağladığı yarara oranla fazla olabilir. Terminal dönem hastaların sık acil servis ziyareti, palyatif bakımın yetersizliğine dair bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların evde bakım hizmetleri veya palyatif bakım servislerinden yararlanmak yerine acil servislere başvurduğu bilinmektedir<sup>187</sup>. Bu durum hastanın gereksiz yere girişimsel tıbbi müdahalelere maruz kalmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına sebebiyet vermektedir<sup>188</sup>. Palyatif bakımın, uygun zamanda palyatif bakımdan yararlanmayan hastalarla kıyaslandığında, terminal dönemde agresif bakım müdahalelerini azalttığı ve daha az tıbbi müdahaleye yol açtığı gözlenmiştir<sup>189</sup>.

Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan hastaların kaldığı bir yataklı palyatif bakım merkezinde sekiz aylık bir dönemde yapılan çalışmada hastaların merkeze yatırıldığı günkü ile yatışlarının onuncu günündeki semptom yükleri karşılaştırılmış ve bu tip hastaların sıklıkla karşılaştığı ağrı, güçsüzlük ve endişe gibi belirtilerin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir<sup>190</sup>. Terminal dönemde olan 96 kanserli hastanın katıldığı bir başka çalışmada ise palyatif bakım merkezine kabul edilen hastaların %50'den fazlası kabul sırasında şiddetli ağrısı olduğunu bildirirken yatışlarının üçüncü gününde yalnızca %7'si şiddetli ağrısının olduğunu, %25'inin ise hiç ağrısının olmadığı bildirilmiştir<sup>191</sup>. Akciğer kanserinin özel bir türüne sahip hastalarla ilgili bir çalışmada palyatif bakıma erken entegre edilen hastalarda, yalnızca onkolojik bakım alan hastalara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesi, daha az depresif belirti, daha uzun

---

186 National Cancer Institute, "Palliative Care in Cancer", erişim 9 Ekim 2022, <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>.

187 Medine Demirgil, Acil Servis Çalışanlarının Ahlakî Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2019, s.33.

188 Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.72.

189 Nicole S. Nevadunsky vd., "The Role and Timing of Palliative Medicine Consultation for Women with Gynecologic Malignancies: Association With End of Life Interventions and Direct Hospital Costs", *Gynecologic Oncology*, C. 132, S. 1 (2014), ss. 3–7, doi:10.1016/j.ygyno.2013.10.025, s.5.

190 Nurcan Karadeniz Tekin, Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018, s.65.

191 di A. Rozzi vd., "Il Dolore Nel Paziente Oncologico Terminale: Valutazione del Sintomo All'ingresso in Hospice e Delle Sue Modificazioni Nei Primi Tre Giorni di Assistenza. Esperienza Monocentrica", *La Clinica Terapeutica*, C. 162, S. 5 (2011), [http://www.seu-roma.it/riviste/clinica\\_terapeutica/apps/autos.php?id=907](http://www.seu-roma.it/riviste/clinica_terapeutica/apps/autos.php?id=907), (Özet).

ortalama yaşam süresi saptandığı belirtilmektedir. Bu bulgular palyatif bakımın hayatta kalma süresini arttırabildiğine dair kanıt olarak yorumlanmaktadır<sup>192</sup>.

Palyatif bakımın amacı yalnızca hastanın değil ona bakım veren ailesinin de yaşam kalitesini arttırmaktır<sup>193, 194</sup>; çünkü kronik hastalıklar hastanın olduğu kadar hastaya bakım veren yakınların da yaşamını göz ardı edilemeyecek ölçüde etkiler. Gerçekten de bakım veren rolü insanların tercih edebildikleri veya hazırlık yapabildikleri bir rol değildir. Çoğunlukla bakım veren rolü, hastalıkla karşılaşıldıktan sonra uyum sağlanan ve öğrenilen bir roldür<sup>195</sup>. Kişilerin kronik hastalığı olan sevdikleri bir aile üyelerine bakım vermeleri, zorluklarla, birlikte mücadele ederken onları birbirine duygusal olarak daha çok yaklaştırabilir; fakat bu süre hasta açısından olduğu kadar bakım veren aile üyeleri açısından da zorlayıcı ve bunaltıcı olabilir<sup>196</sup>; hatta bakım yükü, bakım verenin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilir<sup>197</sup>. Özellikle evde bakımda hastaya bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi bakım verenlerin hastaya verdiği bakımın kalitesinin de azalmasına sebebiyet vermektedir<sup>198</sup>. Diğer yandan bakım verenin kendi yardımlaşma ağını güçlendirmek için verilecek yeterli profesyonel destekle bakım verenin kendi rolünü kabullenmesi ve başa çıkması kolaylaşır<sup>199</sup>.

Bakım veren aile üyelerinin zamanlarının önemli bir kısmını bakıma ayırması gerekir ve aile üyeleri sıklıkla bakım vermenin hayatlarına getirdiği yüke tepki gösterirler. En büyük baskıyı da hasta konforunun sürdürülmesi, ekipman yönetimi ve hastanın durumundaki değişikliklerin bildirilmesi hakkındaki endişeler oluşturur. Aile üyeleri bakım vermenin gerektirdikleriyle diğer sorumlulukları arasında bir denge

---

192 Meier, Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

193 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care". Get Palliative Care, "What is Palliative Care? | Definition of Palliative Care".

194 R. Sean Morrison, Diane E. Meier, "Palliative Care", *New England Journal of Medicine*, C. 350, S. 25 (2004), ss. 2582–90, doi:10.1056/NEJMcp035232, s.2589.

195 P.S. Eicher, M.L. Batshaw, "Cerebral Palsy", *Pediatr Clin North Am*, C. 40 (1993), ss. 537–51 içinde Öksüzoğlu, Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi, s.16.

196 Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.7.

197 Herhangi bir kimseye bakım vermeyen kontrol grubuyla kıyaslandığında yaşlı eşlerine bakım veren ve aynı zamanda bakım vermekte duygusal – zihinsel açıdan zorluk çeken kişilerin 4 yıllık sağkalım oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Schulz, Beach, "Caregiving As a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study", s.2218.

198 Katherine S. Judge vd., "Partners in Dementia Care: A Care Coordination Intervention for Individuals with Dementia and Their Family Caregivers", *Gerontologist*, C. 51, S. 2 (2011), ss. 261–72, doi:10.1093/geront/gnq097, s.271. Alice Yuen Loke, Chun Fong Faith Liu, Yan Szeto, "The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong Kong the Available Social Support", *Cancer Nursing*, C. 26, S. 4 (2003), ss. 276–83, doi:10.1097/00002820-200308000-00004, s.283.

199 . Loke, Liu, Szeto, "The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong Kong the Available Social Support", s.283.

kurma konusunda endişelenebilir ve yakın gelecekte kendilerini ve ilerlemiş hastalığa sahip yakınlarını nelerin beklediğini merak edebilir<sup>200</sup>. Bunun yanında hasta ve ailenin hastalık ve hastanın sağlık durumunun geleceği konusundaki kaygılar taşıyabilir. Palyatif bakım yaklaşımı hasta ve ailesinin içerisinde bulunduğu belirsizlik durumuyla başa çıkmaları için yönetebilecekleri durumlar hakkında bilgi sahibi olmalarını, yönetemeyecekleri durumları ise kabullenmelerini destekleyerek başa çıkma kapasitelerini güçlendirir.

Hasta ve ailelerinin yaygın beklentilerinin bilgilendirilme; fiziksel günlük yaşam aktiviteleri; ekonomik, psikososyal destekleyici bakım; psikolojik ve spiritüel gereksinimlere ilişkin olduğu belirtilmiştir. Bu gereksinimlerin karşılanmamasının sağlık hizmetinde yaratacağı sorunları bertaraf etmek için ise palyatif bakım uygulamalarının çok yönlü olarak geliştirilmesi gerektiği bildirilmektedir<sup>201</sup>. Bu nedenle palyatif bakımın hastanın ve ailesinin çok yönlü gereksinimlerinin giderilmesine hizmet ettiği söylenebilir.

Rutin hastane veya bakımevi ziyaretlerinde, evde bakım ziyaretlerinde veya ayakta tedavi muayenelerinde palyatif bakım ihtiyaçları, ilgili sağlık çalışanı tarafından uygun biçimde yönlendirilmeyen ileri derece hastalığı olan bireyler, aileleriyle birlikte önemli tıbbi – psikolojik – finansal yük altına girmektedir. Palyatif bakım programına yönlendirme ise hastanın semptomlarını azaltmada, hastane giderlerini düşürmede, evde ölme ihtimalini arttırmada, hasta ve ailesinin memnuniyetini arttırmada geleneksel tedaviye göre daha etkilidir.<sup>202</sup>

Hasta bireylerin kendi geleceğine ilişkin karar verme süreçlerine sağlıklı bir biçimde katılabilmesi ve psikolojik açıdan güçlendirilmesi sayesinde saygınlığının korunması; tüm bu süreçlerin sağlıklı bir iletişim ortamında ilerlemesi palyatif bakımın amaçları arasında sayılmaktadır<sup>203</sup>. Gerçekten de palyatif bakım hastanın sadece tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir bakım türü olmayıp aynı zamanda hastalığın hastanın hayatına kattığı değersizlik, korku, yetersizlik gibi duyguların da sağaltılmasını amaçlayan bir tedavi türüdür.

---

200 B. A. Given, C. W. Given, S. Kozachik, "Family Support in Advanced Cancer", CA: A Cancer Journal for Clinicians, C. 51, S. 4 (2001), ss. 213–31, doi:10.3322/canjclin.51.4.213, s.213.

201 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.52.

202 Morrison, Meier, "Palliative Care", s.2586.

203 Eskigülek, Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri, s.2.

Bilinci açık hastanın bakımdan beklentilerinin ne olduğunun erken dönemde açığa çıkarılması önemlidir. Hastalık sürecinin geleceğinde tedavinin hangi yönde ilerleyeceğine ilişkin belirsizlik, hastanın karar verme yeteneğini kaybetme ihtimali ve bu süreçte hastanın yoğun bakım müdahaleleri, resüsitasyon, ölüm yeri seçimi gibi konularda ne düşündüğünün konuşulması önemlidir. Bu tip konuların hasta ve yakınlarıyla konuşularak hastanın bu yöndeki iradesinin hangi yönde olduğunun ortaya çıkarılması hastanın kendini gerçekleştirme, özerkliğinin sağlanması ve insan onuruna yaraşır bir bakım görmesini sağlar. Palyatif bakımda bu tip konular konuşularak bakım planlamasında göz önüne alınır<sup>204</sup>.

Palyatif bakım, hastanın tedaviden ziyade bakım hizmeti alabileceği bir sistemin merkezine alınarak ve kişiyi yalnızca fiziksel ihtiyaçları değil duygusal, ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarının da tatmin edilebileceği bir ortamda hastayı bir bütün olarak ele alarak tedavisini takip etmeyi amaçlar<sup>205</sup>. Palyatif bakımda hastalığın hangi evresinde olursa olsun hastanın mevcut tedavi planından bağımsız olarak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinin geliştirilmesi amaçlanır<sup>206</sup>.

Hospis ve Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği (Hospice and Palliative Nurses Association), hospis ve palyatif bakım hemşireliğinin amacını hastalığın seyri boyunca, hastanın ölümüne kadar hastanın acılarının dindirilmesi yoluyla hastanın yaşam kalitesinin arttırmak, geliştirmek ve yas tutan aileyi desteklemek olarak belirtmiştir<sup>207</sup>.

DSÖ'nün güncel tanımında palyatif bakımın amaçları sıralanırken, palyatif bakımın;

- Ağrı ve diğer ıstıraplı belirtileri dindirdiği,
- Yaşamı desteklediği ve ölümü normal bir süreç olarak kabul ettiği,
- Amacının ne ölümü çabuklaştırmak ne de geciktirmek olduğu,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal boyutlarıyla bir bütün olarak kabul ettiği,

---

204 David Oliver ve Simon Veronese, "Palliative Approach to Parkinson Disease and Parkinsonian Disorders", UpToDate, 2017, [https://www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders?search=caregiver-burden-parkinsons&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H1423833025&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\\_rank=1#H142](https://www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders?search=caregiver-burden-parkinsons&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H1423833025&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H142).

205 Herring, Medical Law and Ethics, s.484. Meghani, "A Concept Analysis of Palliative Care in the United States", s. 158.

206 National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.PAL-1. Jacob J. Strand, Mihir M. Kamdar, Elise C. Carey, "Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care", Mayo Clinic Proceedings, C. 88, S. 8 (2013), ss. 859-65, doi:10.1016/j.mayocp.2013.05.020, s.859.

207 Marianne Matzo, Deborah Witt Sherman, Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life, 4. b., New York: Springer Publishing Company, 2015, Chapter 1.

- Hastaların ölüm anına kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarına yardım eden bir destek sistemi sunduğu,
- Hastalık ve yas süresince hastanın ailesine yardım eden bir destek sistemi sunduğu,
- Gerektiğinde yas danışmanlığının da dahil olmak üzere hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik takım çalışması yapıldığı,
- Yaşam kalitesini arttıracak ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebileceği,
- Kemoterapi veya radyoterapi gibi yaşamı uzatmaya yönelik tedavilerle birlikte hastalığın erken evrelerinde uygulanabildiği ve ıstıraplı klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gereken tetkikleri içerdiği belirtilmiştir<sup>208</sup>.

Bu amaçlar incelendiğinde DSÖ'ye göre palyatif bakımın hastalığın fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileriyle baş etme yönünde etki yaratmayı amaçladığı görülmektedir. Bazı durumlarda hastalığın seyrine olumlu etki edebileceği göz önünde bulundurularak yaşam kalitesini artırma ve hastayı hayatının son anına kadar yaşamın içerisinde tutarak öngörülen yaşam süresini daha kaliteli geçirmesini sağlamayı hedeflediği görülmektedir. Bunlara ek olarak terminal dönem hasta ve yakınlarının yaklaşan ölüme hazırlıklı olması; ölümü bir yenilgi değil yaşam döngüsünün bütünleyici bir parçası olduğu gerçeğini kabullenmesi ve ölümden sonra yas tutan aile üyelerinin bu süreçle başa çıkmasına destek vermeyi amaçlar<sup>209</sup>.

Hastanın semptom yükünün azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması tıbbi bir gereklilik olmasından önce bir insan hakkıdır<sup>210</sup>. Tedavinin sonuç vermediği ve hastanın şifa bulmadığı durumlarda hasta, hastalığıyla, ağrılarıyla, bir kısmı basit yöntemlerle giderilebilecek şikâyetleriyle ve gün be gün yaklaşan ölüm gerçeğiyle baş başa bırakılmamalıdır. TDN m.14 ve HHY m.14'te hastanın hayatını kurtarmanın ve sağlığını korumanın mümkün olmadığı durumlarda dahi, ıstırapının azaltılması veya dindirilmeye çalışılması gerektiği düzenlenmiştir<sup>211</sup>. Bu düzenlemelerde yer alan ıstırapın ise yalnızca hastalık kaynaklı fiziksel ıstırap olmadığını kabulü gerekir. Gerçekten de Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kavramını bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan ele alan ve iç hukuk kurallarında da yer bulmuş bütüncül tanımı karşısında hastanın yalnızca fiziksel acıyla değil ruhsal ve sosyal açıdan çektiği ıstırapın bertaraf

208 WHO, "WHO Definition of Palliative Care".

209 Ayrıca bkz. Bilen, "Palyatif Bakım", s.26.

210 Bkz. ikinci bölüm I.A.Önlenilebilir Ağrı ile İnsan Hakları İlişkisi

211 Ayrıca bkz. Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

edilmesi yukarıda bahsedilen düzenlemenin ruhuna daha uygundur. Bu nedenle palyatif bakımın amacı hastanın fiziksel ve ruhsal acılarını dindirirken bireyin sosyal bir varlık olduğunu göz önünde bulundurarak palyatif bakıma özgü yaklaşımlarla hastanın ve yakınlarının sosyal bütünlüklerini güçlendirmek veya korumaktır.

Palyatif bakımın dört amacı olduğu öne sürülmektedir<sup>212</sup>:

- Hasta ve yakınlarını en iyi yaşam kalitesine ulaştırmak,
- Çekilen acıların dindirilmesi,
- Hastanın güzel bir şekilde (good death) ölümünün mümkün kılınması
- Ötanaziyi engellemek

Palyatif bakım, yaşamın son döneminde ağrıların yatıştırılmasında; psikolojik ve duygusal destek sağlanmasında hastaya destek sağlar. Böylece büyük sakatlığı veya ağrılarından dolayı acı çeken bireyler de yaşamdan keyif alabilir ve bu kişileri ölme arzusundan (ötanazi talebinden) vazgeçirebilir<sup>213</sup>. Bu şekilde hasta için ölüm bir çözüm olmaktan çıkar; yaşamın doğallığı içerisinde var olan ölümün de insan onuruna yakışır bir biçimde gerçekleşmesi sağlanmış olur.

Saunders, ölüm kaçınılmaz hale geldiğinde hasta açısından ölümü kabullenmenin yaşamdan vazgeçme veya ölüme boyun eğmek; hekim tarafından ise bir yenilgi veya ihmal anlamına gelmeyeceğini belirtmektedir. Tam tersine tüm çabanın amacı bu geri dönülmez süreci zenginleştirerek ölüme karşı galip gelmek yerine ölüm sürecinde hastanın güçlü bireysel kazanımlar elde etmesini sağlamaktır<sup>214</sup>.

Palyatif bakımın sağlık harcamalarını azalttığını gösteren bilimsel çalışmalar bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin farklı eyaletlerinde ve farklı yöntemler kullanılarak yapılmış araştırmalar palyatif bakımın hem hastaneler hem de sağlık giderlerini karşılayan kişiler açısından maliyeti azalttığını öne sürmektedir<sup>215</sup>. İleri evre yetişkin kanser hastalarına ilişkin bir araştırma erken başlanılan palyatif bakımın hastanede kalış süresi ile hastanedeki gereksiz tıbbi test ve ilaçların sayısını azaltarak bakım maliyetini azalttığını öne sürmektedir<sup>216</sup>. Bir başka çalışmada ise palyatif bakım

---

212 Herring, Medical Law and Ethics, s.484.

213 Herring, Medical Law and Ethics, s.484. Morrison, Meier, "Palliative Care", s. s.2585.

214 Herring, Medical Law and Ethics, s.485.

215 Robert L. Fine, "The Imperative for Hospital-Based Palliative Care: Patient, Institutional and Societal Benefits", Baylor University Medical Center Proceedings, C. 17, S. 3 (2004), ss. 259–64, doi:10.1080/08998280.2004.11927978, s.261.

216 Peter May vd., "Cost Analysis of a Prospective Multi-Site Cohort Study of Palliative Care Consultation Teams for Adults with Advanced Cancer: Where Do Cost-Savings Come From?", Palliative Medicine, C. 31, S. 4 (2017), ss. 378–86, doi:10.1177/0269216317690098, s.385.

koordinasyonunun bakım maliyetlerini %40 azaltma potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir<sup>217</sup>. Dar kapsamlı bir araştırmada laboratuvar ve radyoloji testlerinin maliyetlerinde azalma tespit edilmesine karşın ilaç giderlerinde anlamlı bir düşüş tespit edilemediği bildirilmiştir. Söz konusu ilaç masraflarının hastanın ağrılarının dindirilmesi (sedasyon) için kullanılan narkotik ilaçlardan kaynaklandığı belirtilmiştir<sup>218</sup>. Erken yapılan palyatif bakım konsültasyonları, agresif bakım girişimlerini önleyerek hastane giderlerinin azalmasına sebebiyet vermektedir<sup>219</sup>. Bir başka çalışmada ise palyatif bakımın, akut bakımın verildiği hastane yataklarında yatan hasta sayısını azaltmasından dolayı, sağlık sistemi üzerindeki yükü azalttığına dikkat çekilmektedir<sup>220</sup>. Verilen bilgilere ek olarak palyatif bakımın maliyet etkinliğinin kesin olmadığı<sup>221</sup>; hakkında daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için daha fazla ileri araştırmanın yapılması gerektiği belirtilmektedir<sup>222</sup>.

Palyatif bakımın mevcut sağlık sistemine entegre edilmesi kanımızca önemli bir ihtiyacı karşılayacaktır. Yaşamı tehdit eden hastalıklarda hasta, fiziksel acıları bir nebze olsun dinmesi ve gerekli bakımı alması için yoğun bakım servisi gibi sınırlı fakat hastanın ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz bir tıbbi kaynaktan yararlandırılmakta fakat buna rağmen ihtiyaçları tam olarak karşılanamamaktadır<sup>223</sup>. Diğer yandan nitelikli bir sağlık hizmetinin bu hizmete gerçekten ihtiyaç duymayan hastalar tarafından kullanılması bu hizmete gerçekten ihtiyaç duyan hastaların bu hizmetten yararlanmasını güçleştirmektedir. Günün sonunda palyatif bakımın entegre edilmediği sağlık sistemleri ne palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların ne de diğer nitelikli sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların ihtiyacını karşılayabilecek ve her iki hasta grubu da tıbbi durumlarına uygun bakım ve tedaviden mahrum kalacaktır.

---

217 S.K. Payne, P. Coyne, T.J. Smith, "The Health Economics of Palliative Care", *Oncology (Williston Park)*, C. 16, S. 6 (2002), ss. 801–12, (Özet).

218 Elizabeth A. Lonberger, Cynthia L. Russell, ve Suzanne M. Burton, "The Effects of Palliative Care on Patient Charges", *The Journal of Nursing Administration* 27, sayı 11 (Kasım 1997): 23–26, <https://doi.org/10.1097/00005110-199711000-00006>.

219 Nevadunsky vd., "The Role and Timing of Palliative Medicine Consultation for Women with Gynecologic Malignancies: Association With End of Life Interventions and Direct Hospital Costs", s.1.

220 Eduardo Bruera vd., "The Impact of a Regional Palliative Care Program on the Cost of Palliative Care Delivery", *Journal of Palliative Medicine*, C. 3, S. 2 (2000), ss. 181–86, doi:10.1089/10966210050085241, s.184.

221 Meier, Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3,4.

222 Thomas J. Smith, J. Brian Cassel, "Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care", *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 38, S. 1 (2009), ss. 32–44, doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.001, s.40.

223 Yoğunbakım yataklarının yüksek maliyetli bir hizmetin parçası olduğu ve yaşamı kurtarmak için kullanılması gerektiği halde yaşam beklentisinin olmadığı açıkça görülen terminal dönem hastaların palyasyonu için kullanıldığına dikkat çekilmektedir. Ayşegül Demirhan Erdemir, "Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşımda Etik ve Hukuki Sorunlar Bursa Sempozyumunda Tartışıldı", *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, C. 17, S. 1 (2009), ss. 51–58, s.57.

Yaşlanan nüfus, ortalama ömrün uzaması, kronik hastalıklarla geçmişe oranla daha uzun süre yaşamanın mümkün olması palyatif bakıma yönelik bir ihtiyaç doğurmuş ve toplum ve aile yapılarının değişmesi, çalışma hayatına katılan insan sayısının artması palyatif bakıma ihtiyaç duyan insan sayısını arttırmış ve hastaya evde bakım verebilecek aile üyesi sayısını azaltmıştır. Hastanın bakım ihtiyacı geniş ailedeki birden çok aile üyesi arasında paylaştırılabilecekken tüm bakım yükü çekirdek ailedeki az sayıda aile üyesinin üzerinde birikmektedir. Böyle olunca yalnızca hastanın değil bakım verenin de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Kapsamlı palyatif bakım organizasyonu, bakım verenlerin bakım görevi ve diğer sorumlulukları arasındaki dengeyi kurmasını kolaylaştırır. Palyatif bakım hizmetinin kapsamı yalnızca tıbbi tedavilerle sınırlı olmadığından hasta ve bakım verenlerin bilgilendirilme, ekonomik, psikolojik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve hasta üzerindeki mali yükünü azaltılabilir. Hepsinden önemlisi kronik hastalığın sebep olduğu ağrı, bulantı gibi ıstırap veren belirtilerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olarak hastanın yaşam kalitesini yükseltir.

#### **E. PALYATİF BAKIMIN UYGULANMA YÖNTEMİ**

Palyatif bakım, kanser hastalarının veya ölüm sürecine girmiş hastaların ihtiyaçlarına yönelik bir bakım türü gibi algılansa da pek çok hasta grubuna<sup>224</sup> her aşamada uygulanabilir. Uygulama için başat ölçüt hastanın bu bakıma ihtiyacının olup olmamasıdır. Palyatif bakımda hastalık değil hasta tedavi edilir ve amaç tedavi değil hastaya ihtiyaç duyduğu bakımı sağlamaktır<sup>225</sup>. Çalışmamızda yaşamı tehdit eden veya kronik hastalığı olan bireylerin ihtiyaç duyduğu palyatif bakım incelenmektedir. Palyatif bakımın yapısı gereği bu hasta gruplarının ihtiyaçları; hastalığın seyrine, hasta ve bakım verenin hastalıktan bağımsız olan bireysel ihtiyaçlarına (psikolojik, sosyal, duygusal, manevi, vs.) ve yapılarına göre değişir. Her koşulda uygulanabilecek tek bir palyatif bakım metodu yoktur. Bir ülkede benimsenecek palyatif bakım modeli ulusal sağlık politikasına, ülkenin sağlık hizmetlerine ayırdığı

---

224 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1", s.280. Gómez Batiste vd., Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services, s.7. Tanverdi, Kömürçü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s.391.

225 Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.25.



bütçeye, ülkede sağlık hizmeti verenlerin sayısı ve sunulan hizmetin nitelikleri, toplumun palyatif bakıma bakışı, inançları ve eğitim düzeyine göre değişebilir<sup>226</sup>.

Palyatif bakım hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarına dayalı olarak planlanır<sup>227</sup>. Hastayı ve bakım veren ailesini kapsayacak şekilde fiziksel, bilgisel, iletişimsel, psikolojik, cinsel, sosyal, finansal ve spiritüel gereksinimlerin önceden belirlenmesi ve sorunların bertaraf edilmesi için multidisipliner bir ekip tarafından kapsamlı bir değerlendirmeyi gerektirir<sup>228</sup>. Ekip içerisinde yer alan profesyonellerin ekipteki diğer profesyonellerin rollerini bilmeleri, hastayı gerektiğinde ilgili profesyonelle yönlendirebilmeleri bakımından önemlidir<sup>229</sup>. Ekip tarafından yapılan değerlendirmeler yalnızca hasta palyatif bakımdan yararlanmaya başlarken yapılan değerlendirme değil, multidisipliner ekibin süreç boyunca haftada bir toplanarak hasta ve ailesinin bakım gereksinimlerini tespit ettiği toplantıları da içerir<sup>230</sup>. Yapılan değerlendirmelerle bağlantılı bir biçimde, bakım ortamı fark etmeksizin, palyatif bakımda hasta palyatif bakım ekibi tarafından periyodik olarak ziyaret edilir ve bakımla ilgili ihtiyaçları gözden geçirilir<sup>231</sup>. Bakım planı hasta ve ailenin ihtiyaçlarına göre değişebilir; hastalık ilerledikçe, hasta ve ailesinin ihtiyaçları arttıkça bakım da karmaşıklaşacağı için palyatif bakımın yoğunluğu ve sıklığı artabilir<sup>232</sup>.

Palyatif bakım planlamalarının tıbbi, psikolojik, sosyal, ekonomik, spiritüel pek çok yönü olduğu için planlamanın multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından yapılması gerekir<sup>233</sup>. Ekip üyeleri kültürel farklılıklara duyarlıdır. Hasta ve ailesiyle karşılıklı güven ve anlayış ortamı oluşturabilmek için gereken zamanı ayırır<sup>234</sup>. Bunların yanında hasta, aile ve bakım verenler de palyatif bakım hakkında bilgilendirilmeli, tedavinin yarar ve riskleri hakkında aydınlatılmalı, tedavi planlarken

226 Tanverdi, Kömürcü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s.394. Bu nedenle evrensel olarak uygulanabilecek bir palyatif bakım kılavuzu geliştirmek uygulanabilir bulunmamaktadır. Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

227 Gómez Batiste vd., Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services, s.5. Strand, Kamdar, Carey, "Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care", s.859.

228 Temelli, Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları, s.12. Çetin, Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, s.8. Palliative Care South Australia, "FAQs". Kadriye Kahveci, "Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi", Palyatif Bakım, ed. Kadriye Kahveci, Derya Gökçınar, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, ss. 7–29, s.7. Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.26.

229 Tuncay, "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini", s.145.

230 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.45.

231 Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.26.

232 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331.

233 Çetin, Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, s.8.

234 Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.26.

hasta ve ailesinin istekleri göz önüne alınmalıdır<sup>235</sup>. Hasta ve yakınlarına hastalığın gidişatıyla ilgili gerçekçi bilgi verilmesi bu kişilerin süreci kabullenmesini kolaylaştırması açısından önemlidir<sup>236</sup>. Hasta ve yakınları, ekip içerisindeki rolleri hakkında da bilgilendirilir; bakıma katılmaları ve bakımda söz sahibi olmaları sağlanır<sup>237</sup>. Hasta ve yakınları küratif tedavi ve palyatif bakım aşamalarında tedavi - bakım ortamları arasında geçiş yapmakta, müzakere gerektiren karmaşık ve parçalanmış bir tıbbi sistem içinde bakım – tedavi süreçlerini anlamakta ciddi zorluklarla karşılaşmaktadır. Palyatif bakım interdisipliner yapısı sayesinde hasta ve ailesinin bakım planlarını anlama ve karmaşık tıbbi ortamlarda kontrolü kazanması ve en uygun bakım ortamından (evde bakım, bakım evi, hospis merkezi vs.) yararlanarak daha fazla bakım hizmetine erişmesine destek olur<sup>238</sup>.

Palyatif bakım bileşenlerinde semptomlara sebebiyet veren birincil hastalığın semptomlarının kontrol altına alınması; fiziksel, psikiyatrik, manevi, sosyal ve ekonomik sorunların tespiti; yaşamın sonuna ilişkin gereksinimlerin tespiti ve yas dönemine ilişkin destek planı yer alır<sup>239</sup>. Bunun yanında bakım hedeflerini belirlemek ve karmaşık tıbbi kararları almak için uzman iletişimi ve bakım koordinasyonu da palyatif bakımın bileşenlerindedir<sup>240</sup>. Palyatif bakımda psikolojik, sosyal ve manevi destek de semptom yönetimine eşlik eden önemli unsurlardır<sup>241</sup>. Hastanın küratif tedavisini üstlenen hekim de palyatif bakım konsültasyonuna katılabilir ve palyatif bakım ekibiyle birlikte hastanın ihtiyaçlarına en uygun bakım planını yapmak için birlikte çalışabilirler<sup>242</sup>. Bu şekilde palyatif bakım geleneksel tedavi üzerinde ilave bir katman oluşturur<sup>243</sup>. Uygulamada hastaya küratif tedavi sunan hekim, hastaya rahatsızlık veren bir semptomun kontrolünde güçlük yaşadığında genellikle hekimin hastayı palyatif bakım birimine yönlendirildiği ve palyatif bakım konsültasyonu neticesinde hastaya küratif tedavi uygulayan hekime gerekli önerilerde bulunduğu belirtilmektedir<sup>244</sup>. Palyatif bakım, küratif tedaviyle birlikte eş zamanlı uygulanabilecek bir bakım türüdür<sup>245</sup>.

---

235 Kahveci, "Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi", s.7.

236 Kabalak, Öztürk, Çağil, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", s.68.

237 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.333.

238 Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

239 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", s.6.

240 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.751.

241 Bilen, "Palyatif Bakım", s.27.

242 Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.26.

243 National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs".

244 Mut Sürmeli, Akççek, "Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım", s.13.

245 Star Gazette, "What You Should Know About Palliative Care".

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastanın başa çıkması gereken pek çok semptom vardır. Bu semptomlar prognoza göre değil hastanın şikayetine bağlı olarak ele alınır<sup>246</sup>. Bir başka deyişle hastanın bir semptomu sübjektif olarak tanımlaması bu semptomun ele alınması için yeterlidir<sup>247</sup>; hastalığın prognozunda bahsi geçen semptomun olması şart değildir. Hastanın acı çekmesine engel olacak bazı müdahaleler geleneksel tedavide tıbbi kaygılarla esirgenirken palyatif bakımda böyle kaygılar daha az yer tutmaktadır. Dolayısıyla hastanın ağrı kontrolü için gereken her ilaca ulaşılabilmesi önemlidir<sup>248</sup>. Geleneksel tedavi yöntemlerinin aksine hastanın şiddetli ağrılarını azaltmaya veya dindirmeye yarayan opioidler hastada rahatsız edici yan etkilere yol açmadığı sürece ağrısını azaltan doz hasta için doğru doz olarak kabul edilir ve uygulanır<sup>249</sup>. Oysa küratif tedavide opioidlerin yan etkileri nedeniyle hastada rahatsızlık verici yan etkiler açığa çıkmaya bile öngörülen güvenli doz aralığının dışına çıkılmaz. Hastanın gereksinimleri ile sunulan hizmet arasında uyumsuzluk olursa karşılanmamış gereksinimler açığa çıkar; karşılanmamış gereksinimler ise hastanın semptom yükünü artırırken sunulan sağlık hizmetinin kalitesini de düşürür<sup>250</sup>. Ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, ishal, kabızlık, bulantı - kusma, ağız kuruluğu, nefes darlığı, uykusuzluk, kilo kaybı, kaygı, depresyon, yutkunma güçlüğü, öksürük, hazımsızlık ve karın şişkinliği en sık karşılaşılan semptomlardan olup palyatif bakım kapsamında tedavi edilmesi gerekir<sup>251</sup>. Bu semptomların kontrol altına alınıp alınmadığı hasta tarafından belirlenir; hasta halen semptomlarından şikayetçiye bu şikayetler doğru ve gerçek şikayetler olarak kabul edilmeli ve tıbbi değerlendirmeye konu edilmelidir<sup>252</sup>. Bahsedilen semptomlar yalnızca kanseröz hastalıklara özgü olmayıp kalp yetmezliği gibi kanser dışı hastalıklarda da benzer semptomlarla sık karşılaşırlar<sup>253</sup>. Ancak semptomların görülme sıklığı hastalığa göre değişebilir. Örneğin terminal dönem kanser hastalarında ağrı, tükenmişlik ve zihinsel işlevlerde bozukluğun sık görüldüğü

---

246 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.7. Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care".

247 Özçelik vd., Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım, s.10.

248 Tanrıverdi, Kömürcü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s.398.

249 Güler Cimete, Yaşam Sonu Bakım Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, s.182.

250 Nazmiye Kocaman Yıldırım, Nesiba Kaçmaz, Mine Özkan, "İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Gereksinimleri", Psikiyatri Hemlirliği Dergisi, C. 4, S. 3 (2013), ss. 153–58, doi:10.5505/phd.2013.63825, s.153.

251 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.16.

252 Cimete, Yaşam Sonu Bakım Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım, s.182.

253 Yuma Kurozumi vd., "Design of a Nationwide Survey on Palliative Care for End- Stage Heart Failure in Japan", Journal of Cardiology, C. 71, S. 2 (2018), ss. 202–11, doi:10.1016/j.jjcc.2017.06.009, s.203. Jillian P. Riley, James M. Beattie, "Palliative Care in Heart Failure: Facts and Numbers", ESC Heart Failure, C. 4, S. 2 (2017), ss. 81–87, doi:10.1002/ehf2.12125, s.83.

bildirilirken kalp yetmezliği hastalarında nefes darlığı, tükenmişlik ve kabızlığın sık görüldüğü bildirilmiştir<sup>254</sup>.

Semptom kontrolünde olası problemlerin önceden belirlenmesi, semptom taramada sağlıklı ölçme – değerlendirme sistemlerinin uygulanması, hasta ve hasta yakınlarının semptom kontrolü konusunda bilgilendirilmesi, bakımın kişiye özel planlanması ve bakımın kesintisiz sunulmasıyla sağlanabilir<sup>255</sup>. Palyatif bakımda hastanın ağrı değerlendirmesini yapabilmek için uygulanan pek çok ölçek vardır. Bu ölçeklerden en bilineni Edmonton Ağrı Değerlendirme Skalası'dır. Ölçekte yer alan ağrı, iştahsızlık, bulantı, depresyon gibi pek çok semptom hasta tarafından değerlendirilir. Değerlendirme, semptom olmadığı durumun sıfır, semptomu en kötü durumda olduğu durumunsa on puanla puanlandırıldığı, bir ile on arasındaki puan aralığında puanlamayla yapılır. Bu ölçüm, günlük olarak yapıldığında hastanın palyatif bakıma nasıl cevap verdiğini de ortaya koyar<sup>256</sup>.

Palyatif bakım hastalarında yukarıda saydığımız türden semptomlarla sık karşılaşılmakla birlikte hastaların bu semptomların yalnızca en şiddetlilerini dile getirmesi, bazı semptomların hastalığın doğal seyrinden kaynaklandığı düşüncesiyle doğal karşılanması, semptom yönetiminin asıl tedaviyi olumsuz etkileyeceği korkusu gibi sebeplerle yeterli semptom yönetiminin uygulanamadığı durumlarla uygulamada karşılaşıldığı bildirilmektedir. Bu sebeple palyatif bakım hastasının semptomlarının ayrıntılı olarak taranması ve bunlara yönelik bakım planı yapılmasının önemi vurgulanmaktadır<sup>257</sup>.

Palyatif Bakım Derneği, palyatif bakımda semptom kontrolünün nasıl yapılacağını şöyle özetlemektedir<sup>258</sup>: *“Palyatif bakımda semptom kontrolü; olası problemlerin önceden tahmini, sağlıklı ölçme ve değerlendirme, hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi, detaylara dikkat edilmesi ve bakımın devamlılığı ile sağlanabilir. İnatçı semptomlarda sınırlamalar iyi bilinerek gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Psikolojik, manevi ve sosyal destekler bakım planının vazgeçilmez unsurları olarak semptom tedavisi ile birlikte planlanmalıdır. Tüm tedavi ve desteklerde alternatifler tartışılmalı, hasta/hasta yakınlarının onayı*

---

254 Palyatif Bakım Derneği, “Palyatif Bakım Derneği Bülteni”, s.7.

255 Bilen, “Palyatif Bakım”, s.27.

256 Kahveci, “Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi”, s.7.

257 Karadeniz Tekin, Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, s.1.

258 Palyatif Bakım Derneği, “Palyatif Bakım Derneği Bülteni”, s.7.

*alınmalıdır. Ancak hasta tercihlerine göre belirlenmiş hasta odaklı bakım ile palyatif bakımda iyi bir yaşam kalitesi elde edilebilir.”*

Hastanın yaşadığı fiziksel sorunlar dışında bakım verenin bakım vermede karşılaştığı bedensel zorluklar, ölüm düşüncesi, hasta ve aile arasındaki iletişim problemleri, hastalık sürecinde yaşanan ekonomik güçlükler, hasta ve ailesinde kaygı, korku, gerilim, öfke, çaresizlik, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilir<sup>259</sup>. Psikolojik ve psikiyatrik değerlendirme ve destek, kapsamlı bir palyatif bakım uygulamasının parçasıdır<sup>260</sup>. Hasta veya aile üyesinde sıklıkla görülen kaygı, deliryum, depresyon, umutsuzluk, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı ve yoksunluk belirtileri gibi psikolojik veya intihar düşüncesi, ciddi ve kalıcı mental hastalıklar gibi daha ciddi psikiyatrik bozukluklar palyatif bakım kapsamında tespit ve tedavi edilir<sup>261</sup>.

Hastanın konforu, hastanın yatağındaki yatış yönünün sık sık değiştirilmesi, yıkanması, hastaya masaj yapılması, ağızdan sıvı verilmesi ve hastanın sıkıntılarını anlatmasına imkân verilmesiyle sağlanır. Ağrı, soluma güçlüğü gibi belirtilerin kontrol altına alınması ve depresyona yönelik destekleyici tedavinin uygulanması da palyatif bakım uygulamalarına örnektir. Bir somut vaka örneğinde göğüs kanseri tedavisi gören bir kadın hastada kansızlık baş göstermiştir. Palyatif bakım uzmanlarının önerisi üzerine hastaya kan transfüzyonu yapılmıştır. Kan transfüzyonu neticesinde hem kadının kansızlığı giderilmiş hem de yaşadığı bir takım tükenmişlik belirtileri dindirilmiştir. Kadının kansızlığının giderilmesi küratif tedavisine devam edebilmesine yardımcı olmuştur. Bu olayda hastanın kansızlığının tedavi edilmesi bir palyatif bakım müdahalesidir<sup>262</sup>.

Palyatif bakımda semptom yönetiminin yanı sıra palyatif radyoterapi, palyatif kemoterapi, palyatif cerrahi gibi yöntemler de vardır. Bu yöntemlerin amacı geleneksel tedaviden farklı olarak hastayı sağlığına kavuşturmak değil semptom kontrolü sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktır. Palyatif radyoterapi, kemoterapi ve cerrahide müdahalenin yararlarının öngörülebilir bir biçimde risk ve zararlarından fazla olması

---

259 Özçelik vd., Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım, s.64.

260 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.20. Bilen, “Palyatif Bakım”, s.27.

261 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.20. Todd Hultman, Elizabeth A. Keene Reder, Constance M. Dahlin, “Improving Psychological and Psychiatric Aspects of Palliative Care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care”, OMEGA - Journal of Death and Dying, C. 57, S. 4 (2008), ss. 323–39, doi:10.2190/OM.57.4.a, s.334.

262 National Institute on Aging, “What Are Palliative Care and Hospice Care?”

gerekir<sup>263</sup>; çünkü palyatif bakımda hastaya yararı olmayacak veya gereksiz tıbbi uygulamalarda bulunulmaz<sup>264</sup>.

Yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyler pek çok belirti gösterirler. Palyatif bakım ekibi yalnızca fiziksel acıyı değil; sosyal, psikolojik ve manevi acıyı da kapsayan toplam acıyı yönetir. Toplam acıya mümkün olduğu kadar erken müdahale edilmesi palyatif bakımın ilkelerindedir. Yaşamı tehdit eden hastalığın hasta ve ailesi üzerinde yarattığı duygusal yük de buna dahildir. Hastayla birlikte ailesini de kapsayan toplam acı yönetimi palyatif bakımın bütüncül yapısı gereğidir. Bu da multidisipliner bir ekip sayesinde mümkün olabilir. Palyatif bakım ekibi hastalık dönemindeki hasta – aile – tedavi ekibi arasındaki karmaşık etkileşimler konusunda da destek olur<sup>265</sup>. Ekip, semptom yönetiminin yanı sıra tedavi seçenekleri ve amaçları, sağlık sistemi içerisindeki uygun çözümleri keşfetme gibi konularda hastayla iletişim kurmak için zaman ayırır<sup>266</sup>.

Palyatif bakım üç farklı uzmanlık düzeyinde sunulabilir<sup>267</sup>:

Birinci seviye, palyatif bakım yaklaşımı olarak adlandırılır. Bu seviyede, uygun eğitim sayesinde palyatif bakım konusunda uzman olmayan tüm sağlık çalışanları tarafından sunulabilen palyatif bakımdır. Tüm hekimlerin palyatif bakıma ilişkin temel becerilere sahip olması beklenir. Bu seviyedeki hizmet pratisyen hekimler, hemşireler, evde bakım görevlileri ve diğer sağlık personelinin yer aldığı bir ekip tarafından yürütülebilir.

İkinci seviye, genel palyatif bakım olarak adlandırılır. Tam zamanlı olarak palyatif bakım hizmeti vermeyen fakat temel becerilere ilave eğitimler alarak hasta ve bakım veren aile üyeleriyle palyatif bakım deneyimi olan, palyatif bakım uzmanı olmayan hekim ve sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmettir. Primer hastalığın tedavisini üstlenmiş onkolog, geriatrist gibi uzmanlar tarafından hastaya sunulur.

Üçüncü seviyenin adı ise uzman palyatif bakımdır. Temel faaliyeti palyatif bakım vermek olan sağlık ünitelerinde daha karmaşık sorunları olan hastalara

---

263 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.16.

264 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.332.

265 Strand, Kamdar, Carey, "Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care", s.861.

266 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care: What You Should Know".

267 Derya Gökçınar, Kadriye Kahveci, "Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım", Palyatif Bakım, ed. Kadriye Kahveci, Derya Gökçınar, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, ss. 1–5, s.3. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.7. İnan, "Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?", s.22.

uzmanlaşmış hekim ve sağlık personeli tarafından verilen tam zamanlı hizmettir. Bu hizmet hastanede, palyatif bakım merkezinde veya hospis merkezinde sunulabilir.

Palyatif Bakım Derneği tarafından 2015 yılında yayınlanan Palyatif Bakım Bülteninde yer alan makaleye göre<sup>268</sup> palyatif bakım;

- Primer hastalığın kontrolünü
- Fiziksel semptomların belirlenmesini
- Psikiyatrik sorunların belirlenmesini
- Manevi sorunların belirlenmesini
- Sosyal sorunların belirlenmesini
- Ekonomik sorunların belirlenmesini
- Yaşam sonu gereksinimlerinin belirlenmesini
- Yas dönemiyle baş etme planlamalarını içerir.

Palyatif bakım ne sadece ölüme, ne sadece fiziksel belirtilere ne de yalnızca manevi acılara odaklanmaktadır. Yukarıda sayılan bileşenler, palyatif bakımın bütüncül yapısını ortaya koymaktadır.

Hasta, aile ve ekip üyeleri arasındaki iletişimin etkili ve sürekli olması palyatif bakımın sağlayacağı yararı artırır. İletişimin doğru yönetilmesi için hasta ve ailesiyle kurulacak iletişimde hassas olunur. Ekip içerisindeki tüm üyelerin rollerinin hasta ve ailesine açıklanması, hasta ve ailesinin gerektiğinde bu ekip üyelerinden yararlanabilmesi açısından önemlidir. Bunun yanında hasta ve ailesine gerektiğinde arayıp bilgi alabilecekleri telefon numaraları verilerek bakımın sürekliliği sağlanır. Hasta ve ailesine kimden nasıl yardım alacakları; iletişim ağlarını nasıl oluşturacakları; kaynak ve desteklerden nasıl yararlanacakları; acil hallerde neler yapacakları gibi konularda danışmanlık verilir<sup>269</sup>.

Palyatif bakımda hastanın ailesine destek verilecek konular şöyle sıralanmıştır<sup>270</sup>:

- Yas, üzüntü, affetme/affedilme duyguları ile başa çıkma konusunda yardım;
- Yapılması gereken girişimleri ve alınması gereken kararları anlamada yardım;

---

268 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni".

269 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.332.

270 Kabalak, Öztürk, Çağil, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", Tablo 15,

- Hastaları ile nasıl konuşacaklarını, nasıl rahatlatacaklarını öğretme;
- Bakım konusunda ekiple paylaşılan ve kendilerine düşen görevlerin öğretilmesi;
- Ailenin maddi ve manevi gereksinimleri konusunda destek.

Aileye destek verilecek konular palyatif bakımın bütüncüllüğünü, hastanın yaşam kalitesinin artırılması için onunla birlikte yaşayan veya bakım verenlerin de bu özel duruma ilişkin özel gereksinimlerini göz önüne alan ve planlayan; bunun yanı sıra hastanın yalnızca yaşamını değil ölümden sonra geride bıraktığı kişilerin yas sürecini de göz önüne alan bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır.

Profesyonel palyatif bakıma, bakım veren aile üyelerinin bakım veren rolünü nasıl yerine getireceği ve bu rolün getirdiği yükü nasıl başa çıkılacağına dair destek de yer almaktadır<sup>271</sup>. Bu desteğin bakım veren aile üyelerine erken sağlanması palyatif bakımın etkisini de arttırmaktadır. Hastanın palyatif bakımdan yararlandığı durumlarda bakım veren aile üyesinin de palyatif bakımdan erken dönemde yararlandırılmasının palyatif bakımdan alınan yararı arttırdığı gözlemlenmiştir<sup>272</sup>. Palyatif bakımda bakım veren üzerindeki bakım yükünü azaltmak, fiziksel ve psikolojik sağlığı arttırmaya yönelik müdahaleler vardır<sup>273</sup>.

Bakım verme rolünü üstlenmesiyle birlikte bakım verenin hayatındaki önceliklerin sırası değişir ve pek çok bakım veren bakım yükü nedeniyle duygusal, fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını ihmal eder<sup>274</sup>. Hong Kong'taki palyatif bakım uygulamalarına ilişkin bir makalede bakım veren aile üyelerini destekleyici müdahalelerin evde bakım sisteminin çökmesini önlediği ve böylece terminal dönem hastaların kurumsal bakım alma ihtiyacını ve bakım maliyetlerini azalttığı belirtilmektedir. Palyatif bakımının içerisinde yer alan bakım veren için bakım molası (respice care) da bakım hizmetinin kapsamında yer almaktadır<sup>275</sup>. Bakım verenin sosyalleşmesi ve kendine zaman ayırabilmesi için hastaların gündüz bakım programına katılması veya hasta bakımına yardımcı olmak için birkaç aile üyesinin

---

271 Bkz. Bu bölümde I.B.Palyatif Bakımdan Yararlananlar.

272 J. Nicholas Dionne-Odom vd., "Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial", *Journal of Clinical Oncology*, C. 33, S. 13 (2015), ss. 1446–52, doi:10.1200/JCO.2014.58.7824, s.1451.

273 Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.10.

274 Sullivan, Miller, "Who is Taking Care of the Caregiver?", s.11.

275 Loke, Liu, Szeto, "The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong Kong the Available Social Support", s.283.



işbirliği yapması da önerilmektedir<sup>276</sup>. Bunun yanında hasta yakınlarına verilecek destekler bakım verenin aile hayatına, iş hayatına, ekonomik durumuna veya sorumluluklarını yerine getirmesine ilişkin olabilir. Evde semptom yönetimi ile ilgili eğitim, maddi yardım, bakım ekibi tarafından desteklenme, akraba veya arkadaşlar tarafından desteklenme gibi farklı biçimlerde destekler de sunulabilir<sup>277</sup>. Bakım verenin bilgi edinmesi, kendi bilgi ve iletişim ağını oluşturabilmesi için ilgili topluluk veya derneklere yönlendirmek de bakım verenin bilgi, beceri ve kapasitesinin artmasında yardımcı olur<sup>278</sup>.

Çekilen acılar, yaklaşan ölüm, manevi belirsizlik ve korkular, hasta ve ailesinde manevi problemler olarak kendisini gösterebilmektedir<sup>279</sup>. Manevi destek, yaşamı tehdit eden hastalıklarla baş etmede önemli bir etkiye sahiptir<sup>280</sup> ve hatta manevi sıkıntı hastada ölme arzusuyla ilişkilendirilmektedir<sup>281</sup>. Bu sebeple manevi bakımın palyatif bakımda önemli bir rolü vardır<sup>282</sup>.

Kişinin bir dine mensup olup olmamasından bağımsız manevi gereksinimleri vardır<sup>283</sup>. Manevi bakımda hastanın manevi yöneliminin nasıl olduğu araştırılmalı ve manevi yönelimine uygun destek sağlanmalıdır<sup>284</sup>. Yaşamının sonuna yaklaşan bir hastanın manevi durumu ne olursa olsun ciddiye alınmalıdır. Buna ek olarak bakım verenlerin her sorunun çözümlenebilir olmadığını farkında olması gerekir. Sağlık profesyonelleri her ne kadar çözüm bulmak için eğitilmiş olsalar da manevi bakımda “çözmek” yerine “dinlemek”, bazı sorunların çözümlenemeyeceğini kabul etmek ve hatta bunu sözlü olarak ifade etmek bazen daha etkilidir<sup>285</sup>. Palyatif bakımda hasta ve

---

276 Oliver ve Veronese, “Palliative Approach to Parkinson Disease and Parkinsonian Disorders”.

277 Hatice Karabuğa, Rukiye Pınar, “Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, C. 15, S. 2 (2013), ss. 1–16, s.14.

278 Dyck, “Who Cares for the Caregiver?”, s.120.

279 Sucaklı, Koşar, “Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi”, s.37.

280 A. Edwards vd., “The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research”, *Palliative Medicine*, C. 24, S. 8 (2010), ss. 753–70, doi:10.1177/0269216310375860, s.765.

281 Meier, Arnold, “Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care”, s.6.

282 Edwards vd., “The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research”, s.765.

283 Sucaklı, Koşar, “Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi”, s.36. Ayrıca bu bölümde bkz. I.C.6.Manevi Destek Uzmanı.

284 Sucaklı, Koşar, “Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi”, s.37.

285 Mieke Vermandere vd., “Outcome Measures of Spiritual Care in Palliative Home Care”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, C. 30, S. 5 (2013), ss. 437–44, doi:10.1177/1049909112454563, s.442.

ailesi ihtiyaç duyarsa fiziksel acıların yanında manevi acıların da dindirilmesi için manevi bakımdan yararlanabilir<sup>286</sup>.

Palyatif bakımda yaşamın kutsallığı ve insan onuru temel bir değerdir ve terminal dönem hasta, yalnızca ölmekte olan bir insan değil öleceği zamana kadar yaşamını mümkün olan en kaliteli biçimde geçirmesi gereken bir insan olarak kabul edilir<sup>287</sup>. Palyatif bakım felsefesinde ölüm, yaşamın kaçınılması gereken bir noktası veya tıbbi bir başarısızlık göstergesi değil yaşamın parçasıdır<sup>288</sup> ve yaşamın kendisi de ölüm de kutsaldır; insan onuruna yaraşmalıdır. Bu sebeple palyatif bakımda ölüm ne geciktirilir ne de çabuklaştırılır<sup>289</sup>; çünkü zamanı geldiğinde gerçekleşecektir. Palyatif bakım bu süreçte manevi değer ve inanışlara, kültüre ve bireyselliğe saygı çerçevesinde bireyin işlevselliğini arttırmaya çalışır ve kişinin ölüm anına kadar kapasitesinin izin verdiği en aktif yaşamı ve sonunda rahat bir ölüm yaşamasını destekler. Ölüm esnasında hastanın rahat ölümü için gerekli ortam düzenlemesi yapılır; hasta ve ailesinin sağlıklı etkileşimlerini mahremiyet ortamında sürdürebileceği bir ortam sağlanır.

Aile, ölüm sırasında tanık olacağı belirtilerle ilgili bilgilendirilmeli; hastanın acı çekmesiyle ilgili kaygıları giderilmelidir. Hasta ölmek üzereyken bile fiziksel bakımı ihmal edilmemelidir. Ölüm esnasında hasta veya ailenin istediği dini veya kültürel bir ritüel varsa gerçekleştirmeleri desteklenmelidir. Ölüm gerçekleştikten sonra ise tıpkı aile üyelerinin hastalık süreciyle başa çıkmalarına yardımcı olduğu gibi ölümden sonraki yas süreciyle başa çıkmalarına da yardımcı olunur ve uygun destek kaynaklarına yönlendirilir<sup>290</sup>.

Hasta ve ailesinin kapsamlı bireysel değerlendirmeye tabi tutulması onların onur ve ihtiyaçlarının gözetildiği etkili bir palyatif bakım planı yapmak ve yeterli destek sağlamak için önemlidir<sup>291</sup>. NCP'nin 1.2 numaralı bölümüne göre hasta ve ailesinin interdisipliner ekip tarafından kapsamlı değerlendirilmesi, kişiye özgülenmiş bir palyatif bakım planının geliştirilmesinin temelini oluşturur<sup>292</sup>. Bu değerlendirme için

286 National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs".

287 Nevin Gonçe Onan, Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları, İstanbul Üniversitesi, 2001, s.20.

288 Ölüm süreci, insan yaşamının önemli bir parçası olarak tanınmalı ve saygı gösterilmelidir. Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

289 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.330.

290 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.330-332. World Health Organisation, "Palliative Care Key Facts".

291 Demirgil, Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri, s.26.

292 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.2.

hasta palyatif bakıma yönlendirildikten sonra mümkün olan en kısa zamanda hasta, aile üyeleri, klinisyenler ve hastanın tercih ettiği başka kimseler varsa onlarla görüşülür. Hastanın endişeleri ve ihtiyaçlarına göre bu görüşmeye katılacak palyatif bakım üyelerinin hangi mesleklerden olacağı değişkenlik gösterebilir. Kayıt altına alınacak görüşmenin hangi hususları içermesi gerektiği NCP’de detaylı olarak sayılmış olmakla birlikte tüm düzenlemeler yerine bu hususlardan dikkat çekenlere yer vermek gerekir.

NCP’nin 1.2.4.a sayılı bendine göre hasta ve ailesiyle “yaşamı tehdit eden hastalık” anlayışı, bakımın amacı, tedaviye ilişkin tercihler ve imzalı ileriye dönük hasta talimatının gözden geçirilmesi bahsi geçen görüşmede görüşülüp kayıt altına alınacak hususlardandır. Palyatif bakımın prognoz temelli değil ihtiyaç temelli bir bakım olması nedeniyle hasta ve ailesinin “yaşamı tehdit eden hastalık” anlayışı üzerinde görüşülmesi onların neleri yaşamı tehdit eden hastalık olarak kabul ettiği veya içerisinde buldukları hastalık durumunu nasıl algıladıklarına dair palyatif bakım ekibine izlenim kazandıracaktır. Bakımın amacıyla ilgili olarak palyatif bakım ekibiyle hasta ve ailesinin karşılıklı beklentilerinin ne olduğu ve bu beklentilerin ne ölçüde karşılanabileceği; benzer şekilde tedaviye ilişkin tercihlerin konuşulması, sağlık hukukunda öne çıkan kavramların başında gelen “aydınlatma” kavramı ve sağlık çalışanlarının öne çıkan yükümlülüklerinden “aydınlatma ödevi” ile çok yakın ilişkilidir. Aydınlatma, bakım veren aile üyelerinin bakım yüküyle başa çıkma mekanizmaları geliştirebilmeleri için de önemli bir bileşendir<sup>293</sup>.

Palyatif bakımda hastanın tedaviye ilişkin tercihlerinin formal ve informal bakım verenler tarafından anlaşılması önemlidir<sup>294</sup>. Bu tercihlerin anlaşılmasıyla ilgili bir kavram olan “ileriye dönük hasta talimatı” kavramı Kılavuz’da göze çarpmaktadır. İleride detaylı bahsedeceğimiz<sup>295</sup> bu talimat özetle hastanın bilincini veya karar verme yeteneğini kaybettiği zaman kendisine uygulanacak tıbbi müdahaleler ve bununla ilişkili diğer karar alma süreçlerinde hangi yönde kararlar verileceğine ilişkin hastanın bilinci açık ve karar verme yeteneği varken, önceden ve geleceğe dönük verdiği talimattır. Bu talimatın olmaması hasta karar verme yeteneğini kaybettikten sonra verilecek hastanın bakımla ilgili veya tıbbi geleceğiyle ilgili kararların hastanın iradesine uygun olmaması ve dolayısıyla kişinin vücut bütünlüğünü, yaşam hakkını,

---

293 Çetin, Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, s.5.

294 National Institute on Aging, “What Are Palliative Care and Hospice Care?”  
295Bkz. sonraki bölüm II.E.1.İleriye Dönük Hasta Talimatı.

sağlık hakkını, maddi ve manevi varlığını ihlal etmesi olasıdır. Bu sebeple ileriye dönük hasta talimatının palyatif bakıma başlanırken gündeme getirilmesi ve hatta kayıt altına alınması önemlidir. Kılavuz'un 1.2.4.b bendinde ise hasta karar verme yeteneğini kaybettiğinde karar verme yetkisine sahip kişinin belirlenmesi<sup>296</sup> düzenlenmiştir ki bu husus da hastanın onurunun korunması bakımından ileriye dönük hasta talimatı kadar önemlidir. İleriye dönük hasta talimatı, hasta temsilcisi ile önemli konuların konuşulması, bu konularda hastaya rehberlik edilmesi, hastanın iradesinin en berrak haliyle açığa çıkarılarak tereddüte yer vermeyecek şekilde dış dünyaya aksettirilmesi ve kayıt altına alınması ve tutulan kayıtların muhafaza edilmesi palyatif bakımın bileşenleri arasında sayılır<sup>297</sup>. Başka bir eserde hayatın sonuyla ilgili tıbbi ve sosyal kararlar, nafile tedaviyi kesme, yaşamı kısaltma ihtimali olan ağrı ve diğer semptomların yönetimi ve terminal dönemde semptom yönetimi gibi hususlar da palyatif bakım planlamasında ele alınıp üzerine konuşulması gereken konular arasında sayılmıştır<sup>298</sup>.

Kılavuz'un 1.2.4.h bendine göre finansal yoksunluk, barınma, beslenme ve güvenlik gibi sağlığın sosyal belirleyicileri de görülecek hususlar arasındadır. Palyatif bakımın temel bir insan hakkı olduğu savı içerisinde palyatif bakıma erişimin kişinin maddi durumunun buna uygun olmasıyla bir ilişkisinin olmadığı veya olmaması gerektiğinin kabulü gerekir. Bu yapısının yanında palyatif bakım, kişinin sağlığıyla ilişkilendirilebilecek finansal yoksunlukların; barınma, beslenme ve güvenlik ihtiyaçlarının belirlendiği ve gerekiyorsa bunlara ilişkin sosyal hizmet müdahalesinde bulunulan bir bakımdır. Düşük gelirli ülkelerde geleneksel tedaviye erişim güç veya imkânsız olabilmektedir. Tedaviye erişim olanakları nasıl olursa olsun tüm ülkeler palyatif bakımı küratif tedaviyle entegre etmelidir ve küratif tedaviye erişimin mümkün olmadığı durumlarda bile hastaya en azından palyatif tedavi sunulmalıdır. Elbette ki tedaviye erişimin kısıtlı veya imkânsız olduğu ülkelerde palyatif tedavinin erişilebilir olması düşük gelirli ülkelerde sağlık sisteminin geliştirilmesinin ve gerekli hizmetlerin erişilebilir kılınmamasının gerekçesi olarak kullanılamaz<sup>299</sup>.

Bakım verenin isteklerini ve hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesini içeren bakım desteği Kılavuz'un 1.2.4.i bendine göre yapılacak değerlendirmenin kapsamındadır. Hastanın bakım veren tarafından ne ölçüde bakım desteği alabileceği

---

296 Bkz. sonraki bölümde II.D.Terminal Dönemde Küçük, Kısıtlı ve Ayırt Etme Gücü Olmayanların Rızası.

297 National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs".

298 Tanverdi, Kömürcü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s. s.401.

299 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.8.

hastaya ve aileye özgü palyatif bakım planlamasının yapılmasında önemli bir değişkendir. Palyatif bakım yalnızca hastanın değil bakım veren aile üyelerinin de gereksinimlerini göz önüne aldığı için bakım verenin bakım verme kapasitesi göz önüne alınır ve bakım verme kapasitesinin tükendiği noktalara özel kalıcı çözümler üretilir. Kılavuzun 1.2.4.k bendine göre ise dil, okuryazarlık, işitme ve kültürel normlar da dahil olmak üzere hastanın, ailenin ve bakım sağlayıcılarının birbirleriyle etkili bir şekilde iletişim kurma yeteneği de palyatif bakım planlamasında göz önüne alınır. Tıpkı hayatın her alanında olduğu gibi palyatif bakımda iletişimin hem hizmeti alan hem de sunan taraf açısından çok önemli olduğunu belirtmek gerekir. Dil, okuryazarlık, işitme gibi iletişim bariyerlerinin etkili bir biçimde yönetilmesi sayesinde hastanın psikolojik, sosyal, manevi, tıbbi ve sair ihtiyaçlarının tespiti kolaylaşır. Hastanın onuruna yakışır bir şekilde palyatif bakımdan yararlanması için iletişim bariyerlerinin yönetimi önemlidir.

Palyatif bakımın uygulanmasında hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi semptomları palyatif bakım ekibi tarafından yönetilir. Semptomların öngörülmesi, değerlendirilmesi, ölçümü ve takibi, bakımın sonuçlarının değerlendirilmesi bakımından önemlidir. Gerek semptomların ölçümünde gerek ise değerlendirilmesinde hastanın beyanları ve görüşleri esas alınır. Ekip, değerlendirme yaparken hastanın en şiddetli semptomlarından en hafif semptomlarına kadar yaşam kalitesini etkileyen tüm semptomların araştırılması ve dindirilmesi için çalışır. Hastanın ve ailenin bakımdan beklentileri bakım planlamasına yön verir ve neticede ortaya çıkacak bakım planı hastaya özgüdür. Ekip üyelerinin hasta ve ailesiyle etkili bir iletişim kurması palyatif bakımdan alınacak faydayı artırır. Palyatif bakım küratif tedaviyle eş zamanlı olarak yürütülebilir ve hatta hastaya küratif tedavi sunan hekim de palyatif bakım ekibiyle birlikte çalışabilir.

Bakım verenlerin rolleri önemlidir; bu nedenle bakım verenlerin bakım verme kapasiteleri ölçülür, zayıf yönler desteklenir, bakım veren üzerindeki bakım yükünün hafifletilmesi sağlanır. Bakım yükünün hafifletilmesine yönelik bakım verene çeşitli destekler sunulur. Ölüm gerçekleşene kadar ve ölüm gerçekleştikten sonraki yas sürecinde de aile üyelerine sunulan destekler devam eder.

#### **F. PALYATİF BAKIMIN UYGULANMA ZAMANI**

Palyatif bakım, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini arttıran, hastanın ağrı ve diğer fiziksel semptomları ile psikolojik, sosyal, manevi semptomlarını dindiren bir bakım türü olması nedeniyle ne kadar erken uygulanılmaya başlanırsa hastanın ve

ailesinin yaşam kalitesini o kadar uzun süre arttıracaklarını söylemek mümkündür<sup>300</sup>. Bu etkisinden yola çıkarak palyatif bakımın teşhisin koyulduğu ilk andan itibaren başlayıp küratif tedavi boyunca sürdürülebildiği; hastalığın hiçbir tedaviye cevap vermediği dönemde devam ettiği; terminal dönemde hasta ve ailesi için özel bir bakım olarak devam ettirilebildiği; ölümden sonraki yas sürecinde ise ölenin yakınlarına yönelik yas desteği şeklinde uygulandığı söylenebilir<sup>301</sup>.

Palyatif bakıma mümkün olan en erken dönemde, hatta teşhisle birlikte başlanması hastanın alacağı yararı da olumlu etkilemektedir. Uygun zamanda yapılan palyatif bakım konsültasyonlarının yaşam sonundaki agresif bakım müdahalelerini azalttığı ve bunun da bakım maliyetini düşürdüğü belirtilmiştir. Ayrıca 2012 yılında Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Society of Clinical Oncology) semptom yükü ağır olan hastalıklarda palyatif bakım müdahalesinin hastalığın erken döneminde başlatılması gerektiğini öne sürmüştür<sup>302</sup>. NCP'ye göre de hastanın palyatif bakıma erken entegre edilmesi hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktadır<sup>303</sup>.

Geçmişte palyatif bakım yalnızca terminal dönem hastalarla ilişkilendirilmekteydi. 2009 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm palyatif bakım kuruluşları bir araya gelerek palyatif bakımın hastaya teşhis koyulduğu andan itibaren küratif tedaviyle birlikte uygulanması gerektiğini belirtmiştir<sup>304</sup>. Bugün ölümle ilişkilendirilmeksizin yaşamı tehdit eden her türlü hastalıkta uygulanabileceği kabul görmektedir<sup>305</sup>. Hastanın palyatif bakım ihtiyacı teşhisin konduğu anda var olabilir<sup>306</sup>. Bu nedenle hastanın ihtiyacı varsa teşhisle birlikte bakımın da uygulanması gerektiği

---

300 Dionne-Odom vd., "Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial", s.1451. Erken palyatif bakımın sağ kalımı arttırdığı belirtilmektedir.

301 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.5. Gökçınar, Kahveci, "Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım", s.1. Kabalak, Öztürk, Çağil, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", s.57.

302 Nevadunsky vd., "The Role and Timing of Palliative Medicine Consultation for Women with Gynecologic Malignancies: Association With End of Life Interventions and Direct Hospital Costs". Erken palyatif bakım müdahalesinin bakım maliyetlerine etkisi hakkında ayrıca bkz. National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.MS-5.

303 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(i).

304 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.747. Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.35.

305 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.2. Gültekin vd., "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu", s4. Gökçınar, Kahveci, "Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım", s.1. Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.35.

306 Oliver ve Veronese, "Palliative Approach to Parkinson Disease and Parkinsonian Disorders".

belirtilmektedir<sup>307</sup>. Bunun yanında incelenen pek çok kaynakta palyatif bakımın sadece yaşamın son döneminde değil hastaya teşhis konulduğu andan itibaren başladığı ve hastalığın her aşamasında küratif tedaviyle birlikte uygulanabildiği belirtilmiştir<sup>308</sup>.

Palyatif bakıma erken dönemde, tercihen teşhisle birlikte, başladığında bakımın hastanın hem klinik bulgularını hem de yaşam kalitesini anlamlı derecede iyileştirdiği belirtilmektedir<sup>309</sup>. Orta ve şiddetli semptom yoğunluğu olan hastaların hastaneye yatışlarında erken palyatif bakım müdahalesinin semptom yönetiminde etkili olduğu saptanmıştır<sup>310</sup>. Akciğer kanserinin bir alt türüne sahip hastalarda erken palyatif bakım, hastaların hem yaşam kalitesinde hem de ruhsal durumlarında önemli iyileşmelere yol açmış; standart bakım alan hastalara kıyasla erken palyatif bakım müdahalesinden yararlanan hastalar agresif tedavilere daha az maruz kalmış ve daha uzun sağ kalım süresine sahip olmuşlardır<sup>311</sup>. Palyatif bakıma erken başlanması gereksiz hastane yatışları ve sağlık hizmetleri kullanımını azaltır<sup>312</sup>. Palyatif bakımdan uygun zamanda yararlanan hastaların yararlanmayanlara göre yaşam sonundaki agresif tedavi girişimlere maruz kalma sıklığı daha azdır. Bunun yanında uygun zamanda palyatif bakımdan yararlanan hastaların acil servis dışındaki hastane birimlerinden yararlanma sıklığının da azaldığı gözlenmiştir. Bu durum aynı zamanda daha düşük tedavi – bakım giderleriyle ilişkilendirilmektedir<sup>313</sup>. Bu sebeple palyatif

---

307 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni".

308 Herring, Medical Law and Ethics, s.485. Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.47. Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care Definition | What is Palliative Care". Carolyn Lefkowitz vd., "Improvement in symptom burden within one day after palliative care consultation in a cohort of gynecologic oncology inpatients", Gynecologic Oncology, C. 136, S. 3 (2015), ss. 424–28, doi:10.1016/j.ygyno.2014.12.030, s.424. National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs". Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65. Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.2. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.8. Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.747.

309 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.6.

310 Lefkowitz vd., "Improvement in symptom burden within one day after palliative care consultation in a cohort of gynecologic oncology inpatients", s.427.

311 Temel vd., "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer", s.733. Ayrıca bkz. Lopez-Acevedo vd., "Palliative and Hospice Care in Gynecologic Cancer: A Review", s.216.

312 World Health Organisation, "Palliative Care Key Facts".

313 Nevadunsky vd., "The Role and Timing of Palliative Medicine Consultation for Women with Gynecologic Malignancies: Association With End of Life Interventions and Direct Hospital Costs", s.5.

bakım hastalık ilerlemeden, hastanın semptom yükü ağırlaşmadan ve hastada işlev kaybı oluşmadan önce, önleyici bir yaklaşımla sunulmalıdır<sup>314</sup>.

DSÖ'nün 1986 yılında yaptığı palyatif bakım tanımında palyatif bakım terminal dönem hastalara yönelik bir bakım türü olarak tanımlanmışsa da 2002 yılında güncellenen tanımda erken dönem müdahale vurgulanmaktadır. Günümüzde ilerlemiş hastalıklarda tedavinin palyatif bakımla erken entegrasyonu, yeni tedavi standardı haline gelmektedir<sup>315</sup>. Potansiyel olarak tedavi edilebilir olsa bile herhangi bir yaşamı tehdit eden hastalığın erken aşamasında palyatif bakımın uygulanabilir olduğu, hastalığın tedavisiyle birlikte palyatif bakımın sürdürülmesi gerektiği kabul edilmektedir<sup>316</sup>. Palyatif bakımın kanser tedavisine erken entegrasyonunda hastanın sağ kalım süresi, yaşam kalitesi, semptom yoğunluğu ve yaşam sonu bakım kalitesi gibi pek çok ölçütün iyileştiği görülmüştür. Geleneksel kanser bakım modelleriyle karşılaştırıldığında antikanser tedavisini bırakan hastalarda erken palyatif bakım konsültasyonunun sağ kalıma daha fazla olumlu etkide bulunduğu belirtilmektedir. Altı yüz dokuz terminal dönem kanser hastasıyla ilgili yapılan retrospektif bir araştırmada palyatif bakımdan yararlanma süresi artan hastaların sağ kalım sürelerinin de arttığı ortaya koyulmuştur<sup>317</sup>.

Yaşamı tehdit eden hastalıklarda palyatif bakıma erken entegrasyon hastanın yaşam kalitesini arttırdığı kadar aileninkini de arttırır<sup>318</sup>. Hastanın yaşamının son haftalarına kadar beklemek hasta ve bakım veren aile üyelerinin sıkıntılarını bertaraf etmek için yeterli olmaz. Bakım verenlerin stres seviyelerinin en yüksek olduğu dönemlerin teşhisin koyulduğu zaman ve terminal dönem olarak belirtilmesi karşısında erken dönem palyatif bakım müdahalesinin bakım verenlerin stres düzeylerinin daha stabil olmasını sağladığı öne sürülmektedir<sup>319</sup>. Pek çok ailenin palyatif bakımdan yararlanmak için hastanın sağlık durumuna ilişkin dönüm noktası addedilebilecek bir olayın yaşanmasını beklediği belirtilmektedir. Bu durum pek çok hasta ve ailenin kısa bir süre palyatif bakımdan yararlandığı anlamına gelir. Bazı

---

314 Ataman, Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Evde Bakım Durumlarının, Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitesinin Saptanması, s.95.

315 Strand, Kamdar, Carey, "Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care", s.860.

316 Meier, Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.2.

317 National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.MS-3.

318 National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(i).

319 Dionne-Odom vd., "Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial", s.1447.



hastalar ve aileleri hospis bakımını hastanın iyileşmesi için yapılabilecek hiçbir şey kalmamasıyla özdeşleştirir. Oysa hasta terminal dönemde bile olsa yaşam kalitesini arttırabilecek pek çok hizmet alır<sup>320</sup>. Palyatif bakıma erken başlanması hasta, ailesi ve bakım ekibine palyatif bakımın karmaşık hedeflerini gerçekleştirmek için birlikte çalışma fırsatı tanır<sup>321</sup>. Bu nedenle palyatif bakımın yalnızca terminal dönem hastalara yönelik olmadığı ve yaşamı tehdit eden hastalıkları olup semptom yükü taşıyan herkesin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için başvurabileceği bir bakım türü olduğu konusunda toplumun bilgilendirilmesi gerekir<sup>322</sup>.

Palyatif bakıma geç başlanmasının hasta ve ailesi üzerindeki olumsuz etkileri ortaya koyulmaktadır. Palyatif bakıma hastalığın her aşamasında başvurulabilir ve küratif tedavinin her aşamasında palyatif bakımla entegrasyonu sağlanabilir<sup>323</sup>. Palyatif bakımın hasta ihtiyaç duyduğu her aşamada erişilebilir olması gerektiği belirtilmektedir<sup>324</sup>. Palyatif bakım küratif tedaviyle eş zamanlı ve birlikte uygulanabilir<sup>325</sup>; hastanın küratif tedaviyi bırakması gerekmez<sup>326</sup>. Yaşamı tehdit eden bir hastalıktan dolayı ağrı, stres ve benzeri semptomları olan kişiler için palyatif bakım bir çözüm olabilir<sup>327</sup>. Palyatif bakımın amacı hastalığın aşamasından veya hastanın diğer tedavi gereksinimlerinden bağımsız olarak hasta/aile/bakım veren için mümkün olan en iyi hayat kalitesini desteklemek; semptom yükünü öngörmek, önlemek ve azaltmaktır. Bu nedenle hastalığın aşamasının önemi yoktur<sup>328</sup>.

Tedavi süresince gerek hastalığın seyri gerek ise küratif tedavinin meydana getirdiği yan etkiler hastanın semptom yükünü etkileyebilir. Bu nedenle palyatif bakım tedavi süresince meydana gelen hastalık veya tedavi kaynaklı yan etkilerin doğurduğu semptomların yönetilmesi için uygulanır<sup>329</sup>.

320 Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.3.

321 Meghani, "A Concept Analysis of Palliative Care in the United States", s.158.

322 Star Gazette, "What You Should Know About Palliative Care".

323 Lefkowitz vd., "Improvement in symptom burden within one day after palliative care consultation in a cohort of gynecologic oncology inpatients", s.424. Strand, Kamdar, Carey, "Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care", s. 2. National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?". Get Palliative Care, "What is Palliative Care? | Definition of Palliative Care".

324 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.23. Bu noktadan yola çıkılarak palyatif bakımın yaş, teşhis, bakım ortamı, ırk, etnisite, cinsel yönelim ve ödeme gücü gibi değişkenlerden bağımsız olarak tüm hasta grupları için erişilebilir olması gerektiği vurgulanmaktadır.

325 Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.2.

326 National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?". Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care: What You Should Know".

327 Center to Advance Palliative Care, "Palliative Care: What You Should Know".

328 National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care, s.PAL-1.

329 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", s.5.

Palyatif bakım, küratif tedaviyle eş zamanlı olarak ilerlediği için küratif tedaviden palyatif bakıma geçiş birdenbire yaşanan bir durum değildir. Tedavi veya hastalık ilerledikçe hastanın bakım ihtiyacı artabilir; ayrıca total semptom yükü kümülatif olduğu için hastanın palyatif bakım ihtiyacı da tedavinin başlangıç zamanına kıyasla daha fazla olabilir. Amaç, tedavinin baŐlangıcında yaşamı uzatmakken zaman içerisinde yaşam kalitesini arttırmaya dönüşebilir. Küratif tedaviden beklentiler azaldıkça palyatif bakım ihtiyacı artacaktır ve sonunda hastanın iyileŐmesinin hiçbir yolu kalmadığında dahi yaşam kalitesinin artması için palyatif bakım devam edecektir. Tüm bu nedenler göstermektedir ki küratif tedaviden palyatif bakıma geçiş zaman içerisinde kademeli olarak gerçekleŐir<sup>330</sup>. Küratif tedaviden palyatif bakıma geçiŐle ilgili önceden tanımlanmış bir zaman noktası veya hastalık aşaması bulunmamaktadır<sup>331</sup>.

Palyatif bakımla küratif tedavinin entegrasyonu gerçekleştikten sonraki süreçte hasta farklı bakım ortamları arasında geçiş yapsa bile palyatif bakımın kesintisiz bir Şekilde sürdürülmesi temel bir gerekliliktir. İdeal bir palyatif bakım sürecinin teşhisle birlikte başladığı, kesintisiz bir biçimde tedavi süreci ve terminal dönemde aileyi de kapsayarak devam ettiği, son olarak yas döneminde aileye ihtiyaç duyduğu desteği sunduğu söylenebilir<sup>332</sup>. Bakımın kesintisiz biçimde sürdürülmesi hataların ve gereksiz acının  nlenmesine yardımcı olur. Hasta ve ailesinin toplam semptom yükü karşısında yalnız hissetmelerinin önlenmesi ve hastanın seçimlerinin gerçekleŐtirilebilmesi açısından önemlidir<sup>333</sup>.

Palyatif bakımın hasta ve ailesinin yaşamına teşhis anında veya hasta ve ailesinin ihtiyaç duyduğu daha ileriki bir zamanda onların hayatına girer; hastanın tedavisi tamamen Şifayla sonuçlandığında ve hastanın artık palyatif bakıma ihtiyacı kalmadığında sona erer. Bazı durumlarda küratif tedaviler hastanın sağlık durumunu iyileştirmeye ve hastanın beklenen yaşam süresini uzatmak için yeterli olmaz; hasta için ölümün öngörülebilir bir gelecekte vuku bulacağı kuvvetle muhtemeldir. Hastanın yaşamının, yaşamsal fonksiyonlarının öngörülebilir bir gelecekte sona ereceği, bu süre içerisinde yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bütüncül bakım verileceği, son

---

330 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1", s.287. Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", s.5.

331 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1", s.287.

332 İlhan, Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları  zerindeki Etkisi, s.22.

333 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.23.

dönemi, terminal dönem olarak adlandırılır<sup>334</sup>. Terminal dönem hasta, artık hastalığının etkisiyle yaşamının son haftaları veya aylarına girmiştir ve ölüm beklenmektedir<sup>335</sup>. Bu dönemde hastaya uygulanan bakıma hospis bakımı da denmektedir<sup>336</sup>. Hospis bakımın süresine ilişkin literatürde kesin bir bilgi olmamakla birlikte yaşamın son haftaları, günleri ve saatleri sunulan bakım olduğu söylenebilir ve bireyin yaşamının son anına kadar kaliteli bir hayat sürmesi amaçlanır<sup>337</sup>. Terminal dönemdeki hasta içinde bulunduğu süreci kabullenmeye çalışırken dünyevi haber ve sorunlarla meşgul olmak istemez. Bu dönem, hasta için yaşamın ve ölümün anlamını sorguladığı bir süreçtir. Terminal dönem hastanın semptom yönetimi için girişimsel olmayan yöntemler tercih edilerek hasta için azami rahatlamanın sağlanması için çalışılır; korku ve endişeleri giderilir<sup>338</sup>. Terminal dönemde hastanın bakım gereksinimleri daha fazladır<sup>339</sup>. Hastaya tedavi amaçlı olarak uygulanabilecek herhangi bir seçenek kalmamış bile olsa süre gelen ve artmakta olan bakım ihtiyacı palyatif bakım sayesinde karşılanır. Yaşamın son anları ve ölüm anında palyatif bakım hasta ve ailesine daha özelleşmiş bir destek sunar<sup>340</sup> ve hem hastanın hem de ailesinin ölüm sürecini insan onuruyla bağdaşan, huzurlu ve kaliteli bir deneyim olarak yaşama ortamı sağlar. Ölüm gerçekleşip de hastanın bakım ihtiyacı sona erdiğinde palyatif bakım da sona erer. Ancak ölümün gerçekleşmesi hastanın ailesinin ihtiyaçlarını sona erdirmez ve aileye sunulan destek, yas sürecinde devam eder<sup>341</sup>.

Hastanın ölümünden sonra geride kalan aile üyelerinin yas süreci boyunca ihtiyaç duydukları manevi destek palyatif bakımla karşılanmaktadır<sup>342</sup>. Yas döneminde aileye sunulacak destekler hastayla ilgili anıların oluşturulmasına yardım etme, organ bağışı işlemlerinde destekleme, cenaze ve anma işlemlerinde destekleme, yas sürecinde sorun ve endişelerin giderilmesine yönelik olarak ilgili klinisyen ve meslek profesyonellerine yönlendirme olarak sayılmıştır<sup>343</sup>.

---

334 Yurdağül Selvi, Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019, s.12.

335 Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.35.

336 Bkz. Bu bölümde I.G.5.Hospisler.

337 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s. 330.

338 Kara, Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, s.6-7.

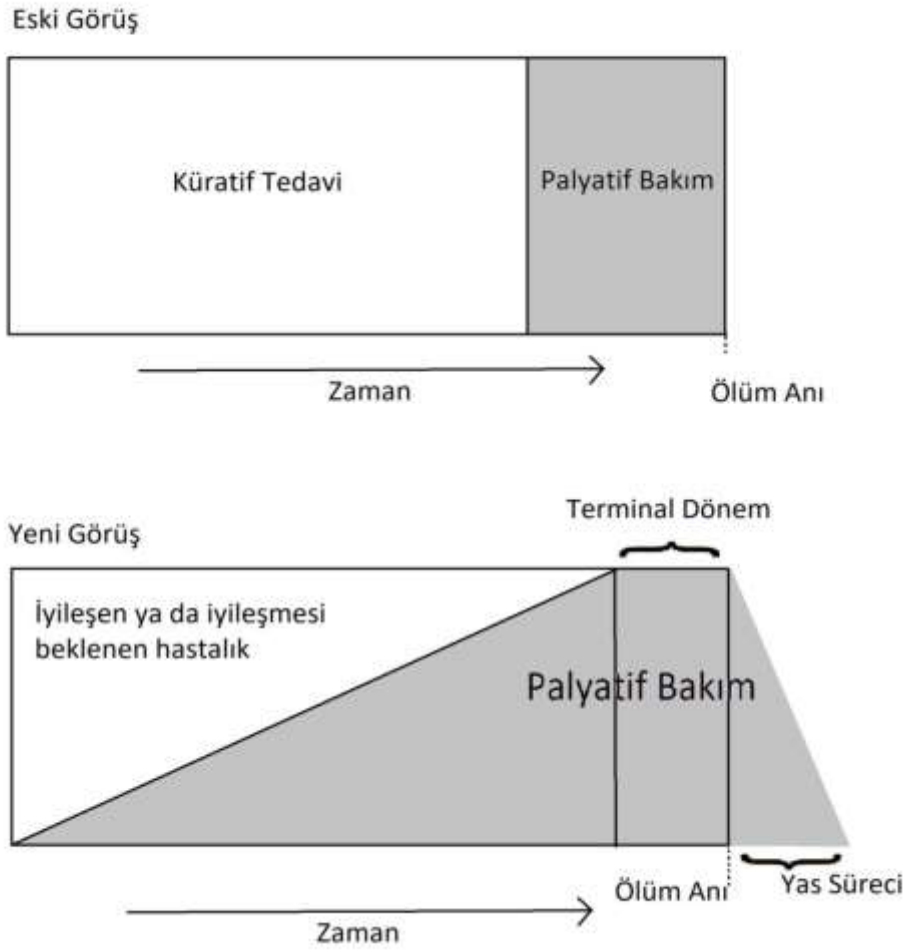
339 Ataman, Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Evde Bakım Durumlarının, Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitesinin Saptanması, s.94.

340 Palyatif Bakım Derneği, "Palyatif Bakım Derneği Bülteni".

341 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331.

342 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65.

343 Kara, Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, s.8.



Şekil 1 - Joanne Lynn, David M. Adamson, *Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*, Rand Health, 2003, s.7. Geçmişte palyatif bakım, hastanın iyileşmesi mümkün görülmeyip ölümün kaçınılmaz sayıldığı durumlarda küratif tedavinin kesilmesiyle uygulanmaya başlanmaktaydı. Günümüzde ise teşhis anında başlar ve ölümden sonra yas sürecinde dahi devam eder.

## G. PALYATİF BAKIMIN UYGULANDIĞI YER

Palyatif bakım yalnızca tek bir tür sağlık kuruluşunda sunulan veya bir mekâna bağlı olarak sunulan bir hizmet değildir. Bu nedenle palyatif bakımın bütün bakım ve tedavi ortamlarında sunulabileceği söylenebilir. Hastanın tercih ettiği ortamda palyatif bakımdan yararlanması idealize edilmekte ve buna dayalı olarak palyatif bakımın genel bir ifadeyle hastanın olduğu her yerde uygulanabileceği belirtilmektedir<sup>344</sup>. Palyatif bakım mekândan bağımsız bir bakım türü olmakla birlikte

<sup>344</sup> Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.70. Metin, Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi, s.4. National Hospice and Palliative Care Organisation, "Palliative Care FAQs".

mekan değişkeni palyatif bakımın önemli bir unsurudur. Öncelikle palyatif bakım, ihtiyaç temelli bir yaklaşım olduğu için hasta ve yakınlarının neye ihtiyacının olduğu önemsenmelidir. Bu bağlamda terminal dönemdeki bir hastanın ölüm yeri tercihi, göz önüne alınması gereken bir tercihtir. Tıbbi ve cerrahi ünitelerde hastanın tıbbi ihtiyaçları bir ölçüde karşılanabilse de manevi, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları gerektiği gibi karşılanamaz. Böyle bir ortamda hasta ve ailesinin huzurlu bir vedalaşma ortamına erişebilmesi mümkün olmayabilir; fakat palyatif bakım, hasta ve ailesine uygun ortamı sağlar<sup>345</sup>.

Bir hospiste sunulabileceği gibi hastanede, toplum temelli bakım merkezlerinde, bakım evinde, huzurevinde, poliklinik gibi ayakta tedavi hizmeti sunulan yerlerde, hastanın evinde, ev benzeri ortamlarda veya başka bakım ortamlarında da sunulabilir<sup>346</sup>. Ülkelerin kendi sağlık sistemleri ve sağlık politikaları da palyatif bakımın sunulacağı yer üzerinde etkilidir<sup>347</sup>. Palyatif bakım, palyatif bakım ekibi tarafından tüm bakım ortamlarında sunulabilir<sup>348</sup>. Mekândan bağımsız palyatif bakım hizmetlerinin sunulabilmesi için farklı bakım ortamlarında ve bakım ortamları arasında geçiş neticesinde palyatif bakımın kesintisiz olarak sürdürülmesi önemlidir. Farklı bakım ortamları arasında geçişte bakımın sürekliliğinin sağlanması için palyatif bakımla ilgili olan hizmetlerin birbiriyle entegre olması önemlidir. Entegrasyonun sağlanması için sağlık profesyonelleri ve sivil toplum örgütlerinin palyatif bakımın kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için iş birliği yapması gerektiği belirtilmektedir<sup>349</sup>.

Bireyin yaşamı tehdit eden hastalık teşhisi aldıktan sonra palyatif bakım ihtiyacı aile ve palyatif bakım ekibiyle birlikte değerlendirilir; bakımın planlaması yapılır ve hizmetin hangi ortamda sunulacağına karar verilir<sup>350</sup>. Bakım yeri seçimi hastanın

---

345 Kara, Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri, s.8.

346 Fremgen, Medical Law and Ethics, s. 284. Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.24. National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?". Next Step in Care, "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care", s.2. Bilen, "Palyatif Bakım", s. 26. Palliative Care South Australia, "FAQs". T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.64.

347 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331.

348 Dolan, Vizzard, The End of Life Advisor, s.26. Gülay Turgay, Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, Başkent Üniversitesi, 2010, s.2. National Consensus Project for Quality Palliative Care, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, s.(i)-(ii). Tanverdi, Kömürçü, "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma", s.397. Gülçin Şenel, "Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri", Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular, C. 10, S. 1 (2017), ss. 1-6, s.5. Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

349 İlhan, Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi, s.22.

350 Karadeniz Tekin, Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, s.7.

bakım ihtiyacı arttıkça daha fazla önem kazanan bir değişkendir. Bakım ortamının belirlenmesinde hastanın bakım ihtiyacının boyutu ve hastanın tercihi önemlidir. Hastalığın belirtilerinin hafif olduğu dönemde hastanın bakım ihtiyacı daha az olduğu için genellikle bakım yeri konusunda bir seçim yapmaya gerek yoktur. Bu durumdaki bir hasta kuvvetle muhtemel günlük yaşam aktivitelerinin önemli bir kısmını yerine getirebiliyordur. Hastalığın belirtileri veya tedavilerin yan etkileri şiddetlendikçe hastanın bakım ihtiyacı doğar ve bu aşamada bakım yeri seçimi, üzerinde karar verilmesi gereken bir konu haline gelebilir.

Bakım yeri konusunda bir seçim yapmak gerektiğinde hastanın tercihi önemli bir belirleyicidir<sup>351</sup>. Kişilerin yaşamlarının son dönemlerini nerede geçirmiş olduklarına dair yapılan araştırmaların her kültürde farklı sonuçlar verdiği ve terminal dönemi evinde yaşamak isteyen hasta ve hasta yakınlarının oranlarının %25 ile %100 arasında değiştiği belirtilmektedir<sup>352</sup>. Çoğu hasta bakım sürecini mümkün olduğunca kendi evinde geçirmek ister ve ölüm yeri tercihi de aynı yönde olur; ancak gerçek böyle olmaz ve çoğu insan hastanede veya bakım evinde yaşama veda eder<sup>353</sup>. Hastalığın seyri ve uygulanan tedavinin etkileri bazen hastanın hastaneye yatışını zorunlu bir hale getirirse de diğer zamanlarda hastanın isteğine öncelik verilmelidir<sup>354</sup>; çünkü terminal dönemde ve dolayısıyla hospis bakımında bakım yeri seçimi hassas bir konudur.

Terminal dönemdeki çoğu hastanın bakım yeri olarak evini tercih etmesine rağmen bakım yeri seçimini etkileyen başka kriterler de vardır. Hastalığın seyri, hastanın yaşadığı ortamda ne kadar aile veya toplum desteği alabildiği, hastanın kendisine bakabilecek bir kimsenin olup olmaması, öne çıkan kriterler olarak sayılmaktadır<sup>355</sup>.

Palyatif bakımda bakım yeri tercihi aynı zamanda ölüm yeriyle de ilgili bir konudur ve hastanın nerede yaşama veda edeceğini seçme hakkı da vardır. Bunun için hastaya seçenek sunulmalı<sup>356</sup> ve yapılan seçimin gerçekleşebilmesi için önlemler

---

351 Elçigil, "Palyatif Bakım Hemşireliği", s.331.

352 Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.37.

353 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.23, 24. Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

354 Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.144. Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.26.

355 Palliative Care South Australia, "FAQs".

356 İkbâl Çavdar, "Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı", Türk Onkoloji Dergisi, C. 26, S. 3 (2011), ss. 142–47, doi:10.5505/tjoncol.2011.442, s.145.

alınmalıdır<sup>357</sup>. Çoğu terminal dönem hasta, bu dönemi evinde geçirmek istemektedir<sup>358</sup>. Buna karşılık palyatif bakım hastalarının kendilerini hastanede daha güvende hissettiklerini belirtenler de vardır<sup>359</sup>.

Palyatif bakım hizmetlerini hizmetin sunulduğu bakım ortamına göre sıraladığımızda en sık karşılaşılan bakım ortamları hastaneler, kişinin kendi ev ortamı, gündüz bakım evleri, poliklinikler, yataklı palyatif bakım birimleri ve hospislerdir.

## 1. HASTANE TEMELLİ PALYATİF BAKIM BİRİMİ

Hastane ortamında sunulan palyatif bakıma hastane temelli palyatif bakım adı verilir. Bu bakım türünde psikolojik ve fiziksel semptomlarla hastane ortamında başa çıkılır<sup>360</sup>. Hastane temelli palyatif bakım, palyatif bakımın temel modelidir ve interdisipliner konsültasyon ekibi tarafından yürütülür<sup>361</sup>. Bu ekip hastane içindeki tüm sağlık çalışanlarının palyatif bakıma dair farkındalık geliştirmesini ve katılmasını sağlayarak daha çok kişinin palyatif bakımdan yararlanmasına katkıda bulunur<sup>362</sup>. Büyük hastaneler ve huzurevlerinde de palyatif bakıma özgülenmiş yatan hasta servisleri kurulabilir<sup>363</sup>. Hastane içerisinde kurulan multidisipliner palyatif bakım ekibi hastane içerisinde hizmete ihtiyaç duyan hasta ve yakınlarına bakım sağlayabileceği gibi hastane çevresindeki hastalara evde bakım hizmetini sunabilir<sup>364</sup>. Hastane temelli palyatif bakım hizmetinin palyatif bakımın gelişmiş olduğu ülkelerde yaygın bir hizmet olduğu belirtilmektedir<sup>365</sup>.

Bakım ve tedavi kavramlarının farklılığı göz önüne alındığında hastanın tedavisi için yapılabilecek hiçbir şey kalmadığı durumlarda bile bakımı için yapılacak her zaman çok şey vardır. Günümüz tedavi anlayışının hastadan ziyade hastalığı tedavi etmeye odaklandığı noktada yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin ve özellikle terminal dönem hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanması için doğru ortamın hastaneler olmadığı algısı vardır. Ölüm, tedavi hizmetlerinde bir başarı ölçütü olarak algılandığı sürece de öngörülebilir bir gelecekte öleceği kaçınılmaz gözükür

---

357 Radbruch, Payne, "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2", s.23.

358 Herring, Medical Law and Ethics, s.485.

359 Demirgil, Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri, s.33.

360 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10.

361 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.751-752.

362 Şenel, "Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri", s.5.

363 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.751.

364 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.64.

365 Şenel, "Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri", s.5.

kişiler hastanelerin “ötekisi” olacaktır. Sınırlı tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesi de bu önyargıyı rasyonelleştirmek için hatalı bir şekilde yorumlanabilir. Oysa terminal dönem hastanın yaşam kalitesini arttırmanın denenmemiş yolları her zaman vardır. Bu sebeple hastane temelli palyatif bakımın ve dolayısıyla bu bakımı sunan interdisipliner bakım ekibinin, terminal dönem hastaların sağlık sisteminin süjesi olduğunu ve yaşamın, devam ettiği sürece korunmaya değer olduğunu hatırlatan bir taraf olduğu kanısındayız. Diğer yandan palyatif bakımın sağlık sistemlerine getirmesi beklenen faydalardan birinin hastanelerin iş yükünü azaltmak olduğu göz önüne alındığında hastane temelli palyatif bakım kavramı bu faydayla çelişkili gözükabilir. Hastane temelli palyatif bakımın amacı hastaneleri birer palyatif bakım merkezi haline getirmekten ziyade interdisipliner konsültasyon ekibi sayesinde yatan hastalar arasında palyatif bakım ihtiyacı olanlar için konsültasyon vermek, diğer sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgisine katkıda bulunmak ve bir ölçüde de hastanenin bulunduğu çevrede yaşayan bireylere mobil palyatif bakım götürmektir. Dolayısıyla hastaneler palyatif bakım merkezleri olarak algılanmamalıdır. Akut sorunları olan hastanın bakım ihtiyacı karşılanıp durumu stabil hale getirildiğinde hasta ve yakınlarına bakım için gerekli bilgi verilip hastanın kendi evine veya bakımevine dönmesi sağlanmalıdır<sup>366</sup>. Uzun süreli hastane yatışlarının hastane enfeksiyonlarına sebebiyet verebileceği bilindiğinden bu yaklaşımın hasta üzerindeki riski azalttığı belirtilmektedir<sup>367</sup>.

## 2. EVDE BAKIM

Evde bakım, palyatif bakımın, hastaya kendi yaşam ortamında sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerden oluşan bir bakım türüdür<sup>368</sup>. Bu bakım türü hastaya sunulan palyatif bakımın temel kaynağı olmaktan ziyade ikincil kaynağıdır. Temel kaynak hastane temelli palyatif bakımdır ve hastanın akut tıbbi sorunları ve semptom kontrolü hastane temelli palyatif bakım sayesinde giderilir ve durumu stabil hal aldığı anda ev ortamına geçer<sup>369</sup>. Evde bakımda amaç hastane ortamında

---

366 Mut Sürmeli, Akççek, “Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım”, s.13. Taburculuk kriterleri için bkz. Fehmi Akççek, Gökhan Akbulut, Z. Çiçek Fadiloğlu (ed.), Palyatif Bakım: Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu, İzmir: Ege Geriatri Derneği Yayınları, 2013, s.15.

367 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.50.

368 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.11.

369 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Gürsoy, Uslu, “Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?”, s.70. Fatma Aydoğan, Kazım Uygun, “Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler”, Klinik Gelişim, C. 24 (2011), ss. 4–9, s.5.



sunulabilecek biyopsikososyal ve manevi desteğin ev ortamında sunulmasıdır<sup>370</sup>. Aynı zamanda hastaneden taburcu olan hastaya sunulan bakımın devamlılığını sağlar<sup>371</sup>. Evde bakım hastanın semptom yükünü azaltır, hasta ve ailesinin bakım ihtiyaçlarını giderir, tedaviye uyumlarını artırır, hastanede yatış süresini ve yeniden hastaneye yatışları azaltır<sup>372</sup>. Bir araştırmada evde bakım hizmeti alan hastaların semptom yükünün almayanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir<sup>373</sup>. Hasta kendi ev ortamında olduğu için hastane ortamına kıyasla daha rahattır. Ekip, evin hastanın ihtiyaçlarına uygun bir şekilde düzenlemesine yardımcı olacağı için hastanın rahatı artar ve ailenin bakım yükü azalır<sup>374</sup>. Hastanın evde bakım konforu arttığı için kendi evinde huzur içinde ölme ihtimali daha yüksektir<sup>375</sup>. Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi nedeniyle yaşam koşulları hastane bakımına kıyasla daha az değişir<sup>376</sup>. Hasta ve yakınlarının bakım sürecine eylemli olarak katılmaları hasta otonomisi açısından önemlidir<sup>377</sup>. Bakım hizmeti evde ve aile üyelerinin desteği alınarak yapıldığı için sağlık tesislerinde sunulan bakımlara göre daha maliyet etkindir<sup>378</sup>.

Evde bakım hizmeti hastane temelli palyatif bakımın interdisipliner konsültasyon ekibiyle sağlanabileceği gibi aile hekimi ve evde bakım hemşiresi desteğiyle de sağlanabilir<sup>379</sup>. Hastaya bakım verme rolünü üstlenen aile üyeleri de bir anlamda bakım ekibinin bir parçasıdır fakat esas olarak hizmetten yararlanan taraftadırlar<sup>380</sup>.

Bakım ortamları arasında ev ortamının esas olduğu belirtilmektedir. Böylece hasta, bakımı kendi yaşam ortamında almış olur. Hastanın evde bakım hizmetlerine

370 Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.37.

371 Mut Sürmeli, Akçiçek, "Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım", s.14.

372 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.70. Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

373 Hülya Güney, Acil Servise Başvuran ve Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastaların Yeni Bir Tarama Metodu ile Belirlenmesi, İhtiyaçlarının ve Semptom Şiddetlerinin SDEEG, Edmonton ve Karnofsky Skalaları ile İncelenmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2017, s.68.

374 National Institute on Aging, "What Are Palliative Care and Hospice Care?".

375 Barbara Gomes, Natalia Calanzani, Irene J. Higginson, "Benefits and Costs of Home Palliative Care Compared With Usual Care for Patients With Advanced Illness and Their Family Caregivers", JAMA, C. 311, S. 10 (2014), ss. 1060–61, doi:10.1001/jama.2014.553, s.1060.

376 Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.70.

377 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.11.

378 Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.70.

379 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.11.

380 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.41. Ayrıca bu bölümde bkz.I.B.Palyatif Bakımdan Yararlananlar.

yedi gün yirmi dört saat erişebilmesi gerekir<sup>381</sup>. Evde bakımda aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmetleri ile palyatif bakım konusunda uzmanlaşmış olan interdisipliner konsültasyon ekibinin koordinasyonunun sağlıklı bir şekilde sağlanması gerekir<sup>382</sup>. Bir hospis bünyesinde oluşturulan bakım ekipleri de bakım verebilir<sup>383</sup>. Muayene, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin tamamı ev ortamında gerçekleştirilir. Psikolojik ve sosyal danışmanlıklar da evde bakım hizmetine dahildir<sup>384</sup>.

### 3. TOPLUM TEMELLİ PALYATİF BAKIM

Toplum temelli palyatif bakımın hedefinde terminal dönemde olmayan veya hastanede yatarak tedavi almayan; ayakta tedavi hizmeti alabilecek durumda olan hastalar vardır<sup>385</sup>. Sistem, hastanın palyatif bakım hastalarına ayakta tedavi hizmeti vermek için kurulmuş kliniklere, gündüz veya günlük bakımevlerine başvurusuyla işleyen bir sistemdir<sup>386</sup>. Ev, bakım evi veya primer palyatif bakım sunan ayakta tedavi üniteleri (örneğin aile hekimlikleri) gibi bakım ortamlarına entegre edilebilir bir sistemdir. Hastaneden taburcu olan hastalara verilen bakımın sürekliliğinin sağlanması bakımından etkilidir. Yatarak tedavi alması gerekmeyen fakat semptom yükü ağır olan hastalar için uygun bir sistemdir<sup>387</sup>. Maliyet etkin bir bakım türüdür<sup>388</sup>. Diğer palyatif bakım türlerinde olduğu gibi hasta, kültürel yapısıyla birlikte ele alınır ve kültürel yapısı göz önüne alınarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi destek

---

381 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.64. Aydoğan, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5.

382 Metin, Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi, s.4.

383 Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.24. Akçiçek, Akbulut, Fadiloğlu, Palyatif Bakım: Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu, s.12. Kabalak, "Türkiye'de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler", s.121.

384 Akçiçek, Akbulut, Fadiloğlu, Palyatif Bakım: Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu, s.12.

385 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Adem Akçakaya, "Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünyada Son Durum", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü 54 (2020): 46–51, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1294/Palyatif-bakim-Ulkemizde-ve-dunyada-son-durum.aspx>. Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.25. Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

386 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Akçakaya, "Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünyada Son Durum". Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.24.

387 Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

388 Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Akçakaya, "Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünyada Son Durum". Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.24.

sağlanır<sup>389</sup>. Toplum temelli palyatif bakımda interdisipliner palyatif bakım ekibi görev yapar; hastanın tedavi planlamaları, semptom yönetimi, bakım verenlere destek, bakım koordinasyonu ve küratif tedaviye ek bir bakım katmanı sağlanır<sup>390</sup>. Hastaların destekleyici tedavi ve bakımlarının ayakta günlük olarak yerine getirdiği palyatif bakım poliklinikleri <sup>391</sup> toplum temelli palyatif bakımın bir parçası olarak işlevlendirilebilir.

Gündüz bakım üniteleri hastaların sosyal izolasyona maruz kalmalarını engelleyen ve sosyalleşmelerini sağlayan, bakım veren aile üyelerinin ise gündüz çalışma saatlerini bakım verme kaygısı taşımaksızın işgücüne odaklanabilmesini sağlayan bakım ortamlarıdır<sup>392</sup>.

#### 4. YATAKLI PALYATİF BAKIM ÜNİTELERİ

Yataklı palyatif bakım üniteleri hastane içerisinde veya bir hastane yanında ek bina içerisinde yer alırlar. Bu servisler hem hastaya hem ailelere destek olur. Serviste palyatif bakım konusunda eğitim almış hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, psikolog ve ihtiyaca göre değişen farklı meslek profesyonellerinden ve gönüllülerden oluşur. Yataklı palyatif bakım servislerinin hastane içerisinde konumlandırılmasındansa hastane yakınında ayrı bir binada konumlandırılmasının daha tercih edilebilir olduğu öne sürülmektedir. Bunun nedeni olarak çoğu hastanın hastane yerine ev ortamında ölmeyi tercih etmesi karşısında bağımsız binalardaki yataklı palyatif bakım servislerinin ev benzeri bir ortam olarak düzenlenebilmesinin mümkün olması; bir hastayı her zaman için terminal dönem hastası olarak açık ve net bir şekilde belirleyebilmenin mümkün olmaması gibi nedenler sayılmaktadır<sup>393</sup>. Evde bakım hizmetinin hastanın semptomlarını dindirmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olmadığı durumlarda hasta yataklı palyatif bakım ortamına sevk edilebilir; yataklı servise yatmasını gerektiren nedenler ortadan kalktığında ise yeniden evde bakım hizmetinden yararlanmaya başlayabilir <sup>394</sup>. Hastanın sağlık durumunun çok kararsız olduğu ve semptom kontrolünün dengelenemediği durumlarda ölüme kadar geçecek olan süreci yataklı palyatif bakım

389 Akçakaya, "Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünyada Son Durum".

390 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.751. Özçelik, "Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi", s.24. Meier ve Arnold, "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care", s.3.

391 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", 65.

392 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65. Aydoğan, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5.

393 Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.144.

394 Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.145.

ünitelerinde geçebilir<sup>395</sup> ancak bu yaklaşım zorunlu hallerde ve istisnai olarak benimsenmelidir<sup>396</sup>. Uyar, bu ünitelerin esasında klinik ortamlar olduğu ve bakım ortamı olmadığı, bu sebeple de yatış sürelerinin sınırlı tutulması gerektiği, gerektiğinde hastaya yeniden yatışının gerçekleştirilebileceğinin güvencesi verilerek evde bakım ortamına transfer edilmesi gerektiğini belirtmektedir<sup>397</sup>. Yataklı palyatif bakım üniteleri diğer hastane servislerinden farklı olarak hastanın gereksiz tedavi ve tetkik yüküyle yorulmadığı ve hastanın semptom yönetimi de dahil olmak üzere bakım ihtiyacının ön planda tutulduğu servislerdir<sup>398</sup>. Bunun yanında yataklı palyatif bakım üniteleri diğer yataklı tedavi servislerine kıyasla maliyet etkindir<sup>399</sup>.

## 5. HOSPİSLER

Terminal dönemde bazen hastanın bakım gereksinimleri yakınları tarafından karşılanamayacak düzeyde yüksek olabilir veya hastanın yakınlarının bakım verme kapasitesi hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli olmayabilir. Hospisler böyle durumlarda hastanın bakım ihtiyacını karşılamak için kurulmuş yataklı palyatif bakım evleridir<sup>400</sup>. Hospislerdeki bakım ortamı, hastane ortamından ziyade bir ev ortamı olarak kurgulanır<sup>401</sup>. Hospisler hastanın refakatçisiyle birlikte kalabileceği bir kampüs ortamı olarak da kurgulanabilir<sup>402</sup>. Hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi ihtiyaçları bu ortamda karşılanır<sup>403</sup>. Hospislerde sunulan hospis bakımı, hiçbir küratif veya yaşamı uzatan tedavinin hastaya yarar sağlamadığı veya sağladığı yararın oluşturduğu semptom yüküne göre önemsiz kaldığı hastalara özeldir<sup>404</sup>. Gereksiz tıbbi

395 Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.145.

396 Uyar, Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", s.13.

397 Uyar, Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", s.13.

398 Aydoğın, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65. Bilen, "Palyatif Bakım", s.26.

399 Aydoğın, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65.

400 Metin, Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi, s.4. Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.10. Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.747. Çamcı, Kronik Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitiminin Semptom Yönetimi, Yeniden Yatışlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, s.15. Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.21. Aydoğın, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.145.

401 Kabalak, "Türkiye'de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler", s.121. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65.

402 Kabalak, "Türkiye'de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler", s.121.

403 Metin, Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi, s.4. Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.5. Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.37.

404 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.5. Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin

girişimlerle hastanın yaşam kalitesinin etkilenmemesi ve hastanın yaşam kalitesinin en yüksek seviyede tutulması esastır<sup>405</sup>. Bakım ekibinde manevi destek uzmanı, müzik terapisti, iş ve uğraş terapisti ve benzeri meslek gruplarından profesyoneller de bulunur<sup>406</sup>. Hospislerde kalan hastaların sosyalleşebilmeleri için haftada birkaç gün gündüz bakım ünitelerine gidebilmeleri<sup>407</sup> veya hospiste günlük yaşamın hastaların sosyalleşme gereksinimlerini karşılamaya uygun biçimde planlanması mümkündür. Ekibin temel amacı hastaların insan onuruna yakışır bir terminal dönemden geçmelerini sağlarken diğer yandan onların bu yolculuğuna eşlik etmektir<sup>408</sup>. Bazı sistemlerde hospislerde çalışan bakım ekipleri terminal dönem hastalara evde bakım hizmeti kapsamında hizmet vermektedir<sup>409</sup>.

Palyatif bakım genel olarak hastanın ihtiyaç duyduğu tüm bakım ortamlarında sunulabilir. Mekândan bağımsız bir bakım türü olsa da hastanın tercihleri ve bakım ihtiyacı devreye girdiğinde mekân olgusu önem kazanmaktadır. Yukarıda sayılan bakım ortamlarının hiçbirisi tek başına bir sağlık sisteminin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olmamakla birlikte hiçbir bakım ortamının diğerinden daha kabule şayan olmadığını da belirtmek gerekir. Birden fazla bakım ortamının sağlık sistemine entegre edilmesiyle bir nüfusun palyatif bakım ihtiyacının karşılanması mümkündür. Hangi bakım ortamlarının sağlık sistemine entegre edileceği ise kültür, toplumun alışkanlıkları ve sağlık politikalarıyla bağlantılı olarak değişkenlik gösterecektir.

---

İncelenmesi, s.10. Sucaklı, Koşar, "Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi", s.37. Aydoğan, Uygun, "Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler", s.5.

405 Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.751. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", 145.

406 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.22.

407 Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.5. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.145.

408 Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.22. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.65. Bağ, "Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları", s.145.

409 Kabalak, "Türkiye'de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler", s.121. Gürsoy, Uslu, "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?", s.71.

## II. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM

### A. DÜNYADA PALYATİF BAKIMIN MEVCUT DURUMU

Palyatif bakım, dünya sağlığıyla ilgili bir konu olarak kabul edilmekte ve palyatif bakımın tüm dünyadaki toplam gelişimi ile mevcut durumu bu bağlamda dikkat çekmektedir. Dünya ülkeleri arasında palyatif bakımın en çok geliştiği ülkeler genellikle yüksek gelirli ülkelerdir. Bu tip ülkelerde palyatif bakım, sağlık hizmetlerine daha entegredir<sup>410</sup>. Opioidlere erişim kolaylığı konusunda da yüksek gelirli ülkelerin daha gelişmiş olduğu düşünülmektedir. Dünyada tüketilen opioidlerin %94'ünün dünya nüfusunun %15'i tarafından tüketildiği tahmin edilmektedir<sup>411</sup>. Bakım finansmanı da palyatif bakımın gelişmesi açısından önemli bir etkidir ve özellikle düşük gelirli ülkelerde palyatif bakımın devlet tarafından finanse edilmesindeki eksikliğin palyatif bakımın gelişmesinin önünde önemli bir engel olduğu belirtilmektedir<sup>412</sup>.

Dünya'daki pek çok tıp fakültesinde ve hemşirelik okulunda palyatif bakımın bir uzmanlık dalı olarak okutulmamasının palyatif bakıma erişimi güçleştiren etkenlerden olduğu; palyatif bakıma ilişkin yapılan bilimsel araştırmaların ise çoğunun kanser ağrısıyla ilgili olduğu belirtilmektedir<sup>413</sup>.

Dünya ülkeleri palyatif bakımı sağlık sistemlerine entegre ettiği ve nüfuslarına erişilebilir kıldığı ölçüye göre çeşitli kategorilere ayrılmıştır. İlk olarak 2006 yılında yapılan bu tasnifte ülkeler palyatif bakımın gelişmişliği bakımından dört kategoriye ayrılmıştır<sup>414</sup>. Buna göre palyatif bakımla ilgili bilinen hiçbir aktivitenin olmadığı ülkeler 1'inci; en gelişmiş olan ülkeler ise 4'üncü kategoride olacak şekilde dört farklı kategoride tasnif edilmiştir. 2011 yılında yapılan ikinci tasnifte<sup>415</sup> 3'üncü ve 4'üncü kategoriler kendi içlerinde iki kategoriye bölünmüştür (3a, 3b; 4a, 4b) ve

---

410 Suresh Kumar, "Palliative Care and Hospice Outside of the United States", Uptodate, y.y.

411 Kumar.

412 Kumar.

413 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kanser Kontrol Programı", s.64.

414 Michael Wright vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View", *Journal of Pain and Symptom Management* 35, sayı 5 (01 Mayıs 2008): 469–85, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.006>.

415 Thomas Lynch, Stephen Connor, ve David Clark, "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update", *Journal of Pain and Symptom Management* 45, sayı 6 (Haziran 2013): 1094–1106, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>.

böylece kategori sayısı altıya çıkmıştır. En güncel tasnif ise 2017 yılı verileriyle yapılmış ve 4 Nisan 2020 tarihinde yayımlanmıştır<sup>416</sup>.

David Clark ve arkadaşları tarafından hazırlanan son çalışmada tüm dünyada palyatif bakımın güncel durumunu ve 2006'dan beri gösterdiği gelişme incelenmiştir<sup>417</sup>. Her üç çalışmada, dünya ülkelerinin palyatif bakımın gelişmişlik düzeylerine göre kategorilere ayrılması dikkat çekmektedir. Hem çalışmayı daha iyi anlamlandırmak hem de palyatif bakıma duyulan ihtiyacı global perspektiften görebilmek için bu kategorilerin ne anlama geldiğini kısaca açıklamakta fayda vardır:

**Kategori 1:** Bilinen hiçbir palyatif bakım aktivitesi olmayan ülkeleri tasnif etmek için kullanılır. Yapılan araştırma kapsamında palyatif bakımla ilgili bir etkinlik olduğuna dair hiçbir kanıt bulunamayan ülkeler bu kategoride tasnif edilmiştir.

**Kategori 2:** Kapasitesini geliştirme aktivitesi gösteren ülkeleri gösterir. Bu kategorideki ülkeler henüz palyatif bakım hizmetlerini sunmamakla birlikte palyatif bakım hizmetlerini geliştirme aşamasında olduğuna ve örgüt, işgücü ve politika kapasitesini oluşturduğuna dair kanıtlar göstermektedir. Bu kanıtlara örnek olarak kilit konferanslara katılma veya bu tip konferanslar düzenleme, personelini dış eğitimlerden yararlandırma, politika yapımcıların ve sağlık bakanlıklarının palyatif bakım hakkındaki lobi faaliyetlerine ve hizmet geliştirme planlarına katılması gösterilebilir.

**Kategori 3a:** Palyatif bakımı kısıtlı bir şekilde sağlayan ülkeleri gösterir. Bu kategorideki ülkelerde düzensiz ve iyi desteklenmeyen palyatif bakım vardır. Bakım finansmanı bağışçıların desteğine bağımlıdır, opioidlere erişim kısıtlıdır ve palyatif bakım örgütlenmesi nüfusun tamamına hizmet verecek kadar yaygın değildir.

**Kategori 3b:** Palyatif bakımın genele yayıldığı ülkeleri gösterir. Pek çok bölgede palyatif bakıma olan desteğin büyümesi sayesinde palyatif bakımın geliştiği ülkeler bu kategoridedir. Bu ülkeler aynı zamanda palyatif bakım finansmanı için çok sayıda kaynağın olması, opioidlere kolay ulaşım, birkaç bakımevinden çeşitli hastanelere kadar uzanan çeşitli bakım ortamlarının varlığı, palyatif bakım kuruluşları tarafından bazı eğitim ve öğretim girişimlerinin başlatılması gibi özelliklerle karakterizedir.

---

416 David Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", *Journal of Pain and Symptom Management* 59, sayı 4 (Nisan 2020): 794-807.e4, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>. Çalışmamızda Clark vd. tarafından yapılan altılı kategori esas alınmış olup aşağıda bu altılı kategoriyle ilgili olarak aşağıda yapılan açıklamalar Clark vd.'e ait ilgili çalışmaya dayanmaktadır.

417 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", Tablo 4-6.

Kategori 4a: Palyatif bakımı örgün sağlık hizmetlerine entegrasyonun başlangıç aşamalarında olan ülkelerin bulunduğu kategoridir. Bu kategorideki ülkelerde birkaç noktada önemli düzeyde palyatif bakım gelişimi görülmektedir. Bu kategorilerdeki ülkelerde palyatif bakımın çeşitli türleri ve farklı bakım ortamları görülür; sağlık profesyonelleri ve sivil toplum örgütleri tarafından palyatif bakım bilinci yayılır; palyatif bakım stratejik olarak uygulanır ve stratejiler düzenli olarak değerlendirilir; opioid ve benzeri ağrı kesici ilaçlara erişim kolaydır; palyatif bakım, politika üzerinde etkilidir; önemli sayıda ve geniş bir konu yelpazesinde eğitim ve öğretim girişimleri vardır.

Kategori 4b: Palyatif bakımı örgün sağlık hizmetlerine entegrasyonun ileri aşamalarında olan ülkelerin bulunduğu kategoridir. Bu kategorideki ülkelerde çok sayıda noktada gelişmiş palyatif bakım uygulamaları vardır. Birden fazla hizmet sağlayıcı tarafından palyatif bakımın bütün çeşitleri kapsamlı bir şekilde sunulabilir. Sağlık profesyonelleri, sivil toplum örgütleri ve toplum, palyatif bakım konusunda geniş bir bilince sahiptir. Palyatif bakım stratejik olarak uygulanır ve stratejiler düzenli olarak güncellenir. Opioid ve diğer güçlü ağrı kesici ilaçlar sınırsız bir şekilde kullanılabilir. Palyatif bakım politika üzerinde etkilidir. Palyatif bakım uygulamalarında başvurulacak palyatif bakım kılavuzları vardır. Sağlık eğitim müfredatlarına palyatif bakımla ilgili eğitimler de dahil edilmiştir. Bu kategorideki ülkelerde önemli bir etki yaratan ulusal bir palyatif bakım derneği vardır<sup>418</sup>.

Clark ve arkadaşlarının yaptığı son araştırma gelişmiş palyatif bakım hizmetlerinin (Kategori 4a ve 4b) dünya ülkelerinin %26'sında sunulduğunu (51 ülke) ve bu hizmetin dünya nüfusunun %41,8'ine ulaştığını göstermiştir; ancak palyatif bakımın en gelişmiş olduğu 4b kategorisindeki ülkeler dünya nüfusunun %15'inden azını oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun %53,3'lük kısmının palyatif bakımın sınırlı gelişim gösterdiği ülkelerde (Kategori 3a ve 3b) yaşadığı belirtilmektedir. Palyatif bakımın yeterli düzeyde geliştiği ülkelerin çoğu kuzey yarım kürede; sınırlı gelişim gösterdiği ülkelerin çoğunluğu ise güney yarım kürededir. Palyatif bakımla ilgili hiçbir aktivite olmayan veya kapasite geliştirmeye yönelik aktivite gösteren ülkeler (Kategori 1 ve 2) dünya ülkelerinin %31'ini (60 ülke) oluştursa da bu ülkelerin nüfusu dünya nüfusunun %4.8'ini oluşturmaktadır<sup>419</sup>.

---

418 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", Tablo 1.

419 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s.805. Dünya nüfusunun %0.1'lik kısmını oluşturan ülkelerin çalışmaya dahil edilemediği belirtilmektedir.



Bu çalışmada ülkelerin toplam insani gelişmişlik düzeylerini değerlendirmek için Dünya Bankası gelir düzeyi, Birleşmiş Milletler İnsani Gelişim Raporları ve DSÖ'nün Evrensel Sağlık Kapsamı raporlarındaki bilgilerden yararlanılmıştır. Yapılan değerlendirmeye ulaşılan insani gelişmişlik düzeyleriyle palyatif bakım gelişmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olduğu; istisnalar olmak kaydıyla gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerin Kategori 4a ve 4b'de yer aldıkları görülmüştür. İnsani gelişmişlik düzeyi yüksek olup düşük palyatif bakım gelişmişliği olan dört ülke olduğu gibi insani gelişmişlik düzeyleri düşük olduğu halde palyatif bakım gelişmişlik düzeyleri 4a ve 4b kategorilerinde olan dört ülke vardır<sup>420</sup>.

Clark ve arkadaşlarının çalışmasında 2006, 2011 ve 2017 yıllarında yapılan çalışmalar birlikte değerlendirilerek dünyadaki palyatif bakımın gelişmişlik düzeyinde gerçekleşen on bir yıllık değişimle ilgili de birtakım değerlendirmeler yer almaktadır. Kategori 4a ve 4b'de yer alan ülkelerin sayısının 2006'dan günümüze arttığı; Kategori 3b ve 3a'da yer alan ülkelerin sayısının da arttığı ancak bu kategorideki toplam nüfusun azaldığı; bunun sebebinin kombine Kategori 3'teki geniş nüfuslu ülkelerin kombine Kategori 4'e yükselmesi olduğu belirtilmiştir. 2006 yılındaki araştırmaya kıyasla Kategori 1'de yer alan ve hiçbir palyatif bakım aktivitesi olmayan ülke sayısının 2017 yılındaki araştırmada dört ülke eksildiği belirtilmektedir. On bir yıllık süreçte kategoriler arası toplam değişim yönünde olmuş; fakat düşüş yönünde hareketler de olmuştur. Bazı ülkelerin kategori sıralaması bir basamaktan fazla değişmiştir. Örneğin 2011'de Kategori 1'de yer alan sekiz ülke 2017'de kombine Kategori 3'te yer almıştır. Farklı sekiz ülke ise aynı geçişi ters yönde yaşamıştır. 2011 yılında palyatif bakımla ilgili hiçbir aktivitenin görülmediği Kategori 1'de yer alan yüksek gelirli ve küçük bir ülke 2017'deki araştırmaya göre Kategori 4b'ye yerleşmiştir<sup>421</sup>. Herhangi bir kategoride palyatif bakım hizmetinin sunulduğu ülke sayısı 2006 yılında 105'ken, 2011 yılında 124'e ve 2017 yılında 138'e yükselmiştir. Palyatif bakımın sağlık sistemine herhangi bir ölçüde entegre olduğu ülke sayısı 2006 yılında 34'ken 2011'de 42'ye ve 2017'de 51'e yükselmiştir<sup>422</sup>.

---

420 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s. 799.

421 Kategori 1'den kombine Kategori 3'e geçen ülkeler, Afganistan, Benin, Gine, Libya, Moritanya, Nijer, Senegal, Togo; Kategori 3'ten Kategori 1'e geçen ülkeler Brunei, Kongo, Küba, Guyana, Irak, Libya ve Saint Lucia; Kategori 1'den Kategori 4b'ye geçen ülke ise Lihtenştayn'dır. Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s.807.e3-807.e4.

422 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s.800-803.

Söz konusu çalışmanın amacı ve sınırlılıkları<sup>423</sup> göz önüne alındığında çalışmanın tek bir ülke hakkında değerlendirme yapmak için uygun bir referans kaynağı olmadığı görüşündeyiz. Çalışma her ne kadar ülkelerin palyatif bakım alanındaki gelişmişliklerini altı kategoriye ayıran bir tasnifi ortaya koysa da bu tasnif, çalışmanın sonucundan ziyade yöntemiyle ilişkilidir. Çalışma, ülkeleri bu şekilde kategorilere ayırmak suretiyle palyatif bakımın tüm dünyadaki durumunu ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu yöntem, çalışmanın özet bölümünden açıkça anlaşılmaktadır. Bu sebeple ülkeleri palyatif bakımdaki gelişmişlik düzeylerine göre sıralamanın Lynch ve Clark tarafından yapılan çalışmanın amacıyla bağdaşmadığı kanısındayız. Zira çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır ve bunların bazıları - her ne kadar David Clark 2006 ve 2011'de yayımlanan makalelerin yazar ekiplerinde yer alsın ve her üç makalenin yazar ekiplerinde ortak yazarlar olsa da - çalışmada ülkelerden bilgi toplama yöntemlerinin değişken olması ve değerlendirme ölçütlerinin aynı olmamasıdır. Diğer yandan bu makale, ülkelerdeki palyatif bakımın gelişmişlik düzeylerini kıyaslamak için bir ortam yaratsa da bir ülkedeki palyatif bakımın gelişmişlik düzeyinin yıllar içerisinde değişmesinin gerekçesiyle ilgilenmemektedir. Wright ve arkadaşları, Lynch ve arkadaşları ve Clark ve arkadaşları tarafından yapılan üç ayrı çalışmada ülkelerin değerlendirme kriterleri de aynı değildir<sup>424</sup>. Bu durum ülkelerin birbirleriyle kıyaslanması gibi bir ülkenin yıllar içerisinde gösterdiği gelişimin kendi içerisinde kıyaslanmasını da tartışmaya açık hale getirir.

Söz konusu makaleyi, bir "ülkeler sıralaması" olarak değerlendirmek yerine makalenin temel mesajının, palyatif bakımın tüm dünyadaki toplam gelişmişlik düzeyini ve dünya nüfusunun toplam palyatif bakım ihtiyacını ortaya koymak olduğunun farkında olarak makalede yer alan ülke adlarına ihtiyatla yaklaşmak gerektiği kanısındayız<sup>425</sup>.

Gelişmiş palyatif bakım hizmetlerinin dünya nüfusunun yalnızca %41,8'i için erişilebilir olduğu ve palyatif bakımın sağlık hakkıyla ilişkili olduğu göz önüne alındığında dünya nüfusunun %58,2'sinin bu haktan hiç yararlanamadığı veya kısıtlı

---

423 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s. 803.

424 Clark vd., "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", s. 804.

425 Bahsi geçen çalışmaya göre palyatif bakımın en gelişmiş olduğu ülkelerin ifade eden kombine Kategori 4b'de yer alan ülkeler Asya'da Tayland Moğolistan, Çin, Singapur, Güney Kore, Tayvan; Afrika'da Malavi ve Svaziland (Esvatini); Amerika'da Kanada, Barbados, Kosta Rika, Amerika Birleşik Devletleri; Avrupa'da Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İzlanda, İtalya, Lihtenştayn, Litvanya, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, İspanya, İsveç, İngiltere; Avusturalya kıtasında Avusturalya, Yeni Zellanda'dır. Türkiye, bu çalışmaya göre kombine Kategori 3a'da yer almaktadır.

olarak yararlanabildiği anlaşılmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ülkelerdeki palyatif bakımın gelişmişliği arasında bir korelasyon olmakla birlikte bu genellemeye aykırı örneklerin olması ülkelerin palyatif bakımdaki gelişmişlik düzeylerinin artmasının insani gelişmişlik düzeylerinin artmasına mutlak bir biçimde bağlı olmadığını düşündürmektedir. Bir ülkenin insani gelişmişlik düzeyinin gelişmesi on yıllar sürse de palyatif bakımın gelişmesi daha kısa sürede mümkündür.

## **B. TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIMIN MEVCUT DURUMU**

Palyatif bakımın gelişiminde son yıllarda Türkiye önemli mesafe kat etmiştir. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığının 2009 yılında yayımladığı Ulusal Kansere Savaş Programı 2009-2015'te palyatif bakım programı ve palyatif bakım eylem planı açıklanmıştır<sup>426</sup>. Söz konusu program kayıt, önleme, tarama, erken tanı, tedavi ve palyatif bakım olmak üzere beş başlıktan oluşmuştur ve bu belirlenen beş başlık arasında palyatif bakımın en çok geliştirilmeye ihtiyaç duyulan alan olduğu fark edilmiştir<sup>427</sup>.

Program kapsamında palyatif bakımın geliştirilme sürecinde işbirliği yapılacak kuruluşlar, palyatif bakımın sunulacağı hedef grup, profesyonel bakım sunacak çekirdek grubun özellikleri, çeşitli bakım ortamları, toplumda ve sağlık çalışanlarında palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi, hekim ve hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitimleri gibi çok sayıda unsura ilişkin stratejiler yer almaktadır. Bu belgede palyatif bakım, kanser kontrol programının altında planlansa da hedef kitle kanser hastalarıyla sınırlı tutulmamıştır<sup>428</sup>. 2016 yılında, değişen adıyla, Kansere Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye Kansere Savaş Programı adı altında Türkiye'nin ikinci beş yıllık kanser kontrol planı olan Türkiye Kansere Savaş Kontrol Planı 2013-2018'i yayımlanmıştır. Programın geneli kansere ilgili olmakla birlikte palyatif bakımla ilgili olan bölümde, palyatif bakımın tarifinde ve planlamasında kansere özgülenmiş bir yaklaşım yer almamaktadır<sup>429</sup>. Her iki belgede palyatif bakımın kanser kontrol programları içerisinde tanımlanması palyatif bakımın yapısı ve amacıyla çelişse de palyatif

426 T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kansere Savaş Programı 2009-2015, s.92. Bu program 2010 yılında Palyatif-Türk Projesi olarak adlandırılmıştır.

427 Ezgi Şimşek Utku vd., "Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları", Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji - Özel Konular, C. 10, S. 3 (2017), ss. 240-44, s.241.

428 T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kansere Savaş Programı 2009-2015, s.92.

429 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Kansere Savaş Kontrol Programı", s.64 vd.

bakımın tarifinde benimsenen yaklaşımın kanser ve ölüme odaklanmaması anlamlıdır.

Türkiye, tüm dünyada kullanılan tıbbi morfinin %90'ından fazlasının hammaddesini üretse de morfine erişimde pek çok ülkenin gerisindedir<sup>430</sup>. Opioidlere erişimin kolaylaştırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı opioid kullanımını teşvik eden düzenlemeler ve geri ödeme politikaları geliştirmiş, ülkeye yeni opioid formlarının girişinin sağlanması için ilaç sektörüyle iş birliği yapmıştır. Sağlık Bakanlığı ayrıca bir yerli ilaç üreticisi ve Hacettepe Üniversitesiyle iş birliği protokolü imzalamış ve çeşitli oral opioidlerin geliştirilmesi, üretilmesi ve ruhsatlandırılmasına yönelik faaliyetleri 2013 yılında başlatmıştır ve söz konusu ilaçlar 2014 yılında ruhsatlandırılmıştır. Türkiye'de narkotik analjeziklerin tıbbi amaçlı kullanımında iyileşme görüldüğü belirtilse de istenilen seviyeye ulaşamadığı belirtilmektedir<sup>431</sup>.

Toplum tabanlı palyatif bakım programının yaygınlaştırılması kapsamında evde bakım hizmetleri ile aile hekimliği hizmetlerinde planlamalar yapılmıştır. Bununla bağlantılı olarak 2015 yılında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanmış ve Yönerge m.5'te palyatif bakım hizmetlerinin yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezlerinde, yataklı sağlık tesisleri dışında ise evde sağlık hizmet birimleri ve aile hekimleri tarafından sunulacağı belirtilmiştir. Yönerge'ye göre palyatif bakım merkezleri kamu sektörü tarafından kurulabileceği gibi özel sektör veya üniversiteler tarafından da kurulabilir. Yönerge'de yalnızca aile hekimliği, evde sağlık ve palyatif bakım merkezlerinde sunulan hizmetler düzenlenmiştir. Hospis bakımına ilişkin herhangi bir açık düzenlemenin olmadığı görülmektedir. Bunun yanında m.5/1'in ikinci cümlesinde yataklı sağlık tesisleri tarafından bakım evleriyle palyatif bakım protokolü yapılarak bakım evinde yaşayanlara yönelik palyatif bakım hizmeti alınmasının önü açılmıştır. Kanımızca bu düzenleme, Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği<sup>432</sup> kapsamında engelli bireylere ve Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği<sup>433</sup> kapsamında yaşlı bireylere yönelik özel hospislerin kurulması ve Sağlık Bakanlığından hizmet satın almasının önünü açmaktadır. Yalnızca yukarıdaki iki yönetmelik değil, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik<sup>434</sup> ve Yaşlı

430 Gültekin vd., "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu", s.5.

431 Şimşek Utku vd., "Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları", s.242.

432 RG 4.11.2016, 29878 S.

433 RG 7.8.2008, 26960 S. Yönetmelikte huzurevlerinin yalnızca elli beş yaş üstü bireyleri kabul edebileceği belirtilmekle birlikte belirli koşullarda yaş kriteri aranmamaktadır.

434 RG 10.3.2005, 25751 S.

Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik<sup>435</sup> gibi düzenlemeler, Yönerge'yle birlikte ele alındığında pek çok farklı bakım ortamının kurulmasına hukuken zemin oluşturur. Ancak bu yöntem, bireylerin çeşitli palyatif bakım ortamlarında bakım almasını mümkün kılsa bile bu hizmetten yararlananların sosyal güvenlik kapsamında yapılan geri ödemelerden yararlanabilmesi için ilave hukuki düzenlemelere ihtiyaç vardır. Uyar, bu bağlamda sağlık sistemi içerisinde yararlanan sigorta veya özel sigortalar aracılığıyla evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir<sup>436</sup>.

Yönerge'de yukarıda belirtilenlerin dışında merkezlerin kuruluş, işleyiş, fiziki standartlar, bulundurulması gereken ekipmanlar ve personel, personelin görev, yetki ve sorumluluklar ve denetimine ilişkin düzenlemeler yer almaktadır. Madde 20'de palyatif bakım merkezinin bağlı olduğu sağlık kuruluşunun Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Emniyet Müdürlükleri, Türkiye İş Kurumu, belediyeler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar, gönüllüler ve ilgili sivil toplum kuruluşları ile uygulama protokolleri düzenlemek suretiyle işbirliği yapabileceği belirtilmektedir. Bu düzenleme ilgili idareler tarafından akılcı biçimde işletildiği takdirde ülkemizde palyatif bakımın gelişmesi için geniş bir saha yaratılabilir. Örneğin; sağlık meslek liselerinde palyatif bakıma ilişkin eğitimlerin verilmesi, toplum temelli palyatif bakımın geliştirilmesi, klinik düzeyde manevi destek programlarının geliştirilmesi, nitelikli hasta bakıcılar yetiştirilerek istihdam alanı yaratılması ve eğitilmiş hasta bakıcı ihtiyacının karşılanması bu düzenlemedeki iş birlikleri sayesinde gerçekleştirilebilir.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge m.5'te belirtilen "yataklı sağlık tesisleri" yukarıda bahsedilen<sup>437</sup> yataklı palyatif bakım ünitelerine veya hastane temelli palyatif bakım birimlerine benzerlik göstermektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği m.2.4.4.K/4'te geri ödemesi yapılan palyatif bakım hizmetleri sayılmıştır. Tebliğe göre yalnızca palyatif bakım vermeye yetkili kamu hastaneleri ile tıp fakültesi bulunan devlet ve vakıf üniversitelerinin Tebliğ kapsamında sunduğu palyatif hizmetlerinin geri ödemesi yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu'nda evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılarak kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin erişiminin kolaylaştırılacağı;

---

435 RG 7.8.2008, 26960 S.

436 Uyar, Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", s.13.

437 Bu bölümde bkz. I.G.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım Birimi ve I.G.4.Yataklı Palyatif Bakım Üniteleri.

bununla birlikte evde sağlık hizmetine erişimin, hizmetin etkinliğinin ve hizmet kalitesinin arttırılacağı; yoğun bakım, palyatif bakım ve geriatri hizmetlerinin evde bakım hizmetleri ile entegre edileceği; geriatri ve palyatif bakım hizmeti veren merkezlerin sayısının arttırılacağı belirtilmektedir<sup>438</sup>. Evde sağlık hizmetiyle ulaşılan birey sayısı 1.892.000 olarak belirtilmektedir<sup>439</sup>. 2019 yılı Faaliyet Raporu'na göre 2018 yılında 4700 olan palyatif bakım yatak sayısı 2019 yılında 5475'e ulaşmıştır<sup>440</sup>. 2020 yılı faaliyet raporunda ise palyatif bakım yatak sayısının 227 artarak 4355'e ulaştığı belirtilmektedir<sup>441</sup>. 2021 yılı Faaliyet Raporu'nda ise yatak sayısından bahsedilmemiştir. Ayrıca 2019 ve 2020 yılı Faaliyet Raporlarının her birinde hem amaç ve hedefler başlığı altında hem de ilk altı aylık eylem planı başlığı altında palyatif bakım yatak sayısının arttırılmasına yer verilirken 2021 yılı faaliyet raporunun amaç ve hedefler başlığı altında palyatif bakım yatak sayısının arttırılmasına yer verilmiş fakat eylem planı başlığı altında bu konuya yer verilmemiştir. 2019 ve 2020 yıllarında ilişkin faaliyet raporlarında palyatif bakım yatak sayılarına ilişkin bilgilerin çelişkili olması, 2021 raporunda bu bilgiye yer verilmemesi, 2021 yılı Faaliyet Raporu'nda eylem planı içerisinde palyatif bakıma ilişkin somut bir adımın olmaması sağlık politikalarında palyatif bakıma verilen önemin azaldığı izlenimini doğurmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'nda yoğun bakım hizmetlerinde hastanın tıbbi gerekliliğe uygun hizmet alabilmesi için palyatif bakımla entegrasyonunun sağlanacağı belirtilmektedir<sup>442</sup>. Bu sayede palyatif bakım hastalarının gereksiz yoğun bakım hizmetine maruz kalmaları önlenerek ihtiyaçlarına uygun hizmet alması sağlanacak; yoğun bakım hizmetine ihtiyaç duyan hastaların hizmete erişimi kolaylaşacaktır. Uzun süreli tedavi hizmeti olan hastaların evde bakım ve evde sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun biçimde yararlanabilmeleri için belediye veya Aile, alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi paydaşlarla iş birliği yapılarak palyatif bakımla entegrasyonu sağlanacaktır. Plan'da palyatif bakım hizmetinin evde bakım, yoğun bakım gibi farklı hizmet birimleri ve hizmetleriyle entegrasyonunda yaşanabilecek güçlükler öngörülerek bu hizmetlerin yeniden tasarlanacağı bildirilmiştir<sup>443</sup>. Farklı bakanlıklar ve belediyelerle yapılacak iş

438 T.C. Sağlık Bakanlığı, "2021 Faaliyet Raporu", 2021, s.41-42.

439 T.C. Sağlık Bakanlığı, "2021 Faaliyet Raporu", s.127.

440 T.C. Sağlık Bakanlığı, "2019 Faaliyet Raporu", s.111.

441 T.C. Sağlık Bakanlığı, "2020 Faaliyet Raporu", 2020, s.132.

442 T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planı 2019 - 2023, 2019, s.96.

443 T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planı 2019 - 2023, s.112.

birliklerinde kurumlar arası yetki çakışma riski öngörülmüş ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılacağı belirtilmiştir<sup>444</sup>.

Türkiye'nin palyatif bakım konusundaki eylem planını ifade eden Palya-Türk Projesi 2010 yılında ilan edilmiş ve proje kapsamında palyatif bakımın geliştirilmesine yönelik adımlar atılmıştır. Proje Türkiye'de opioide erişimin kolaylaştırılması ve toplum tabanlı palyatif bakım modelinin yaygınlaştırılmasını amaçlamıştır<sup>445</sup>. 2017 yılından sonra yazılan makalelerde, Sağlık Bakanlığının yayınlarında ve internet sitelerinde Palya-Türk ifadesinin kullanılmadığı görülmektedir. 2009-2017 yılları arasında palyatif bakıma ilişkin faaliyetler Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı tarafından planlanırken bugün Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı tarafından planlanmaktadır. Bu değişimin palyatif bakımın kansere özgü bir yaklaşım olduğu algısının kırılması yolunda önemli bir adım olduğu görüşündeyiz.

Yönerge'de bahsedilen yataklı birimlere yatış ve taburcu kriterlerinin belirlenerek ülke çapında standartlaştırılması, evde sağlık hizmetlerinin etki alanının geliştirilerek yirmi dört saat erişilebilir hizmet sunabilir hale getirilmesi, taburculuk sonrası takip ve idame tedavilerinin evde sağlık hizmetleri kapsamında desteklenmesi<sup>446</sup> hem hastaya sunulan bakımın kalitesini yükseltecek hem de sağlık sistemi üzerindeki yükü odaklanmış hizmet alanlarına dağıtarak tıbbi kaynaklara erişimi pek çok hasta grubu bakımından kolaylaştıracaktır.

Palyatif bakım alanına özgü tek pozitif norm kaynağı olan bu Yönerge'nin Türkiye'de palyatif bakımın sunumuna ilişkin norm ihtiyacını hızlı ve kolay bir şekilde gidermek bakımından önemli olduğunu düşünmekteyiz. Yönerge'de benimsenen palyatif bakım hizmeti aslında yataklı tedavi ortamlarında palyatif bakıma özgü alanların oluşturulması, evde sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinin birbirine entegre edilmesinden ibarettir. Bu yönüyle bakıldığında yataklı tedavi ortamlarının ev sahibi olan kamu hastanelerinin ve özel hastanelerin kendine özgü mevzuatları vardır; evde sağlık hizmetleri ile aile hekimliğinin de kendine özgü mevzuatları vardır. Bu kadar dar çerçeveli bir palyatif bakım teşkilatlanmasının bugün için yeni bir düzenleyici işleme konu olması zaruri gözükmez de Türkiye'ye özgü ideal bir palyatif bakım sisteminin,

---

444 T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planı 2019 - 2023, s.128.

445 Şimşek Utku vd., "Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları", s.242.

446 Uyar, Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", s.13-14.

sonuçları günlük hayata yansiyacak pek çok hukuki problemin çözümünün önceden hazırlanmasını gerektirmektedir.





## İKİNCİ BÖLÜM: HUKUKİ YÖNLERİYLE PALYATİF BAKIM

### I. SAĞLIK HAKKI VE PALYATİF BAKIM İLİŞKİSİ

Yaşam hakkının hukuk düzeni tarafından korunan bir değer olduğu küresel çapta kabul görmektedir. Yaşam hakkı korunurken yaşamın niteliği de ayrıca korunmaktadır. İnsan, maddi ve manevi yönleri olan bir bütünden oluşmakta ve insan hakları hukukunda kişinin yaşamı, maddi ve manevi yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaktadır. Bu sebeple “yaşam” kavramı insan hakları hukukunda “ölüm” kavramının zıddı olmaktan daha derin bir anlam taşımaktadır. Cüceloğlu'ya göre insanın varoluşu, doğası gereği biyolojik, duygusal, zihinsel, sosyal ve aşkın olmak üzere beş boyuttan oluşur<sup>447</sup>. Bu sebeple salt biyolojik yönü, insanın varlığını tanımlamaya yetmez. Yaşam hakkı dışındaki bütün insan haklarının da insanın beş boyutundan en az biriyle ilişkili olduğu görüşünderiz. Örneğin en dar yorumla dahi vücut bütünlüğünü biyolojik yönüyle, aile hayatını duygusal yönüyle, bilim ve sanat hürriyetini zihinsel yönüyle, haberleşme hürriyetini sosyal yönüyle, inanç hürriyetini aşkın yönüyle ilişkilendirmek mümkündür. Bağlam içerisinde bir hak insanın var oluşunun birden fazla boyutuyla da ilişkilenebilir. Özetle her bir insan hakkını insanın var oluşunun boyutlarından en az biriyle doğrudan ilişkilendirmekteyiz<sup>448</sup>.

Sağlık hakkı, yaşam hakkına işlerlik kazandıran bir haktır ve dolayısıyla yaşam hakkı dendiği zaman anlaşılması gereken “sağlıklı yaşama hakkı”dır. Zira sağlık hakkı hukuk düzeni tarafından korunmayan bireyin yaşam hakkının korunduğunu söylemek güçtür<sup>449</sup>. Kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde yaşaması hukuk düzeni tarafından korunmaktadır. Elbette sağlığı tanımlayan “tam iyilik hali” sağlığın nihai hedefini tasvir etmektedir. Bir başka deyişle

---

447 Doğan Cüceloğlu, “Zamanı Değerlendirmek ve Zaman Yönetimi”, 27 Nisan 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=zxEzKMDJMtW>.

448 Ayrıca bkz. Margaret Somerville, “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”, *International Human Rights Law: Theory and Practice*, ed. L. Roche, D. Malicier, Montreal: The Canadian Human Rights Foundation, 2006, C. 19, ss. 505–22, doi:10.20595/jjbf.19.0\_3, s.508.

449 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği, Bilgi Notu No.31: Sağlık Hakkı, ç. Sağlık Hakkı Derneği, Ankara, 2022, s.1-2.

bireyin, tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı varsa tam bir iyilik halinin o bireyin içinde bulunduğu koşullara göre değerlendirilmesi gerekir<sup>450</sup>.

Palyatif bakım, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak tanımlanmamıştır; fakat sağlık kavramının tanımından yola çıktığımızda, şifa bulması mümkün olmayan kişilerin sağlığını da içerir ve sağlık hakkı kapsamındadır<sup>451</sup>. Bu gibi durumlarda kişinin yaşam kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi, ağrısının, manevi ve sosyal acılarının dindirilmesi; bu durumdaki birey özelinde tam bir iyilik hali olarak tespit edilebilir.

ESKH Sözleşmesi'nde kullanılan tabirle "*herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkı*" söz konusu olduğuna göre yukarıdaki örnekte bahsedildiği gibi bir bireyin kendi sağlık durumunun erişebileceği en yüksek standardına erişmeye hakkı olduğunun kabulü gerekir.

Dolayısıyla sağlık hakkı, aşağıda açıklanacağı üzere, şifa bulması tıbben mümkün olmayan hastaya yaşam kalitesini artırıcı ve ıstırabını azaltıcı hizmetlerden yararlanma hakkı tanır.

14 No'lu Genel Yorum paragraf 25, yaşlıların sağlık hakkı bağlamında düzenlemeler içerir. Buna göre yaşlıların sağlık hakkının gerçekleşmesi için alınacak önlemlerin periyodik check-up'ları, işlevselliği ve özerkliği korumaya yönelik fiziksel ve psikolojik önlemleri, kronik veya terminal hastaları önlenebilir ağrıdan korunmasını ve onurlu ölümün mümkün kılınmasını içermesi gerekir. Paragraf 34'te devletin koruyucu, küratif ve palyatif sağlık hizmetlerinin herkes için eşit erişimini engellemek veya sınırlamaktan kaçınmasına yönelik negatif yükümlülüğü ve ayrımcılık yasağı vurgulanmıştır. Paragraf 43'te devletlerin sağlık hakkının gerçekleşmesi için sahip oldukları asgari yükümlülükler dikkat çekilmiştir ve bunların arasında DSÖ tarafından belirlenen temel ilaçlara erişim de yer almaktadır<sup>452</sup>.

Palyatif Bakım ve Ağrı Tedavisine İlişkin İnsan Hakları Ortak Bildirisi ve Taahhüt Beyanı<sup>453</sup>'nda (Palyatif Bakıma İlişkin Ortak Bildiri) palyatif bakım, çeşitli uluslararası insan hakları belgeleriyle ilişkilendirilmiştir:

---

450 Sağlık, yaşamı kısıtlayan hastalığı olan kişilerin sağlığını da içerir. Frank Brennan, Liz Gwyther, Richard Harding, Palliative Care as a Human Right, 2008, s.25.

451 Frank Brennan, Liz Gwyther, Richard Harding, Palliative Care as a Human Right, 2008, s.25.

452 United Nations Comitee on Economic Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14" (Geneva, 2000), <https://doi.org/10.2307/2752479>.

453 International Association for Hospice and Palliative Care ve Worldwide Palliative Care Alliance, "Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as

- İnsan Hakları Evrensel Bildirisi m.5'te düzenlenen "işkence, zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muameleye yasağı"; m.25'te düzenlenen "sağlık ve refah içinde uygun yaşama standardı hakkı";
- ESKH Bildirgesi m.12'de düzenlenen "herkesin ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardından yararlanma hakkı";
- ESKH Komitesi 14 no'lu Genel Yorum paragraf 43'te, taraf devletlerin kaynaklarından bağımsız olarak temel ilaçlara erişim sağlama yükümlülüğü;
- 14 no'lu Genel Yorum paragraf 34'te önleyici, tedavi edici ve palyatif sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, herkesin sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişimini engellemekten veya sınırlandırmaktan kaçınarak sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğü<sup>454</sup>;
- 14 no'lu Genel Yorum paragraf 25'te kronik ve ölümcül hastalığı olan kişilere dikkat ve özen gösterme, onları önlenebilir acılardan kurtarma ve ölümlerinin onurlu bir şekilde gerçekleşmesini sağlama yükümlülüğü;
- 14 no'lu Genel Yorum paragraf 12'de DSÖ'nün yayımladığı temel ilaçlara erişimi sağlama yükümlülüğü;
- Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi m.7'de düzenlenen işkence, zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muameleye yasağı;
- DSÖ Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesine İlişkin Bildirge<sup>455</sup> (Amsterdam Bildirgesi) 5.10'da düzenlenen "çektikleri acıdan kurtulma hakkı" ve 5.11'de düzenlenen yaşamının son döneminde insanca bakım görme ve onurlu ölüm hakkı.

Görüldüğü gibi, Palyatif Bakıma İlişkin Ortak Bildiri, sağlık hakkı bağlamında İHEB m.25'e (sağlıklı ve müreffeh yaşam için uygun yaşam standardı) ve ESKH Bildirgesi m.12'ye (erişilebilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkı) atıf yapmaktadır<sup>456</sup>. Öyleyse palyatif bakımla sağlık hakkının

Human Rights", Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy 22, sayı 4 (10 Ocak 2008): 300–302, <https://doi.org/10.1080/15360280802537274>.

454 United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14", para.34.

455 European Consultation on The Rights of Patients, "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe" (Amsterdam, 1994).

456 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği, Bilgi Notu No.31: Sağlık Hakkı, ç. Sağlık Hakkı Derneği, Ankara, 2022, s.9.

ilişkinini kurarken İHEB m.25 ve ESKH Bildirgesi m.12’de düzenlenen hakları göz önünde bulundurmak gerekir.

## **A. ÖNLENEBİLİR AĞRI İLE İNSAN HAKLARI İLİŞKİSİ**

### **1. İNSAN HAKLARINA SAYGININ KİŞİNİN ACI ÇEKMESİNİ ÖNLEYİCİ İŞLEVİ**

İnsan haklarına saygı duyulmasının amacı aslında insan haklarına saygı göstermek yoluyla insana saygının sağlanması olarak görülse de açıkça ifade edilmeyen daha derin bir amacı daha vardır ki o da insanın çektiği acıyı azaltmaktır<sup>457</sup>. Bu bağlamda, insan haklarına saygının, bireyin acı çekmesini önleyici işlevinin de farkına varmak gerekir.

Ağrı / acı, kişinin doğrudan veya dolaylı olarak ölümüne sebep olabilir. Bazı kişiler doğrudan doğruya ağrı nedeniyle yaşamını yitirmektedir; zira şiddetli ağrının kişinin yaşamını kısaltması kuvvetle muhtemeldir. Bütün kuvvetini ağrıyla başa çıkmak için harcarken kişi tükenir. Bazen de kişi ağrıyla baş edemediği için yaşamına son vermeyi seçer. Bu da ağrının dolaylı yoldan ölüme sebep olmasıdır<sup>458</sup>.

Palyatif Bakıma İlişkin Ortak Bildiri’ye (Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights) göre tüm devletler sağlık hakkının işlerlik kazanmasını garanti altına almak için gereken temel bileşenleri yerine getirmekle yükümlüdür ve palyatif bakım ile ağrı tedavisi, bu bileşenlerdendir. Ortak Bildirge’de ayrıca pek çok kişi, kuruluş ve birlik tarafından palyatif bakım ve ağrı tedavisinin yıllardır temel insan hakkı olarak tanıma ihtiyacını ifade ettiği bildirilmektedir<sup>459</sup>.

Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesine Dair Bildirge’nin (A Declaration on the Promotion Of Patients' Rights in Europe) 5.10’uncu bendinde hastaların tıp biliminin mevcut bilgi durumuna göre acının dindirilmesi hakkı düzenlenmiştir<sup>460</sup>.

---

457 Somerville, “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”, s.509.

458 Margaret Somerville, “The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics”, y.y., s.530-531.

459 International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, “Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights”, s.301.

460 European Consultation on The Rights of Patients, “A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe”, s.13.

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) ağrı tedavisi ile insan haysiyeti arasındaki ilişkiye dikkat çekerek aşağıdaki üç insan hakkının tüm ülkeler tarafından kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir<sup>461</sup>:

- Ayrımcılığa tabi tutulmadan her bireyin ağrı yönetimine erişim hakkı
- Ağrı çeken kişilerin ağrılarının kabul görmesi ve ağrılarının nasıl değerlendirilip yönetileceği hakkında bilgilendirilme hakkı
- Ağrı çeken herkesin ağrısının yeterli eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından uygun değerlendirme ve tedaviye erişim hakkı

Hasta hakları uygulamalarında Avrupa Birliği ülkeleri arasında bir uygulama birliği sağlama amacıyla 2002 yılında Roma'da imzalanan Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi'nin ikinci bölümünde yer alan hastalara ait on dört haktan birisi, gereksiz ağrı ve acıdan kaçınma hakkıdır. Buna göre "*Her birey hastalığının her evresinde, ağrı ve acıdan mümkün olduğu kadar kaçınma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, kendilerini bu amaç için, palyatif tedaviler sağlamak ve hastanın bu tedavilere erişimini kolaylaştırmak gibi, gerekli tüm önlemleri alarak adanmalıdır.*"<sup>462</sup>.

Hekim yardımlı intihar ve ötanaziye etik dışı bulan Dünya Tabipler Birliği Terminal Hastalığa İlişkin Venedik Bildirgesi'ne göre pek çok ülkede, hekim yardımlı intihar ve ötanaziye terminal dönemdeki hastaların acılarını dindirmek için bir seçenek olarak görme yönündeki kamuoyu baskısı arttıkça, yaşamın son evresinde palyatif tedaviyi iyileştirmeye yönelik ahlaki yükümlülük daha fazla dikkat çekmektedir<sup>463</sup>.

Uygun ağrı kesici tedavilerin uygulanmasında gösterilen başarısızlığın, ihmale dair bir gösterge olabileceği belirtilmektedir. Buna göre ağrı öyküsü almada, ağrıyı yeterince tedavi/kontrol etmede veya uzman konsültasyonu sağlamada ortaya çıkan ve makul sayılamayacak düzeydeki başarısızlık, ihmale örnek gösterilmektedir<sup>464</sup>.

461 International Association for the Study of Pain Council, "Declaration of Montreal, Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right", 2010, www.iasp-pain.org.  
462 "European Charter of Patients' Rights" (Rome, 2002).

463 Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

464 Hospice Palliative Care Association of South Africa, Legal Aspects of Palliative Care, 2009, s.10.

Başarısız ağrı yönetimi herkesin kişisel olarak insan hakkı ihlali olarak yorumlayabileceği ve bunun neticesinde insan hakkı ihlalinin ne olduğunu doğrudan doğruya deneyimleyerek anlayabileceği nadir insan hakkı ihlali örneklerindedir<sup>465</sup>.

## 2. AĞRININ ÖNLENMEMESİ İLE İŞKENCENİN İLİŞKİSİ

Acıyı hafifletmenin gerekliliği üzerinde düşünülürken ağrı kesici tedavilerin uygulanmamasının zalimane ve insanlık dışı muamele, ceza, işkence yasağıyla ilişkisi de hesaba katılmalıdır. Hastanın çektiği acıların görmezden gelinmesi işkenceyle aynı nedene dayanıyor olabilir veya işkenceyle bazı ortak özellikler taşıyor olabilir<sup>466</sup>. Örneğin ağrı çeken bir hastaya, bu ağrıyı dindirebilecek imkânı olan birinin (bir hekimin) ağrı kesici tedaviyi uygulamaması, insanlık dışı, yıkıcı ve aşağılayıcıdır<sup>467</sup>.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi m.5'e göre "*Hiç kimse işkenceye ya da insanlık dışı ya da aşağılayıcı muameleye ya da cezaya tabi tutulamaz.*"<sup>468</sup>. Palyatif Bakım İlişkin Ortak Bildiri'de İHEB m.5'teki insanlık dışı ve küçük düşürücü muamele ve işkence yasağına atıf yapılmaktadır. Ayrıca palyatif bakım ve ağrı tedavisi hakkının BM Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi m.7'deki işkence; zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele ve ceza yasağı ile korunduğu belirtilmektedir<sup>469</sup>.

Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (IAHPC), Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (HRW) tarafından hazırlanan, hükümetleri, ıstırapın azaltılması ve palyatif bakımı bir insan hakkı olarak görme yönünde teşvik etmeye yönelik Prag Sözleşmesi'nde herkesin ESKH Sözleşmesi m.12'de düzenlenen erişilebilir en yüksek sağlık standardına sahip olduğuna bir kez daha atıf yapmakla birlikte kişiye ağrı kesici tedavilerin uygulanmamasının acımasızca, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelere yol açabileceğini belirtmektedir<sup>470</sup>.

465 Margaret Somerville, "Establishing A Human Right to Pain Management", The International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain, Palais des congrès, Montreal, Québec (Video presentation) September 2010, S. September (2010), ss. 1–4, s.4.

466 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.541. Ayrıca bkz. Diederik Lohman, Rebecca Schleifer, Joseph J Amon, "Access to Pain Treatment As A Human Right", BMC Medicine, C. 8, S. 1 (2010), s. 8, doi:10.1186/1741-7015-8-8, s.6.

467 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.523.

468 Mehmet Semih Gemalmaz, Ulusalüstü İnsan Hakları Belgeleri, 2. baskı (İstanbul: Beta, 2000).

469 International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, "Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights", s.300. Ayrıca bkz. Kudret Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000, s.145.

470 European Association for Palliative Care, "Prag Sözleşmesi", y.y.

İleri teknoloji ürünü tıbbi kaynaklara erişim kısıtlı olsa da bu kaynaklara her gün ihtiyaç vardır. Ancak yaşlı bir kadın hastayla ilgili Somerville tarafından aktarılan şu örnek, çözümün her zaman için ileri teknoloji ürünü tıbbi kaynaklarda olmadığını ortaya koymaktadır: Yaşlı bir kadın hasta, acil serviste beş gününü geçirmiştir; çünkü hastanenin başka bir servisinde yatak bulunmamaktadır. Beş gün boyunca kaldığı ve sonradan da öldüğü ortam, günün yirmi dört saati, göze batan beyaz ışıklarla aydınlatılmaktadır. Yatağının etrafında sadece perdeler bulunmaktadır. Bu önlenbilir bir psikolojik ve fiziksel ıstıraptır. Pahalı ve gelişmiş tıbbi teknolojilere erişim her zaman için herkesin hakkı olarak kabul görmese bile bu örnekteki hastaya sunulabilecek çözümler son derece kolay ve masrafsızdır<sup>471</sup>.

Acı çeken kişilerle her gün karşılaşmak sağlık personeli açısından bir duygusal yük getirmektedir. Bu duygusal yükü başa çıkmanın bir metodu olarak acı çeken hastanın kimliksizleştirilmesi, karşılaşılan bir olgudur<sup>472</sup> ve insan onuruna aykırıdır. Sağlık personelinin duygusal kapasitesi desteklenmediği müddetçe, yüzleştiği duygusal yükü başa çıkabilmek için ya hastayı kimliksizleştirerek hastaya karşı duyarsızlaşacak ya da duygusal tükenmişlik yaşayacaktır. Her iki durumda da gereksiz ve önlenbilir acı söz konusudur. Bu sebeple hem hasta hem de sağlık çalışanı, insan haklarının süjesi olarak korunmalıdır. Hastanın sağlık hakkının korunması için sağlık personelinin de sağlık hakkının korunması gerekir. Aksi takdirde hem hastanın hem de sağlık profesyonelinin hakları ihlal edilmiş olur.

Sonuç olarak acı - ağrı çeken insanların sadece şikayet eden (hatta mızırmız, kaprisli) insanlar olarak etiketlenmesi; bağımlı olmaları endişesiyle yeterli ağrı kesici tedavi sunmamak, ağrı yönetimini hastanın ihtiyacına göre değil de bir saat çizelgesine göre sunmak, etik olmadığı gibi hastanın bu tip uygulamalar nedeniyle ciddi zarara uğradığı durumlar hukuka aykırı görülmektedir<sup>473</sup>.

### **3. DEVLETLERİN TEMEL İLAÇLARA ERİŞİM SAĞLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ**

İnsanların (büyük bir çoğunluğu üçüncü dünya ülkelerinde yaşayan) %30'u yeterli veya hiç ağrı kesici tedavi almadan yaşamını yitirmektedir. Ayrıca pek çok üçüncü dünya ülkesinin ucuz ve etkili ağrı kesicileri, sırf keyif verici - uyuşturucu amaçla kötüye kullanılması endişesiyle erişilebilir hale getirmekten çekindiği

---

471 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.525.

472 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.539.

473 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.522.

belirtilmektedir<sup>474</sup>. Bu, pek çok insanın dindirilebilir bir acıyı – ağrıyı, sırf devletlerin başka insanların ağrı kesicileri amacı dışında kullanacağı endişesiyle, gereksiz yere çektiği anlamına gelmektedir.

Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği (International Association for Hospice and Palliative Care) ve Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance) tarafından hazırlanan Palyatif Bakıma İlişkin Ortak Bildiri, 14 no'lu Genel Yorum'un 42'nci paragrafına atıf yaparak temel ilaçlara erişimin kaynaklarından bağımsız olarak bütün devletlerin temel yükümlülüğü olduğunu belirtmektedir<sup>475</sup>.

Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesi'nde <sup>476</sup> *“Uyuşturucu maddelerin, tıbbi amaçlarla kullanılmasının ıstırabı hafifletmek için zaruri bulunduğunu ve uyuşturucu maddelerin sırf bu sebeple hazır bulundurulmalarını teminen gerekli tedbirlerin alınması gerektiğinin”* kabul edildiği belirtilmektedir.

1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi'nin <sup>477</sup> başlangıç hükümlerinde psikotrop maddelerin kullanımının yalnızca meşru amaçlarla sınırlandırılması için şiddetli tedbirler alınması fakat tıbbi ve bilimsel amaçlarla kullanımının zorunlu olduğu göz önüne alınarak bu amaçlar için psikotrop maddelerin sağlanmasının lüzumundan fazla sınırlandırılmaması gerektiği belirtilmiştir.

ESKH Sözleşmesi'nde palyatif bakımdan söz edilmemiş olsa da 14 no'lu Genel Yorum'a göre sağlık hakkının, taraf devletlere yüklediği yükümlülüklerin içine, palyatif bakımın sağlık politikalarına konu edilmesi ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve semptom kontrolü için temel ilaçlara ve terminal bakıma erişimlerin olması gerekliliğinin de girdiği belirtilmektedir<sup>478</sup>. Buna göre temel ilaçlara erişim, erişilebilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkının getirdiği asgari yükümlülüklerdendir. Ağrı kesici tedavilerin hastadan esirgenmesi de hastaya insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelede bulunduğu anlamına gelebileceği belirtilmektedir.

---

474 Somerville, “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”, s.523.

475 International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, “Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights”, s.300.

476 30 Mart 1961 tarihinde imzalanan Sözleşme'ye katılmanın uygun bulunduğu dair Kanun, 5.1.1967 tarih ve 12496 sayılı RG'de Bakanlar Kurulu tarafından yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

477 21 Şubat 1971 tarihinde imzalanan Sözleşme'ye katılmanın uygun bulunduğu dair Kanun, 7.3.1981 tarih ve 17272 sayılı RG'de Bakanlar Kurulu tarafından yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

478 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.9. Ayrıca terminal dönemde hastanın dayanılmaz ağrılar çekebileceği ve bu nedenle terminal yatıştırıcılara erişimlerinin mümkün olması gerektiği hakkında bkz. Hans Lilie ve Şule Karataş Görücü, “Hayatın Sonunda Tedavinin Sınırlanması”, içinde I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı), ed. Hakan Hakeri ve Cahid Doğan (Legal Yayıncılık, 2016)., s.14



Ağrı kesici tedavilerde kullanılan temel ilaçların temin edilememesi veya daha genel olarak ağrı kesici tedavilerin ve palyatif bakım hizmetlerinin herkes için erişilebilir hale getirilmesi için makul adımlar atılmaması, sağlık hakkının ihlal edilmesiyle sonuçlanır. Bazı durumlarda, ağrı kesici tedavilerin sağlanamaması, devletin zalimane, insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleye karşı koruma yükümlülüğünün ihlali sonucunu doğurabilir<sup>479</sup>.

#### 4. BAKIM – TEDAVİ AYRIMI VE TIBBİ ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Avrupa Hasta Hakları Şartı'nda 11 no'lu hasta hakkı olarak kişilerin gereksiz ağrı ve acıdan kurtulma hakkı olduğu belirtilmektedir<sup>480</sup>. Buna göre, her bireyin hastalığının her aşamasında ağrı ve acısının mümkün olduğunca etkili biçimde dindirilmesine hakkının olduğu; sağlık hizmet sunucularının palyatif tedavi sunma ve hastaların buna erişimini kolaylaştırma gibi yöntemler için mevcut altyapılarını uygun hale getirmek zorunda olduğu belirtilmektedir.

Pek çok uluslararası organizasyon ve kuruluş, palyatif bakıma erişimi sağlık hizmetlerinin esaslı bileşenlerinden biri olarak görmektedir<sup>481</sup>.

HIV/AIDS ve İnsan Haklarına İlişkin Uluslararası Kılavuz'a göre devletler herkesin sürdürülebilir ve eşit temelde, önleyici, küratif ve palyatif bakımın elde edilebilir ve kolay erişilebilirliğini temin etmek için gereken önlemleri almalıdır<sup>482</sup>.

14 no'lu Genel Yorum'un "Yaşlılar" başlıklı paragraf 25'te yaşlıların periyodik sağlık kontrollerinin yapılması, tek başlarına hareket edebilmelerini sağlayan tedbirlerin alınması, kronik hastalar ile terminal dönem hastaların bakımının sağlanması, acı çekmelerinin önlenmesi ve ölümlerinin insan onuruna yaraşır biçimde gerçekleşmesine yönelik önlemlerin alınmasının sağlık hakkının gerçekleşmesi için gerekli olduğu belirtilmiştir<sup>483</sup>. Burada yazılı önlemlerin yalnızca yaşlılara özgü olmayıp çoğunlukla yaşlılara atfedilen bir takım özel gereksinimlere yönelik önlemlerin, yaştan bağımsız olarak, ihtiyacı olan herkes lehine alınması gerektiğini vurguladığı görüşündeyiz. Paragraf 34'e göre ise taraf devletlerin herkesin önleyici, iyileştirici ve palyatif sağlık hizmetlerine erişimini engellemeyerek ve kısıtlamayarak

479 Diederik Lohman, Rebecca Schleifer, Joseph J Amon, "Access to Pain Treatment As A Human Right", BMC Medicine, C. 8, S. 1 (2010), s. 8, doi:10.1186/1741-7015-8-8, s.6.

480 "European Charter of Patients' Rights".

481 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.9.

482 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, "International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006 Consolidated Version", Geneva, 2006, www.ohchr.org, s.37.

483 Birleşmiş Milletler, Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi 1981 - 2006, ç. Lema Uyar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006.

sağlık hakkına saygı gösterme yükümlülüğü olduğu belirtilmektedir<sup>484</sup>. Tüm bu sebeplerle palyatif bakımın sağlık hakkına dahil olduğu 14 no'lu Genel Yorum paragraf 25 ve 34'ten ve dolayısıyla ESKH Sözleşmesi m.12'den anlaşılmaktadır.

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesine Dair Bildirge'nin 5.11'inci bendine göre hastaların insanca terminal dönem bakımı görme ve onurlu ölüm hakkı vardır.

ESKH Sözleşmesi m.12/d bendine göre, herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkının gerçekleştirilmesi için alınacak önlemlerin, "*Hastalık durumunda tüm sağlık hizmetleri ve tıbbi bakımı temin edecek koşulların oluşturulması*"nı içerdiği düzenlenmiştir<sup>485</sup>. Bu düzenleme, sağlık hizmetlerindeki bakım ve tedavi kavramları arasındaki farka dikkat çekme fırsatı doğurmaktadır.

Palyatif bakım, hastanın sağlığının düzeltilmesini değil hastalığın veya tedavinin hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumsuz etkiyi ortadan kaldırmayı veya azaltmayı amaçladığı için tedavi kavramından ziyade bakım kavramı öne çıkmaktadır<sup>486</sup>.

Terminal dönem hastanın yaşamının son evresinde olduğu bilinse de halen yaşam hakkının süjesi olduğu tartışmasızdır. Bu sebeple insana özgü tüm haklara sahiptir. Yaşam hakkı korunmaya değer bir kimse olan terminal dönem hastanın yaşam hakkına işlerlik kazandıran diğer hakları da –insan haklarının bütüncül yapısı gereği- korunmaya değerdir. İnsana özgü var oluşun beş boyutundan biri olan bedensel boyutu terminal dönem hasta bakımından önlenemez bir çöküş sürecindedir; ancak bu haliyle bile hastanın yaşam hakkı hukuk düzeni tarafından korunmaktadır. Biyolojik yönünde ilerleyen çöküş süreci, hastanın duygusal, zihinsel, sosyal ve aşkın yönünü de mutlaka etkileyecektir. Bu halde dahi bireyin çok boyutlu yapısı bir bütün halinde koruma altındadır. Bu sebeple terminal dönemde olan hastanın ölüm sürecinde olmasından dolayı hissettiği olumsuz ruh hali, bilişsel kapasitesindeki zayıflık, sosyal açıdan yalnızlaşması veya yaşamındaki anlam zenginliğini yitirmesi insanın var oluşunun her bir boyutuna ilişkin bozulmalara örnektir.

---

484 Birleşmiş Milletler, Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi 1981 - 2006, s.251.

485 Gemalmaz, Ulusalüstü İnsan Hakları Belgeleri, s.20.

486 Tedavi ve bakım ayırımına ilişkin bkz. David Jeffrey, "Curing and Caring", Ethical Issues in Palliative Care, ed. Patricia Webb, Seat: Radcliffe Publishing, 2005, ss. 25–45,s.26-29.

Kişinin var oluşunun beş boyutundan biyolojik boyut dışındaki boyutların hukuk düzeni tarafından yeterince korunmadığını düşünmekteyiz. Örneğin hastanın sağlık durumunda ani bir bozulma olsa dahi hem tıp etiği hem de hukuk, hastaya karşı hekime bir takım davranış yükümlülükleri yükler. Diğer taraftan hastanın kötüye gitmekte olan duygusal, zihinsel, sosyal ve aşkın yönüne ilişkin olarak sağlık profesyonellerine yüklenen yükümlülük yukarıdaki örnekte olduğu kadar emredici değildir. Bu yükümlülüğün ağırlığını hesaplarken yapılacak eleştirilerde elbette insanın duygusal, zihinsel, sosyal ve aşkın yönünün omurgasını biyolojik yönünün oluşturduğu ve biyolojik yönü olmaksızın diğer boyutların var olmasının mümkün olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla kişinin biyolojik bütünlüğü korunduğu müddetçe diğer yönlerinin iyileştirilme potansiyeli vardır. Ölüm doğal bir süreç olduğu halde terminal dönem hastanın hastalığının doğasına uygun bir şekilde ölüm sürecini yaşamasının (ki bunun en belirgin örneği pasif ötanazidir) hukuken tartışmalı bir konu olması<sup>487</sup> insanın bedensel boyutunun kolay vazgeçilebilir bir değer olmadığını göstermektedir ancak insanın çok boyutlu bir varlık olduğu hatırlanarak diğer boyutlarının da kolay vazgeçilebilir olmadığını kabul edilmesi ve buna ilişkin sağlık politikalarının oluşturulması gerekir.

Hasta terminal dönemde olsa bile umut kapısını kapatmamak, iyileşmesine dair umut olmadığında dahi insan olarak sahip olduğu potansiyele saygı duymak ve bu uğurda tıbbi, sosyal ve manevi bakımla desteklemek saf, dürüst ve onurlu bir istek olarak görülmektedir<sup>488</sup>. Bu sebeple şifa bulması mümkün olmayan hastanın dahi yaşam kalitesinin sağlanması için bakım görmesi gerektiği akılda tutulmalıdır.

Üstün'e göre hukuk düzeni yaşam hakkını açıkça korusa da ölüme karşı mesafeli bir tutum içindedir. Hem etik hem de hukuki açıdan daha net bir duruş sergileyebilmek için terminal dönemden ölüm anına kadar hastaya gerekli tıbbi bakımın ve yaşam kalitesini arttıran müdahalelerin sunulması çok duyarlı bir yaklaşımdır<sup>489</sup>.

ESKHS m.2/1'e göre "*sözleşmeye taraf her devlet, (...) bu sözleşmede tanınan hakları mevcut kaynakların azamisini kullanarak aşamalı bir biçimde tam olarak gerçekleştirmek için, özellikle yasal tedbirlerin alınması da dâhil, gerekli her türlü tedbiri almayı taahhüt eder.*" Dünyada sağlık profesyonellerinin büyük bir

487 Bu bölümde bkz. II.C.Terminal Dönemde Tedavinin Reddi.

488 Çağatay Üstün, "Yaşamın Sonuna Doğru Umut Kapısını Kapatmayın! Etik Bakış Açısıyla Kısa Bir Değerlendirme", Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics, C. 2, S. 3 (2016), ss. 34-41, s.39.

489 Üstün, s.41.

çoğunluğu palyatif bakım ilkeleri ve uygulamaları hakkında ya hiç bilgi sahibi değildir ya da çok az bilgi sahibidir. Bu bağlamda sağlık eğitimlerinde palyatif bakıma ilişkin zorunlu derslerin eklenmesi, profesyonel meslek yaşamlarına yönelik yenileme eğitimlerinin yapılması<sup>490</sup>, uzmanlık düzeyinde olmasa bile birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimliklerinde (veya sağlık ocaklarında) hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin hastanın palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılama becerisini geliştirecektir. Bunun yanında morfine ulaşımı kolaylaştırma gibi konularda hukuki düzenlemelerin yapılması –örneğin hekimlerdeki opiofobinin önlenmesine ve opioid ilaçları belirli hasta gruplarına reçete edebilmelerine olanak sağlayan eğitim programlarının düzenlenmesi ve hukuki düzenlemelerin gerçekleştirilmesi "mevcut kaynakların azamisi" sınırına takılmadan uygulanabilecek tedbirlerdendir. Tüm bunların yanında yukarıda verdiğimiz örnekten<sup>491</sup> yola çıkarak hastane yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının mevcut yetkileri dahilinde, hiçbir yeni hukuki düzenleme, ilave yatırım, işgücü veya sistemsel değişik olmaksızın dahi, yalnızca yaklaşım değişiklikleriyle tıbbi özenin ve bakımın sağlanması yönünde büyük adımlar atılabileceği görüşündeyiz.

## **B. PALYATİF BAKIMIN KİŞİNİN MADDİ - MANEVİ VARLIĞININ KORUNMASINI VE GELİŞMESİ HAKKI İLE İLİŞKİSİ**

### **1. YAŞAMA, MADDİ VE MANEVİ VARLIĞI KORUMA VE GELİŞTİRME HAKKI**

Biyolojik varlığı sürdürmek, canlı olmak, ölmüş olmamak yaşam hakkının içini doldurmak için yeterli değildir. Yaşam hakkının gerçekleşmesi için başka bileşenlerin de varlığı gerekir. Anayasa m.17'de yaşam hakkıyla birlikte kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı korunmaktadır ki bu da yaşam hakkı korunurken kişinin bedensel varlığının yanı sıra ona işlerlik kazandıran sağlık hakkının da korunmasını gerektirir<sup>492</sup>. İnsan onuru, kişinin maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının temelini ve kaynağını oluşturur<sup>493</sup>. Anayasa

490 World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care, s.33.

491 Bkz. bu bölümde I.A.2.Ağrının Önlenmemesi İle İşkencenin İlişkisi'deki olay örneği.

492 Sultan Tahmazoğlu Üzeltürk, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı: Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla, Hukuk kitapları serisi, İstanbul: Legal Yayıncılık, 2012, s.108.

493 İbrahim Özden Kaboğlu, Özgürlükler Hukuku 1: İnsan Hakları Genel Kuramına Giriş, 7. b., Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 2013, s.21. Ali Tarık Gümüş, Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme Hakkı, Selçuk Üniversitesi, 2004, dn.4. Zafer Gören, Anayasa Hukuku, 2. b., Ankara: Yetkin Yayınları, 2015, s.479.

Mahkemesi kararlarında, kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının amacının insan onurunu korumak olduğu belirtilmiştir<sup>494</sup>.

Anayasa m.17’de düzenlenen, kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı, tıpkı insan onuru gibi alanı geniş ve yoruma açık bir hak olması sebebiyle tanımlaması güç bir haktır<sup>495</sup>. Kanımızca, negatif çıkarsama yoluyla yapılmış şu tanıma başvurmak çalışmamız bağlamında pratiktir: maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkıyla Anayasa’da düzenlenmiş diğer temel hak ve özgürlükler arasında genel hüküm – özel hüküm ilişkisi vardır. Buna göre bir özgürlük Anayasa’da özel olarak düzenlenmişse maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkı uygulanmaz; ancak Anayasa’da düzenlenmemiş her türlü insan davranışı maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkının koruma alanında kabul edilebilir<sup>496</sup>.

Anayasa Mahkemesi, Sevim Akat Eşki kararında maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkının AİHS m.8’de yer alan “*özel yaşama saygı hakkı kapsamında güvence altına alınan fiziksel ve zihinsel bütünlük hakkı ile, bireyin kendisini gerçekleştirme ve kendisine ilişkin kararlar alabilme hakkına karşılık*” geldiğini belirtmiştir<sup>497</sup>.

Anayasa Mahkemesinin bir soyut norm denetimi kararında “*hekimlik, Anayasanın 17. maddesinde yer alan ve bireyin en önemli hakkı olan yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı ile doğrudan ilgili bir meslektir. Kişilerin maddi ve manevi varlıklarını geliştirebilmelerinin mutlu ve huzurlu olabilmelerinin başlıca şartı, ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmetlerine ulaşım bu hizmetlerden yararlanabilmeleridir.*” denmekle sağlık hizmetlerine erişimle Anayasa m.17 arasındaki ilişki ortaya konmuştur<sup>498</sup>.

494 AYM, T 17.7.2014, B. No: 2013/293, Cezmi Demir ve diğerleri, para. 80. AYM, T 19.4.2018, B. No: 2014/17177, Yonca Verdioğlu Şık , para.45.

495 Ali Tarık Gümüş, “Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme Hakkı”, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 13, S. SUHFD (2005), ss. 133–72, doi:10.15337/suhfd.2017.183, s.136. J. M. Wintrich, Die Bedeutung der Menschenwürde für die Anwendung des Rechts, BayVBL, 1957, s.137 vd. içinde Oğuz Şimşek, “Anayasa Hukukunda İnsan Onuru Kavramı ve Korunması, Doktora Tezi” (Dokuz Eylül Üniversitesi, 1999).

496 Fazıl Sağlam, Temel Hakların Sınırlanması ve Özü, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1982, s.42. Şimşek, Anayasa Hukukunda İnsan Onuru Kavramı ve Korunması, Doktora Tezi, s.55.

497 AYM, T 19.12.2013, B. No: 2013/2187, Sevim Akat Eşki, para. 30. Ayrıca bkz. AYM, T 10/2/2021, B. No: 2017/17753, M.U., para. 25. Buna ek olarak “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” başlıklı Anayasa m.56’nın devletin Anayasa m.17’de düzenlenen yaşam hakkına ilişkin pozitif yükümlülüğünü belirttiğine dair bkz. AYM, T 3.4.2014, B. No: 2013/2839, Nail Artuç, para.34.

498 AYM, T 16/07/2010, E 2010/29, K 2010/90.

Sağlık hakkı Anayasa Mahkemesine bireysel başvuru yoluyla dava edilebilir bir hak olmamakla birlikte Anayasa Mahkemesinin maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkını, sağlık hakkını da kapsayacak şekilde geniş yorumladığı görülmektedir. Sağlık hakkına ilişkin Anayasa m.56'da genel olarak sağlık hakkı düzenlenmiş ise de Anayasa Mahkemesi kararlarında m.56/3'de yer alan, devletin sağlık hizmetlerini tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemesi şeklinde ifade edilen yükümlülük, maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkına ilişkin devletin pozitif yükümlülüğü olarak yorumlanmıştır<sup>499</sup>. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri yalnızca tedavi amaçlı hizmetlerden oluşmamaktadır. Gerçekten de TDN m.14'te düzenlenen "(tabip ve dış tabibi) *Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.*" hükmü palyatif bakımın da sağlık hizmetlerinin bir parçası olduğu kabulünü desteklemektedir. Bu durumda hastaya palyatif bakımın uygulanması hekimlik mesleğinin bir kuralı, sağlık hizmetlerinin bir gereği olduğu gibi sağlık hakkının ve kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının bir gereğidir.

Diğer yandan Anayasa m.17/3'te düzenlenen insan haysiyetiyle bağdaşmayan muamele yasağını da kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme yasağıyla ilişkilendirmekteyiz. Zira bir kişiye insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir muamelede bulunulduğunda, örneğin dindirilebilir ağrısı olan hastadan ağrı kesici tedaviler tıbbi ihmal veya opiofobi gibi sebeplerle esirgendiğinde, kişinin maddi ve manevi varlığının da zedeleneceği açıktır. Ağrının fiziksel bir olgu olmasının yanı sıra manevi sonuçları da vardır<sup>500</sup>.

Anayasa Mahkemesi tarafından verilen kararlarda gerek sağlık hakkının gerek ise maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkının devlet veya üçüncü şahıslar gibi dış etkenlerden gelecek zararlara karşı korunması gerektiğine dair bir yaklaşım benimsediği görülmektedir<sup>501</sup>. Kanımızca buradaki dış etkenlerin dar yorumlanması hakkın sağladığı korumadan yararlanmayı güçleştirebilir; zira ağrı ve acı gibi belirtilerin hastanın vücudundan – hastalığından kaynaklandığı durumlarda ağrıyı doğal kabul etmek veya gerçekten doğal olarak kabulü mümkün olsa bile sırf

499 AYM, T 15/10/2015, B. No: 2013/2084, Ahmet Acartürk, para. 50. AYM, T 9/9/2015, B. No: 2013/1943, İlker Başer ve diğerleri, para. 44.

500 Bu bölümde bkz. I.A.1. İnsan Haklarına Saygının Kişinin Acı Çekmesini Önleyici İşlevi.

501 AYM, Ahmet Acartürk, para. 49. AYM, İlker Başer ve diğerleri, para. 42. AYM, M.U. para. 29, 30. AYM, T 2/10/2013, B. No: 2013/1123, Adnan Oktar (3), para. 32. AYM, T 7/11/2013, B. No: 2012/791, Özkan Şen, para. 40.

dış kaynaklı olmadığı için ağrıya müdahale etmemek hastanın maddi ve manevi varlığının zarar görmesiyle sonuçlanacaktır. Bu sebeple kişinin iradesine bağlı olmayan ağrı – acı gibi semptomlar kişinin bedeninden kaynaklansa dahi kişinin maddi ve manevi varlığının bundan korunması gerekir.

Bunun yanında, tıpkı insan öldürme suçunun ihmali davranışla işlenebildiği gibi ağrı – acı çeken hastaya palyatif bakım uygulanmaması yoluyla da yaşam hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının ihlal edilebileceği veya insan haysiyetiyle bağdaşmayan muamelenin ihmali yolla da işlenebileceğinin mümkün olduğu görüşündeyiz.

Trafik kazası neticesinde felç olan Vincent Lambert'in yapay beslenme desteğinin çekilmesi yönünde hekimleri karar almış ve Fransız Danıştay bu kararı hukuka uygun bulmuştur. Lambert'in ailesi, AİHM'e başvurarak hastadan yapay beslenme desteğinin çekilmesinin AİHS m.2'de düzenlenen yaşam hakkını ihlal ettiğini öne sürmüştür. AİHM verdiği kararda Lambert'in yaşam hakkının ihlal edilmediğine karar vermiştir. Karara göre yaşamı destekleyen tedavilerin geri çekilmesine ilişkin Avrupa Birliği üye devletleri arasında bir mutabakat yoktur; fakat üye devletlerin geniş takdir yetkisi vardır. Karara göre Fransız hukuku somut olaydaki gibi durumlarda hekimler tarafından alınan kararları hassasiyetle düzenlemeye yetecek açıklıkta bir yasal çerçeveye sahiptir. Yasal çerçevenin ve karar verme sürecinin AİHS m.2'yi ihlal etmediğine karar verilmiştir<sup>502</sup>.

Gard vd./ Birleşik Krallık davasında nadir bir genetik hastalıktan mustarip bebeği tedavi eden hastane, yerel mahkemeye başvurarak bebekten yapay solunumun çekilmesi ve palyatif tedaviye sevk edilmesinin hukuka uygun olup olmadığının değerlendirilmesini istemiştir. Yerel mahkeme, yaşamının uzamasıyla mevcut acısının da bir iyileşme olmadan uzayarak bebeğin ciddi zarara uğrayacağını muhtemel bulmuştur. Aile yaşamı uzatan tedaviye erişimin hukuka aykırı biçimde ihlal edildiğini öne sürmüştür. AİHM, yerel mahkeme kararını büyük ölçüde uygun bulmuş ve ailenin başvurusunu kabul edilemez bulmuştur. AİHM kararında iç hukukun AİHS'e uygun olduğunu ve yasal çerçevenin yaşamı sürdüren tedavilerin geri çekilmesine uygun olduğunu vurgulamıştır. Kararda, yerel mahkeme kararının, kapsamlı, yüksek kaliteli kanıtlara dayalı olarak bebeğin sürekli acı, ıstırap ve sıkıntıya maruz kalmasının pek muhtemel olduğu ve başarı ihtimali olmayan deneysel tedavinin hiçbir

---

502 European Court of Human Rights, "Factsheet: End of Life and the European Convention on Human Rights", 2022, [https://www.echr.coe.int/documents/fs\\_euthanasia\\_eng.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/fs_euthanasia_eng.pdf), Lambert and Others v. France, s.4.

fayda sağlamayacağı ve bebeğe zarar vermeye devam edeceği sonucuna vardığı belirtilmiştir<sup>503</sup>.

Yukarıda anılan her iki kararda da yaşamı destekleyen tedavilerin hekim kararıyla geri çekilmesinin yaşam hakkını ihlal etmediği sonucuna ulaşılmıştır<sup>504</sup>. Ne var ki bu bağlamda bazı sınırların tartışılması gerekir. Yaşamı uzatan tedavilerin hastadan ne zaman çekileceği tartışmalı bir konudur. Terminal dönemde hastanın tedavi edilmemesi veya hastadan tedavinin geri çekilmesi tıbbi bir karardır. Bu konularda devletlerin mer'î mevzuatının bulunması, açıkça hekime yetki vermesi AİHS m.2'de düzenlenen yaşam hakkının korunduğunu öne sürmek için yeterli değildir. Karar alma sürecinde hekimin tıbbi standartlara bağlı kalacağına da devlet tarafından garanti edilmesi gerekir. Nitekim aşağıda da değineceğimiz gibi, AİHM kararlarında yaşam hakkının korunmasına ilişkin yasal düzenlemelerin bulunması yaşam sonuna ilişkin karar alma süreçlerindeki tek araç değildir.

Sağlık hizmetlerindeki tüm müdahalelerin, hastanın sağlık durumunun gerektirdiği standartta yapılması gerektiği Biyotıp Sözleşmesi m.4'te düzenlenmiştir. Burada benimsenmesi gereken standarda ise tıbbi öğretiler bağlamında karar verilir. Bir başka deyişle tıp bilimi belirli bir tıbbi tablodaki hastaya nasıl müdahale edilmesini gerektiriyorsa, somut vaka bakımından tıbbi standart odur. Elbette tek bir yol veya tek bir doğru yoktur. Hastaya uygulanması planlanan bir tıbbi müdahalenin bazı özel durumlarda hastaya hiçbir yarar sağlamayacağı tıbben öngörülebilir. Bu tip tedaviler nafiye tedavi olarak adlandırılır ve hastaya uygulanmaz<sup>505</sup>. Bazı durumlarda ise hasta veya hastanın temsilcisi tedaviye rıza göstermez veya daha önceden tedaviye göstermiş olduğu rızayı geri çeker<sup>506</sup>. Böyle durumlarda da tedavinin sonlandırılması gerekir.

Yukarıda değindiğimiz AİHM kararlarında yer alan her iki durumda da tedavi sonlandırılrsa dahi hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik palyatif bakım sunulması gerekir<sup>507</sup>. Yaşam desteğinin çekilebileceği durumlar nafiye tedavi kapsamındadır ve tedavinin nafiye olduğuna ilişkin karar tıbbi bir karardır. AİHM'in Haas/İsviçre kararında yaşamın nasıl ve ne zaman sona ereceğine karar verme hakkı

---

503 European Court of Human Rights, "Factsheet: End of Life and the European Convention on Human Rights", Gard and Others v. United Kingdom, s.5.

504 Her iki kararda da devletlerin iç hukuklarının tedavinin geri çekilmesine izin verdiği belirtilmektedir.

505 Bu bölümde bkz. II.B.Nafiye Tedavi.

506 Bu bölümde bkz. II.C.Terminal Dönemde Tedavinin Reddi.

507 Bu bölümde bkz. II.B.2.Tartışma.



konusunda Avrupa Konseyi üye devletleri arasında bir uzlaşmanın olmadığı belirtilmektedir<sup>508</sup>. Karara göre bazı üye devletler intihara yardımı kısmen suç olmaktan çıkarırken bazı üye devletler yaşamın sürdürülmesinden yana politika izlemektedir. Bu sebeple AİHM, yaşamın nasıl ve ne zaman sona ereceğine karar verme hakkı konusunda devletlerin geniş bir takdir yetkisine sahip olduğunu belirtmiştir. Kanımızca bu konuda devletlere geniş bir takdir yetkisi verilmesi isabetli olmuştur; zira İsviçre gibi intihara yönlendirmenin belirli koşullarda suç sayılmadığı bir sistemle Türkiye gibi pasif ötanazinin hukuka uygunluğunun tartışmalı olduğu bir sistemi ortaklaştırarak dar bir hukuki yorum üretmek mümkün görülmektedir.

Lambert vd./ Fransa kararı ile Gard vd./ Birleşik Krallık kararında devletin yaşam hakkından kaynaklanan pozitif yükümlülüklerini yerine getirdiğini incelemek için şu ölçütleri göz önünde bulundurmuştur<sup>509</sup>:

- Hem iç hukukta hem de uygulamada yaşam hakkının gereklerine uygun yasal düzenlemelerin bulunması;
- Başvurucu ve yakınlarının önceden açıklanmış istekleri ve sağlık personelinin görüşleri;
- Hastanın menfaatine en uygun kararın alınması konusunda şüpheye düşülmesi halinde yargı yoluna başvurulabilme imkanı;
- Avrupa Konseyi'nin hazırladığı "Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz'da" ortaya konan kriterler.

Sonuç olarak AİHM kararları ışığında, terminal dönemde yaşam sonuna ilişkin verilen kararların ülkelere göre çeşitlilik gösterebileceği görülmektedir. Buna ek olarak verilen karar ne olursa olsun, yaşamın ve insan onurunun korunabilmesi için palyatif bakımın hiçbir koşulda dışlanmaması gerekir.

## 2. KONTROL DUYGUSU VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Hastalığın durdurulmasının mümkün olmadığı durumlarda kişinin fiziksel ağrı ve acılarının kontrol altına alınması; kişinin maddi varlığının korunması ve geliştirilmesi, insan onuru, özerklik gibi kavramlarla ilişkilidir<sup>510</sup>.

508 AİHM, 20.1.2011, 31322/07, Haas/İsviçre, para.55.

509 AİHM, 5.6.2015, 46043/14, Lambert vd./ Fransa, para.143. AİHM, 27.6.2017, 39793/17, Gard vd./ Birleşik Krallık, para.80.

510 Frank Brennan, "Dignity: A Unifying Concept for Palliative Care and Human Rights", Progress in Palliative Care, C. 22, S. 2 (2014), ss. 88–96, doi:10.1179/1743291X13Y.0000000064, s.95.

14 no'lu Genel Yorum paragraf 8'de sağlık hakkının yalnızca sağlıklı olmak olarak anlaşılması gerektiği ve bir takım hak ve özgürlükleri içerdiği belirtilmiştir. Bu özgürlüklerden biri, kişinin kendi bedeni ve sağlığını kontrol hakkı olarak sayılmıştır. Acı çekmek ise kişinin kendi bedeni üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmesiyle ilişkilendirilmektedir<sup>511</sup> ve insan haklarının kişinin kontrol duygusunu geliştirdiği belirtilmektedir<sup>512</sup>. Tüm bu sebeplerle insan hakları ve tıbbın ortak amacı, acının dindirilmesidir<sup>513</sup>.

İnsan haklarına saygı, çoğunlukla kişilerin kendileriyle ilgili kontrollerinin artmasına sebep olur. Konuyu sağlık hizmetleri özelinde örneklendirirsek, özel yaşama saygı, maddi ve manevi bütünlük, ifade özgürlüğü, örgütlenme hakkı; yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı, kişilere yapmak istedikleri, söylemek istedikleri, kimlerle örgütlenmek istedikleri, gitmek istedikleri ve kendilerine yapılmasını istedikleri üzerindeki kontrol duygusunu artırır<sup>514</sup>.

Kişinin yaşam kalitesinin düşmesi ve bedeni üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmesi hastanın manevi yönden acı çekmesine sebep olabilmekte ve hatta ötanazi arzusunu<sup>515</sup> pekiştirebilmektedir<sup>516</sup>. Örneğin, Türkiye'de yapılan bir anket araştırmasına göre ötanaziyi kabul edilebilir bulan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun gerekçesi acı çekmemektir<sup>517</sup>. Bunu, sırasıyla bakımıyla ilgilenenlere sıkıntı vermeme, yatağa bağımlı yaşamının anlamsızlığı, aileye ve devlete yük olmama istekleri takip etmektedir. Tüm gerekçeler bir arada incelendiğinde ise ötanaziyi haklı bulma gerekçelerinin büyük bir çoğunluğunun altında kişinin özerkliğini ve bedeni üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmenin getirdiği manevi acının yattığı; fiziksel acının ise azınlıkta kaldığı görülmektedir. Bu sebeplerle kişinin manevi bütünlüğü de yaşam hakkını işler ve anlamlı kılmaktadır.

Aydınlatılmış onam, genellikle tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri olarak sayılsa da hastanın çektiği acının azaltılmasıyla da ilgilidir. Acı

---

511 Margaret Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", International Human Rights Law: Theory and Practice, ed. L. Roche, D. Malicier, Montreal: The Canadian Human Rights Foundation, 2006, C. 19, ss. 505–22, doi:10.20595/jjbf.19.0\_3, s.507.

512 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.508. Yazara göre mahremiyet, fiziksel ve zihinsel bütünlük, ifade özgürlüğü, yaşam, özgürlük ve güvenlik hakkı gibi insan haklarına saygı, kişinin kendi üzerindeki kontrol duygusunun artmasıyla sonuçlanmaktadır. Ayrıca bkz. Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.144.

513 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.509.

514 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.508.

515 Sibel İnceoğlu, Ölme Hakkı (Ötanazi), İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999, s.200-201.

516 Margaret Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", y.y., s.531.

517 Başak Göktepe Dörtay ve Mehtap Türkay, "Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Ötanaziye Bakış Açıları", Akdeniz Medical Journal 1 (08 Kasım 2018): 143–49, <https://doi.org/10.17954/amj.2018.972>.

çekmenin kişinin yaşadıkları üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmesiyle ilişkilendirildiği durumlarda bir hekimin hastasına tedavisinin nasıl yapılacağını sorması, yani aydınlatılmış onamını alması, hastaya kontrol duygusu kazandırmakla birlikte hastanın çektiği acının da azalmasına sebep olur. Neticesi aynı olsa bile tedavinin hastaya dayatma veya rıza yoluyla uygulanmasının hasta üzerinde yarattığı duygusal etki farklıdır; seçim acıyı azaltabilir. Bu sebeple hekimlerin aydınlatılmış onamı, yalnızca tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri olarak değil de acıyı azaltmanın bir yöntemi olarak görmesi aydınlatma ve onam alma süreçlerine ilişkin uygulamalarda daha istekli ve saygılı davranmaya teşvik edebilir<sup>518</sup>.

Aydınlatılmış onam, tedaviyi red hakkını içermediği müddetçe hastanın isteklerini geri çevirmenin aydınlatılmış yolu olmaktan öteye geçemez<sup>519</sup>. Aydınlatma, hastanın tıbbi müdahaleye vereceği rızayı geçerli kılan bir unsur olduğu için hastanın tıbbi müdahaleye göstereceği rızayı geçerli kıldığı kadar göstermeyeceği rızayı da geçerli kılar.

Buna ilaveten bedensel ağrı ve acı yönetiminin her koşulda mutlak sonuç veren tıbbi müdahaleler olmadığı göz önüne alındığında dindirilemeyen – önlenemeyen bedensel ağrı ve acı hakkında da hastanın aydınlatılması ve hastanın bu bağlamda gerçekçi beklentilere sahip olmasını keza maddi varlığının korunması ve geliştirilmesiyle ilişkilendirmekteyiz. Bir başka deyişle hastanın önlenemeyen bedensel ağrı ve acısı olsa dahi bu durum hakkında da hastanın aydınlatılması, hem hastanın beklentilerinin gerçekçi biçimde şekillenmesine yol açar hem de hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı veya kişi özerkliğinin gerçekleşmesine yol açar.

Somerville, gözü kapalı güven ile kazanılmış güven arasında yapılacak seçimin, acı ve ağrı üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir. Örneğin gözü kapalı güvene dayalı bir ilişkide, sağlık profesyonellerinin ağrıyı kontrol altına alması olasıdır. Kazanılmış güvene dayalı bir ilişkide ise kontrol hastayla paylaşılır veya hastaya verilir. Acı, bedensel sağlığın adım adım bozulmasıyla birlikte kişinin vücudu üzerindeki kontrolü kaybetmesiyle ortaya çıkar<sup>520</sup>. Zıt bir yorumla vücut üzerindeki kontrolün gelişmesinin acıyı ve ıstırapı azaltabileceği sonucuna varılabilir. Bu nedenle, kazanılmış güven yaklaşımı hem kontrol duygusunu arttırmada hem de acıyı dindirmede yardımcı olabilir<sup>521</sup>. Öyleyse kazanılmış güven yaklaşımı hastanın hem

---

518 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.519, 520.

519 Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", s.521.

520 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.547.

521 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.547.

maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkıyla hem de özerkliğiyle ilişkilendirilebilir. Hastanın tıbbi müdahaleyle ilgili olarak bilgilendirilmesi ve ardından tedavi seçenekleriyle ilgili tercih hakkını kullanması, en azından tıbbi müdahaleye aydınlatılmış biçimde rıza göstermesinin yalnızca tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuyla değil aynı zamanda insan haklarıyla da ilgili olduğunu belirtmek gerekir.

Anayasa Mahkemesi, Ahmet Acartürk kararına göre “*Bireylerin maddi ve manevi bütünlükleri, kendilerine sağlanan tıbbi tedavinin seçimine katılmaları ve bu konuda rızalarının alınması ve maruz kalabilecekleri sağlık risklerini değerlendirebilmeleri için gerekli bilgiyi edinebilmeleri Sözleşme’nin 8. maddesi ve Anayasa’nın 17. maddesinin birinci fıkrasında bulunan kişinin maddi ve manevi varlığını koruma hakkı kapsamına girer. Tıbbi müdahaleden önce kişinin gerektiği şekilde rızasının alınmaması, kişinin maddi ve manevi varlığını koruma hakkına bir müdahale oluşturabilir. İstisnai hâller dışında tıbbi müdahale, ilgili kişinin ancak bilgilendirilip özgür rızası alındıktan sonra yapılabilir*”<sup>522</sup>. Bu kararda da kişinin kendisine sağlanan tedavinin seçimine katılmasıyla (kontrol duygusu) kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı arasında ilişki kurulmuştur.

### **C. PALYATİF BAKIM MÜNFERİT BİR HAK MIDIR?**

Palyatif bakımı bir hak olarak tanımlamak veya sağlık hakkının palyatif bakımı da kapsayan bir hak olduğunu ileri sürmek başta kulağa hoş ve insancıl gelse de hakkın geliştirilebilmesi ve işlerliğinin sağlanabilmesi için sağlam bir hukuki zemine oturtulması gerektiği görüşündeyiz.

2002 yılında yayımlanan Cape Town Palyatif Bakım Eğiticileri Bildirgesi’nde (Cape Town Bildirgesi) palyatif bakımın yaşamı kısıtlayan hastalığa sahip her yetişkin ve çocuğun hakkı olduğu; ağrı ve semptom yönetiminin bir insan hakkı olduğu belirtilmektedir<sup>523</sup>.

Hasta hakları uygulamalarında Avrupa Birliği ülkeleri arasında bir uygulama birliği sağlama amacıyla 2002 yılında Roma’da imzalanan Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi’nin ikinci bölümünde yer alan hastalara ait on dört haktan birisi, gereksiz ağrı ve acıdan kaçınma hakkıdır. Buna göre “*Her birey hastalığının her evresinde, ağrı ve acıdan mümkün olduğu kadar kaçınma hakkına*

<sup>522</sup> AYM, Ahmet Acartürk, para.56. Ayrıca bkz. AYM, T 21/2/2018, B. No: 2014/15355, Mehmet Çolakoğlu, para.50.

<sup>523</sup> “The Palliative Care Trainers Declaration of Cape Town 2002”, Journal of Palliative Medicine, c. 6 (Cape Town, 2003).

*sahiptir. Sağlık hizmetleri, kendilerini bu amaç için, palyatif tedaviler sağlamak ve hastanın bu tedavilere erişimini kolaylaştırmak gibi, gerekli tüm önlemleri alarak adanmalıdır.*"<sup>524</sup>.

2005 yılında 2'nci Kore Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Dernekleri Küresel Zirvesi'nde yayımlanan Hospis ve Palyatif Bakım Deklarasyonu'nda DSÖ'nün de tavsiye ettiği üzere hospis ve palyatif bakımın bütün hükümetlerin sağlık politikalarına dahil edilmesi gerektiği; hospis ve palyatif bakımın bir insan hakkı haline getirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır<sup>525</sup>.

2008 tarihli Palyatif Bakım İlişkin Ortak Bildiri'de birçok bireyin, organizasyonun ve ittifakın yıllardır pek çok yayın ve forumda palyatif bakım ve ağrı yönetimini temel insan hakkı olarak tanınmasına yönelik ihtiyacını ortaya koyduğu belirtilmektedir<sup>526</sup>.

2010 yılında gerçekleşen Uluslararası Ağrı Zirvesi'nde Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP) tarafından yayımlanan Montreal Deklarasyonu'nda ağrı tedavisi ile insan haysiyeti arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiş ve herkesin ağrı tedavisine erişim hakkı olduğu; ağrılarının nasıl kontrol edilip değerlendirileceği konusunda bilgi isteme; yeterli eğitimi almış kişiler tarafından değerlendirilme ve tedavi edilme hakkının tüm dünyada kabul edilmesi gerektiği vurgulanmıştır<sup>527</sup>.

2011 tarihli Lizbon Çağrısı'nda (Lisbon Challenge) Avrupa Palyatif Bakım Derneği ve Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği'nin palyatif bakım uzmanları, uluslararası sözleşmelere ve gerekli palyatif bakıma erişemeyen ağırlı hastaların ihtiyaçlarına dayanarak yerel hükümetleri uygun palyatif bakıma erişimi insan hakkı olarak tanımaya davet etmiştir<sup>528</sup>.

Avrupa Palyatif Bakım Birliği (EAPC), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü (IAHPC), Dünya Palyatif Bakım Birliği (WPCA) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (HRW), palyatif bakımın bir insan hakkı olarak tanınmasını teşvik etmek için hazırladığı 2013 tarihli Prag Sözleşmesi'nde BM sözleşmelerine atıf yapılarak palyatif

---

524 "European Charter of Patients' Rights".

525 "2 nd Global Summit of National Hospice and Palliative Care Associations Declaration on Hospice and Palliative Care" (Seul, 2005), [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/KoreaDeclaration2005\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/KoreaDeclaration2005_en.pdf).

526 International Association for Hospice and Palliative Care ve Worldwide Palliative Care Alliance, "Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights".

527 International Association for the Study of Pain Council, "Declaration of Montreal, Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right".

528 Lukas Radbruch vd., "The Lisbon Challenge: Acknowledging Palliative Care as a Human Right", Journal of Palliative Medicine, C. 16, S. 3 (2013), ss. 301–4, doi:10.1089/jpm.2012.0394, s.302.

bakıma erişimin kanuni bir zorunluluk olduğu ve uluslararası organizasyonlar tarafından insan hakkı olarak savunulduğu belirtilmektedir<sup>529</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında gerçekleşen Dünya Sağlık Toplantısında palyatif bakım ve temel ilaçlara erişimin erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkının gerçekleşmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir<sup>530</sup>.

Yukarıda bahsedilen bildireler palyatif bakımın ve ağrı yönetiminin insan hakları bağlamındaki gerekliliğine dikkat çekmekte ve palyatif bakımın insan haklarıyla ilgisini ortaya koyarken öne sürdüğümüz argümanları desteklemektedir. Ne var ki hükümet dışı organizasyonlar tarafından öne sürülen bu argümanlar tek başına hukuk normu olarak bağlayıcılık taşımaktan uzaktır<sup>531</sup>.

ESKH Komitesi, 14 no'lu Genel Yorum paragraf 34'te sağlık hakkını önleyici, tedavi edici ve palyatif bakım hizmetlerini de dahil edecek şekilde yorumlamıştır. ESKH Bildirgesi, taraf devletler için bağlayıcılık taşıyan bir belgedir. Türkiye'nin de taraf olduğu bu bildirenden sağlık hakkının (erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkı) palyatif bakımı da kapsayacak şekilde geniş yorumlandığı anlaşılmaktadır. O halde taraf devletlerin palyatif bakımı da içeren bir sağlık hakkını sunma yükümlülüklerinin olduğu açıktır.

Somerville'e göre kişiyi önlenebilir ağrı ve acı içerisinde bırakmak temel insan haklarının ciddi biçimde ihlali sayılmalıdır<sup>532</sup>. ESKH Bildirgesinde düzenlenen erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkının 14 no'lu Genel Yorum'da açıklanan boyutlarından bu hakkın ağrı ve acının önlenmesi ile palyatif bakımı da içerdiği anlaşılmaktadır. Anayasa m.90'a göre temel hak ve özgürlüklere ilişkin bir sözleşme niteliğinde olan Biyotıp Sözleşmesi<sup>533</sup> m.1'de taraf devletlerin insan haysiyetinin korunmasını güvence altına alacağı düzenlenmiştir. Madde 3'te taraf devletlerin sağlığa duyulan ihtiyaçları göz önüne alarak uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanmaya yönelik uygun önlemleri alacağı düzenlenmiştir. Hastanın yaşadığı önlenebilir ağrı ve acı içerisinde yaşaması

529 European Association for Palliative Care, "Prag Sözleşmesi".

530 World Health Organization, "Sixty-Seventh World Health Assembly", Wha67/2014/Rec/1, 2014, [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-en.pdf#page=59](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=59), s.37.

531 John Lombard, "Palliative Care as a Human Right", erişim 4 Mart 2022, <http://www.professionalpalliativehub.com/research/research-blog/palliative-care-human-right>.

532 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.548.

533 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılan Sözleşme'ye katılmanın uygun bulunduğuna dair Kanun, 9.12.2003 tarih ve 25311 sayılı RG'de Bakanlar Kurulu tarafından yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

da zalimane ve insanlık dışı muamele kapsamında kalacağından insan haysiyetini korumakla yükümlü olan devlet ağrı ve acının önlenmesi için uygun bakım ortamını sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca T.C. Anayasası m.17/1'e göre herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Madde 17/3'e göre hiçkimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir muameleye tabi tutulamaz.

Biyotıp Sözleşmesi m.4'te sağlık alanındaki bütün müdahalelerin ilgili mesleki yükümlülük ve standartlara uygun biçimde yapılmasını öngörmektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m.69'a göre hekimler, diş hekimleri, ebeler ve hemşireler bu kanunda düzenlenmeyen ve diğer kanun ve düzenlemelerle kendilerine verilen tüm görevlerini yerine getirmekle yükümlüdür. TDN m.14 ve HHY m.14'e göre hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmasa dahi ıstırabının azaltılması ve dindirilmesi gerekir. Ne var ki TDN ile HHY'de yer alan bu iki düzenleme palyatif bakımı bir insan hakkı olarak değil sağlık çalışanlarının yükümlülüğü olarak ele almaktadır<sup>534</sup>.

Türkiye'nin taraf olduğu ESKH Bildirgesi çerçevesinde palyatif bakımı da kapsayan bir "erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkı"nın benimsendiği; Biyotıp Sözleşmesi çerçevesinde insan haysiyetinin korunmasının esas alındığı ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini göz önüne alarak sağlık hizmetlerinin adil biçimde dağıtılacağı; Anayasa m.17 çerçevesinde bireyin, tedavinin mümkün olmadığı durumlarda dahi insan haysiyetine uygun bir tıbbi bakım talep etme, gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma haklarının koruma altına alındığı; sağlık çalışanlarına TDN ve HHY ile hastanın ıstırabını azaltma ve dindirme yükümlülüğü yüklendiği görülmektedir.

*"Yönetmelik, yasa, anayasa gibi belgelerle güvence altına alınan hukuki haklar, daha üst düzeydeki ahlaki hak iddialarını gereksiz hale getirir. Buna karşılık, hukuk kuralları o konuda bir yasak getirmekte, sessiz kalmakta ya da hakkı yeterince korumamakta ise"* insan hakları çatısı altında korunmaya değer bir talep söz konusu olur<sup>535</sup>. Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında palyatif bakıma erişimin münferit bir hak olarak tanınmasındansa sağlık hakkı (erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkı) kapsamında ele alınması gerektiği görüşündeyiz.

---

534 Bu husus, Dünya Tabipler Birliği Terminal Hastalığa İlişkin Venedik Bildirgesi'nde de hekimin yükümlülüğü olarak düzenlenmiştir. Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

535 Oktay Uygun, "İnsan Hakları Kuramı", İnsan Hakları, Yapı Kredi Yayınları, 2000, s.15.

Zira gerek uluslararası gerek ise yerel hukuki düzenlemeler ışığında palyatif bakıma erişim, devletin bireylere sağlamakla yükümlü olduğu bir haktır.

Sağlık hakkı, sosyal ve ekonomik haklar kategorisinde yer alsa da Anayasa Mahkemesi kararlarında devletin Anayasa m.56'dan doğan yükümlülüklerinin Anayasa m.17'de yer alan maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkından doğan pozitif yükümlülük kapsamında kabul edildiğini bir kez daha yinelemek gerekir. Buna ek olarak bir sosyal ve ekonomik hak olan sağlık hakkı kapsamında palyatif bakım hizmetine erişim, Anayasa m.65'te düzenlenen devletin mali kaynaklarının yeterliliği sınırlamasıyla karşılaşılabilecektir. Ne var ki insan haklarının gelişimi tedricidir. Devletin mali kaynaklarının yeterliliği sınırına takılmadan da sağlık hakkının, palyatif bakıma erişimi mümkün kılınacağı şekilde geliştirilmesi mümkündür. Örneğin; günümüzde aile hekimliği uygulaması ülke genelinde yaygınlaşmış ve her bireyin bir aile hekimine bağlı olacağı şekilde düzenlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti olan aile hekimliği kapsamında aile hekimlerine palyatif bakımla ilgili meslek içi eğitim verilmesi, temel ilaçların aile hekimleri tarafından reçete edilebilmesinin sağlanması ve bu ilaçların tamamının finansmanının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanması akla gelen ilk önlemler arasındadır. Aile hekimlerinin palyatif bakım sürecine dahil olması hastalığın teşhis edildiği andan itibaren hastanın her aşamada palyatif bakıma erişebilmesi açısından önemlidir. Bunun dışında ayakta tedavi hizmetlerinin sunumunda 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun m.13'e işlerlik kazandırarak sevk zinciri sisteminin uygulanması, ikinci – üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gerçek anlamda ihtiyaç duyan yaşamı sınırlayıcı hastalığı olan kişiler gibi hasta gruplarının erişimini kolaylaştıracak ve yanlış uzmanlık dallarına başvuru yapılmasını önleyerek mevcut kaynakların daha akılcı kullanılmasını sağlayacaktır. Tüm bunlara ek olarak morfin bazlı ilaçların tıbbi amaçlarla kullanımının yaygınlaştırılması; opiofobinin önlenmesi için tüm hekimlere opioidlerle ilgili eğitim verilmesi; tıp fakültelerinde, diş hekimliği fakültelerinde, hemşirelik fakültelerinde ve diğer sağlık eğitimlerinde palyatif bakıma ilişkin eğitimlerin müfredata dahil edilmesi; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık meslek mensuplarına palyatif bakıma ilişkin meslek içi eğitim verilmesi ve bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması; belediyeler tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin palyatif bakım yaklaşımına uygun biçimde yeniden düzenlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre olarak faaliyet göstermesi; aile sağlığı merkezleri ile evde sağlık hizmetlerine sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, ergoterapist, sağlık bakım teknisyeni, manevi destek uzmanı gibi meslek



elemanlarının dahil edilmesi; devletin mali kaynaklarını zorlamadan alınabilecek birincil önlemler arasında sayılabilir<sup>536</sup>.

Münferit bir hak olarak tanınsın veya tanınmasın, devletin palyatif bakıma erişim sağlama yükümlülüğü kapsamındaki palyatif bakımın içeriğinin belirlenmesi gerekir. Bu içerik belirlenirken palyatif bakımın tanımından<sup>537</sup> yola çıkılabilir ve içerik zamanla geliştirilebilir<sup>538</sup>.

Palyatif bakıma erişimin geliştirilmesi için palyatif bakım camiasının kullandığı bir takım insan hakları mekanizmalarının varlığına dikkat çekilmektedir<sup>539</sup>. Bunlar:

1. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konseyi Sağlık Hakkı Özel Raportörüyle yazışmalara girişmek,
2. Belirli ulusal ve uluslararası palyatif bakım konularının ana hatlarını belirlemek,
3. ESKH Bildirgesini imzalayan devletlerin palyatif bakıma ilişkin “temel yükümlülükler” uyumunu sorgulamak,
4. Palyatif bakımı sağlık hizmetlerinin esaslı unsuru olarak benimseyen açıklamalar yapmak, devletlerden beklenen temel yükümlülükleri tanımlamak ve DSÖ'nün çalışmalarını desteklemek,
5. BM İnsan Hakları Konseyi'ne şikayet başvurusu yapmak,

olarak sıralanmıştır. Bu yöntemler kuşkusuz ülkemizde de özellikle hükümet dışı örgütler ve akademik camia tarafından palyatif bakıma erişimin sağlık hakkının gerçekleştirilmesi ve devletlerin yükümlülüklerinin hatırlatılması bağlamında kolayca uygulanabilir yöntemlerdir.

---

536 Bu bölümde bkz. I.A.4. Bakım – Tedavi Ayrımı ve Tıbbi Özen Yükümlülüğü.

537 Önceki bölümde bkz. I.A. Palyatif Bakım Kavramı.

538 Brennan, Gwyther, Harding, Palliative Care as a Human Right, s.26.

539 Liz Gwyther, Frank Brennan, Richard Harding, “Advancing Palliative Care as a Human Right”, Journal of Pain and Symptom Management, C. 38, S. 5 (2009), ss. 767–74, doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003, s.771.

## II. PALYATİF BAKIM HASTASINA İLİŞKİN HUKUKİ KONULAR

Palyatif bakıma erişim, palyatif bakımın uygulanması ve kapsamına ilişkin pek çok sorun sayılmaktadır ve bunların çözümü gerek uluslararası gerekse ülkesel bazda oluşturulacak sağlık politikalarıyla gerçekleştirilebilir. Sağlık çalışanlarının ölüm olgusuyla başa çıkmada yaşadıkları güçlükler ve ölümü bir yenilgi olarak görmeleri; temel ilaçlara erişim; hekimlerin opioidlere ilişkin önyargı ve korkuları; sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda yeterince eğitilmemeleri; sağlık çalışanlarının iş yükü; palyatif bakıma ilişkin bir mevzuatın bulunmaması; palyatif bakım kapsamında olması gereken pek çok hizmetin sosyal güvenlik sandıklarınca karşılanmaması; hekimin terminal dönem hastaya iyileştirme amaçlı yaklaşımı; palyatif bakım uygulamalarına yönelik genel kabul görmüş bir tıbbi kılavuzun olmaması; palyatif bakım hizmetlerinin genellikle kanser hastalarına dönük kurgulanması; hasta ve hasta yakınlarının palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olmaması; hasta ve hasta yakınlarının ölüm hakkında konuşmaktan kaçınmaları gibi pek çok sorunun çözümünün sağlık politikalarında yapılacak değişikliklerle sağlanabileceği görüşünderiz. Çalışmamızda sağlık politikalarında değişiklik gerektiren bu konulara ayrıca yer verilmemiştir<sup>540</sup>.

Bunun yanında palyatif bakımın yaygınlaşması ve uygulanması sürecinde uygulayıcıların karşısına hukuken sorunlu pek çok alan çıkacaktır. Bu sorunlu alanlarda çözüm üretmek hukuk bilgisine sahip olmayan bir sağlık çalışanı açısından

---

540 Palyatif bakıma ilişkin sorunların ele alındığı bazı çalışmalar için bkz. Temelli, Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları, s.9. Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, s.19. Yılmaz, Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri, s.17. Karadeniz Tekin, Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, s.55. World Health Organization, "Access to Controlled Medications Programme", Geneva, 2007, [https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/Framework\\_ACMP\\_withcover.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf), s.57. İlhan, Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi, s.26. Turgay, Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, s.24. Demirgil, Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri, s.87, 97, 98. Aksakal, Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma, s.22, 24. Lopez-Acevedo vd., "Palliative and Hospice Care in Gynecologic Cancer: A Review", s.216. Kabalak, Öztürk, Çağil, "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım", s.69. Kelley, Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill", s.752. Bilen, "Palyatif Bakım", s.28, 29. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, s.28, 31. World Palliative Care Alliance, Global Atlas of Palliative Care. World Health Organisation, "Palliative Care Key Facts". T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Özçelik, Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi, s.64. Işıkhani, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.109-111. Star Gazette, "What You Should Know About Palliative Care". Meltem Uyar, İdris Şevki Köken, "Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler", Onkolojide Palyatif Bakım, ed. F. Çay Şenler, Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020, s.12.

kolay olmayacağı gibi sağlık hizmetlerinin doğasını bilmeyen veya sağlık hukuku alanında bilgi sahibi olmayan bir yargıç açısından da kolay olmayacaktır. Bu sorunlu alanların başlıkları esasında yalnızca palyatif bakımla ilişkili değildir; ancak palyatif bakımda, özellikle de terminal dönemde karşılaşılması pek muhtemeldir. Bu sorunların neler olduğu ve bu sorunlara yönelik çözüm arayışları literatürden ve uygulamadan edinilen bilgiler ışığında tartışılacaktır.

Aşağıda tartışılacak başlıklar genel olarak terminal döneme ilişkin tıbbi karar süreçleriyle ilgili tıbbi ve hukuki açıdan tartışılmalı konu başlıklarıdır; fakat bu konu başlıkları çalışmamızda yer verdiklerimizden ibaret değildir. Ötanazi ve hekim yardımı intihar gibi ülkemizdeki yasal düzenlemelerin açıkça yasakladığı konular da vardır fakat çalışmamızın bu bölümünde hukuk düzeni içerisinde uygulanmasını mümkün veya yakın gelecekte olası gördüğümüz konulara öncelik vermeyi tercih etmekteyiz. Bu bölümde palyatif bakımla ilişkilendirdiğimiz; her biri hukuken tartışılmalı olan fakat hukuk ve tıp uygulamasında aydınlatılmaya ihtiyaç duyan çift etki doktrini, nafile tedavi, tedaviyi reddin kişinin yaşamını sona erdirmesi, bilinci kapalı hastanın temsilini inceleyeceğiz. Son olarak ise TDN m.14/2 ve HHY m.19'da yer alan, hastanın sağlık durumu üzerinde kötü etki yaratmaması için gerçeğin gizlenmesini inceleyeceğiz. Bunun yanında tıbbi kaynakların adil dağılımı konusu hem palyatif bakımla ilişkili hem de hukuki yönü olan bir konudur. Tıbbi kaynakların adil kullanımı, hiçbir yaşam sonu kararına açıkça dayanak teşkil etmese de Biyotıp Sözleşmesinde ve tıp etiğinde hekime bu hususu göz önünde bulundurma yükümlülüğü yüklenmiştir. Kanımızca bu konunun hukuken tartışılması ve uygulamaya yönelik sınırların belirlenmesi gerekir fakat palyatif bakıma yönelik hukuki yaklaşımların kapsamını aşacağı düşüncesiyle tıbbi kaynakların adil dağılımı konusuna çalışmamızda ayrıca yer verilmeyecektir.

## **A. TERMİNAL DÖNEM HASTA AÇISINDAN ÇİFT ETKİ DOKTRİNİ**

### **1. ÇİFT ETKİ DOKTRİNİ (ÇED)**

Çift etki doktrini, genellikle olumlu sonuçları olan bir eylemin, bu sonuçların yanında olumsuz sonuçlara yol açsa dahi, savunulması için kullanılan bir yaklaşımdır<sup>541</sup>. Katolik öğretisinde St. Thomas Aquinas tarafından meşru müdafaanın

---

541 Hannah Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", BMC Medical Ethics, C. 22, S. 1 (2021), ss. 1–9, doi:10.1186/s12910-021-00709-0, s.1. Robert M. Veatch, Biyoetiğin Temelleri, ç. Tolga Güven, Şefik Görkey, 1. b., AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık, 2010, s.98.

ahlakiliğini tartışmak için öne sürülmüştür<sup>542</sup>. Buna göre biri iyi diğeri kötü olmak üzere iki sonucu olan tek bir eylemi gerçekleştiren kişinin niyetinin kötü olan sonuca ulaşmak olmamasının, kötü sonucun amaçlanan iyi sonucun ardıl (dolaylı) etkisi olduğundan eylemi gerçekleştiren kişinin sorumlu tutulamayacağını öne sürer<sup>543</sup>. Örneğin; tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktan dolayı dayanılmaz ağrılar içerisinde olan bir hastaya uygulanan sedasyon, hastanın dayanılmaz acılarını yok eder fakat bunu hastanın bilincini kaybetmesi yoluyla yapar. Hastanın bilincinin kapanması ise hastanın ölümünün çabuklaşmasına sebebiyet verebilir. Bu durumda hekimin eyleminin biri iyi diğeri ise kötü iki sonucu olur: dayanılmaz ağrının dinmesi (iyi sonuç) ve ölümün hızlanması (kötü sonuç). ÇED'e göre böyle bir hastaya sedasyon uygulayan hekimin esas amacı kötü sonuca ulaşmak (hastanın ölümünü çabuklaştırmak) değil de iyi sonuca ulaşmak (dayanılmaz ağrılarını dindirmek) olduğu sürece kötü sonucun (ölüm sürecinin hızlanmasından) gerçekleşmesinden sorumlu tutulamaz. Bu durumda kötü sonuç (ölümün hızlanması), eylemi gerçekleştiren (sedasyon uygulayan) hekimin arzu ettiği bir sonuç değildir. Hekim, iyi sonucu gerçekleştirmeyi (hastanın dayanılmaz ağrılarını dindirmeyi) amaç edinir. Ne var ki bunun için kullanılan araç kötü sonucun da gerçekleşmesine (ölümün hızlanmasına) sebep olur. Bu durumda kötü sonuç (ölümün hızlanması) hekimin niyet ettiği bir sonuç değil hekimin olumlu bir amaç uğruna gerçekleştirdiği eylemin (dayanılmaz ağrıyı dindirmenin) bir ardıl etkisidir.

Doktrine göre, ahlaki olarak yasaklanmasına neden olacak sonuçları olan bir eylem, sonuçlar öngörülmesine rağmen bu kötü sonuçlar amaçlanmamışsa, belirli koşullar altında ahlaki olarak izin verilebilir (hatta övülebilir)<sup>544</sup>.

ÇED'e ilişkin geleneksel yaklaşımda eylemin uygulanabilirliği için aşağıda yer alan dört şartın dördünün de aynı anda yer alması gerekir<sup>545</sup>. Buna göre biri iyi

---

542 Bonnie Steinbock, "Introduction", içinde Killing and Letting Die, ed. Bonnie Steinbock (Prentice Hall, 1980), 1–19. içinde İnceoğlu, Ölme Hakkı (Ötanazi), s.150. Alison McIntyre, "Doctrine of double effect", içinde The Stanford Encyclopedia of Philosophy, ed. Edward N. Zalta, Spring 201 (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019), <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/double-effect/>. Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.2. Linda Farber Post, Jeffrey Blustein, Handbook for Health Care Ethics Committees, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2021, s.194.

543 Steinbock, "Introduction". içinde İnceoğlu, Ölme Hakkı (Ötanazi), s.150. McIntyre, "Doctrine of double effect". Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation" s.2. Linda Farber Post, Jeffrey Blustein, Handbook for Health Care Ethics Committees, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2021, s.194.

544 Foster vd., "The Double Effect", s.57. Ayrıca bkz. Ben Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", Intensive Care Medicine, C. 36, S. 12 (2010), ss. 2145–48, doi:10.1007/S00134-010-1953-Y, s.2147.

545 Daniel P. Sulmasy, 'Reinventing' the Rule of Double Effect, The Oxford Handbook of Bioethics, ed. Bonnie Steinbock, Oxford University Press, 2009, s.117.

diğeri kötü olmak üzere iki sonucu olan tek bir eylemi gerçekleştiren kişinin eylemin kötü sonucu nedeniyle sorumlu tutulamaması için;

- Eylemin kendisinin iyi bir eylem olması veya en azından zararsız bir eylem olması; (acıyı dindirmek için ağrı kesici vermek)
- Eylemin kötü sonucunun değil iyi sonucunun amaçlanmış olması; (ölümü hızlandırmayı değil ağrıyı dindirmeyi amaçlamak)
- Eylemin iyi etkisine kötü sonucun sebep olmaması; (ağrı yitiminin ölüm sayesinde olmaması)
- Kötü etkinin gerçekleşmesine izin vermek için makul (orantılı) derecede ciddi bir sebebin olması (hastayı dayanılmaz ağrılarla baş başa bırakmamak gibi) gerekir<sup>546</sup>.

Sulmasy'e göre ÇED'in uygulanabilirliği için öne sürülen bu dört şart yeterli değildir ve daha detaylı bir değerlendirme yapılmalıdır. Yazara göre bir kimse iyi bir davranış gerçekleştirmeye yönelik özel bir yükümlülük (ağrıyı dindirme) ile kötü davranıştan kaçınmaya yönelik genel bir yükümlülük (öldürmeme yükümlülüğü) arasında ikilemde kalırsa aşağıdaki koşullar göz önünde bulundurulmalıdır:

- Bu ikilem kasıtlı bir eylemin doğurduğu iki öngörülebilir sonuçtan (ağrı yitimi ve ölüm) kaynaklanmalıdır;
- Eylemin kendisi (örneğin morfin verilmesi) ahlaki olarak iyi veya en azından zararsız olmalıdır;
- Yükümlülüklerin doğurduğu ikilem, sonuçlardan birini kasıtlı olarak gerçekleştirmek (ağrı yitimi) ahlaken iyiyken diğerini kasıtlı olarak gerçekleştirmenin (ölümü hızlandırmanın) ahlaken kötü olmasından kaynaklanmalıdır;
- Olumlu etkiye (ağrı yitimi) ulaşabilmek için kötü etkinin (ölümün hızlanması) gerçekleşme ihtimalinin daha düşük olduğu tüm makul alternatif yollar tüketilmelidir;
- İyi ve kötü etkilerin ortaya çıkacağıının eylemi gerçekleştiren (hekim) tarafından öngörülmesi gerekir;
- Kişinin öncelikli niyetinin iyi etkiyi meydana getirmek iken ortaya çıkması öngörülen etki (ölümü hızlandırma) eylemi gerçekleştiren kişinin (hekimin) amacı olmamalıdır;

---

546 Joseph T Mangan, "An Historical Analysis of the Principle of Double Effect", *Theological Studies*, C. 10, S. 1 (1949), ss. 41–61, doi:10.1177/004056394901000102, s.60-61.

- Kişi (hekim), birincil niyetiyle (ağrı yitimi) ilgili olarak samimi ve akılcı davranmalıdır;
- Eylem (morfin verilmesi) gerektiği ölçüde orantılı olarak gerçekleştirilmelidir. Öyle ki;
  - İyi etki, kötü etkiye (ağrı yitimi, ölümün hızlanmasına) göre orantılı olmalıdır;
  - Eylemi gerçekleştirmek için kullanılan yöntemler<sup>547</sup> beklenen etkiyi gerçekleştirmek için orantılı olmalıdır<sup>548</sup>.

Yazara göre yukarıdaki sayılan koşulların varlığı halinde eylemi gerçekleştiren kişi niyet ettiği sonuca (ağrı yitimi) yönelik kasıtlı eylemlerinin tüm iyi ve kötü etkilerinden ahlaken sorumludur fakat eylemin kötü etkisine (ölüme) sebep olduğu için ahlaken sorumlu değildir<sup>549</sup>. Sulmasy, geleneksel dört şartın daha detaylı bir çözümlemesini yaparak eylemin amacı, sonucu ve orantılılığıyla ilgili daha detaylı bir değerlendirme yapma fırsatı sunmuştur.

ÇED, eylemi gerçekleştiren kişinin eyleminin doğurduğu iyi ve kötü sonuçların dengesi ile ilgilidir<sup>550</sup>. Bu denge, gerek Sulmasy'nin yaptığı çözümlemede gerekse yukarıda bahsettiğimiz geleneksel yaklaşımdaki orantılılık unsuruyla karşılık bulmaktadır.

ÇED genellikle, bir kişinin eyleminin yalnızca bir yan etkisi olarak öngörülen ve kasıtlı olarak gerçekleştirilmesine izin verilmeyen bir sonucun meydana gelmesine bazı durumlarda izin verilebileceği iddiasını içerir. ÇED, acıyı dindirmek amacıyla ölüme neden olmakla palyasyonun yan etkilerine katlanmayı birbirinden ayırır. Çift etki doktrininde müdahaleyi gerçekleştiren kişinin zarar vermeyi amaçlamadığına dair ahlaki bir ön kabul yer alır. Diğer taraftan, ağrıyı azaltmak için yapılan müdahalenin yan etkisi olarak ölümü hızlandıran ÇED, ölümü hızlandırmak için yapılan müdahalenin yan etkisi olarak ağrının azaltılmasından farklı tutulmaktadır<sup>551</sup>. Bu bakımdan çift etki, hastanın ağrılarını azaltmak amacıyla hastanın ölümünün amaçlandığı aktif ötanazi veya hekim yardımcı intihardan farklıdır. Aktif ötanazi ile

547 Yöntem kelimesinden ilacın uygulanma yöntemi değil uygulanan ilacın dozunun ve dolayısıyla dozun meydana getirdiği yan etkinin anlaşılması gerektiği görüşüdeyiz.

548 Sulmasy, 'Reinventing' the Rule of Double Effect, s.120-121.

549 Sulmasy, 'Reinventing' the Rule of Double Effect, s.121.

550 Charles Foster vd., "The Double Effect", Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, C. 20, S. 1 (2011), ss. 56-72, doi:10.1017/S0963180110000629, s.56.

551 Allison McIntyre, "The Double Life of Double Effect", Theoretical Medicine and Bioethics, C. 25, S. 1 (2004), ss. 61-74, doi:10.1023/B:MET.A.0000025095.73394.34, s.66.

hekim yardımlı intiharda hastanın ağrılarını dindirmek için kullanılan yöntem, hastayı öldürmek veya ölmesine yardımcı olmaktadır.

## 2. ÇED – Palyatif Bakım İlişkisi

Palyatif bakım uygulamaları, ÇED'le ilişkilendirildiğinde hastanın acısının dindirilmesi iyi etki, bilincin kapanması ve potansiyel olarak ölümü ise kötü etki olarak tanımlanmaktadır<sup>552</sup>. Ne var ki bu durum palyatif bakımın DSÖ tarafından yapılan tanımıyla<sup>553</sup> çelişmektedir. Zira tanımda, palyatif bakımın amacının yaşamı uzatmak veya ölümü çabuklaştırmak olmadığı belirtilmektedir. Bu pencereden bakıldığında palyatif bakımla ÇED arasındaki ilişkinin mutlak bir ilişki olmadığını belirtmek gerekir.

Hunt, DSÖ'nün palyatif bakıma ilişkin yapmış olduğu tanımda palyatif bakımın amacının yaşamı uzatmak veya ölümü hızlandırmak olmadığı açıklamasının yanında ÇED'den bahsetmeye gerek olmadığını ileri sürmektedir. Buna göre palyatif bakım ancak hastanın ölümünü hızlandığında ÇED gündeme getirilmelidir. Oysa bazı palyatif bakım uygulamalarının yaşamı uzattığı bazılarının ise ölümü hızlandığı öne sürülmektedir. Bu sebeple palyatif bakım uygulayıcılarının palyatif tedavilerinin bu etkilerini hastalarla ve hasta yakınlarıyla tartışması gerektiği belirtilmektedir<sup>554</sup>. Gerçekten de ölümü çabuklaştıran müdahaleler kadar yaşamı uzatan müdahalelerin de hasta ve/veya hasta yakınlarıyla konuşulması hastanın bireysel özerkliğini koruması ve tedavinin edilgen objesi olmasının önüne geçilmesi bakımından önemlidir.

Dünya Tabipler Birliği Terminal Hastalığa İlişkin Venedik Bildirgesi'nde hastanın tedaviyi reddetme ve ıstırapı dindirmek için palyatif önlemler talep etme hakkının olduğu ve bu tip müdahalelerin hastanın ölüm sürecini hızlandırma şeklinde ek bir etkisinin de olabileceği belirtilmektedir. Bildirgeye göre bu tip durumlarda hekimlere yüklenen ödev ölümü hızlandıran müdahalelerden kaçınmak değil hastanın bu tip isteklerinin hasta ve hasta yakınlarıyla tartışılmasıdır. Bildirgede ayrıca hekimlerin hastanın ihtiyacına uygun düşen agresif ağrı tedavilerini hukuki veya mesleki yaptırımla karşılaşma korkusu yaşamadan sürdürmesi ihtiyacı belirtilmiştir<sup>555</sup>.

552 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.2.

553 Önceki bölümde bkz. I.A.Palyatif Bakım Kavramı.

554 Roger Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", Progress in Palliative Care, C. 6, S. 6 (1998), ss. 213–15, doi:10.1080/09699260.1998.11746819, s.213.

555 Association, "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness".

Palyatif bakım ile ÇED arasındaki ilişkinin mutlak bir ilişki olmadığını kabul etmekle birlikte tıbbi müdahalelerde ÇED'in gündeme geldiği en sorunlu alan terminal dönem hastaya ilişkin uygulamalardır. Eylemin bir amaçlanan iyi sonucu, bir de arzu edilmeyen fakat iyi sonuca kıyasla kabul edilebilir hafiflikte kötü sonucunun olması sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan bir tablodur. Ne var ki ÇED, terminal dönem hastaya uygulanan palyatif bakımda hararetli bir tartışmaya neden olmaktadır. Zira palyatif bakım bağlamında bahsedilen çift etki aslında bir ölüm – kalım konusudur. Hatta Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri'nden biri olan Palyatif Bakım Hizmetleri Bildirgesi'nde *“Acıyı dindirmek için uygulanan bir yöntemin istenmeyen sonucu yaratması olarak tanımlanan çifte etki, ağrı kesicilerin endikasyon sınırları içinde kullanımına engel olmamalıdır.”* ifadesi yer almaktadır<sup>556</sup>.

Terminal dönem hastaya ilişkin palyatif bakım yaklaşımlarında gündeme gelen ÇED'le ilgili sağlık hukuku alanında yapılmış Türkçe çalışmaların sayısı azdır. Konunun hem çalışmamızla olan yakın ilişkisi hem de sağlık hukuku alanında ÇED'le ilgili gelecekte yapılacak çalışmalara katkı sağlaması açısından ÇED'in hukukiliğini tartışmak gerekir.

### **3. ÇİFT ETKİ DOKTRİNİNE YÖNELTİLEN ELEŞTİRİLER**

ÇED'in tıbbi bir olguya nasıl uygulanacağına dair genel kabul görmüş bir yöntem bulunmamaktadır; zira yaşam sonunda ÇED'in uygulaması tartışmalıdır. Bu tartışmalar ÇED'in bir yükümlülük olmasından başlayıp uygulanmasına gerek olmadığına ve hatta öldürme niyetiyle hareket eden hekimlerin bu niyetini gizleme aracı olarak kullanılabilmesine varan geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu tartışmalara aşağıda kısaca değinilecektir. Ahlakiliği ve gerekliliği tıbben tartışmalı olan bir kavramın hukukiliğini değerlendirmek daha da güçtür; çünkü hukuki tartışmaya dayanak teşkil edecek ahlaki çıkarımların dahi zemini kaygandır.

ÇED'in uygulanmasına ilişkin geleneksel yaklaşımda benimsenen dört şart i) zararsız olan bir eylemin gerçekleştirilmesi, ii) eylemin iyi ve kötü etkisinden iyi olanın amaçlanması, iii) kötü sonucun eylemin yan etkisi olması, iv) kötü sonucun ortaya çıkması için makul (orantılı) bir gerekçenin olması, şeklinde özetlenebilir. ÇED'e yöneltile eleştiriler de bu dört şartın yetersizliğine işaret etmektedir.

---

<sup>556</sup> Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, 2020, <http://www.ttb.org.tr>, s.41-42.



### a) İYİ – KÖTÜ AYRIMINA YÖNELİK TARTIŞMA

Eleştirilerin bir kısmı eylemin sonuçlarının iyi ve kötü olarak kategorize edilmesiyle ilişkilidir. Çift etki doktrininde öngörülen sonuçları iyi ve kötü olarak etiketlemek iyiyi ve kötüyü ayırt etmeye yarayan açık ahlaki çerçeve ve yaklaşımlara dayanmaktadır. Hangi ahlaki çerçevenin acıyı dindirmeyi, ölümü hızlandırma veya ölüme neden olmaya kıyasla “iyi” kıldığı açık değildir<sup>557</sup>. Hunt, terminal dönem hastaların %5 ila %10'unun ötanazi isteklerinin olmadığı fakat yaklaşan ölümlerini kabullendikleri; ölümü bir kurtuluş veya bir nimet olarak gördüklerini ortaya koyan çalışmalar olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla Hunt'a göre bu kişiler ölümü kötü veya kaçınılması gereken bir durum olarak görmemektedir<sup>558</sup>. Gerçekten de ölümün mutlak kötü olarak etiketlenmesi yaşamın kalitesini göz ardı edecek biçimde kişilerin ne pahasına olursa olsun yaşatılmasına yönelik bir yükümlülük doğurur. Kanımızca iyi ve kötüye ilişkin ahlaki bir değerlendirme, hastanın bu konudaki ahlaki değerlerini bilmeden yapılmamalıdır.

### b) ORANTILILIK TARTIŞMASI

Orantılılık, genel olarak tıp etiğinde tıbbi müdahalenin hastaya sağlayacağı yarar ile hasta üzerinde doğuracağı külfetin karşılaştırılmasında başvurulan bir ilkedir<sup>559</sup>. Eylemin iyi bir etkisinin olması, eylemin öngörülen zararlı etkilerini meşrulaştırıp meşrulaştırmayacağını da tartışılmasını gerektirir<sup>560</sup>. Bir örnekte hastanın tıbbi durumundan ölüm sürecinde olduğu açıkça anlaşılabilirliği belirtilmektedir. Hasta açıkça ağrı tedavisi talep etmese de hızlı nefes alıp verme, hızlı nabız, yüksek kan basıncı, terleme, yüzünü buruşturma gibi acı çektiğine dair klinik belirtiler vermektedir. Hastanın geri döndürülemez bir ölüm sürecinde olduğu açıkça öngörülebilme ve hastaya refakat eden kardeşi de bu durumun farkında olduğunu açıkça dile getirmektedir. Hastanın ölüm süreci geri döndürülemez de çektiği acı ve ağrıya müdahale etmek mümkündür. Bu örneğin aktarıldığı Etik Komiteler için Tıbbi Bakım El Kitabı'nda bu hastaya tıbben yapılabilecek tek müdahalenin acısını ve ağrısını dindirmek ve kalan zamanını katlanılır kılmak olduğu belirtiliyor. Bu amaçla

557 Faris vd., “Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation”, s.2.

558 Roger Hunt, “A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care”, *Progress in Palliative Care*, C. 6, S. 6 (1998), ss. 213–15, doi:10.1080/09699260.1998.11746819, s.214.

559 Nermin Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, *Çağdaş Tıp Etiği*, ed. Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, Şahin Aksoy, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003, ss. 328–57, s.333.

560 Quill, Dresser, Brock, “The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making”, s.1770.

da hastaya uygulanacak palyatif bakımda ÇED yaklaşımı benimsenerek analjezinin yan etkilerinin doğurduğu zararın meşrulaştırılabileceği ifade ediliyor<sup>561</sup>.

Eylemin iyi bir etkisinin olmasının, öngörülen zararlı etkileri meşrulaştırıp meşrulaştırmayacağına cevap ararken pek çok tıbbi değişkenin hesaba katılması gerekliliği yanında kötü sonucun doğmasına sebep olan eylemin orantılılığının da hesaba katılması gerekir<sup>562</sup>. Tıpkı iyinin ve kötünün değerlendirilmesine ilişkin yukarıda verdiğimiz örnekte olduğu gibi orantılılığın değerlendirilmesinde de hastanın yaklaşımı önemlidir. Bazıları, çektikleri ağrı ve acıdan kurtulmak için tamamen uyuşturulmuş olmayı tercih edebilecekken, bazıları ise devam eden acı veya ıstıraplara rağmen az da olsa bilinçlerinin açık olmasını tercih edebilecektir<sup>563</sup>.

ÇED'e ilişkin bir başka tartışma, hastanın dayanılmaz ağrılarının giderilmesi için palyatif sedasyonun uygulandığı durumlarda gerçekten de hastanın yaşamını kısaltıp kısaltmadığına ilişkindir; zira ÇED'in savunulmasının nedeni, palyatif sedasyonun ölümü çabuklaştırdığı ön kabulüne dayanmaktadır. Hastanın bilincini zayıflatılarak ağrı ve sıkıntı konusundaki farkındalığını azaltmak olarak anlaşılan sedasyon, sıklıkla ve çok çeşitli tıbbi bağlamlarda kullanılan yaygın bir müdahaledir<sup>564</sup>. Palyatif sedasyonda ise analjezi (ağrı yitimi) ile sedasyonun ölümü hızlandırmadığına dair kanıtlar olduğu belirtilmektedir<sup>565</sup>. Diğer bakım ortamlarındaki durum bilinmese de palyatif bakım bağlamında sedasyonun hastaların yaşamlarını kısaltmadan gerçekleştirildiğini gösteren kanıtlar, ÇED'e başvurmaya ihtiyaç duyulmadığı düşüncesini güçlendirmektedir<sup>566</sup>. Tüm bunların yanında tıptaki ilerlemeler de bu düşüncüyü güçlendiren sonuçlar ortaya koymaktadır. Gerçekten de palyatif bakım

561 Post, Blustein, Handbook for Health Care Ethics Committees, s.194.

562 Bu konunun daha detaylı değerlendirmesi için bu bölümde bkz. II.A.4.Çift Etki Doktrininin Hukukiliği.

563 Bernard Lo, Gordon Rubenfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients 'We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked'", JAMA, C. 294, S. 14 (2005), ss. 1810–16, doi:10.1001/jama.294.14.1810, s.1813. Ayrıca bkz. Ersoy, "Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I", s.333.

564 Josep Porta-Sales, "Palliative sedation: clinical, pharmacological and practical aspects", Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives, ed. Freddy Mortier, Raus Kasper, Sigrid Sterckx, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013, ss. 65–85, <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=622103&lang=tr&site=eds-live>, s.65.

565 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.4. Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", s.2147. Ayrıca ölüm riskinin çok düşük olduğu ve yeni preparatların yan etkilerinin az olduğu hakkında bkz. Hilal Özkaya, İlhan İlkılıç, "Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar", Palyatif Bakım ve Tıp, ed. Adem Akçakaya, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 2019, ss. 777–88, <http://www.idealonline.com.tr/IdealOnline/kitap/book/1978>, s.782. Yüksek doz opioid kullanımının yan etki riskini arttırmadığı; bu yüzden kanser hastalarında gerektiğinde opioid dozunun yükseltilebileceği hakkında bkz. Fatih Karataş, "İleri Evre Kanser Hastalarında Opioid Kullanımı", *Ortadoğu Tıp Dergisi* 10, sayı 2 (02 Mart 2018): 93–97, <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.343002>, s.96-97.

566 Sykes, "Clinical aspects of palliative sedation", s.99.

teknikleri geliştikçe ve ağrıyı yönetmek için yeni teknikler geliştirildikçe, geçmişte ağrının giderilmesi sırasında ölümü hızlandırmak için yeterli bir gerekçe olabilecek durumlar, şimdi geçersiz olabilir; çünkü mevcut tekniklerin ölümü hızlandırmadan ağrıyı yönetmek için daha iyi çözümler sunduğu belirtilmektedir<sup>567</sup>.

### c) AHLAKİ İNDİRGEMECİLİĞE İLİŞKİN TARTIŞMA

ÇED'in dört temel kriterinin idrar yolu enfeksiyonunu tedavi etmek için reçete edilen antibiyotiğin alerjik etki yaratması gibi her gün gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler için savunulabilir bir yaklaşım olduğu halde yalnızca terminal dönem hastalar için uygulanması eleştirilmektedir. Bu eleştirinin dayandığı hipotezi desteklemek için yapılan fakat sistematik olmayan bir araştırmada PubMed veri tabanında 17 Haziran 2020 tarihine kadar yayımlanmış ve ÇED'e atıf yapan 627 yayının %68.9'unun yaşam sonu bakımı ile ilgili olduğu görülmüştür. Ayrıca palyatif sedasyona ilişkin etik tartışmaların çoğunda ÇED'e atıf yapıldığı görülmüştür<sup>568</sup>.

ÇED'e yalnızca terminal dönem hastalara ilişkin tartışmalarda başvurulması, ÇED'in palyatif bakım süreçlerindeki etik zorluklarla karşılaşan hekimlerin karar almayı basitleştirmeye yarayan bir etik indirgemecilik biçimi olarak yorumlanmaktadır<sup>569</sup>.

Bu doktrinin tıp etiğinde ve palyatif bakım uzmanlık alanında kullanılmasıyla ilgili temel sorun, sağlık profesyonellerinin birçoğunun dört koşulun farkında olmaması, bunları anlayamaması veya hatırlayamaması olarak görülmektedir. Buna göre, doktrinin basitçe, hastanın ölümü gibi kötü bir etkiye sahip bir eylemin, önceden öngörülmüş olmasına rağmen, fail kötü etkiyi amaçlamadıysa haklı olduğu anlamına geldiğini düşündüğü ileri sürülmektedir<sup>570</sup>. Bu durumda ÇED yalnızca etik indirgeme aracı olmakla kalmamakta, aynı zamanda doktrinin kendisinin de etik açıdan basite indirgenmediği açıkça görülmektedir.

Bir diğer eleştiri konusu ise ÇED'in karar alıcı doktorları kendi değerler sistemi ve beklentileri doğrultusunda karar alan varlıklar değil de belirli kural ve yönergeler izleyen rasyonel varlıklar yerine koymasına ilişkindir. Bu eleştiriye göre ÇED, hekimlerin de hastalar kadar karmaşık, kusurlu, önyargılı ve hassas kişiler

567 McIntyre, "The Double Life of Double Effect", s.67.

568 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.2.

569 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.6.

570 F Randall, R S Downie, The Philosophy of Palliative Care: Critique and reconstruction, OUP Oxford, 2006, s.114 içinde Foster vd., "The Double Effect Effect", s.69.

olduğunu göz önüne almaktansa hastaları, bazıları niyet edilen bazıları istenmeyen iyi veya kötü etkilerin bir aracı olarak görür<sup>571</sup>.

Etik indirgemeciliğe dair bir başka eleştiri ise doktrinin yaşam sonu bakımında uygulanmasının hekimlerin eylemlerinin ahlaki neticelerinden ve dolayısıyla hastalarından kopukluk duygusu geliştirmesine ilişkindir<sup>572</sup>. Özellikle terminal dönem hastalarla çalışan sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı ölüm olgusunun sağlık çalışanlarında duygusal tükenmişlik yaratabildiği<sup>573</sup>, bazı kişilerin ise kendilerini acı çeken kişiyle özdeşleştirmek yerine kendilerini korumak için hastayı kimliksizleştirme<sup>574</sup> gibi savunma mekanizmaları geliştirebildiği bilinmektedir. Hekimlerin eylemlerinin ahlaki neticelerinden uzak bir yaklaşım içerisinde olması hastalarla ilişkilerinde de kopukluğa sebebiyet verebilir. Bu da hastanın ihtiyaç ve tercihlerinin gözetilmediği ve dolayısıyla özerkliğinin sağlanmadığı bir tedavi ortamının oluşmasına neden olur.

Eleştirilere sebebiyet veren bir diğer ihtimal ise ÇED'in, hekimlerin çeşitli niyetlerini savunmak için kullanabileceği düşüncesidir. Örneğin Billings'e göre ÇED bir taraftan hekimlerin hekim yardımı intihar veya gönüllü aktif ötanaziyle suçlanma korkularını azaltırken diğer taraftan da uygun semptom kontrolü sağladığı düşüncesini güçlendirmektedir<sup>575</sup>. Ne var ki bu durum hekimlerin hastalarına karşı yaşamı kasten kısaltacak davranışlardan kaçınmalarını söyleyen ahlaki ve hukuki yükümlülüklerinin ihmaline sebep olabilir.

Yaşamın sonunda opioidlerin kullanımı hakkında yetersiz bilgi; bağımlılık ve toleransın kaçınılmaz olduğu, solunum depresyonunun doz artışını engellediği gibi opiofobik yanılgılar da ÇED'in savunulmasına sebebiyet verebilir<sup>576</sup>. Oysa bu inancı destekleyecek çok az ampirik kanıt olduğu ve terminal dönemde uygun şekilde reçete

---

571 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.6.

572 Faris vd., "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation", s.6.

573 Işıkhan, "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği", s.109.

574 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.539.

575 J. Andrew Billings, "Double effect: a useful rule that alone cannot justify hastening death", *Journal of Medical Ethics*, C. 37, S. 7 (2011), ss. 437–40, doi:10.1136/jme.2010.041160, s.438.

576 Karen Forbes, Richard Huxtable, "Clarifying the data on double effect", *Palliative Medicine*, C. 20, S. 4 (2006), ss. 395–96, doi:10.1191/0269216306pm1157ed, s.395. Özkaya, İlkılıç, "Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar", s.783.

edilen bir morfin dozunun bir hastanın ölümünde herhangi bir nedensel rol oynamasının son derece olasılık dışı olduğu öne sürülmektedir<sup>577</sup>.

Hekimlerin eylemlerinin ahlaki ve hukuki neticeleriyle ilgili sorumluluk almaktan kaçınmaları olarak karşımıza çıkan indirgemenin meydana getirdiği sonuçlar, tam tersi şekilde de karşımıza çıkabilmektedir. Hukuk ve ahlak sistemlerindeki kasten öldürmeye ilişkin mutlak yasağı ihlal etme endişesi, hekimlerin yaşamı destekleyen tedavilerin geri çekilmesine ilişkin talepleri yerine getirmeme yönündeki dirençlerinin gerekçeleri arasında görülmektedir<sup>578</sup>. Hastanın ağrısının dindirilmesi için uygulanacak ilacın ölümü hızlandırdığı durumlarda, ÇED'in failin niyetine yüzeysel biçimde atıf yapması, hekimin hastaya yeterli ağrı tedavisi uygulamakta isteksiz davranmasına sebep olduğu düşünülmektedir<sup>579</sup>.

Öldürmenin sonuçları öldürmemekten ne kadar daha iyi olursa olsun (örneğin bir kişinin ölümünün bin kişinin hayatta kalmasına neden olduğu bir durumda), öldürmeyi temel bir yanlış olarak gören ahlaki bir çerçevede, çifte etki doktrininin, öldürmeye izin vermeye zemin hazırlamayacağı belirtilmektedir<sup>580</sup>. Öldürmekle, doğal olarak yaklaşan ölümün kabullenilmesi arasında ÇED'in öldürmeyi meşrulaştırmaktan ziyade ölümün gerçekleşmesine izin vermeye daha yakın ilişkili olduğu görüşündeyiz. Bu bağlamda geriatri ve palyatif bakım alanlarında kullanılan ve yaşamın kalitesine atıf yapan şu söze yer vermek gerekir: "Yaşama yıllar katmaktansa yıllara yaşam katmak daha önemlidir<sup>581</sup>."

Bu başlık altında verilen örneklerden, ahlaki indirgemenin, bir kısım hekimin ölümü hızlandırma yönünde nispeten pervasız davranabileceği, bir kısım hekimin ise analjezi uygulamaktan kaçınabileceği anlaşılmaktadır. Kanımızca iki uçta kutuplaşan bu davranışların temel nedeni hekimlerin karar alma süreçlerinde yapmak zorunda kaldıkları ahlaki değerlendirmenin yol açtığı karmaşadır. Oysa ahlaki değerlendirme sürecinde hastanın görüşünün alınması, hastanın gerçek ihtiyaçlarının tespitine yönelik çaba harcanması hekimin bu süreçte yaşayacağı ahlaki karmaşayı kolaylaştıracaktır.

---

577 Claud Regnard vd., "So, farewell then, doctrine of double effect", *BMJ: British Medical Journal*, C. 343, S. 7818 (2011), s. 274, <http://www.jstor.org/stable/23051918>, s.274. Karataş, "İleri Evre Kanseri Hastalarında Opioid Kullanımı", s.96-97.

578 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770.

579 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770.

580 Foster vd., "The Double Effect Effect", s.68.

581 Bu sözün Blaise Pascal, John F. Kennedy ve Abraham Lincoln gibi pek çok farklı kişiye ait olduğu öne sürülmekte ise de ilk kim tarafından söylendiği kesin olarak belirlenememiştir.

#### d) NİYET KRİTERİNE YÖNELİK ELEŞTİRİLER

Çift etki doktrininde eylem iyi bir amaca ulaşmak (ağrıyı dindirmek) için gerçekleştirildiği müddetçe, amaçlanması yanlış olan sonuçların (ölümün) öngörüldüğü davranışları gerçekleştirmek ahlaki olarak savunulabilir. Bu düşünce doğrultusunda, acısı başka bir şekilde giderilemeyecek, ayırt etme gücüne sahip bir hasta tarafından talep edilse bile, kasten ölüme neden olmak ahlaki olarak yanlıştır. Hasta, etik olarak gerekçelendirilebilir başka bir müdahalenin (örneğin, nafile tedavinin kesilmesi) bir sonucu olarak kasıtsız olarak ölürse, eylem ahlaki olarak kabul edilebilir<sup>582</sup>.

Hastanın acısının dindirilmesini amaç edinme ve ölmesini niyet etmeme, ÇED'i haklı kıldığı gibi kamu düzeni bakımından da meşrulaştırdığı öne sürülmektedir. Buna göre hastanın rızası, çift etkiyi hukuka uygun kılar. Bu yönüyle çift etki, ötanazi veya hekim yardımcı intihardan farklıdır; zira ötanazi veya hekim yardımcı intiharda ölüm, hastanın acısını dindirmenin yöntemidir ve hastanın acısı ölümle dindirilir. Elbette ki bu durum kamu düzenine aykırıdır<sup>583</sup>. Diğer taraftan hastanın acısının dindirilmemesi de kamu düzenine aykırıdır<sup>584</sup>. Bu sebeple hastanın acısının dindirilmesi için uygulanan tedavinin dolaylı etkisinin hastanın ölümünü hızlandırması, hastanın rızasına dayalı olduğu takdirde kamu düzenine uygun kabul edilmelidir<sup>585</sup>.

Yukarıdaki açıklamada, eylemin hukuka uygunluğunu niyete göre belirlenmesi çift etkinin sağlam bir hukuki temele oturmasını engellemektedir. Zira kişinin aynı anda birden fazla niyeti olabilir. Örneğin aynı anda hem kişinin acısını dindirmek hem de ölümü hızlandırmak istenebilir<sup>586</sup>.

ÇED'de kullanılan niyet analizi problemlili bulunmaktadır. Buna göre niyetin objektif olarak doğrulanması zordur. Üstelik psikoloji bilimine göre insan niyeti çok katmanlı, belirsiz, öznel ve çoğunlukla çelişkilidir. Niyet analizini problemlili bulanlara göre ÇED bu tutarsızlıkları göz ardı eder ve bunun yerine "öldürme niyeti vardır / yoktur" şeklinde keskin bir ayrıma göre değerlendirme yapar. Bu eleştirilere göre

582 Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", s.2147.

583 Margaret A Somerville, *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2001, s.189-190.

584 Bu bölümde bkz. I.A.1.İnsan Haklarına Saygının Kişinin Acı Çekmesini Önleyici İşlevi.

585 Margaret A Somerville, *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2001, s.137. Ayrıca bkz. bu bölümde II.C.3.Tedaviyi Reddin Ölüme Yol Açmasının Tedaviyi Red Hakkı Üzerindeki Etkisi.

586 Evelien Delbeke, "The legal permissibility of continuous deep sedation at the end of life: a comparison of laws and a proposal", *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, ed. Freddy Mortier, Kasper Raus, Sigrid Sterckx, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013, ss. 132-48, s.134.

ÇED'in şartlarını bilen hekimler, terminal sedasyon sağlamak veya yaşam desteğini geri çekmek gibi ölüm riski taşıyan tıbbi eylemlerde ölümü öngörülen ancak istenmeyen sonuçlar olarak ifade etmeyi seçebilirler; hatta bunun tam tersi de olabilir: Öldürmenin amaçlanmadığı bir eylemi diğer hekimler (örneğin adli bilirkişiler) ÇED'in alenen ihlali olarak değerlendirebilirler<sup>587</sup>.

Terminal dönem hasta olan bir kişinin ölümünün hızlanması için sağlık personelinin opioid ve sedatif ilaçlar istediği bir örnek, hasta yakınının hekimi cinayetle suçlayarak şikayetçi olduğu şekilde kurgulanmaktadır. Bu örnekte savcı, tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren iki sağlık personelinin ifadesini alıyor. Birinci sağlık personeli, niyetinin sadece hastanın acısını dindirmek olduğunu; ikinci sağlık personeli ise hastanın hızlı bir ölüm istemesi nedeniyle hastanın talimatı üzerine söz konusu ilaçların uygulandığını beyan ediyor. Bu örnekteki birinci sağlık çalışanı iyi bir palyatif bakım uyguladığı için takdir görürken ikincisinin cinayetle suçlanacağı öngörülmüştür. Bu nedenle aynı eylemi gerçekleştirip aynı sonuca ulaşan aynı durumdaki iki farklı sağlık çalışanının hukuki veya ahlaki sorumluluklarını belirlerken başvuru niyet veya kast unsurunun uyumsuz sonuçlara götürmesi eleştirilmektedir. Hiç kuşkusuz ki niyet unsuruna atfedilen değer, örnekteki gibi olaylarda sağlık çalışanlarının daha az dürüst davranmasına sebebiyet verecektir, zira bu yönde yapılacak bir hukuki düzenleme bağlayıcı olamayacaktır<sup>588</sup>. Niyeti, hastanın ölümünü hızlandırmak olan bir hekimin sırf hukuki sorumluluktan kaçınmak için tek amacının hastanın acısını hafifletmek olduğunu beyan etmesinin önünde hiçbir engel yoktur.

Kişinin bir eylemi gerçekleştirirken güttüğü amacın tespitinde yalnızca failin beyanının esas alınması da bir başka eleştiri konusudur. Buna göre failin amacı yalnızca beyanlarıyla değil gerçekleştirdiği eylemle de anlaşılabilir<sup>589</sup>.

Eylemin ahlakiliğinin ölçütünün failin niyeti gibi soyut bir göstergeye bağlı tutulması da sakıncalıdır<sup>590</sup>; zira yukarıda da belirttiğimiz gibi insan niyeti çok katmanlı ve karmaşık bir yapıdadır. Üstelik bireyin niyetini kesin olarak tespit etmenin bir yöntemi yoktur.

---

587 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770.

588 Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", s.214.

589 Lo, Rubinfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients'We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked", s.1813.

590 Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", s.213.

Pek çok hekimin çift etki maskesi altında terminal dönem hastalara daha fazla ağrı kesici vererek ötanazi uyguladığı öne sürülmektedir<sup>591</sup>. Kaldı ki hekimlerin sırf eylem esnasında hastanın ölmesini amaçlamamış olması ortaya çıkan kötü sonucu hoş görmek için yeterli değildir<sup>592</sup>. Zira hukuk düzeni, sorumluluğu tespit ederken nadiren failin niyetini göz önüne alır.

Kişiler, yalnızca amaçladıkları sonuçlardan değil öngördükleri veya öngörmeleri gereken sonuçlardan da sorumlu tutulabilmektedir<sup>593</sup>. Bunun bir yansıması olarak örneğin ceza hukukunda ihmali davranış neticesinde bir kişinin ölmesine sebep olmak suç sayılmakta; vekalet sözleşmesi kapsamında hekim, en ufak kusurundan dahi sorumlu tutulmaktadır. Bu açılarından bakıldığında ÇED, kişilerin eylemlerinden doğan sorumluluklarına ilişkin hukuk kurallarıyla çelişkilidir<sup>594</sup>.

ÇED'in mutlak koşullarının olması, insan niyeti gibi muğlak bir bileşeni olması ve hastaların iradesinin hesaba katılmaması bu doktrini sorunlu kılmaktadır<sup>595</sup>. Hekimlerin terminal dönem hastalara yönelik eylemleri, hastaların aydınlatılmış onamları alınarak, tıbbi ve toplumsal gelenekler, acının derecesi ve ölümü hızlandıracak tedaviye kıyasla daha az zararlı yöntemlerin olup olmamasına göre yönlendirilmeli ve gerekçelendirilmelidir<sup>596</sup>.

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, dolayısıyla da aydınlatılmış onamı, hekimin tıbbi müdahaleyi gerçekleştirirkenki niyetinden önce tartışılmalıdır. Bu

---

591 Peter Foley, "Doctors and end-of-life care", The Dominion Post, 14 Ekim 2010, <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=n5h&AN=TDP101014B004130472307-CV&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>. Bernard Lo, Gordon Rubenfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients' We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked", JAMA, C. 294, S. 14 (2005), ss. 1810–16, doi:10.1001/jama.294.14.1810, s.1813. Hekimlerin hastanın ölümünü hızlandırdığına dair ayrıca bkz. Timothy E. Quill, Rebecca Dresser, Dan W. Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", The New England Journal of Medicine, C. 337, S. 24 (1997), ss. 1768–71, s.1769. Sophie M. Bruinsma, Judith A.C. Rietjens, Angen van der Heide, "Continuous Sedation until Death: State of the Art", Continuous Sedation at the End of Life : Ethical, Clinical and Legal Perspectives, ed. Freddy Mortier, Kasper Raus, Sigrid Sterckx, Cambridge Bioethics and Law, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013, ss. 29–46, <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=622103&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>, s.39. David Orentlicher, "Principle and practice for palliative sedation: gaps between the two", Continuous Sedation at the End of Life : Ethical, Clinical and Legal Perspectives, ed. Freddy Mortier, Kasper Raus, Sigrid Sterckx, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013, ss. 116–31, s.123.

592 Lo, Rubenfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients' We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked", s.1813.

593 Lo, Rubenfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients' We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked", s.1813.

594 Lo, Rubenfeld, "Palliative Sedation in Dying Patients' We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked", s.1813.

595 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770-1771.

596 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770-1771.



açından bakıldığında hastanın kendi kaderini tayin hakkı, bedensel bütünlüğü, aydınlatılmış onamının alınması, daha az zararlı alternatiflerin olup olmadığı ve hastanın çektiği acının şiddeti gibi konular hekimin niyetinden önce tartışılmalıdır<sup>597</sup>.

#### 4. ÇİFT ETKİ DOKTRİNİNİN HUKUKİLİĞİ

##### a) GENEL OLARAK

Hastanın şiddetli ağrılarının olması karşısında bu ağrılarının dindirilmesi için uygulanabilir tek makul çözümün aynı zamanda hastanın yaşamını kısaltması durumunda hastaya karşı hekimin yükümlülüğünün de tespiti gerekir. Bu tespit, ÇED'in hukuka uygun olup olmadığı veya hangi durumlarda hukuka uygun olduğunun açıklığına kavuşması bakımından önemlidir.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisinin 779 (1976) sayılı tavsiye kararında yaşamın uzatılmasının tek başına tıbbın amacının olmadığı ve ağrının dindirilmesinin de yaşamın uzatılmasıyla eşit öneme sahip olduğu belirtilmiştir<sup>598</sup>. Meclisin 1418 (1999) sayılı tavsiye kararında da hasta aksini istemedikçe bir tedavi, yan etki olarak hastanın yaşamının kısaltmasına katkıda bulursa dahi terminal dönem hastanın, yeterli ağrı kesici ve palyatif bakım almasını sağlamalıdır<sup>599</sup>. Bu iki tavsiye kararı birlikte değerlendirildiğinde bireyin yaşamının süresinin ağrılarının dindirilmesinden daha öncelikli bir konu olmadığı ve yaşamın niceliğindense niteliğine değer atfedildiği anlaşılmaktadır.

Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz'da terminal dönem hastanın ağrılarının dindirilmesi için hastada sedasyon sağlanmasının bazı vakalarda ikincil risk olarak ölümü hızlandırdığı belirtilmiştir. Kılavuz'da bu konu "tartışmalı konular" başlığı altında aktarılmış ve net bir önermede bulunulmamıştır<sup>600</sup>.

Somerville, şiddetli ağrı çeken hastalara uygulanacak ağrı tedavisini Kanada ceza hukuku bağlamında terminal dönemde olan – olmayan hasta açısından, akut –

---

597 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770.

598 Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 779 (1976) : Rights of the Sick and Dying", 1976, <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=14813&lang=en>.

599 Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 1418 (1999) : Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying", 1999, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722>, para.9.1.7. AIHM'in Lambert vd./ Fransa kararında da bu tavsiye kararına atıf yapılmıştır.

600 Avrupa Konseyi, Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz, ç. Yeşim Işıl Ülman, 2014, s.29.

kronik ağrı açısından, şiddetli – şiddetli olmayan ağrı bakımından ayrı ayrı incelemektedir. Öncelikle terminal dönemde olmayan ve aynı zamanda akut ağrısı olan hastalar bakımından yaşamı kısaltan ağrı tedavisi savunulmamaktadır. Terminal dönemde olmayan fakat şiddetli kronik ağrısı olan kişiler bakımından yaşamı kısaltan ağrı tedavileri kabul edilebilir bulunmaktadır. Ağrı tedavi edilmediği takdirde hastanın intihar etmeye karar verdiği durumlar ile ağrıyı tedavi etmenin daha güvenli bir yolunun olmadığı durumlar buna örnek gösterilmektedir<sup>601</sup>.

Somerville'e göre şiddetli kronik ağrısı olan terminal dönem hastalar bakımından ise ağrı giderici tedavilerin yanı sıra ötanazi de gündeme gelmektedir; ancak ötanazide ölüm amaçlanmaktadır. Ağrı kesici tedavilerde ise ölüm amaçlanmamakta; ağrının dindirilmesi amaçlanmakta, ağrı tedavisinin yan etkisi olarak ise beklenen yaşam süresi kısalmaktadır. Ancak bu yan etki istenmeyen bir etkidir. Saik, ceza hukuku bakımından önem taşıyorsa da böyle bir durumda eylemi gerçekleştiren kişinin esas saikinin ağrıyı tedavi etmek olması Somerville'e göre ceza sorumluluğunu da ortadan kaldırır<sup>602</sup>. Ancak yazara göre ÇED'e başvurabilmek için tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren kişinin zarar vermektan başka bir çaresi olmamalıdır. Zira tüm tıbbi tedavilerin bir takım yan etkileri vardır ve tedavinin sunulduğu sırada hekimler sırf yan etki oluşmaması için tedavi etmekten kaçınmazlar. Ancak yaşam sonunda ÇED'e başvurabilmek için daha güvenli bir alternatifin olmaması gerekir<sup>603</sup>.

Metin, tıbbın birincil görevinin hastaya şifa vermek olduğunu; fakat bu mümkün olmazsa ölümü hızlandırır dahi ağrıyı dindirmek olduğunu; zira ağrıyı dindirmenin hekimin profesyonel görevi olduğunu vurgulamaktadır. Bununla birlikte ağrıyı dindirmek için ağrı kesicinin kullanılması fakat bunun ölümü hızlandırması ile ağrıyı dindirmek için ölümün kullanılması arasındaki farka dikkat çekmektedir<sup>604</sup>.

ÇED, hastanın özerkliği korunarak uygulandığında hastaya daha fazla palyatif bakım seçeneği sunulmuş olur. Bu sebeple ÇED'in hasta - hasta yakını rızasıyla, iyiniyetli bir yaklaşımla ve ihmalkarlıktan uzak, palyatif bakıma ilişkin mesleki standartlara uyularak uygulanırsa kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir<sup>605</sup>.

---

601 Somerville, Death Talk : The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide , s.202.

602 Somerville, Death Talk : The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, s.202-203.

603 Daniel P. Sulmasy, "Commentary: Double Effect—Intention is the Solution, Not the Problem", Journal of Law, Medicine & Ethics, C. 28, S. 1 (2000), ss. 26–29, doi:10.1111/j.1748-720X.2000.tb00313.x, s.28.Hakeri, Tıp Hukuku, s.1068.

604 Sevtap Metin, Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk, 1. b., İstanbul: On İki Levha, 2010, s.451-452 ve ayrıca dn.147.

605 Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", s.215.

## b) TÜRK HUKUKUNDA ÇİFT ETKİ

Çift etki doktrinini Türk hukuku çerçevesinde incelemeye öncelikle tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarıyla başlama gereksinimi vardır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarının çift etki yaratan tıbbi tablolara uyarlanması özelliği arz eden bir durum yoktur; fakat bu bağlamda aydınlatılmış onama özel olarak değinmek gerekir.

Hastanın aydınlatılmış onamının alınması, ÇED'e ilişkin tartışmalarda ihmal edilmiştir fakat bu konudaki pek çok düğümü çözme potansiyeli taşır<sup>606</sup>. Hasta, doğru iletişim ve kapsamlı bir aydınlatma sayesinde kendisine uygulanacak tedavinin dayanılmaz ağrılarını azaltacağı yanında ölümünü hızlandırma potansiyeli taşıdığını anlayacak kapasiteye ulaştırılabilir. Bunun sonrasında da böyle bir çifte etkiyi isteyip istemediğine karar verebilir. Hastanın aydınlatılmış onamı olmaksızın ve hekimin tek taraflı tasarrufuyla çift etkili tıbbi müdahalenin uygulanması ise hem özel hukuk hem de ceza hukuku bağlamında hukuka aykırıdır.

Hastanın özerkliğinin korunması ancak aydınlatılmış onamla mümkündür. Klinik değerlendirme ve bakımın uygulanabilmesi için hastanın özerkliği ile ailenin görüşü arasındaki uzlaşının önemine dikkat çekilmektedir<sup>607</sup>. Gerçekten de çalışmamızda ÇED'le ilgili yararlanılan kaynaklar arasında hastanın rızasına yer verenler istisna teşkil edecek derecede azdır. Oysa tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan unsurlardan aydınlatılmış onamla karakterize olmayan bir ÇED'in hukukiliğinden bahsetmeyi olası görmemekteyiz. Diğer yandan yaşam sonuna ilişkin kararlarda karar verme yetkisinin münhasıran bilinci açık hastaya ait olduğunu kabul etmekle birlikte pratikte karar verme yükünün hekim - hasta - hastanın ailesiyle sağlanacak uzlaşıyla hafifletilebileceği görüşünderiz<sup>608</sup>.

ÇED'in ahlakiliğine ilişkin tartışmalarda eylemi gerçekleştirenin niyeti daima tartışmanın odak konularındandır. Palyatif bakımda ÇED'in hukukiliğini veya ahlakiliğini tartışırken hekimin niyetine yapılan atıf hastanın (veya temsilcisinin) isteklerini ve tıbbi standartları göz ardı etme riski taşımaktadır. Hekimin sırf hastanın acısını dindirme niyetiyle hastanın isteklerini ve tıbbi standartları yok sayarak

606 Ayrıca bkz. Ergun Özsunay, "Hayatın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin En Önemli Hukuksal Sorunlar", içinde Bülent Davran'a Armağan (İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı, 1998), 1-58, s.41. Hakeri, Tıp Hukuku, s.1067.

607 Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", s.214.

608 Ayrıca bkz. Lillie ve Karataş Görücü, "Hayatın Sonunda Tedavinin Sınırlanması", s.10.

gerçekleştirdiği bir eylemin hoş görülmesine sebebiyet verebilir. Ayrıca ÇED’de bahsi geçen ölümün tıbbi müdahalenin “istenmeyen”, “ikincil” veya “tesadüfi” sonucu olarak etiketlenmesi hekimleri eylemin önemli sonuçları hakkında aydınlatma konusunda ihmalkâr davranma bağlamında cesaretlendirebilir<sup>609</sup>. Hekimlerin yaşam sonuna ilişkin kararları yeterli konsültasyon yapmadan aldığına dair kanıtlar bulunmaktadır<sup>610</sup>. Bu sebeple niyete göre değil tıbbi standartlar, hastanın ihtiyaçları ve istekleri göz önüne alınarak karar verilmesi gerektiği görüşünderiz.

Çift etki doktrininin Türk hukukundaki görünüşünü incelerken özellikli üç durumun ortaya çıktığını görmekteyiz. Bunlardan birincisi hekimin, hastanın acı çekmesine sebebiyet veren eylemsizliğidir. Bu durumda hastanın ölümünü hızlandırmaktan kaçınmak için acı çekmesine kayıtsız kalınmasının doğurduğu hukuki sorumluluktan bahsedilecektir. İkinci olarak, ölümü hızlandırmadan analjezinin sağlanabileceği hallerde hekimin bunu öngörememesi sorumluluk açısından incelenecektir. Üçüncü ve son durum “zarar” olarak adlandırdığımız ölümün, hızlanmasına sebebiyet veren eylemin hukuka uygun sayılıp sayılmayacağına ilişkindir. Bu üç durum dışında çift etkinin özellik arz eden bir durumunun olmadığı görüşünderiz. Bu da çift etkiyi incelerken konuyu sınırlandırmayı gerekli kılmaktadır. Aşağıda her üç konuda da ceza hukuku bakımından değerlendirme yapılırken yalnızca çift etki özelinde bir değerlendirme yapılacak ve ceza hukukuna özgü kavramlar özel olarak incelenmeyecektir.

Özel hukuk bağlamında inceleme yaparken hem yukarıda bahsettiğimiz gerekçeyle hem de terminal dönemde hastaların çoğunlukla takipli veya yatan hasta olmaları sebebiyle özel sağlık kuruluşuyla sözleşme ilişkisi içerisinde olmaları sebebiyle “sözleşmeye aykırı davranış” arz eden üç durum değerlendirilecektir. Bu üç durum terminal dönem palyatif bakımında haksız fiil bağlamında “hukuka aykırı eylem” olarak da kabul edilebilir. Sözleşmeye aykırı bir davranışın aynı zamanda haksız fiil de teşkil edebileceğinden yola çıkarak bu üç durum haksız fiil bağlamında da ele alınacaktır. Ne var ki özel hukuk bağlamında yapacağımız incelemede konunun sınırları içinde kalınacak ve ÇED’in sözleşmeye aykırılık ve haksız fiil bağlamında özellik arz eden kısımlarına değinmekle yetinilecektir.

---

609 Hunt, “A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care”, s.214.

610 Hunt, “A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care”, s.214.

## (1) HASTANIN ACI ÇEKMESİNE SEBEP OLAN EYLEMSİZLİK

Çift etki doktrini, hastanın çektiği dayanılmaz ağrıyı dindirmenin tek makul tedavisinin aynı zamanda hastanın ömrünü kısaltmasıyla ilişkilidir. Şayet tedavi ölümü hızlandırıyorsa hekimin ağrıyı tedavi etmekten kaçınıp kaçınamayacağı üzerinde durulmalıdır. Bu konuda karar vermek zorunda kalan hekim, hastanın ölümünü çabuklaştırdığı için hukuki yaptırımla karşılaşma korkusu yaşayabilir fakat kişiyi acı içinde bırakmaktan kaynaklanacak hukuki sorumluluk gözden kaçırılmamalıdır.

Esasen kişinin dindirilebilir ağrısına müdahale edilmemesinin aynı zamanda insanlık dışı, yıkıcı ve aşağılayıcı olması bakımından işkenceyle benzerlikler gösterdiğine yukarıda değinmiştik<sup>611</sup>. Böyle bir tabloda hastaya müdahale etmemenin hukuken kabul edilebilir olmadığı açıktır. Türk hukukunda, hekimin bu durumdaki hastayı tedavi etme yükümlülüğünün olduğu TDN ve HHY'den anlaşılmaktadır<sup>612</sup>.

Türk Ceza Kanunu'nda yaralama, kişinin vücuduna acı verilmesi, sağlığının veya algılama yeteneğinin bozulması olarak tanımlanmıştır (TCK m.86, 89). Bu tanım hem kasten hem de taksirle yaralama bakımından aynıdır. Bu tanıma göre kişinin acı çekmesine sebep olan bir eylem veya bir eylemsizlik yaralama suçunun oluşmasına sebebiyet verebilir; zira hem kasten yaralama hem de taksirle<sup>613</sup> yaralama ihmali davranışla işlenebilir. Hastaya sağlık hizmeti sunan hekimin hastayı şifaya kavuşturacak bir tedavi olmasa dahi ıstırabını azaltmaya dair mesleki yükümlülüğü vardır. Bu yükümlülüğün kaynağı Biyotıp Sözleşmesi m.4, TDN m.14 ve HHY m.14'tür<sup>614</sup>. Öyleyse hekim, dayanılmaz acı çeken hastanın ağrısını dindirmeye yönelik tıbbi müdahaleleri gerçekleştirmekle yükümlüdür ve bu yükümlülüğe aykırı davranması taksirle yaralama suçunun oluşmasına sebebiyet verebilir<sup>615</sup>.

Aynı sorunu özel hukuk bağlamında da ele almak gerekir. Terminal dönem hastalar genellikle münferit çalışan bir hekimden değil organizasyonel bir hizmetin sunulduğu özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alırlar<sup>616</sup>. Bu sebeple yükümlülük

611 Bu bölümde bkz. I.A.2.Ağrının Önlenmemesi İle İşkencenin İlişkisi.

612 TDN m.14 ile HHY m.14'teki düzenlemeler de hekime hastayı tedavi etmenin mümkün olmadığı durumlarda dahi ıstırabını dindirme ödevi yüklemektedir.

613 Bir mesleki yükümlülüğün ihmal edilmesi de ceza hukukunda taksir olarak kabul edilir. Hakan Hakeri, Tıp Hukuku, 16. b., Seçkin, 2018, s.1088, 1099.

614 Benzer görüşte bkz. Muharrem Özen, Meral Ekici Şahin, "Ötanazi", Ankara Barosu Dergisi, S. 4 (2010), ss. 15–36, s.21.

615 Ayrıca bkz. Nurhan Demirhan, Malpraktis ve Hekimin Taksirle Yaralama Suçu, Marmara Üniversitesi, 2011, s.98.

616 Palyatif bakımın multidisipliner bir ekip tarafından sunulduğu hakkında önceki bölümde bkz. I.C.Palyatif Bakım Hizmetini Sunanlar.

hekim açısından değil özel sağlık kuruluşu açısından incelenecektir. Bu tip durumlarda özel sağlık kuruluşu ile hasta arasındaki sözleşmenin TBK m.502 ve devamında düzenlenen vekalet sözleşmesi olduğu öğretide ve yargı kararlarında kabul görmektedir<sup>617</sup>. Bu sözleşme kapsamında özel sağlık kuruluşunun en tipik edimi sağlık hizmeti sunmak; konumuz bağlamında palyatif bakım sunmak veya terminal dönem hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu hizmeti kaçınılmaz biçimde yardımcı kişi kullanarak sunar<sup>618</sup>. Bu yardımcı kişiler arasında tıbbi müdahalenin nasıl yapılacağını planlayan kişi ise hekimdir. Aslında tıbbi hizmetler doğası gereği hekimler tarafından planlanır; hekimler ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanır. Bu sebeple ağrıyı tedavi etme yükümlülüğünün borçlusu özel sağlık kuruluşu olmakla birlikte borcun nasıl yerine getirileceği fiilen çoğunlukla hekimler tarafından belirlenir. Bu noktadan yola çıkarak, sözleşmesel sorumluluk özel sağlık kuruluşuna ait olmakla birlikte konumuz bağlamındaki esaslı edimler hekim tarafından ifa edileceği için açıklamalarımızda zaman zaman özel sağlık kuruluşu yerine hekim ifadesini kullanacağız.

Hastanın ağrısının dindirilebilmesi için uygulanabilecek tek makul tedavinin aynı zamanda hastanın ölümünü hızlandırdığı durumda çifte etki yaratan tedavinin hastaya uygulanmasının sözleşmesel ilişkiye etkisini incelemek gerekir. Hasta dayanılmaz ağrılar çekmekte fakat hekim, hastasının ölümünü hızlandırmamak adına bu duruma kayıtsız kalmakta ise sözleşmenin bu durumdan nasıl etkileneceğini inceleyelim. Bu durumda yukarıda da belirttiğimiz üzere özel sağlık kuruluşunun (dolayısıyla yardımcı kişi konumundaki hekimin) en tipik yükümlülüğü sağlık hizmeti sunmaktır. Konumuz bağlamında ise bu yükümlülük TDN m.14 ve HHY m.14 gereği hastanın ıstırabını dindirmek olarak daraltılabilir. Esasında hekimin terminal dönem hastanın ağrısını dindirmeyle ilgili yükümlülüğünü tespit etmek için TDN m.13 ve 14'ün birlikte değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz.

TDN m.13 hekime ilmi icaplara göre teşhis ve tedavi sunma yükümlülüğü yükler. Koyduğu teşhisin tıp kurallarına aykırı olmaması gerekir. Tıbbi müdahalelerde

---

617 Fikret Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, 9. b., Ankara: Yetkin Yayınları, 2021, s.718. Aydın Zevkliler ve Emre Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, 20. baskı (İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2020), s.634. Cevdet Yavuz, Faruk Acar, ve Burak Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 17. baskı (İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 2021), s.639. Mehmet Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara: Kazancı Hukuk Yayınları, 1991, s.143. Aykut Cemil Aykın, Serkan Çınarlı, Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu, Seçkin Yayıncılık, 2016, s.224. Y.HGK E:2007/4-800, K:2007/797, T. 31.10.2007. Y.HGK E:2010/13-717, K:2011/129, T. 13.4.2011. Ayrıca bkz. Y.13.HD E:2015/29668, K:2016/3202, T. 8.2.2016.

618 Bu durumda TBK m.506'da düzenlenen, vekilin işi bir başkasına yaptırması değil m.116'da düzenlenen yardımcı kişiden yararlanmanın söz konusu olduğu hakkında bkz. Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 2021, s.665.

hastanın rızası ve istekleri önemli olsa dahi sırf hastanın isteklerine uyarak endikasyonu olmayan bir tıbbi müdahalede bulunamaz. Bu sebeple hasta istese dahi hekim gereksiz yere ağrı kesici uygulamaktan ve çift etkiye sebep olmaktan kaçınmalıdır. Madde 14'e göre hastanın içinde bulunduğu tablo, tıbben ne yapılmasını gerektiriyorsa hekim o müdahaleyi yapmakla yükümlüdür. Hastanın sağlığına kavuşması mümkün olmasa bile acısı azaltılmalı veya dindirilmelidir. Terminal dönemde olan ağrılar içerisindeki hasta açısından da hastanın içinde bulunduğu tabloya göre yapılması lazım geleni tespit etmek ve uygulamak hekimin görevidir<sup>619</sup>. Bunun için önce hastaya HHY m.15'teki düzenlemeden yola çıkarak ağrının sebebinin, ağrının ve sağlık durumunun bundan sonra nasıl seyredeceğinin, ağrıya karşı yapılabilecek tıbbi müdahalelerin, bu tedavilerin hasta üzerinde yaratacağı çift etkinin açıklanması gerekir. Bu süreçte özel sağlık kuruluşunun söz konusu edimi hastanın "*haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütme(si)*" gerekir<sup>620</sup> (TBK m.506/2). Özen yükümlülüğünün kapsamı da benzer alanda hizmet veren bir sağlık kuruluşunun (ve dolayısıyla hekimin) göstermesi gereken davranış standardıdır <sup>621</sup> (TBK m.506/3). Bu davranışlar esasen hekimler tarafından gerçekleştirildiği için standardın belirlenmesinde de yukarıda bahsettiğimiz hekimlere özgü mesleki yükümlülükler, özen borcunun kapsamını belirlemektedir<sup>622</sup>. Zira benzer alanda hizmet veren bir özel sağlık kuruluşunun ve hekimin TDN ve HHY hükümlerine bağlı kalması beklenmektedir. Söz konusu davranış modelinden sapma ise özen yükümlülüğüne ve dolayısıyla sözleşmeye aykırılık teşkil edecektir<sup>623</sup>.

619 Uygulama öncesi Anayasa m.17, Biyotıp Sözleşmesi m.5, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m.70, HHY m.15, 22 gereği hastanın aydınlatılmış onamının alınması şarttır.

620 Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, s. 743. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri s.652-657. Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 2021, s.661-664.

621 Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, s. 743. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, s.655; Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 2021, s.663.

622 Borçlunun borcunu ifa ederken yasadan, sözleşmeden ve iyi niyet kurallarından doğan yükümlülüklerine aykırı davranmasının borcun gerektiği gibi ifa edilmemesi anlamına geldiği hakkında bkz. Safa Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 25. b., İstanbul: Beta, 2014, s.351. Ayrıca bkz. Fikret Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 26. b., Ankara: Yetkin Yayınları, 2021, s.1187. Osman Gökhan Antalya, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt:V/1, 2, 2. baskı (Seçkin Yayıncılık, 2019), s.78. Kemal Oğuzman ve Turgut Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I, 19. baskı (İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2021), s.434. Ahmet. M. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 21. baskı (Ankara: Turhan Kitabevi, 2017), s.844. Ayrıca bkz. Hüseyin Hatemi ve Emre Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, 5. baskı (Filiz Kitabevi, 2021), s.284-285.

623 Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, s.744. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, s.654; Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 2021, s.663.

Burada meydana gelen zarar çoğunlukla hastanın gereksiz yere çektiği fiziksel ağrının yanı sıra bundan kaynaklanan manevi ıstıraptır<sup>624</sup>. Bunun yanında ağrı, bazı tıbbi tablolarda ölüme sebebiyet verebilmektedir.

Hastanın şiddetli ağrılarının tedavi edilmemesi vekalet sözleşmesinin ve mesleki bir yükümlülüğün ihlali nedeniyle gerçekleştiği için hastanın gereksiz yere ağrı çekmesine sebebiyet verecektir. Bu durum kişinin bedensel bütünlüğünü ihlal eder ve bu sebeple TBK m.56<sup>625</sup> gereği yaşadığı acı nedeniyle manevi tazminat talep edebilir<sup>626</sup>.

Buna ilaveten TBK m.115/3 gereği sağlık hizmetleri gibi “(u)zmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun ya da yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa” borçlu en hafif kusurundan dahi sorumludur<sup>627</sup>. Bu durumda özel sağlık kuruluşunun (elbette hekim aracılığıyla) ağrıyı dindirmeye yönelik hukuki yükümlülüğü vardır. TBK 502/2<sup>628</sup> ve TDN m.13 gereği bu yükümlülük tıbbi müdahalenin mutlak surette ağrının sona ermesiyle sonuçlanmasını gerektirmez. Özel sağlık kuruluşunun sorumluluğu ağrının kontrol altına alınması için gereken özenin sarf edilmesinden ibarettir. Dolayısıyla özel sağlık kuruluşu, hastanın dindirilebilir ağrısının dindirilmesi için gereken çabanın gösterilmesi bağlamındaki en ufak kusurdan dahi sorumludur fakat ağrının tüm tıbbi çabanın gösterilmesine rağmen dinmemesi sebebiyle sorumlu tutulamaz<sup>629</sup>.

---

624 Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.236-237. Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.233-234. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.610-616. Antalya, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt:V/1, 2, s.135. Kemal Oğuzman ve Turgut Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II, 15. baskı (İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2020), s.286-288. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.533. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.196.

625 TBK m.56: “(1) Hâkim, bir kimsenin bedensel bütünlüğünün zedelenmesi durumunda, olayın özelliklerini göz önünde tutarak, zarar görene uygun bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verebilir.

(2) Ağır bedensel zarar veya ölüm hâlinde, zarar görenin veya ölenin yakınlarına da manevi tazminat olarak uygun bir miktar paranın ödenmesine karar verilebilir.”

626 Burada hastanın çektiği ağrı tek başına TBK m.56’da bahsedilen bedensel bütünlüğün zedelenmesini oluşturmasa da hastanın çektiği acıya kayıtsız kalınması nedeniyle acı çekme süresinin uzaması veya acının artmasının bedensel bütünlüğün zedelenmesini oluşturduğu ve m.56 kapsamında manevi tazminata hükmedilebileceği görüşündeyiz. Bedensel zararın ağır olması veya ölümlerle sonuçlanması durumunda aynı maddenin ikinci fıkrası gereği zarar görenin veya ölenin yakınlarının da manevi tazminat talep edebileceği düzenlenmiştir.

627 Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.361-362. Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.314. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.1232. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I, s.441-442. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.834; Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.309-310.

628 TBK’da vekilin gördüğü edimin başarıyla sonuçlanmamasından dolayı sorumlu tutulamayacağı açıkça düzenlenmemiş ise de m.502/2 hükmünün zıt yorumundan anlaşıldığı belirtilmektedir. Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 2021, s.643. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, s.654. Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, s.722.

629 Terminal dönem hastanın çektiği ağrının tedavi edilmemesi sözleşmeye aykırılık teşkil edebileceği gibi haksız fiil de teşkil edebilir. Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.392.



Haksız fiil sorumluluğunun şartlarından biri hukuka aykırı eylemdir<sup>630</sup>. Bu durumda hastanın çektiği acıyı tedavi etmemek şeklindeki eylemsizlik hali Biyotıp Sözleşmesi m.4, TDN m.14 ve HHY m.14'te düzenlenen davranış kurallarına aykırı olacağından haksız fiildeki hukuka aykırılık şartını oluşturur. Haksız fiilin diğer şartları da gerçekleştiğinde TBK m.49 gereği<sup>631</sup> özel sağlık kuruluşunda çalışan ve hastanın acı çekmesine kayıtsız kalan personelin (hekim, hemşire vs.) kusura dayalı şahsi sorumluluğu doğacağı gibi TBK m.66 gereği<sup>632</sup> adam çalıştıran sıfatıyla özel sağlık kuruluşunun da kusursuz sorumluluğu doğar.

## **(2) HASTANIN ÖLÜMÜNÜ HIZLANDIRMADAN ANALJEZİ SAĞLAMANIN MÜMKÜN OLDUĞU HALLERİ ÖNGÖRME YÜKÜMLÜLÜĞÜ**

Çoğu ahlaki, toplumsal ve hukuki sistemde bireyler eylemlerinin yalnızca öngördükleri sonuçlarından değil öngörebilecekleri sonuçlarından da sorumludur<sup>633</sup>. Hekimlerin tıbbi müdahale kapsamındaki eylemleri sonucunda öngörmekle yükümlü oldukları sonuçlar hekim olmayan kişilere kıyasla çok daha fazladır; zira hekimlerin özen yükümlülüğü çok daha ağırdır. Bu sebeple hastanın ölümünü hızlandırmadan ağrı tedavisinin mümkün olduğunun hekim tarafından öngörülmesi gerekiyorsa meydana gelen ölüme ÇED uygulanmamalıdır<sup>634</sup>. Bu durumda hekim, davranışının sonucunu öngörebildiği veya öngörmesi gerektiği halde netice meydana gelmektedir.

Ceza hukuku bağlamında TCK m.22/3'e göre bilinçli taksir olarak adlandırılan bu durumda hekim tıpkı taksirde olduğu gibi mesleki ihmalkarlık göstererek yapmaması gereken bir müdahaleyi gerçekleştirmekte fakat aynı zamanda bunun olumsuz neticelerini öngörebilmekte veya öngörmesi gerekmektedir<sup>635</sup>.

---

630 Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.164-165. Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.138-139. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.594. Antalya, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt:V/1, 2, s.78, 87. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II, s.38. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.361. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.123.

631 Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.564. Antalya, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt:V/1, 2, s.61. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II, s.11. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.151-145.

632 Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.706. Antalya, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt:V/1, 2, s.323. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II, s.143. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.424. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.160-161.

633 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770.

634 Quill, Dresser, Brock, "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making", s.1770. Delbeke, "The legal permissibility of continuous deep sedation at the end of life: a comparison of laws and a proposal", s.134.

635 Hakeri, Tıp Hukuku, s.1098-1099.

Özel hukuk bağlamında hekimin, hastanın ölümünü hızlandırmadan ağrı tedavisinin mümkün olduğunu halde bunu gerçekleştirmemesi borcun gerektiği gibi ifa edilmemesini oluşturur<sup>636</sup>. Bu durum hastayla özel sağlık kuruluşu arasındaki vekalet sözleşmesine aykırılık teşkil edecektir. Dolayısıyla özel sağlık kuruluşu yardımcı kişi konumunda bulunan hekimin kusurundan TBK m.116<sup>637</sup> gereği kusursuz sorumlu olur<sup>638</sup>.

TBK m.506/2 kapsamında özel sağlık kuruluşunun üstlendiği iş ve hizmetleri hastanın haklı menfaatlerini gözeterek sadakat ve özenle yürütmesi gerekir. Özen yükümlülüğünün kapsamının belirlenmesinde de m.506/3 gereği basiretli bir özel sağlık kuruluşunun göstermesi gereken davranış esas alınır. Bununla birlikte, yukarıda da bahsettiğimiz gibi burada sunulan sağlık hizmetleri hekimler tarafından planlandığı için burada aranan davranış standardı sağlık hizmeti sunulan konuda hizmet veren basiretli bir hekiminkiyle aynıdır<sup>639</sup>. Ayrıca Biyotıp Sözleşmesi m.4, TDN m.13 ve HHY m.14 tıbbi standartlara uygun davranma ödevi yüklemektedir.

Hastanın ağrılarının dindirilmesi için gereken yöntemleri bilmek, araştırmak, uygulamak tıbbın konusuna girer ve hekimin asli görevlerindedir. Bu sebeple ağrı tedavisinde, basiretli bir hekimin, ağrının dindirilmesi için gerekli tıbbi yöntemleri bilmesi ve hasta için en uygun yöntemleri hastaya önermesi gerekir. Her tıbbi tedavide olduğu gibi burada da önerilen yöntemin orantılı olması; bir başka deyişle hastanın ihtiyacı olan faydayı en az yan etki karşılığında sağlaması gerekir. Bu sebeple özellikle terminal dönem hastalar bakımından hastanın çektiği ağrının dindirilmesi için başvurulabilecek yöntemleri araştırmak ve bunlar arasında hasta için en yüksek faydayı ve en az yan etkiyi meydana getirmek hekimin görevidir. Hastanın yaşamını

---

636 Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.351. Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.327. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.1186'da kötü ifa kavramını kullanmıştır. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I, s.434. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.155-157.

637 TBK m.116'ya göre:

"Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılarına kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararı gidermekle yükümlüdür.

Yardımcı kişilerin fiilinden doğan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşmayla tamamen veya kısmen kaldırılabilir.

Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin olarak hükümsüzdür."

638 Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.312. Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.363. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.1211. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I, s.445. Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.818. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.306.

639 Ayrıca bkz. Öztürk Aydın, "Hekimin Sorumluluğunu Azaltan ve Kaldıran Nedenler", Fatih Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 1, S. 1 (2013), ss. 35–62, s.38.

kısaltan tedavinin esasen hastanın ağrılarının dindirilmesi için yapılmış olması, tedaviyi hukuka uygun kılmak için yeterli değildir. Buna ilaven yaşamı kısaltan tedavinin aynı zamanda hasta için en makul tedavi yöntemi olması gerekir. Bu da hekimin hasta için makul olan ağrı tedavileri arasında hastanın ölümünü hızlandırmayan yöntemlerin olup olmadığını öngörme yükümlülüğü yükler.

Sonuç olarak hastanın ölümünü hızlandırmadan ağrı tedavi etmenin tıbben öngörülebilir olduğu durumlarda TBK m.116 kapsamında yardımcı şahıs konumunda olan hekimin bu yöntemi öngörmesi gerekir. Buna uygun olmayan bir davranış modeli Biyotıp Sözleşmesi m.4, TDN m.13 ve HHY m.14'teki yükümlülüklerle uygun olmaz. TBK m.116 kapsamında yardımcı şahıs konumunda bulunan hekimin davranışı TBK m.506/2 bağlamında basiretli bir özel sağlık kuruluşunun borcuna aykırılık teşkil edecektir. Bir başka deyişle özel sağlık kuruluşunun sözleşmeye aykırı davranışı söz konusudur. Sözleşmeden doğan sorumluluğun diğer şartlarının bulunduğu durumlarda özel sağlık kuruluşunun TBK m.116'dan kaynaklanan kusursuz sorumluluğu doğacaktır. Buna ilaveten haksız fiil sorumluluğu bağlamında yukarıdaki açıklamalarımız, bu konu için de geçerlidir.

### (3) ÖLÜMÜ HIZLANDIRAN TIBBİ MÜDAHALE

Hastanın çektiği dayanılmaz ağrıyı dindirmenin tek makul tedavisinin aynı zamanda hastanın ölümünü hızlandırmasının acıyı dindirme yükümlülüğüne etkisini de incelemek gerekir.

Ceza hukukunda taksirle öldürme, cezalandırılrsa da yaşamı tehdit eden bazı eylemler yaşam için olumlu sonuçlar doğurma potansiyeli taşıyorsa ceza sorumluluğu doğurmaz. Bunun en tipik örneği yaşamı tehdit eden tıbbi bir durumun düzeltilmesi için riskli bir ameliyatın gerçekleştirilmesidir. Bu tip durumlar TCK m.25/2'de belirtilen "zorunluluk hali"ne örnek gösterilmektedir<sup>640</sup>. Aşağıda açıklayacağımız dolaylı ötanazi de bir zorunluluk halidir.

Hastanın acısını azaltmak için tıbben kabul edilebilir ilaçların uygulanması sebebiyle hastanın yaşamının kısalması dolaylı ötanazi başlığı altında incelenmiştir<sup>641</sup>. Dolaylı ötanazide;

640 Hakeri, Tıp Hukuku, s.1071.

641 Mehmet Emin Artuk, A. Caner Yenidünya, "Ötanazi", Prof. Dr. Turhan Tufan Yüce'ye Armağan, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001, ss. 297-319, s.301. Bahri Öztürk, "Hasta Hakları ve Ötanazi", Prof. Dr. Turhan Tufan Yüce'ye Armağan, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001, ss. 573-90, s.581. Arın Namal, "Etik Açından Ötanazi ve Türleri", Ötanazi, ed. Çağatay Üstün, İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013, ss. 31-76, s.57. Hakan Hakeri, Tıp Hukuku, 16. b., Seçkin, 2018, s.1067.

- i. Hekimin amacının hastanın ağrısını dindirmek olması,
- ii. Yapılacak tıbbi müdahalede hastanın aydınlatılmış onamının alınması,
- iii. Ölümün kaçınılmaz ve yakın olması (hastanın terminal dönemde olması),
- iv. Uygulanacak tedavi ile yol açtığı sonuçlar arasında orantılılık olması,

aranmaktadır<sup>642</sup>. Ne var ki yukarıda da belirttiğimiz gibi hekimin amacının ne olduğunu tespit etmek her zaman için mümkün değildir. Bu sebeple hekimin amacı yerine tıbbi standartlar dikkate alınmalı; orantılılık ilkesi çerçevesinde değerlendirme yapılmalıdır. Buna göre sorumluluk doğmaması için hekimin gerçekleştirdiği tıbbi müdahale tıbbi standartlar çerçevesinde hastanın acılarını dindirmek için orantılı olmalı ve aynı zamanda ölümü hızlandırmayan farklı bir alternatif bulunmamalıdır. Ceza hukukunun öldürmeyi yasaklayan normları, terminal dönemdeki hastanın ağrılarını azaltmak için tıbbi gerekliliklere uygun tedavinin sonucu olarak öngörülen, istenmeyen fakat kaçınılmaz olarak gerçekleşen ölümün hızlanmasını kapsamamaktadır<sup>643</sup>.

Özel hukuk alanında ise dolaylı ötanazi ile TBK m.63<sup>644</sup>'te düzenlenen hukuka aykırılığı kaldıran halleri ilişkilendirmekteyiz. Kural olarak, özel hastane ile hasta arasındaki ilişkide hastanın ölümüne yol açacak bir müdahale açıkça hukuka aykırı olacaktır. Ancak burada hukuka uygunluğu savunulan eylem bir öldürme eylemi değil terminal dönem hastaya uygulanan ağrı tedavisinin yan etkisidir. Yukarıda da açıkladığımız gibi böyle bir tabloda hasta dayanılmaz ağrılar çekmektedir fakat ağrının dindirilmesi için uygulanabilecek tek makul tedavi yöntemi hastanın ölümünü hızlandırmaktadır. TBK m.63'e göre kanunun verdiği yetki, zarar görenin rızası, daha üstün nitelikli özel veya kamusal yarar gibi sebeple hukuka aykırılığı ortadan kaldırır<sup>645</sup>. Bu sayılan sebepler arasında zarar görenin rızası çalışmamızın konusu bakımından öne çıkmaktadır. Reisoğlu'ya göre zarar görenin rıza göstermesine hukuken elverişli bir durum olduğunda zarar görenin fiile önceden rıza göstermesi

---

642 Ergun Özsunay, "Hayatın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin En Önemli Hukuksal Sorunlar", Bülent Davran'a Armağan, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı, 1998, ss. 1-58, s.41.

643 Hakeri, Tıp Hukuku, s.1068.

644 TBK m.63: "(1) Kanunun verdiği yetkiye dayanan ve bu yetkinin sınırları içinde kalan bir fiil, zarara yol açsa bile, hukuka aykırı sayılmaz.

(2) Zarar görenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar, zarar verenin davranışının haklı savunma niteliği taşıması, yetkili kamu makamlarının müdahalesinin zamanında sağlanamayacak olması durumunda kişinin hakkını kendi gücüyle koruması veya zorunluluk hâllerinde de fiil, hukuka aykırı sayılmaz."

645 Halûk N. Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 14. b., İstanbul: Beta, 2015, s.140. Safa Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 25. b., İstanbul: Beta, 2014, s.165.

hukuka aykırılığı ortadan kaldırır<sup>646</sup>. Nomer'e göre rızanın geçerli olabilmesi için TBK m.27/1'deki geçerlilik şartlarını taşıması gerekir<sup>647</sup>. Buna göre kişinin gösterdiği rızanın kanuna, ahlaka, kamu düzenine ve kişilik haklarına aykırı olmaması gerekir. Bu şartlar sorgulanırken hukuken korunan bir değer olan yaşamın niteliği ve niceliği birbiriyle yarışmaktadır<sup>648</sup>. Ölümü hızlandıran bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olup olamayacağını ÇED bağlamında değerlendirirken yukarıda yer verdiğimiz orantılılık ölçütüne dikkat çekmek gerekir. Hastanın dindirilebilir ağrılarıyla baş başa bırakılmasının hukuka aykırılığı yaşamın niteliğini; ölümün ağrı tedavisi için bir araç olarak kullanılmaması (aktif ötanazi yasağı) ise yaşamın niceliğini koruyan kurallardır. Öyleyse uygulanacak tıbbi müdahalenin orantılı olması gerekir.

Kamu hastanesinden hizmet alan hasta bakımından bu hizmet bir kamu hizmetidir. Kamu hizmeti neticesinde hasta zarar görürse, örneğin hastanın ölümü hızlanırsa, hekim sorumluluğundan değil idarenin hizmet kusurundan bahsedilir. Hizmet kusurundan söz edebilmek için ise kamu sağlık hizmetinin geç işlemesi, hiç işlememesi veya gerektiği gibi işlememesi gerekir<sup>649</sup>. Kamu hastanesinde görevli olan hekim tarafından şiddetli ağrı çeken hastaya ağrı tedavisi için uygulanan tıbbi müdahale ölümü hızlandırmasından bahsetmek gerekir. Bu durumda da hastanın aydınlatılmış onamının olması, analjezinin tıbbi kurallara uygun biçimde uygulanması, hastanın ölümünün kaçınılmaz ve yakın olması ve uygulanan analjezi ile analjezinin yol açtığı sonuç arasında orantılılık olduğu taktirde hizmet kusurundan bahsedilemeyeceği görüşündeyiz.

ÇED bağlamında uygulanacak tedavinin hastanın doğrudan ölmesine sebep olacak kadar şiddetli olmaması fakat dayanılmaz ağrılarını dindirecek kadar da etkili olması gerekir. Yan etki olarak ortaya çıkan ölümün hızlanması ise hastanın rızası sayesinde hukuka aykırı olmaktan çıkacaktır.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından endikasyonun ve hastanın aydınlatılmış onamının bu bağlamda vurgulanması gerekir. Öncelikle ölümü hızlandırma şeklinde bir yan etki taşıyan tıbbi müdahalenin hasta açısından endike

---

646 Reisoğlu, Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.166.

647 Nomer, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.141.

648 Hangi değerün üstün tutulacağı somut olayın özelliklerine göre incelenir. Nihan Koyuncu Aktaş, Hekimin Özen Borcuna Aykırılıktan Doğan Sözleşmesel Sorumluluğu, On İki Levha Yayıncılık, 2020, s.98.

649 Turan Yıldırım, "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Hukuki Sorumluluğu", içinde Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu, 1. baskı (İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2011), s.s.200. Veli Durmuş, "İdarenin Sağlık Hizmetinden Doğan Doğan Kusursuz Sorumluluğu", içinde Sağlık Hukuku Makaleleri - II, ed. İstanbul Barosu Yayın Kurulu (İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 2012), s.199.

olması gerekir. Örneğin hastanın ağrısının çok hafif olması (dolayısıyla basit ağrıkesicilerin yeterli olması), hastanın sırf umutsuzluğa kapılması nedeniyle ölümünün hızlanması için analjezik ilaç istemesi, hastanın bilinci kapalı olması nedeniyle ağrıyı hissetmemesi gibi durumlarda endikasyonun olmadığı ileri sürülebilir.

TBK m.63'e göre hastanın rızasının çiftte etkinin hukuka aykırılığını ortadan kaldıracığını söylesek de bu rızanın geçerli olabilmesi için Biyotıp Sözleşmesi m.5 ve HHY m.15 gereği hastanın önceden aydınlatılmış olması gerekir. Hastanın yapılacak tıbbi müdahale ve bunun çift etki gibi yan etkileriyle ilgili bilgilendirilmemiş olması yapılan tıbbi müdahaleyi hukuka aykırı kılar.

### c) ARA SONUÇ

Yukarıda dolaylı ötanazi kapsamında sayılan üç şarttan biri "ölümün yakın ve kaçınılmaz olması" şeklindedir. Bu şartın çift etki doktrini bakımından da gerekliliğine katılmakla birlikte yapılacak daha ileri çalışmalarda terminal dönemde olmayan bireylerin dayanılmaz ağrılarının ölümü hızlandırmadan tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda hekimin yükümlülüğünün tartışılması gerektiği görüşüdeyiz; zira tedavi edilmediği zaman şiddetli ağrıya başa çıkmak için gösterilen bedensel çabanın yol açtığı bedensel tükenmişlik gibi doğrudan veya hastanın etkili ağrı kesici tedavilere erişememesi nedeniyle yaşamına son vermesi gibi dolaylı yoldan insanın ölümü hızlanabilmektedir<sup>650</sup>.

Çift etki, ölümü hızlandırma riskini öngörüp bu riski en aza indirmek ile yalnızca ölümü hızlandırma riskini göz ardı etmek arasındaki farka duyarsız bir şekilde formüle edilirse, palyatif bakımda uygulanabilir olamayacaktır<sup>651</sup>. Ayrıca böylesi hatalı bir yaklaşım, çift etki kavramının hukuka aykırılıkla özdeşleşmesini kaçınılmaz hale getirecektir.

ÇED'in yol açtığı hukuki ve ahlaki tartışmaları bertaraf edebilmek için hastaların ileriye dönük hasta talimatı vermeye teşvik edilmesi tavsiye edilmektedir<sup>652</sup>. İleriye dönük hasta talimatı yaşam sonu karar alma süreçlerinde hasta açısından pek çok belirsizliği giderme potansiyeli taşıdığından bu konuyu ayrı bir başlık altında inceleyeceğiz.

---

650 Margaret Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", y.y., s.530.

651 McIntyre, "The Double Life of Double Effect", s.69-70.

652 Hunt, "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care", s.214.

Hekimin niyetinin hastanın yaşamını kısaltmak değil de ağrısını dindirmek olduğundan emin olmak için birtakım adımlar sıralanmıştır<sup>653</sup>. Bu adımlar:

- Kabul görmüş uygulama yönergelerini orantılı bir yaklaşımla uygulamak,
- Tıbbi kayıtların açık ve eksiksiz biçimde tutulması,
- Sedasyona ilişkin verilen kararların multidisipliner bir ekiple birlikte verilmesi,
- Mümkün olduğu durumlarda sedasyona ilişkin kararlara hastayı ve hasta yakınlarını da dahil etmek,
- Sedasyon için net bir endikasyon göstermek,
- Yapay beslenme ve hidrasyonun uygulanmasını göz önüne almak,
- Hastanın ölmek üzere olduğuna dair kanıtları not etmek.

Sonuç olarak tıp etiği bağlamında tartışmalı yönleri olan ÇED’le ilgili doğru hukuki yaklaşım için geleneksel ÇED kriterlerini yeniden yorumlamak gerekir. Bu bağlamda hastanın tıbbi tablosunun gerektirdiği tıbbi uygulamanın ne olduğu, hastanın ne istediği ve neye ihtiyacının olduğunun mutlak surette dikkate alınması gerekir. Çift etkideki “niyet” kriterinin bu yeni yorumda bırakılarak yerine yukarıda Nambisan’ın önerdiği gibi daha somut ölçütlerin konması hem hastanın menfaatlerinin korunması hem de sağlık çalışanlarına yargılanma korkusundan arındırılmış bir mesleki özerklik alanı açılması bakımından önemlidir. Bu yöntem benimsendiğinde ahlaki iyi ve kötüyü belirlemede karşılaşılan belirsizlik de ortadan kalkacak ve asıl menfaat sahibi olan hastanın özerkliğinin korunması mümkün olacaktır. Zira burada iyi ve kötünün hangi ahlaki ölçüte göre belirleneceği sorununun hastanın ölçütleriyle çözülmesi gerektiğine inanmaktayız. Ancak bu ölçütün belirlenmesinde hastanın veya temsilcisinin aydınlatılması olmazsa olmaz bir unsur kabul edilmelidir. Tıbbi standartlara aykırı bir karar vermemek önemli bir unsur olmakla birlikte bu standartların hastanın istekleri ve değerlerinden bağımsız biçimde gözetilmesinin

---

653 V. Nambisan, “Providing evidence of intention when giving palliative sedation”, Eur J Palliat Care, C. 19, S. 2 (2012), ss. 93–96 içinde Nigel Sykes, “Clinical aspects of palliative sedation”, Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives, ed. Freddy Mortier, Kasper Raus, Sigrid Sterckx, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013, ss. 86–99, s.99. Bunların yanında ağrıyı dindirmek için kullanılan ilacın makul dozda kullanılmasının veya kullanılan ilacın öldürmek için kullanılan ilaçlardan olması yapılan müdahalenin ahlakiliği konusunda fikir verebileceğine dair bkz. Nermin Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, Çağdaş Tıp Etiği, ed. Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, Şahin Aksoy, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003, ss. 328–57, s.339. Ancak klinik olarak güvenli kabul edilen doz aralığının terminal dönem palyatif bakımında hastanın yetersiz semptom yönetimine maruz kalmasına sebebiyet vereceği hakkında önceki bölümde bkz. I.E.Palyatif Bakımın Uygulanma Yöntemi.

hastayı cismanileştireceği, kimliksizleştireceği ve dolayısıyla hastanın özerkliğini ihlal edeceği görüşündeyiz. Ayrıca çift etkinin orantılılığına ilişkin tartışmaların çözümünde tıbbi standartların anahtar rolü vardır. Elbette burada tıbbi standart ifadesini tıp etiğini de içeren anlamda kullandığımızı belirtmek gerekir.

## B. NAFİLE TEDAVİ

### 1. NAFİLE TEDAVİNİN TANIMI

Tıp alanındaki ilerleme pek çok hastalık ve semptomla mücadele etme olanağı verse de ölümün doğallığı karşısında bazı tıbbi müdahalelerin işlevsiz kaldığı durumlar vardır. Öyle ki, belirli bir semptom karşısında belirli bir tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmek tıbben olağandır (kalbi duran hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanması gibi); fakat hastanın bireysel durumu değerlendirildiğinde durum farklılaşır. Hastanın prognozuna göre, tıbben böyle bir müdahaleden göreceği yarar anlamsızdır; dolayısıyla yapılacak müdahale nafiledir. Agoni halindeki bir terminal dönem hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamak, buna örnek verilebilir. Böyle durumlarda nafile tedavi<sup>654</sup> kavramı gündeme gelir.

Nafile tedavi, tıp terimleri sözlüğünde, hastanın prognozunda, konforunda, iyilik halinde veya genel sağlık durumunda iyileşmeye yol açmayan tıbbi müdahale olarak tanımlanır<sup>655</sup>.

Türk Tabipler Birliği Yaşam Sonuna İlişkin Etik Bildirge’de nafile tedavi şöyle açıklanmıştır:

654 Nafile tedavi, İngilizcedeki “futile treatment” kavramının karşılığıdır. Futile treatment ifadesinin yanı sıra İngilizcede futile care, futile medical care, futile medical intervention, medical futility, medical ineffective intervention, pointless treatment, medically inappropriate kavramları da kullanılmaktadır. Türkçede ise nafile tedavi, yararsız tedavi, boşuna tedavi, etkisiz tedavi, tıbbi yararsızlık ifadeleri kullanılmaktadır.

655 “Segen’s Medical Dictionary”. Diğer tanımlar için bkz. Lawrence J. Schneiderman, Nancy S. Jecker, Albert R. Jonsen, “Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications”, *Annals of Internal Medicine*, C. 112, S. 12 (1990), ss. 949–54, doi:10.1059/0003-4819-112-12-949, s.951. “Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy”, *Annals of Internal Medicine*, C. 115, S. 6 (1991), s. 478, doi:10.7326/0003-4819-115-6-478, s.481. “Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine’s Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments”, *Critical Care Medicine*, C. 25, S. 5 (1997), [https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/1997/05000/Consensus\\_statement\\_of\\_the\\_Society\\_of\\_Critical.28.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/1997/05000/Consensus_statement_of_the_Society_of_Critical.28.aspx), (Özet). Keith M Swetz vd., “Ten Common Questions (and Their Answers) on Medical Futility”, *Mayo Clinic Proceedings*, C. 89, S. 7 (2014), ss. 943–59, <http://10.0.3.248/j.mayocp.2014.02.005>, s.943-944. Hospice Palliative Care Association of South Africa, *Legal Aspects of Palliative Care*, s.17. Tom L Beauchamp, James F Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents, Seventh Ed Oxford University Press, 2013, s.169. Nancy S. Jecker, “Medical Futility”, University of Washington Department of Bioethics & Humanities, erişim 19 Mayıs 2022, <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/medical-futility>. Hacettepe Biyoetik Merkezi, “Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar”, 2014, ss. 1–90, [http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam\\_sonu/yasam\\_sonu\\_rehber.pdf](http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam_sonu/yasam_sonu_rehber.pdf), s.23, 34.



*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<sup>656</sup>.*

Hangi tıbbi müdahalenin nafile tedavi olduğunu belirlerken hastanın yararının da tespit edilmesi önemli olmakla birlikte neyin “yarar” olarak adlandırılacağı ve kimin perspektifinden ele alınacağı önemlidir. Bu bağlamda yarar ve nafilelik tanımlarının çeşitliliğinin çok geniş olduğu belirtilmektedir. Bazılarında salt fizyolojik bir analiz yapılırken bazılarında ise hastanın değerleri, analizin olmazsa olmaz unsuru olarak görülmektedir<sup>657</sup>.

Nafile tedavi kavramına ilişkin yapılan tanımlar, sadece önemsiz bir sonuç üretme olasılığı olan tedaviden, külfetinin faydasından daha fazla olma olasılığı yüksek olan tedaviye ve oradan da benzer son yüz vakada nafile olduğu kanıtlanan tedaviye kadar değişmektedir<sup>658</sup>. Nafile tedavi hakkında belirli bir tanım tespit etmenin güçlüğü ile beraber böyle bir tanım arayışı tıbbın alanına girdiğinden çalışmamızda kavramla ilgili genel bir izlenim oluşturmakla yetineceğiz.

Nafile tedaviyi Kasman tarafından aktarılan şu örnekle açıklayalım<sup>659</sup>: Bayan F, cerrahi müdahalede bulunulamayan akciğer kanseri, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve ciddi eklem hastalıklarından mustarip 80 yaşında bir kadındır. Bilinci açık ve sağlık durumu stabildir. Örneğin, yürütle kısa mesafeleri yürüyebilmektedir. Nefes darlığı şikayetiyle hastaneye yatırılıncaya kadar bir huzurevinde yaşamaktadır. Hastanede “lober pnömoni” olarak adlandırılan bir tür zatürre teşhisi konmuştur.

Bayan F dindar bir kimsedir. İleriye dönük hasta talimatı yazmamıştır ve kaderinin, inandığı yüce varlık tarafından belirlenmesini tercih etmektedir. Başlangıçta tedavisi iyileşme sağlasa da yatışın üçüncü gününde sağlık durumu kötüleşmiştir.

656 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39.

657 Gedge, Giacomin, “Withholding and Withdrawing Life Support in Critical Care Settings: Ethical Issues Concerning Consent”, s.216.

658 James L. Werth, Dean Blevins (ed.), Decision Making Near the End of Life: Issues, Development, and Future Directions, Routledge, 2009, s.132. Ayrıca bkz. “Factsheet: Futile or Non-Beneficial Treatment”, erişim 19 Mayıs 2022, <https://www.eldac.com.au/tabid/4979/Default.aspx>. Ayrıca bkz. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine, “Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine’s Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments”.

659 Deborah L Kasman, “When Is Medical Treatment Futile?”, Journal of General Internal Medicine, C. 19, S. 10 (2004), ss. 1053–56, doi:10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x, s.1053.

Yapılan tıbbi müdahaleler sağlık durumuna olumlu etki etmemiştir. Akut böbrek yetmezliği gelişmiş ve zihinsel olarak donuklaşmıştır. Aile, Bayan F'nin sağlık durumunun düzelmesi için her şeyin yapılmasını istemiştir. Hekimler de ölümün önlenmesi için Bayan F'nin diyaliz ve entübasyona ihtiyacının olduğunu tespit etmiş ve tedavi edilemez akciğer kanserini göz önüne aldıklarında ekstübe edilmesini olası görmemişlerdir. Bayan F'nin kötüleşmeden önceki yarı bağımsız hayatına geri dönmesi beklenmemekte, sürekli acı çekeceği ve hastalığının genel durumunun daha da kötüleşeceği öngörülmektedir. Bu tabloya rağmen Bayan F'nin ailesi tam tedavi yapılmasını talep etmiştir. Aktarılan bu olayda Bayan F'ye ailesinin talimatı üzerine tam tedavi yapılması veya daha bilinen bir tabirle “hastanın yaşaması için ne gerekiyorsa yapılması” nafile tedavi olarak adlandırılmaktadır.

Terminal dönemde, hastanın durumunu düzeltme olanağı olmayan veya fizyolojik olarak bir yarar sağlamayan; hatta tam tersine hastaya ilave ıstırap yaşatan veya ıstırap süresini uzatan agresif yaşam desteğinin hastaya sunulmamasının etik açıdan savunulabilir olduğu, Türk Tabipler Birliği Yaşam Sonuna İlişkin Etik Bildirge'de belirtilmektedir<sup>660</sup>. Dünya Tabipler Birliği Terminal Hastalığa İlişkin Venedik Bildirgesinde de hekimlerin hastaya hiçbir yarar sağlamayacak yöntemleri kullanmaktan kaçınması gerektiği belirtilmiştir<sup>661</sup>.

Nafile tedavi tablolarının kazuistik bir şekilde sayılması; hangi durumlarda tedavinin nafile sayılacağını önceden belirleyebilmek hekimlik uygulamalarında mümkün görülmemektedir. Dolayısıyla somut olay bağlamında hekim tarafından takdir edilir<sup>662</sup>. Bu yönüyle nafileliğin somut ve objektif bir tanımı yoktur<sup>663</sup>. Büken, bu durumu “*Futilitenin herkesçe kabul edilebilen bir tanımını yapmak girişimi bile birbiri ile çatışan ahlaki değerlerin açtığı bir pandora kutusu niteliğindedir.*” sözleriyle ifade etmektedir<sup>664</sup>. Diğer yandan nafilelikle ilgili genel geçer kriterlerin yokluğu, nafile tedavinin hastadan esirgenmesi veya başlamış bir tedavinin nafilelik sebebiyle geri

660 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39.

661 Association, “WMA Declaration of Venice on Terminal Illness”.

662 Dilek Özcengiz, Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımından İncelenmesi, Ankara Üniversitesi, 2020, s.27. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39. Marjorie B. Zucker, Howard D. Zucker (ed.), Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1997, s.137.

663 Jecker, “Medical Futility”.

664 Nüket Örnek Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics, C. 2, S. 3 (2016), ss. 24–33, [https://www.researchgate.net/profile/Nuket\\_Buken/publication/313648493\\_Yasamin\\_Sonunda\\_Klinik\\_Etik\\_Karar\\_Verme\\_Sureci\\_ve\\_Belirleyici\\_Faktorler/links/58a1700c92851c7fb4bf5983/Yasamin-Sonunda-Klinik-Etik-Karar-Verme-Sureci-ve-Belirleyici-Faktörler.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nuket_Buken/publication/313648493_Yasamin_Sonunda_Klinik_Etik_Karar_Verme_Sureci_ve_Belirleyici_Faktorler/links/58a1700c92851c7fb4bf5983/Yasamin-Sonunda-Klinik-Etik-Karar-Verme-Sureci-ve-Belirleyici-Faktörler.pdf), s.30. Ayrıca bkz. Werth, Blevins, Decision Making Near the End of Life : Issues, Development, and Future Directions, s.132.

çekilmesi bağlamında yoğun bakım ünitelerinde soruna sebep olmaktadır<sup>665</sup>. Hekimlerin nafileliğin tespitine ilişkin karar alma süreçlerini kolaylaştırmaya yönelik birtakım kriterler önerilmektedir<sup>666</sup>.

Nafile tedavi, nitel ve nicel olarak iki farklı yaklaşımla ele alınır. Nicel nafilelikte tedavinin hastaya fizyolojik fayda sağlama olasılığı çok düşüktür. Nitel nafilelikte ise tedavinin hastanın yaşam kalitesine olan etkisi çok düşüktür<sup>667</sup>. Benzer bir ayrımı “fizyolojik futilite” ve “normatif futilite” kavramları altında ele alınmıştır<sup>668</sup>. Buna göre fizyolojik futilitede, nicel nafilelikte olduğu gibi değerler tıbbi bir temelde ele alınır. Normatif futilitede ise tıpkı nitel nafilelikte olduğu gibi yaşam kalitesine olan etkiye bakılır ki buradaki değerlendirmeye hastanın veya bakım verenin görüşü de dahil edilir.

## 2. TARTIŞMA

Nafile tedaviyi değerlendirirken bazı yazarlar yalnızca nicel nafileliği esas almıştır<sup>669</sup>. Ne var ki salt nicel nafileliğin gözetilmesinin hastayı biyolojik bir mekanizmaya indirgeyeceği görüşündeyiz. Büken’e göre fizyolojik değerlendirme hiçbir zaman değersiz kabul edilemez ve salt normatif değerlendirmeyle karar vermek de tıp mesleğine zarar verir<sup>670</sup>. Öyleyse nafile tedavi değerlendirilirken tedavinin hem yaşam süresine hem de yaşam kalitesine olan katkısının dikkate alınması gerekir.

Nafileliğin tespitinde nicel ve nitel yaklaşımların birlikte kullanılması kanımızca gerçekçi bir değerlendirme yapmada önemli bir faktördür. Salt nicel bir yaklaşımla hastanın fizyolojik yararının olması hastanın menfaatinin olduğunu söylemek için yeterli değildir<sup>671</sup>. Hastanın fizyolojisinde bir takım tıbbi hedeflerin erişilebilir olması yaşamı uzatan tedbirlerin gerekli olduğu anlamına gelmez<sup>672</sup>.

665 Özcengiz, Yaşam Sonu Kararları Türk Hukuku Bakımından İncelenmesi, s.28.

666 Baruch A. Brody, Amir Halevy, “Is Futility a Futile Concept?”, *Journal of Medicine and Philosophy*, C. 20, S. 2 (1995), ss. 123–44, doi:10.1093/jmp/20.2.123, s.123. Association Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical, “Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs”, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, C. 281, S. 10 (1999), ss. 937–41, doi:10.1001/jama.281.10.937, s.938.

667 Jecker, “Medical Futility”. Hacettepe Biyoetik Merkezi, “Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar”, 2014, ss. 1–90, [http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam\\_sonu/yasam\\_sonu\\_rehber.pdf](http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam_sonu/yasam_sonu_rehber.pdf), s.23.

668 Örnek Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”.

669 E Gedge, M Giacomini, “Withholding and Withdrawing Life Support in Critical Care Settings: Ethical Issues Concerning Consent”, *J Med Ethics*, C. 33 (2007), ss. 215–18, doi:10.1136/jme.2006.017038, s.216.

670 Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, s.30.

671 Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, s.29.

672 Hakeri, Tıp Hukuku, s.1064. Hans Lilie, “Hayatın Sonunda Tedavinin Sınırlanması”, ç. Şule Karataş Görücü, I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı), ed. Hakan Hakeri, Cahid Doğan, Legal Yayıncılık, 2016, s.10.

Yukarıda, çift etki doktrini bağlamında bahsettiğimiz gibi ölüm, bazı tıbbi tablolarda hasta ve yakınları tarafından bir kurtuluş olarak görülebilmektedir. Salt nicel yaklaşım ise hastayı her durumda tedavi etmeyi gerektirecek kadar radikalleşebilir. Oysa bazı durumlarda tedavinin devam etmesi hastanın menfaatlerini ihlal edebilir<sup>673</sup>. Diğer yandan salt nitel yaklaşım da tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesini ve hatta yaşam hakkını zedeleyebilir.

Tıbbi müdahalede bulunmanın hangi durumlarda nafile sayılacağı veya süre gelen bir tedavide hangi andan itibaren tedavinin nafile sayılmaya başlayacağı, buna kim(ler)in hangi ölçütlere göre karar vereceği belirsizdir<sup>674</sup>. Nafile tedaviyi tanımlamadaki güçlükler beraberinde birtakım tartışmaları getirmektedir. Tartışmalı konulardan biri, hasta veya hasta temsilcileri bir tedavinin durdurulmasını talep edebiliyorsa, bir tedavinin uygulanmasını da talep edebilecekleri hakkındadır<sup>675</sup>. Bu argümana karşılık olarak, uygulanması istenen tedavinin külfetli olması, hastaya bir yarar sağlamayacak olması ve tıbbi kaynakların dağılımının doğru sağlanmış olmayacağı ileri sürülmektedir<sup>676</sup>.

Yaşam sonuna ilişkin karar alma süreçleri çoğunlukla karmaşıktır ve bir değerler problemi içerir<sup>677</sup>. Nafileliğin net bir tanımının olmaması, hasta ve hasta yakınlarında yaşam sonunda nafileliğin tespitinde hastanın değer ve istekleriyle örtüşmeyen kararların alınabileceğine ilişkin endişe doğurmaktadır<sup>678</sup>. Nafileliğin tespitine ilişkin çelişkili durumlarda tıbbi kaynakların dağılımı nadiren bir tartışma konusu olur; fakat hastanın değerleri hakkında bilgi olmadığı durumlarda tedavinin nafile olduğuna karar vermek için tıbbi kaynaklar güçlü bir gerekçe sağlayabilir<sup>679</sup>.

Türkiye’de hangi durumların nafile tedavi olarak kabul edileceğini, tedavinin ne zaman durdurulacağını, yaşam sonu kararlarında hekimlerin ne kadar yetkili

---

673 Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, s.29.

674 Sevtap Metin, *Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk*, 1. b., İstanbul: On İki Levha, 2010, s.326.

675 Peter A. Clark, “Medical Futility: Legal and Ethical Analysis”, *AMA Journal of Ethics*, C. 9, S. 5 (2007), ss. 375–83, doi:10.1001/virtualmentor.2007.9.5.msoc1-0705, s.375.

676 Peter A. Clark, “Medical Futility: Legal and Ethical Analysis”, *AMA Journal of Ethics*, C. 9, S. 5 (2007), ss. 375–83, doi:10.1001/virtualmentor.2007.9.5.msoc1-0705, s.376.

677 Dominic JC J.C. Wilkinson ve Julian Savulescu, “Knowing When to Stop: Futility in the ICU”, *Current Opinion in Anaesthesiology* 24, sayı 2 (Nisan 2011): 160–65, <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328343c5af>.

678 Werth, Blevins, *Decision Making Near the End of Life : Issues, Development, and Future Directions*, s.132.

679 Wilkinson ve Savulescu, “Knowing When to Stop: Futility in the ICU”. Tedavinin zahmetli veya pahalı olmasının nafileliğin tespitinde dikkate alınmayacağı hakkında bkz. Hakeri, *Tıp Hukuku*, s.725.

olduğunu gösteren hukuki ve etik düzenlemeler bulunmamaktadır<sup>680</sup>. Sağlık çalışanlarının nafile buldukları tedaviyi sürdürme konusunda sosyal, idari ve hukuki baskılar yaşadığı belirtilmektedir<sup>681</sup>. Bu durum hem Biyotıp Sözleşmesi m.3 hem de HHY m.6'da düzenlenen tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesine aykırıdır.

Tıbbi kaynakların adil kullanımı Biyotıp Sözleşmesi m.3'te düzenlenmiştir<sup>682</sup>. Devletlerin tıbbi kaynakların dağılımını sağlarken tıbbi ihtiyaçların yanı sıra bu kaynakların adil kullanımı da gözetmesi gerektiği, madde metninden anlaşılmaktadır. Benzer şekilde HHY m.6'da sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kişinin ihtiyaçlarına uygun biçimde adalet ve hakkaniyet ölçütüne bağlanması ve hastanın sağlık kuruluşunda kalmasının tıbben faydalı bulunmadığı durumlarda bulunduğu sağlık kuruluşundan sevk veya taburcu edilebileceğine ilişkin m.8/4'te yer alan düzenleme karşısında nafile tedavinin kesilmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>683</sup>. Kanımızca nafile tedavinin sürdürülmemesi m.8/4 kapsamında hekime tanınan bir özerklik alanı değildir; zira aşağıda daha detaylı açıklayacağımız üzere TDN m.20 gereği hastaya yararı olmayan bir tedavinin uygulanması yasaktır. Bir başka deyişle bir tedavinin gerçekleştirilmesi tıbben nafileyse fakat hekim yine de tedaviyi gerçekleştirirse bu tıbbi müdahale hukuka uygun olmaktan çıkar. Tüm bunlara ilaveten endikasyon tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından<sup>684</sup>. Tıp etiği açısından da endikasyon olmadan tedaviye başlanamaz<sup>685</sup>.

---

680 Berna Arda, Ahmet Acıduman, "Medical Futility in Turkey", *Medical Futility: A Cross-National Study*, ed. Alireza Bagheri, Imperial College Press, 2013, ss. 227–46, s.234. L. İyilikçi vd., "Practices of Anaesthesiologists with Regard to Withholding and Withdrawal of Life Support from the Critically Ill in Turkey", *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, C. 48, S. 4 (2004), ss. 457–62, doi:10.1046/j.1399-6576.2003.00306.x, s.460.

681 Büken, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler", s.29.

682 Madde metni şöyledir: "Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır."

683 Sibel Adıgüzel, Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü, İstanbul Üniversitesi, 2011, s.102. Kudret Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000, s.59-60.

684 Hakeri, *Tıp Hukuku*, s.476. Hakan Hakeri, "Tıbbi Müdahalelerde Endikasyon", *Tıp Hukuku Atölyesi-I*, ed. Sunay Akyıldız, İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2013, ss. 61–77, s.63. Mehmet Ayan, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, Ankara: Kazancı Hukuk Yayınları, 1991, s.9. Ayrıca bkz. Barış Erman, *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2003, s.201-204. Kanımızca endikasyon kavramı tıbbi iyileşmeden ibaret olmayıp sünnet veya güzelleşme amacıyla yapılan tıbbi müdahaleler veya 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun m.6 veya 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun m.4'teki gibi endikasyon durumları da bulunmaktadır. Endikasyonun bir tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirdiği görüşüne katılmakla birlikte endikasyonun varlığının ancak tıp etiği ilkeleri çerçevesinde yapılacak tıbbi değerlendirmeyle tespit edilebileceği görüşünde olduğumuzu belirtmekle yetinyoruz.

685 Avrupa Konseyi, *Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz*, ç. Yeşim Işıl Ülman, 2014, s.11. Ayrıca bkz. Özkaya, İlkılıç, "Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar", s.779.

Tıpta ilaç vermenin yanı sıra ilaç vermeye kıyasla kişinin fizyolojisini daha az etkileyen veya hiç etkilemeyen bilgi – öğüt verme, ilaçsız tedavi ve bir uzmana sevk gibi yöntemler de bulunmaktadır<sup>686</sup>. Bu yöntemler arasında en invaziv olanı ilaç vermedir. Cerrahi müdahaleler gibi ilaç vermeye kıyasla daha invaziv yöntemler de vardır. TDN m.20’de hastaya faydasızlığı bilenen bir ilacın verilmesi yasaklanmıştır. Bu yasak yorumlanırken yararsız ilacın uygulanmaması ama ilaç uygulamasından daha invaziv olan cerrahi müdahalenin yararsız olduğu halde uygulanması kanımızca maddede korunan hukuki menfaati karşılamamaktadır. O halde “çoğun içinde az da vardır” kuralı gereği ilaç vermeden daha invaziv olan yöntemler de uygulanamaz. Öyleyse TDN m.20’deki düzenlemenin daha geniş yorumlanması ve bu yorum sonucu hekim tarafından faydasızlığı bilinen bir tıbbi müdahalenin hastaya uygulanmaması gerekir. Bununla birlikte ilaç uygulamasından daha az invaziv olan işlemlerin hastanın zihinsel ve bedensel dayanıklılığını azaltmayan bir tedavi (TDN m.13/3) nafile de olsa uygulanabilir. Bu bağlamda tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesine uygun davranmak gerektiği gözden kaçırılmamalıdır.

Tartışmalı bir başka durum ise hekimin mesleki dürüstlüğü kapsamında, faydalı olmayacağına inandığı bir tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmekten kaçınabileceğine ilişkin mesleki yükümlülük karşısında hekimlerin hasta ve hasta yakınlarının isteklerine uymak zorunda hissetmelerindeki çatışmaya ilişkindir<sup>687</sup>. Buna cevaben, bir hekimin, hastanın sağlık durumunu, tıbbi değerlerini ve tedaviden beklentisini dikkatlice değerlendirdikten sonra, belirli bir tıbbi tedavinin, fayda ve adalet ilkelerini ihlal ettiği için nafile olduğuna inanırsa, etik ve profesyonel olarak bu tedaviyi uygulamaktan kaçınma yükümlülüğü olduğu belirtilmektedir<sup>688</sup>.

Türk Tabipler Birliği Yaşam Sonuna İlişkin Etik Bildirge’de “*Hekimin boşuna olarak değerlendirdiği uygulamalar yaşam destek tedavisi olarak sınıflandırılmaz.*” ifadesi yer almaktadır<sup>689</sup>. Bu ifadeyle birlikte TDN m.13’ün de incelenmesi gerekir. Maddenin birinci fıkrasına göre “*Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder.*”. Bir başka deyişle endikasyon olmaksızın tıbbi müdahalede bulunmamalıdır<sup>690</sup> ve tıbbi endikasyonun gerektirdiği müdahale neyse o uygulanmalıdır. Maddenin ikinci fıkrasında yer alan “*Tababet prensip ve kaidelerine*

686 T.P.G.M. de Vries vd., “Reçete Yazma Rehberi Pratik El Kitabı” (Genevre, y.y.), s.7.

687 Brody, Halevy, “Is Futility a Futile Concept?”, s.124. Clark, “Medical Futility: Legal and Ethical Analysis”, s.376.

688 Clark, “Medical Futility: Legal and Ethical Analysis”, s.379. Ayrıca bkz. Association, “WMA Declaration of Venice on Terminal Illness”.

689 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39.

690 Hakeri, Tıp Hukuku, s.476.

*aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.*” ifadesi de endikasyona uygun müdahalede bulunma yükümlülüğünün yanı sıra endikasyon olmaksızın müdahalede bulunmayı yasaklamaktadır. Son olarak üçüncü fıkrada yer alan “*Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusunun uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.*” İfadesi de tıpkı yukarıda Bayan F’ye ilişkin verdiğimiz örnekteki gibi tıbben yararsız olan bir tedavinin sırf aile istiyor diye uygulanmasını yasaklamaktadır. Yaşam desteği adı altında hastanın ölümünün geciktirilmesini de bu bağlamda hem meslek etiği kurallarına hem de Tıbbi Deontoloji Nizanmanesi’ne aykırı bulmaktayız. Ne var ki hastanın talep ettiği müdahale hastaya ruhen veya bedenen zarar vermiyorsa TDN m.13/3’teki düzenlemenin uygulama yeri olmadığı görüşüdeyiz.

Nafile olan fakat hastaya zarar vermeyen tedavinin uygulanmasının hasta veya hasta yakını üzerinde psikolojik yarar sağlayabileceği argümanı ileri sürülebilir<sup>691</sup>; zira bu da bir faydadır. O halde burada bahsedilen faydanın ne olduğunun belirlenmesi önemlidir. Büken’e göre faydanın ne olduğunu ve kime göre belirleneceği bir değerler sorunudur<sup>692</sup>. Diğer yandan hastanın faydası, nafileliğin takdirinde tek ölçüt değildir. Kaynakların adil dağılımı da hekimin göz önüne alması gereken bir diğer ölçüttür. Öyleyse nafile tedavinin hasta veya yakınına psikolojik fayda sağlayacağını kesin olarak kabul etmek mümkün olduğunda bu durumun tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesine de uyması beklenmelidir<sup>693</sup>. Zira hasta ve hasta yakınlarına psikolojik yararın tıbbi kaynakları adil dağıtarak da sağlamanın yollarının bulunabileceği görüşüdeyiz. Örneğin hastanın yoğun bakım servisinde tutulmasındansa psikolojik destekten ve sosyal hizmetten yararlandırılması hem sınırlı kaynakların adil kullanımı açısından daha etkili, hem daha ekonomik, hem de umulan faydayı elde etmek için daha etkilidir. Bu sebeple bir tedavinin hastaya psikolojik olarak iyi hissettirmesi nafile tedaviyi nafile olmaktan çıkarmak için tek başına yeterli değildir. Tedavinin tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesine aykırı olmaması da beklenmelidir.

691 Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, s.29.

692 Büken, “Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler”, s.29.

693 Nermin Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, Çağdaş Tıp Etiği, ed. Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, Şahin Aksoy, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003, ss. 328–57, s.334. Sevtap Metin, Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk, 1. b., İstanbul: On İki Levha, 2010, s.326. Diğer yandan tıbbi kararların adil kullanımının siyasal ve devletsel kurumlara ait olduğu hakkında bkz. Gert Müller-Esch, “Yoğun Bakım Tıbbında Etik”, Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, ed. Dietrich v. Engelhardt, ç. Arın Namal, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018, ss. 157–62, s.317.

Büken'e göre ülkemizde sağlık çalışanları tıbbi müdahaleyi nafile bulduğu durumlarda dahi idari, sosyal, hukuki veya başka sebeplerden dolayı tedaviyi sonlandırma kararı alınamamaktadır. Bu durumun tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesine aykırı olmasının yanı sıra uzayan yaşamın kalitesinin sorgulanacağı ve tedavi masraflarını kimin karşılayacağı sorununu gündeme getirmektedir<sup>694</sup>.

Madde 13/3, hastanın akli veya bedeni mukavemetini azaltacak bir müdahalede bulunmayı yasaklamaktadır. Peki, yapılacak müdahale hastanın akli veya bedeni mukavemetini azaltmayacak fakat katkı da sağlamayacaksa hekim nasıl davranmalıdır?

Nizamname m.14 "*Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir.*" hükmünü amildir. Madde 13/3'te ise hastanın akli ve bedeni mukavemetini azaltacak tedavi yapmak yasaktır. Bu düzenlemelerle birlikte hastanın akli ve bedeni mukavemetini azaltmayan fakat hastanın vaziyetinin de icap ettirmediği (yani hastaya zarar vermeyen ama gerekli de olmayan) bir tıbbi müdahaleyle ilgili düzenleme bulunmamaktadır. Kanımızca bu boşluk, bilinçli bir boşluktur. Bu boşluğun doldurulması tıp mesleği uygulayıcılarına bırakılmıştır<sup>695</sup>; zira tıpta siyah ve beyaz gibi net ayrımlar yoktur. Çoğunlukla gri alanlar vardır.

Türk Tabipler Birliği Yaşam Sonuna İlişkin Etik Bildirge'de "*Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda solunum ve dolaşım desteği hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir. Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/ sıvı desteği de sonlandırılabilir.*" ifadesi de kanımızca tam da bu sebepten dolayı kesin bir önerme içermemekte ve hekime bir hareket aralığı bırakmaktadır. Bu bağlamda hukuken kesin bir önerme ileri sürmenin tıbbi uygulamayı zorlaştıracığı görüşündeyiz; zira tedavinin hangi durumlarda nafile sayılacağını belirlemeye yarayan objektif ölçütler koymanın imkansızlığı tıbben kabul görmektedir.

Nafilelik tablosu, hasta açısından yapılacak hiçbir şeyin olmadığı anlamına gelmemektedir<sup>696</sup>. Hastaya uygulanabilecek tüm tıbbi tedaviler nafile olsa dahi bu durum hastaya bakım verilmesine engel teşkil etmez. Bu durum Türk Tabipler Birliği

694 Büken, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler" s.29.

695 Yaşam sonuna ilişkin tedaviyi sürdürme ve sonlandırma gibi kararlardaki hukuk politikaları belirlenirken karar verme yetkisinin tıp bilimine bırakılması gerektiği hakkında bkz. Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.145.

696 Lawrence J. Schneiderman, Nancy S. Jecker, Albert R. Jonsen, "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications", *Annals of Internal Medicine*, C. 112, S. 12 (1990), ss. 949-54, doi:10.1059/0003-4819-112-12-949, s.950. Marco Vergano, Giuseppe Renato Gristina, "Futility in Medicine", 2014, doi:10.1016/j.tacc.2014.10.004, s.169.



Yaşam Sonuna İlişkin Etik Bildirge’de “...hasta bakımı hiçbir biçimde boşuna tedavi kapsamında değerlendirilemez. Boşuna tedavi kararı ile uygulamaların sonlandırılması hastaya verilen bakımın sonlandırılması anlamına gelmez.” ifadesiyle kendine yer bulmaktadır<sup>697</sup>. Hasta yakınlarının nafile tedavi konusunda ısrarcı olmaları durumunda hekimin tedavi vermekten kaçınabileceği belirtilmekle birlikte böyle bir tabloda dahi hekimin bakımın sürekliliğini aksatmaması gerektiği belirtilmiştir<sup>698</sup>. Benzer şekilde TDN m.14 ile HHY m.14’te de bu hususta bir düzenlemeye yer verilmiştir<sup>699</sup>. TDN m.14/1’de “*Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.*” ifadesi yer almaktadır. Bu fıkrada yer alan “*hastanın hayatını kurtarmak*” ifadesini hastanın yaşam süresini uzatmak; “*sıhhatini korumak*” ifadesini ise sağlık durumunun daha kötü bir hal almasına engel olmak şeklinde yorumlamak mümkündür. Maddede belirtilen bu iki tablo kanımızca terminal dönemle ilişkilidir. Madde 14/1, bu iki tabloda dahi hekime, birtakım yükümlükler yüklemektedir. Bu yükümlülük “*hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı göstermek*” şeklindedir.

Tedavinin nafile olduğuna karar vermek tıbbi bir süreç gibi gözükse de nitel nafilelik veya normatif futilite kavramları nafileliği değerlendirirken bunun hastanın yaşam kalitesine olan etkisini de dikkate almayı gerektirir. Nitel nafilelik ise hastanın değerlerinin ve tedaviden beklentilerinin dikkate alınmasını gerektirir. Bu sebeple nafilelik, hekime tek başına karar verme yetkisi vermez. Nafileliğin tespiti, hastanın değerlerini de temel alan ve tıbben geniş kabul görebilecek profesyonel bir karara dayalı olmalıdır<sup>700</sup>.

Nafile tedavinin hastaya uygulanmaması mesleki bir yükümlülük olarak addedilmekle birlikte bunun düşünülmeden uygulanması, kavramın kötüye kullanılmasını doğuracaktır. Bu durumda tıpkı hastanın gereksiz yere tedavi edilmesi

---

697 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39. Ayrıca bkz. Lawrence J. Schneiderman, Nancy S. Jecker, Wrong Medicine Doctors, Patients, and Futile Treatment, 2. b., Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2011, s.19.

698 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, s.39. Düzenlemenin devamında ise beyin ölümü gerçekleştiği taktirde yapılacak uygulamaların tedavi kapsamında değerlendirilemeyeceği ve bu andan sonra hekimin hastaya herhangi bir müdahalede bulunmaya zorlanamayacağı belirtilmiştir.

699 Burada bahsedilen norm, TDN’de hekimlere yüklenen bir yükümlülük, HHY’de ise bir hasta hakkı olarak düzenlenmiştir.

700 Jecker, “Medical Futility”.

gibi gerekli olduğu halde nafilelik maskesi altında tedaviden kaçınılması, nafileliğin tanımına, meslek etiğine ve hukuka aykırıdır<sup>701</sup>.

Avrupa Konseyi tavsiye kararına göre hekimler, nafile olduğu açıkça belli olan ve hasta için aşırı külfetli olan tedavileri sürdürmek zorunda değildirler. Aynı şekilde, hastalar tıbbi tedavileri reddetme hakkına sahiptir<sup>702</sup>.

Nafile tedavi tıbbi bir olgu olduğundan değerlendirmesi de tıbben yapılır. Bu sebeple bir hastaya uygulanan tedavinin nafile olduğuna veya gerekli bir tedavinin nafilelik adı altında hastadan esirgendiğine dair hukuki tespitlerin tıbbi değerlendirmelere dayanması gerekir<sup>703</sup>.

Hekimin yaşamı korumaya yönelik mesleki ödevi, nafile tedaviyi uygulama yükümlülüğünü kapsamaz<sup>704</sup>. Aksine, nasıl ki hastanın dindirilebilir ağrısına müdahale edilmemesi insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleye tabi tutulma yasağına aykırı<sup>705</sup> ise geri dönüşü olmaz şekilde yaşam kalitesinden tamamen arınmış bir hastanın yalnızca tıbbi imkanlar sayesinde yaşatılması da bu yasağına aykırıdır<sup>706</sup>. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi tavsiye kararında yaşamı uzatmanın tıbbi müdahalenin münhasır amacı olmadığı ve ağrı tedavisiyle eşit öneme sahip olduğu belirtilmiştir<sup>707</sup>.

Bitkisel yaşam ve benzeri durumlarda hastaya sunulan yaşam desteği nafile tedavi değildir. Terminal dönem hastadan farklı olarak öngörülebilir bir gelecekte ölümü beklenmeyen hastalara yapay beslenme desteği verilebilmektedir. Bu yaşam desteğinin hastayı iyileştirmeyeceği bilinir fakat mevcut sağlık durumunun korunması için destek sürdürülür. Bu durumdaki hastadan yaşam desteğinin kesilmesi hukuka aykırı bulunmakta ve insan öldürme suçunun oluşmasına sebep olabileceği belirtilmektedir<sup>708</sup>.

---

701 Büken, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler", s.31.

702 Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, 2003, s.30.

703 Kudret Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000, s.142, dn.394.

704 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.143.

705 Bu bölümde bkz. I.A.2. Ağrının Önlenmemesi İle İşkencenin İlişkisi.

706 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.143.

707 Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 1418 (1999): Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying".

708 Hakeri, Tıp Hukuku, s.725.

### 3. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Nafile tedavinin gündeme geldiği tıbbi tablolarda hekimin hukukun öngördüğü sınırların içerisinde kalması için nasıl bir yol izlemesi gerektiğini incelemek gerekir.

Öncelikle tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri aydınlatılmış onam olduğu için nafilelik tartışması gündeme geldiğinde hasta veya hastanın temsilcisi nafilelik hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir<sup>709</sup>. Bu bilgilendirmede HHY m.15'te sayılan unsurların yanı sıra tıbbi müdahalenin nafile kalacağını düşünme sebeplerini ve palyatif bakım seçeneklerinin hasta veya hasta yakınına anlatılması önerilmektedir<sup>710</sup>. Buna ilaveten tıbbi müdahalede bulunulmasa dahi hastanın kaderine terk edilmeyeceğinin ve bakım verme yükümlülüğünün devam ettiğinin bildirilmesi önemlidir. Bakımın başka bir hekim veya sağlık kuruluşu tarafından gerçekleştirilebileceği veya hastanın durumu hakkında başka bir hekimden tıbbi görüş alınabileceği seçeneklerinin de sunulması gerektiği belirtilmektedir<sup>711</sup>.

Yaşamın sonuna ilişkin karar alma süreçlerinde bazı yabancı ülkelerdeki mahkemelerin kendilerini bu konudan uzak tuttuğu ve bu durumun da hastane etik kurulları gibi mekanizmaların gelişmesine sebebiyet verdiği belirtilmektedir<sup>712</sup>. Tedaviye nasıl devam edileceği konusunda hekim ve hasta yakınları arasında bir anlaşmazlık doğduğu takdirde ülkemizde de çözüm için mahkemeler yerine toplumun değişik kesimlerinden üyelerin oluşturduğu bir etik komitenin rol oynaması tavsiye edilmektedir<sup>713</sup>.

Nafile tedavinin kesin bir tanımının olmaması hekimin nafile tedaviyi takdir ederken hataya düşmesine sebep olabilir. Bir başka deyişle tıp ilmine göre nafile olduğu kabul edilecek bir tedavi somut olay bağlamında hekim tarafından hatalı değerlendirme sonucu hastaya uygulanabilir veya hastaya faydalı olacak bir tedavi nafile olduğu öngörüsüyle uygulanmayabilir. Bu bağlamda hekimin özen borcunun kapsamını belirlerken Biyotıp Sözleşmesi m.4, TDN m.13, HHY m.11 ve 14'teki

709 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.39.

710 Werth, Blevins, Decision Making Near the End of Life : Issues, Development, and Future Directions, s.133.

711 Werth, Blevins, Decision Making Near the End of Life : Issues, Development, and Future Directions, s.133.

712 Thaddeus Mason Pope, "Legal Briefing: Medical Futility and Assisted Suicide.", The Journal of Clinical Ethics, C. 20, S. 3 (2009), ss. 274–86 içinde H. Volkan Acar, "Yararsız Tedavi", Türkiye Biyoetik Dergisi, C. 3, S. 2 (2016), ss. 74–84, s.80.

713 Yalım Dikmen, "Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik Ötanazi", Medikal Etik-3, ed. Hüsrev Hatemi, Hanzade Doğan, Yüce Yayın, y.y., ss. 35–41, s.39. Ayrıca bkz. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.38.

düzenlemelere bakmak gerekir. Bu düzenlemeleri göz önüne alarak hekime tıp ilminin öngördüğü bir çerçeve içerisinde kalma yükümlülüğü yüklendiği anlaşılmaktadır. Hekimin hata sonucu bu çerçevenin dışına çıkması ve tedavinin nafileliği konusunda yanılması hekimin sorumluluğunu doğurur. Hakeri'ye göre hekim bu konudaki kararları mümkün olduğunca heyet halinde almalı ve tereddüt halinde tedaviye son vermek yerine devam etme kararı alınmalıdır; aksi takdirde taksirle öldürme suçu meydana gelebilir<sup>714</sup>.

Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuzda terminal dönemde karar alma süreçlerinde göz önüne alınacak hususlara yer verilmiştir<sup>715</sup>. Buna göre nafileliğin değerlendirilmesinde hem nitel hem nicel ölçütlere yer verilmesi, hastanın bilgilendirilmesi, adalet ilkesinin gözetilmesi gibi pek çok yaklaşıma yer verilmiştir. Nafile tedavinin değerlendirilmesinde bu kılavuzun hekimin karar alma sürecini yönetmesini kolaylaştıracağı görüşündeyiz.

Uygulamada, özellikle yoğun bakım ünitelerinde sunulan tıbbi hizmetlerde hekimlerin yararlı bulunduğu tüm tedavilerin ısrarlı bir biçimde uygulandığı belirtilmektedir<sup>716</sup>. Hasta veya hasta yakınlarının tedavinin sonlandırılması isteği ile hekimin yaşamı korumaya dair mesleki yükümlülüğü çatıştığında hangi iradeye üstünlük tanınacağı belirsizdir. Kanımızca böyle tablolarda nitel ve nicel nafilelik ile tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesi birlikte değerlendirilerek varılacak sonuca üstünlük tanınmalı ve bu zorlu karar alma sürecinde Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz gibi bir kılavuz referans alınmalıdır. Alınan bu referansın hekimin benimsediği özen ölçütünün somutlaştırılması açısından önemli olduğu görüşündeyiz.

Son olarak ileriye dönük hasta talimatlarının da terminal döneme ilişkin karar alma süreçlerinde yol gösterici olacağı ve tıbbi nafileliği değerlendirilmesinde ihtiyaç duyulacak nitel ölçütleri sağlayacağı görüşündeyiz<sup>717</sup>.

---

714 Hakeri, Tıp Hukuku, s.725.

715 Avrupa Konseyi, Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz, ç. Yeşim Işıl Ülman, 2014, s.11.

716 Özcengiz, Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımından İncelenmesi, s.33.

717 Aynı görüşte bkz. Tolga Güven, Gürkan Sert, "Advance Directives in Turkey's Cultural Context: Examining the Potential Benefits for the Implementation of Patient Rights", Bioethics, C. 24, S. 3 (2010), ss. 127–33, doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01789.x, s.131.

## C. TERMİNAL DÖNEMDE TEDAVİNİN REDDİ

### 1. GENEL OLARAK

Hastaya uygulanacak tedavinin hukuka uygunluğu için hastanın rızasının gerekli olduğu hukuken tartışmasızdır. Hasta, sağlık personeli tarafından tıbbi müdahale hakkında aydınlatıldıktan sonra tıbbi müdahaleye rıza gösterirse tıbbi müdahale hukuka uygun bir şekilde gerçekleştirilebilir. Bunun doğal bir sonucu olarak hasta tıbbi müdahaleye rıza göstermeye de bilir veya gösterdiği rızayı geri alabilir. Bu da tedavinin reddedildiği anlamına gelir. Tıbbi müdahaleye kısmen veya tamamen onay verilmediği durumlarda tedaviyi red hakkı kullanılmış olur<sup>718</sup>.

Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri'nde ret hakkı, "*Karar verme yeterliliği bulunan ve uygun biçimde aydınlatılmış olan kişinin önerilen tedaviyi reddedebilmesi*" şeklinde tanımlanmıştır<sup>719</sup>.

Çalışmamızın bu kısmında özellikle bilinci açık ve rıza verme yeteneği olan tam ehliyetli terminal dönem hastanın yaşamı uzatan tedaviler gibi bir tedaviyi reddetmesinin ölümüne sebep olmasının tedaviyi red hakkı üzerindeki etkisi incelenecektir. Bu sebeple rıza verme yeteneği bulunmayan kişiler, küçük ve kısıtlılar için geçerli olan yasal temsilci vasıtasıyla tıbbi müdahaleye rıza gösterilen durumlar bir sonraki bahiste incelenecektir. Hastanın bilincinin kapalı olduğu, yaşamının korunması için acil tıbbi müdahalede bulunulması gereken fakat rıza gösterebilecek kimsenin bulunmadığı durumlarda söz konusu olan varsayılan rıza konusu ise çalışmamız kapsamında incelenmeyecektir. Zira palyatif bakımdan yararlanan – ihtiyaç duyan terminal dönem hastalar kronik hastalıkla yaşayan kimselerdir. Dolayısıyla varsayılan rızaya ihtiyaç duyulan akut durumlarda terminal dönem hastalar bakımından özellikli bir durum olmadığı görüşündeyiz<sup>720</sup>. Bilinci kapalı hastanın bilinci açık olduğu dönemde verdiği ileriye dönük hasta talimatını ise daha sonra ayrı bir başlık altında inceleyeceğiz.

Hastanın ölümcül bir sonucun doğacağını bildiği halde kendi isteğiyle tedaviyi sona erdirmesi istemli pasif ötanazi olarak adlandırılmaktadır<sup>721</sup>. Bununla

718 Gürkan Sert, "Türk Hukuku'nda Bilinci Açık Hastanın Tedaviyi Ret Hakkının Tıp Hukuku ve Etiği Açısından İncelenmesi ve Tıp Etiği", Terazi Hukuk Dergisi, S. 70 (2012), ss. 14–21, s.15.

719 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.38.

720 Akut sağlık durumlarında sağlık personelinin öncelikli amacı hastanın durumunu stabil hale getirmektir. Palyatif tedavinin söz konusu olduğu durumlarda ise, hastanın terminal dönemde olduğu ve olmadığı tüm tıbbi tablolarda hastanın durumu stabil olduğunu varsaymaktayız.

721 Sibel İnçeoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", Hukuk ve Adalet Eleştirel Hukuk Dergisi, C. 4, S. 9 (2007), ss. 141–72, s.141. Ayrıca bkz. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu.

birlikte aktif ötanazinin insan öldürme sayılması ve TCK m.82'de suç olarak tanımlanması, intihara yardımın m.84'te suç olarak tanımlanması ve HHY m.13'te ötanazi hakkında herhangi bir ayırım gözetmeksizin “*Ötanazi yasaktır.*” şeklindeki düzenleme, tedaviyi redle ötanazinin özdeşleştirilmesine ve incelediğimiz konuya ilişkin önyargının oluşmasına sebep olabilir. Bununla birlikte çalışmamızın asıl konusu olan “palyatif bakım” yaşamı ne uzatma ne de kısaltma niyeti taşır; asıl amacı yaşam kalitesini arttırmaktır. Ayrıca bazı yazarlar pasif ötanazide ölümün amaçlandığı savıyla pasif ötanazi sonucu ölümle hastanın tedaviyi reddetmesi nedeniyle ölümü ayrı değerlendirilmektedir<sup>722</sup>.

Aşağıda inceleyeceğimiz “hastanın tedaviyi reddetmesinin ölüme yol açması” öğretide son derece tartışmalı bir konudur. Ölme hakkı<sup>723</sup> ise tartışmalı bir kavramdır ve dünyada az sayıda ülkede kabul görmektedir<sup>724</sup>. Hastanın tedaviyi red hakkı ise genel kabul gören ve tartışmasız bir haktır. Çalışmamızın kapsamında ele alınacak fikirlerin “ötanazi önyargısı” gerisinde kaybolmaması adına terminal dönem hastanın tedaviyi reddetmesinin ölümüne yol açmasının tedaviyi red hakkı üzerindeki etkisi incelenirken ötanazinin hukuksallığı tartışmasına girilmeyecektir.

## 2. HUKUKİ DAYANAKLARI

Kendi geleceğini belirleme hakkına yönelik bilincin son yıllarda artması, sağlık hizmetlerinin endüstriyellemesi ve bireylerin yaşamın kalitesine yönelik sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artması yaşamı uzatan tedavilerin tartışmaya açılmasına sebep olmuştur<sup>725</sup>. Bu sebeple yaşamı uzatan tedavilerin hastaya uygulanmasında tedaviyi red hakkı gündeme gelmektedir.

Anayasa m.17/2'ye göre:

*“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”*

Madde metninde kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ve bu durumun istisnaları belirtilmiştir. Bu istisnalardan biri “kanunda yazılı haller” olarak

---

722 Hakeri, Tıp Hukuku, s.718. İlhan Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, Seçkin Yayıncılık, 2018, s.167-168. Emel Badur, Tıbbi Müdahaleye Rızanın Özellik Gösterdiği Haller, Seçkin Yayıncılık, 2017, s.81-82.

723 Ölme hakkı, kısaca kişinin kendi isteğiyle yaşamından vazgeçmesidir. Kavram hakkında detaylı bilgi için bkz. Inceoğlu, Ölme Hakkı (Ötanazi), s.13-31.

724 Detaylı bilgi için bkz. Inceoğlu, “Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri”.

725 Dikmen, “Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik Ötanazi”, s.37.

belirtilmiştir<sup>726</sup>. Bir diğer istisna ise “tıbbi zorunluluklar”dır. Tıbbi zorunluluk ifadesinden ne anlaşılması gerektiğine dair öğretide görüş birliği yoktur.

Bazı yazarlar, “tıbbi zorunluluklar” ifadesinden tıbbi gereklilik / endikasyon ifadesinin anlaşılması gerektiğini belirtmektedir<sup>727</sup>. Bu görüşteki yazarlara göre, “tıbbi zorunluluklar” deyimiyle kastedilen, endikasyonun bulunduğu ve hastanın rızası ile endikasyona uygun tıbbi müdahalelerin yapıldığı durumlardır. Dolayısıyla Anayasa m.17/2'deki “tıbbi zorunluluklar” ifadesi, hastanın rızası aranmaksızın tıbbi müdahaleye maruz bırakılabileceği bir istisnayı betimlememektedir. Tam tersine endikasyonun bulunduğu ve tıbbi müdahaleye rızanın olduğu durumları ifade etmektedir.

Bir başka görüş ise “tıbbi zorunluluklar” ifadesinden rızanın alınmasının mümkün olmadığı acil durumlar ile başlanan müdahalede sonradan ortaya çıkan ve rıza kapsamında bulunmayan durumlar anlaşılmalıdır. Bir başka deyişle hastanın rızasını esirgediği durumlar tıbbi zorunluluk kapsamında değildir; burada kastedilen, hastanın rızasını sorgulama – alma imkanının bulunmadığı durumlardır<sup>728</sup>.

Üçüncü bir görüşe göre m.17/2'nin birinci sıralı cümlesinde rızanın açıkça belirtilmemesi burada bahsedilen istisnai durumlar dışındaki tıbbi müdahalelerin rızaya tabi olduğu şeklinde yorumlanabilir<sup>729</sup>. Bununla birlikte yazar, Anayasa m.12'de yer alan “*Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir.*” düzenlemesinden hareketle rıza kavramına ulaşılabileceğini belirtmektedir<sup>730</sup>.

Anayasa m.17/2'nin birinci sıralı cümlede rızanın aranmadığı bazı durumlar betimlenmiştir<sup>731</sup>. Bunlar tıbbi zorunluluklar ve kanunda belirtilen hallerdir. Bunun

---

726 Kanunda sayılan hallere ilişkin detaylı inceleme için bkz. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.173 vd.

727 Sert, “Türk Hukuku’nda Bilinci Açık Hastanın Tedaviyi Ret Hakkının Tıp Hukuku ve Etiği Açısından İncelenmesi ve Tıp Etiği”, s.16. Hakeri, Tıp Hukuku, s.713.

728 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.153-154. İnceoğlu, “Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri”. İnceoğlu’ya göre kişinin serbest iradesini kısıtlayan bir “tıbbi zorunluluk” nedeniyle vücut bütünlüğüne yönelik bir müdahale hem m.17'deki maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını hem de m.20'deki özel yaşama saygı hakkını ihlal edecektir. Bu sebeple tıbbi zorunlulukları hastanın bilincinin olmadığı veya iradesinin hukukten geçerli olmadığı durumlarda yaşamını ve sağlığını korumak için zorunlu olan tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunu sağlayan bir düzenleme olarak görmek gerekir.

729 Tahmazoğlu Üzeltürk, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı: Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla, s. 115, ayrıca dn.109. Kişi dokunulmazlığının kanunla sınırlandırılabilmesine yönelik eleştiri için bkz. aynı eser s.114. Benzer görüşte bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, s.713.

730 Tahmazoğlu Üzeltürk, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı: Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla, s.109, 115-116, ayrıca dn.109.

731 Anayasa m.17/2'nin ilk sıralı cümlesinde rızadan bahsedilmediği halde ikinci sıralı cümlede rızaya vurgu yapılmasının amacı kanımızca bilimsel ve tıbbi denemelere karşı bireye daha güçlü bir koruma sağlamasıdır. Öyle ki bireyin bilimsel ve tıbbi denemeye tabi tutulmasına yönelik bir

yanında kişiliğe bağlı temel hak ve hürriyetleri koruyan Anayasa m.12 kişiliğe bağlı bir değer olan vücut bütünlüğünü doğal olarak korumaktadır. Madde 17/2'de ise özel olarak vücut bütünlüğü korunmakla birlikte bu korumanın sınırları da belirtilmektedir.

Anayasa Mahkemesinin bir kararında m.17/2'de yer alan "tıbbi zorunluluklar" ifadesi "*genel olarak hastanın rızasının alınmasının mümkün olmadığı, ancak müdahalede bulunulmaması durumunda telifisi güç zararların doğacağı ve çoğu zaman hastanın yaşamını yitirmesinin söz konusu olacağı durumlar*" olarak açıklanmıştır<sup>732</sup>. O halde kanımızca hastanın aydınlatılmış rızasının alınabildiği durumlarda telifisi güç zararlar doğsa ve hatta hastanın yaşamı tehlikeye girse dahi hastanın vücut bütünlüğü m.17 kapsamında korunmaktadır.

Yukarıda yer verdiğimiz görüşlerin ortaklaştığı nokta, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için kural olarak hastanın rızasının gerekmesinin Anayasa'da korunduğudur. Anayasa'da sayılan istisnalar dışında kişinin rızası alınmaksızın tıbbi müdahalede bulunulması m.12 ve 17'de korunan değerleri ihlal eder. Dolayısıyla Türk Anayasa Hukuku'nda tedaviyi red hakkının tanındığını söylemek mümkündür<sup>733</sup>.

Biyotıp Sözleşmesi m.5'e göre:

*"Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir.*

*Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.*

*İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir."*

Görüldüğü gibi Biyotıp Sözleşmesi'nde de tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılması için hastanın aydınlatılmış onamının alınması gerektiği düzenlenmiştir. Buna ek olarak kişinin verdiği rızayı her zaman serbestçe geri alabileceği düzenlenmiştir. Kanımızca m.5/3'teki düzenleme hastanın reddetmesi yoluyla bir tedaviye başlanmaması ile başlanmış bir tedavinin sonlandırılması arasında bir fark olmadığını hukuki açıdan açıklığa kavuşturmuştur.

TŞSTİDK m.70/1'e göre:

---

tıbbi zorunluluk olsa veya bu konuda kanuni bir düzenleme olsa dahi rıza göstermediği müddetçe müdahalede bulunulamaz.

732 AYM, T 11.11.2015, B.No: 2013/1789, Halime Sare Aysal Başvurusu, para.56.

733 Hakeri, Tıp Hukuku, s.713. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.154, 170.



*“Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde 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.) (...)”*

Buna göre tıbbi müdahale öncesi hastanın veya yasal temsilcisinin rızasının alınması gereklidir. Büyük cerrahi uygulamalarda rızanın yazılı olarak alınması gerekir.

HHY m.22/1'e göre *“Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.”*. Madde 24'ün ilk cümlesine göre ise *“Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir.”*

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olan rızanın doğal bir sonucu olarak tedavi hakkında aydınlatılmış hasta tedaviyi kabul edebilir, kısmen kabul edebilir veya tamamen reddedebilir. Bu durumda hastanın rıza göstermediği tıbbi müdahaleler reddedilmiş olur. Bu andan sonra hastanın rızasının kapsamına girmeyen her türlü tıbbi müdahale hukuka aykırı olur<sup>734</sup>. HHY m.25'te hastanın tedaviyi red hakkı açıkça düzenlenmiştir:

*“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. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.*

*Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.”*

Buna göre Anayasa m.17/2'de yer alan düzenlemeye benzer şekilde kanunda yazılı haller istisna tutulmuş ve hastanın tedaviyi red hakkının olduğu belirtilmiştir.

Biyotıp Sözleşmesi m.5/3'deki düzenlemeye paralel biçimde HHY m.25'in ilk cümlesine göre, hastaya uygulanması planlanan (yani henüz başlanmamış) tıbbi

---

734 Ayrıca bkz. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.11.

müdahaleyi reddedebileceği gibi uygulanmakta olan tedavinin durdurulmasını da isteyebilecektir. Aşağıda daha detaylı değineceğimiz üzere tedaviyi red hakkı hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının bir yansıması olduğundan bu hakkın kullanımı sonrası doğacak sonuçlara da katlanması gerekir<sup>735</sup>. Bu sebeple maddede doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğunun hastaya ait olacağı açıkça belirtilmiştir. Buna paralel olarak fıkranın ikinci cümlesinde tedaviyi reddin sonuçları hakkında hastanın aydınlatılması ve hastanın aydınlatıldığını gösteren bir belge düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Hastanın tedaviyi reddetme hakkı hukuken koruma altına alınmakla birlikte kişinin yaşamı da hukuken korunmaktadır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk nedeni olan rızanın dayandırıldığı Anayasa m.17 kişinin yaşam hakkını, maddi ve manevi varlığını da korumaktadır. Hastanın tıbbi müdahaleyi reddetmesinin ölümüne yol açacağı durumlarda hukuki yaklaşımın nasıl olacağı, bu durumdan kişi haklarının nasıl etkileneceğinin incelenmesi gerekir.

### **3. TEDAVİYİ REDDİN ÖLÜME YOL AÇMASININ TEDAVİYİ RED HAKKI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Hastanın tıbbi müdahaleye rızası tıbbi müdahaleyi red hakkını da içerisinde barındırmaktadır. Aksi yöndeki bir yorum, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını engellemenin aydınlatılmış yolu olmaktan öteye geçemez<sup>736</sup>. Bilinci açık, karar verme yeteneğine sahip olan yetişkin bir kişinin tıbbi müdahaleyle ilgili aydınlatılmasının ardından tıbbi müdahaleyi reddetmesi kendi geleceğini belirleme hakkının bir göstergesi olup yukarıda belirttiğimiz düzenlemeler ışığında hukuka uygundur<sup>737</sup>. Bu durumda aydınlatma konusu tıbbi müdahalenin hastaya uygulanmasına ilişkin hukuka uygunluk sebebi ortadan kalkacağı için müdahaleden kaçınılması gerekir. Aynı şartlardaki bir hastanın reddettiği tedavinin ölümüne sebebiyet vereceği durumlar, örneğin yaşam desteği verilmemesine yönelik bir talebin hekim tarafından nasıl karşılanması gerektiği ise öğretilerde tartışmalıdır<sup>738</sup>.

Birinci görüşe göre hekimin asli görevi “yaşatmaktır” ve yaşamı tehdit eden bir durumun varlığı halinde hastanın rızası olmasa dahi tıbbi müdahalede bulunması

<sup>735</sup> Elbette aydınlatma yükümlülüğü tedavinin reddedilmesi bağlamında da gündeme gelmektedir.

<sup>736</sup> Somerville, “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”, 2006, s.521.

<sup>737</sup> Ayrıca bkz. Duygu Şahin, Hasta Hakları Kapsamında Tıbbi Tedaviyi Reddetme Hakkı, Çağ Üniversitesi, 2021, s.47.

<sup>738</sup> Mustafa Dural, Tufan Ögüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, 22. b., İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021, s.111-112.

gerekir<sup>739</sup>. Bu görüşü savunan bazı yazarlar hasta tıbbi müdahaleye rıza göstermese dahi hekimin müdahalesi TMK m.24/2'deki "kanunun verdiği yetkinin icrası" müessesesiyle hukuka uygun sayılır<sup>740</sup>. Hekimin asli görevi insan yaşamını korumaktadır ve hekime yüklenen bu görev kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı karşısında yaşam hakkını üstün tutmayı gerekli kılar<sup>741</sup>. Belirtilen durumda hekimin tıbbi müdahalede bulunmasını hukuka uygun bulan görüşün dayandığı bir nokta Türk hukuk politikasının kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı karşısında yaşam hakkını üstün tuttuğudur<sup>742, 743</sup>.

Tedaviyi red hakkını kısıtlayan bu görüşe göre tedaviyi reddin hastanın yaşamının tehlikeye girmesiyle sonuçlanacağı durumlar TMK m.23<sup>744</sup>'e aykırılık teşkil edecektir. Tedaviyi reddin ölüme yol açması kişilik haklarından vazgeçmeyle ilişkilendirilmektedir ve yaşam hakkı vazgeçilemez, devredilemez bir hak ve hukuken korunan en yüksek değerdeki kişilik hakkı olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla tıbbi

739 Köksal Bayraktar, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul: Sermet Matbaası, 1972, s.132-133. Adıgüzel, Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü, s.106. Kemal Oğuzman, Özer Seliçi, Saibe Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, 20. b., İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021, s.181-183, 233. Abdülkadir Arpacı, Kişiler Hukuku Gerçek Kişiler (İstanbul: Filiz Kitabevi, 2000), s.118. Benzer görüşte Cahid Doğan, "Tedaviyi Kabul Etmeme ve Durdurma Hakkı", Uluslararası II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2011, ss. 307-58, s.322. Ayrıca bunun bir hakkın icrası olduğuna dair bkz. Abdülkadir Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", YÜHFD, 2009, <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=uv&AN=114512&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>, s.12.

740 Abdülkadir Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", YÜHFD, 2009, <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=uv&AN=114512&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>, s.12.

741 Arpacı, Kişiler Hukuku Gerçek Kişiler, s.118. Kanımızca bu yaklaşım anayasa m. 17 ve 20'ye aykırıdır. Ayrıca bkz. Bayraktar, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, s.132.

742 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.182. Yaşam sonuna ilişkin kararlarda nasıl bir hukuk politikası belirleneceği devletlerin takdirindedir. Nitekim yukarıda değindiğimiz AİHM kararlarında devletin bu konudaki takdir yetkisinden bahsedilmiştir. Ülkemizde ise sosyal güvence kapsamında geri ödeme kapsamına HPV aşısı gibi yaşamı tehdit eden hastalıklardan korunmayı sağlayan ürün ve hizmetlerinin alınmaması, kapsam içinde olan pek çok yaşamı koruyucu hizmete erişimde yaşanan güçlüklerin yaygınlığı, adil kullanım ilkesini gözetilen basamak sistemi yerine karlılığı gözetilen performans sisteminin benimsenmesinin yarattığı sorunlar gündeme sık sık yansımaktadır. Bu tip aksaklıkların, devletin yaşamın korunması ve sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yönelik pozitif yükümlülükleri nedeniyle bertaraf edilmesi gerekir. Ne var ki bir takım sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması Anayasa m.65'te belirlenen sınırlamayla karşılaşabilmektedir. Bu bağlamda tıpkı elektif kürtaja Türk hukuk politikasının belirli bir serbestlik atfetmesine rağmen uygulamada bu hizmete erişimde güçlük yaşanması gibi kendi geleceğini belirleme hakkı bağlamında terminal dönem hastanın tedaviyi red hakkın hukuken değil uygulamada sınırlandığı görüşündeyiz.

743 Bu konudaki hukuk politikası oluşturulurken yaşam sonu kararlarının tıp bilimine bırakılması gerektiği ve bu tutumun devletin insanı koruma yükümlülüğüyle çelişmeyeceği hakkından bkz. Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.145.

744 TMK m.23'ün ilk iki fıkrasına göre:

*"Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez.*

*Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz."*

müdahalenin reddine yönelik irade beyanı kişilik haklarına aykırı sayılacağı için geçersiz kabul edilecektir<sup>745</sup>.

Bizim de katıldığımız ikinci görüşe göre kişi kendi geleceğini belirleme hakkına sahiptir. Bu sebeple bir tıbbi müdahaleye rıza göstermediği takdirde bu karar kişinin yaşamını tehlikeye soksa dahi bu kararına saygı duyulması gerekir. Dolayısıyla tedaviyi reddeden hastaya rızasına aykırı biçimde müdahalede bulunan hekimin davranışı hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını ihlal etmiş olur ve hukuka aykırıdır<sup>746</sup>.

İkinci görüşe göre Türk hukukunda tedaviyi red hakkına mutlak bir geçerlilik tanınmıştır ve kişinin tedaviyi red hakkının kullanmasının ölümüne sebep olabileceği durumlara ilişkin bir istisna yoktur<sup>747</sup>. HHY m.24/7'de yer alan düzenlemede hastaya müdahalede bulunmanın rızaya bağlı olmadığı düzenlenmiş ise de fıkra tarif edilen durum hastanın rızasına ilişkin hiçbir verinin olmadığı duruma ilişkin olduğundan bu görüşe bir istisna teşkil etmez<sup>748</sup>. Ayrıca fıkranın ilk cümlesinde bir acil durum tanımı yapılmış, son cümlede ise gelecekteki durumlara yönelik olarak hastanın rızasının alınabileceği düzenlenmiştir. Kanımızca bu durum m.24/7'deki rıza aranmayan durumların bu fıkra tanınan ve önceden rıza alınmamış olan tablolar hakkında olduğu görüşünü güçlendirmektedir.

Bu aşamada belirtmek gerekir ki, HHY'de 28994 sayılı Resmi Gazete'de 8.5.2014 tarihinde yayımlanan değişiklikten önce HHY m.24/3 ve 4'üncü fıkraları,

---

745 Jale Akipek, Turgut Akıntürk, ve Derya Ateş Karaman, Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku, 16. baskı (Beta Basım Yayım Dağıtım, 2020), s.356. Bayraktar, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, s.157-159. Cüneyt Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza (İstanbul: Filiz Kitabevi, 1993), s.76, dn.243. Ayrıca bkz. Dural ve Öğüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.111-112.

746 İlhan Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, Seçkin Yayıncılık, 2018, s.68. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.165. Yener Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", Tıp Hukuku, ed. Z.Z. Erkol, Y. G. Doğramacı, Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019, ss. 53-61, s.59-60. Hakeri, Tıp Hukuku, s.350, 715. Sert, "Türk Hukuku'nda Bilinci Açık Hastanın Tedaviyi Ret Hakkının Tıp Hukuku ve Etiği Açısından İncelenmesi ve Tıp Etiği", s.20-21. Sulhi Dönmezer, Kişilere ve Mallara Karşı Cürümler, 15. baskı (Beta Basım Yayım Dağıtım, 1998). Hüseyin Hatemi, Kişiler Hukuku, 9. b., On İki Levha Yayıncılık, 2021, s.70. Fremgen, Medical Law and Ethics, s.421. Zafer Adem Gencer, Ceza Hukuku Kapsamında Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu, 1. b., Ankara: Bilgi Yayınevi, 2014, s.105-107.

747 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.170. Dönmezer, Kişilere ve Mallara Karşı Cürümler, s.34.

748 HHY m.24/7: "*Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.*"

hasta tıbbi müdahaleye rıza gösterdikten sonra rızasını geri alabilmesinin tedaviyi reddin hayati tehlike yaratmamasına bağlandığı yorumunu doğrulabilecek şekildeydi<sup>749</sup>. Bir başka deyişle maddenin önceki hali başlanan bir tıbbi müdahalenin reddedilebilmesi için reddin hastanın hayatını tehlikeye düşürmemesi gerektiği şeklinde yorumlanmaya müsaitti. 2014 yılında yapılan değişiklik sonrasında yanlış yorumlamalara sebebiyet veren dördüncü fıkra yürürlükten kalktı.

Tedavinin reddini mümkün gören görüş ayırt etme gücüne sahip hastanın hukuka uygun biçimde aydınlatılması üzerine tedaviyi reddetmesi halinde hekim, hastanın iradesine saygı göstermek zorundadır. Bu görüşe göre hekimin, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını aşacak veya hastanın yaşamının uzamasına karar verecek düzeyde bir tedavi yetkisi bulunmamaktadır<sup>750</sup>. Hekimin hastanın kararını mantığa aykırı bulsa dahi tıbbi müdahalede bulunamaz<sup>751</sup>. Örneğin Hakeri'ye göre kişinin tedaviyi reddetmesinin sebebi ölmek istemesi de olsa hekimin kişiyi kendisine karşı korumak gibi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Yazar, kişinin iradesini ön planda tutmaktadır ve *"kişinin topluma, insanlığa, devlete karşı görevleri gibi dayanağı olmayan birtakım varsayımlarla, bu hakkın anayasaya rağmen kişiden alınmasının isabetli olmayacağı"* kanaatinde<sup>752</sup>.

749 3'üncü ve 4'üncü fıkraları eski hali şöyledir:

*"(3) Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.*

*(4) Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür."* 2014 yılında yapılan değişiklik sonrasında maddenin yeni halinin karar verme kapasitesine sahip yetişkinlere uygulama imkanı olmadığı hakkına bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, s.352. Hakeri'nin bu görüşüne katılmakla birlikte 7'nci fıkranın son cümlesindeki "Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur." ifadesinin hastanın rızasına ve hatta ileriye dönük talimatına önem atfettiği için 7'nci fıkranın rıza verme yeteneği olan hastaları kapsadığı görüşündeyiz. Madde metnin eski haline yönelik eleştiri için bkz. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.123. Ayrıca bkz. Tahmazoğlu Üzeltürk, Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı: Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla, s.113 ve dn.103.

750 Hakeri, Tıp Hukuku, s.715. Yazar ayrıca Almanya'daki yüksek mahkeme kararlarında kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının iyilik halinden dahi üstün tutulduğuna değinmektedir. Ayrıca bkz. Aslıhan Akpınar, Nermin Ersoy, "Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli Ne Zaman Sonlandırılmalı", Turkish Journal of Oncology, C. 27, S. 1 (2012), ss. 37-45, doi:10.5505/tjoncol.2012.540, s.39. Yaşamı uzatan tedaviler kesilmesi bahsine değinirken mirasa kavuşma veya hastane masraflarından kurtulma gibi saiklerin önlenmeksizin karar alınmaması yönünde bkz. Hüseyin Hatemi, Kişiler Hukuku, 9. b., On İki Levha Yayıncılık, 2021, s.70. Hüseyin Hatemi, Emre Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, 5. b., Filiz Kitabevi, 2021, s.136-137.

751 Seza Reisoğlu, "Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu", Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu Türk Hukukunda Hekimin Hukukî ve Cezaî Sorumluluğu, İstanbul: Fakülteler Matbaası, 1984, ss. 1-18, s.6.

752 Hakeri, Tıp Hukuku, s.717-718. Benzer görüşte Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.169. Ayrıca bkz. Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.59.

Jonsen ve arkadaşları tıbbın amaçlarını şöyle sıralamıştır<sup>753</sup>:

1. Hastalığın tedavisi,
2. Semptomların, ağrının ve ıstırabın hafifletilmesi yoluyla yaşam kalitesinin korunması veya iyileştirilmesi,
3. Sağlığın teşviki ve hastalığın önlenmesi,
4. Zamansız ölümün önlenmesi,
5. İşlevsel durumun iyileştirilmesi veya iyileşmiş durumun korunması,
6. Hastaların durumları ve prognozları ile ilgili bilgi ve danışmanlık verilmesi,
7. Bakım sırasında hastaya zarar vermektan kaçınma,
8. Ölüm zamanına yakın teselli ve destek sağlamak.

Bu yaklaşımdan bakıldığında da tıbbın mutlak bir yaşatma ödevinin olmadığı görülmektedir<sup>754</sup>.

Tedavinin reddini savunan görüşe göre kişi, hastalığa katlanmaya, acı çekmeye başka sosyal şartlara razı gelmeye zorlanamaz. Buna göre yaşamı uzatan tedavi şifayla sonuçlanmayacaksa ıstırabı uzatmaktan başka bir amaca hizmet etmez ve ıstırabın uzaması da insan onuruyla bağdaşmaz<sup>755</sup>.

Hastanın yaşamının uzamasına sebep olan tedaviyi reddetmesi karşısında bu iradeye uygun davranan hekimin eylemi TCK m.26/2'deki "*Kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez.*" düzenlemesi gereği hukuka uygunluk sınırı içinde kalmaktadır<sup>756</sup>. Hastanın tedaviyi red hakkına ve dolayısıyla kendi geleceğini belirleme hakkına saygı duyarak tıbbi müdahalede bulunmaktan kaçınan hekim, meydana gelen ölümden sorumlu tutulmayacak; müdahaleye devam etmesi halinde ise kasten yaralamanın şartları oluşabilecektir<sup>757</sup>.

753 Albert Jonsen, Mark Siegler, William Winslade, Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 8. b., McGraw-Hill Education, 2015, s.19-20.

754 Benzer görüşte bkz. Ersoy, "Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I", s 331.

755 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.145. Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.59.

756 Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.54. Benzer görüşte Hakeri, Tıp Hukuku, s.718. Ayrıca bkz. Sulhi Dönmezer, Kişilere ve Mallara Karşı Cürümler, 15. b., Beta Basım Yayım Dağıtım, 1998, s.33-34.

757 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.133-134. Cankurt, Tıbbi Müdahale ve İnsan Üzerinde Deney Bağlamında İlgilinin Rızası, s.224. Mustafa Reşit Belgesay, Tıbbi Mesuliyet, İstanbul: M. Sıralar Matbaası, 1953, s.64. Işıl Güney Tunalı, Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları, İstanbul Kültür Üniversitesi, 2019, s.349.

Müdahalenin iyileştirme amacıyla yapılmasının sonuca etkisi olmayacaktır<sup>758</sup>. Belgesay, tedaviyi red hakkını kişilik hakkının vazgeçilmezliği argümanına dayanarak kısıtlayan görüşün aksine hastanın tedaviyi her zaman kayıtsız şartsız reddedebilecek olmasını kişilik hakkının vazgeçilmezliği ile ilişkilendirmektedir<sup>759</sup>.

Tedavinin reddi, bir hak olarak tanındığı için buna uymamak hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının ihlali anlamına gelir<sup>760</sup>. Bilinci açık ve karar verme yeteneği olan hastanın tedaviyi reddinin yaşamı tehlikeye sokacağı durumlara ilişkin kanuni bir kısıtlama bulunmamaktadır. Bu tip durumlarda hukuki bir dayanak olmadığı halde hastanın üstün nitelikli özel yararına veya kamu düzenine atıf yapılarak müdahalede bulunulması hukuka aykırıdır<sup>761</sup>.

Oktay Özdemir'e göre, tam ehliyetli ve ayırt etme gücüne sahip hastanın tedaviyi reddinin yaşamını soktuğu tehlike uzak bir tehlikeyse (örneğin hasta kemoterapiyi reddediyorsa bunun sağlığına etkisi belki haftalar, aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkacaktır) tedaviyi reddedebilir fakat yakın bir tehlike söz konusuysa (örneğin derhal kan verilmemesi nedeniyle yaşamın tehlikeye girmesi gibi) yakın bir tehlike söz konusudur ve hastanın rızası hilafına müdahalede bulunulabilir<sup>762</sup>. Aşağıda detaylandıracağımız üzere, yaşamsal tehlikenin varlığı tek başına tedaviyi red hakkını kısıtlamamaktadır. Tedaviyi red yaşamı tehlikeye soksa da sokmasa da hasta tedaviyi red hakkını kullanabilir. Kanımızca Oktay Özdemir'in verdiği örnekte hastanın tedaviyi red hakkını kısıtlayan husus yakın tehlike – uzak tehlike ayrımı değildir. Yazarın belirttiği yakın tehlike durumunda acil müdahale edilmediği takdirde yaşamı tehlikeye sokacak bir tıbbi tablo olduğundan aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkar; çünkü böyle bir tıbbi tabloda hastanın tıbbi müdahale hakkında aydınlatılması ve az da olsa hastanın bu bilgileri değerlendirebilmesi için dahi süre yoktur. Bu istisnai durum Biyotıp Sözleşmesi m.8<sup>763</sup> ve HHY m.24/7'de betimlenen tabloyla bire bir örtüşmektedir. Bu sebeple yakın tehlikenin varlığı halinde hastanın tedaviyi red hakkının kalkmasından değil aciliyet nedeniyle hastanın tıbbi müdahaleye rızasının alınmadığından bahsetmenin daha doğru olduğu görüşündeyiz.

758 Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.57.

759 Belgesay, Tıbbi Mesuliyet, s.64.

760 Belgesay, Tıbbi Mesuliyet, s.64. Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.54.

761 Ünver, "İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?", s.54. Belgesay, Tıbbi Mesuliyet, s.64.

762 Saibe Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", Prof. Dr. Rona Serozan'a Armağan, İstanbul: On İki Levha, 2010, C. 2, ss. 1316–51, s.1330-1331. Yazar bu görüşünü TMK m.23 ve HHY m.13'e dayandırmaktadır bkz. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.182.

763 "Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir."

İnceoğlu, yaşam hakkını kişinin kendi geleceğini belirleme hakkından üstün tutan görüşlerin yaşamı kutsal sayan teokratik temelli görüşlerin uzantısı olduğunu belirtmektedir<sup>764</sup>.

Kişinin kendi geleceğini belirleme hakkını vurgulayan Dworkin'e göre yaşam başından sonuna bir bütündür ve kişilerin iyi bir yaşamın ne olduğuna dair görüşlerinin olması gibi iyi bir ölümün ne olduğuna dair de görüşleri vardır. Bazıları için bilinçsiz de olsa canlı kalmak tercih edilebilirken bazıları için ise bilinçsiz olmak katlanılmaz bir durumdur. Burada haysiyetli bir toplumun belirli bir değeri herkese dayatmayı mı yoksa kişilere kendi kaderlerini tayin etme imkanı mı taşıyacağı sorgulanmaktadır. Özellikle ölüm ve yaşama ilişkin kararları kişilerin kendisinin almasına izin vermeyen devletler diğer konularda ne kadar özgürlük tanısa da totaliter olmaya devam edecektir<sup>765</sup>.

Tedavinin reddini savunan görüşün temelinde insanın ölümü hangi yoldan karşılamak istediği hakkında bir tercih hakkına sahip olması gerektiği düşüncesi yatar. Buna göre kişi canlı kalmayı önceliklendirerek yaşam desteğiyle ömrünün uzamasını isteyebileceği gibi araya hiçbir makinayı aracı koymadan doğal yoldan karşılamayı da tercih edebilir<sup>766</sup>.

Anayasa ve AİHS kapsamında korunan özel yaşam kişinin özgür iradesiyle yapmayı seçtiği tüm davranışları içermektedir ve bunun içerisinde riskli davranışlar da vardır<sup>767</sup>. Bir AİHM kararına göre, karar verme yeteneği olan hastanın, ölümcül sonuçları olsa dahi, tedaviyi reddetmesine rağmen tedaviye zorlanması AİHS m.8'de düzenlenen hakları (özel hayata ve aile hayatına saygı hakkı) bağlamında hastanın bedensel bütünlüğünü zedeleyecektir<sup>768</sup>.

İnceoğlu'ya göre hastanın tedaviyi reddinin yaşamını tehlikeye soktuğu durumlar Anayasa m.17 ve 20 kapsamında değerlendirilmelidir. Hastanın tıbbi müdahaleyi reddetmesi vücut bütünlüğünün istem dışı tıbbi müdahalelere karşı korunmasını gerektirirken; diğer taraftan kişinin yaşamının nasıl sonlanacağına ilişkin iradesi de korumaya muhtaçtır<sup>769</sup>. Bununla birlikte Anayasa m.20'de düzenlenen özel

764 İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", s.142.

765 Alfred Dworkin, *Life's Dominion*, New York: Alfred A. Knopf Press, 1993, s.238-239 içinde İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", s.142.

766 Christian Schneider, *Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung*, Berlin, 1998, s.23 içinde Erman, *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, s.166.

767 İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", s.160.

768 AİHM, 29.7.2002, 2346/02, *Pretty/Birleşik Krallık*, para. 63.

769 İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", 168.



hayatın gizliliğine Anayasa m.14'te yer alan temel hak ve hürriyetlerin kötüye kullanılmamasına ilişkin bir sınırlama dışında bir sınırlama getirilmediği belirtilmiştir<sup>770</sup>.

Hastanın tedaviyi reddetmesinin yaşamını tehdit ettiği durumlarda dahi tedaviyi red hakkının var olduğu ve bu durumda hastaya müdahalenin AİHS m.8'de düzenlenen özel hayata ve aile hayatına saygı gösterilmesi hakkını ihlal edeceği AİHM kararlarında da yer bulmaktadır<sup>771</sup>.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi'nin 1418 sayılı tavsiye kararında terminal dönem hastaların orantısız tıbbi önlemler veya rızası olmadan tıbbi müdahalelere devam edilerek ölüm sürecinin yapay olarak uzatılmasını insan onuruna aykırı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Avrupa Konseyi üye devletlerin terminal dönem hastaların ölüm sürecinin kendi istekleri dışında uzatılması gibi tehlikelerin iç hukukta bertaraf edilmesi gerektiği belirtilmiştir<sup>772</sup>.

Terminal dönem hastanın yaşamı destekleyen tedaviyi reddetmesi halinde varsayılan rızasına dayanmak suretiyle tedavinin sürdürülmesi öğretide kabul görmemektedir. Varsayılan rıza, hastanın yaşamını tehdit eden bir tıbbi durumun olduğu, derhal tıbbi müdahalede bulunulmazsa hastanın yaşamının tehlikeye gireceği fakat hastanın bilincinin veya karar verme yeteneğinin olmadığı ve ayrıca hasta adına rıza göstermeye yetkili bir kimsenin bulunmadığı durumlarda tıbbi müdahaleye hukuka uygunluk şartını sağlamaya yarayan ikincil bir yöntemdir<sup>773</sup>. Bilinci açık ve karar verme yeteneği olan hastanın verdiği karar karşısında varsayılan rızaya başvurmanın şartları oluşmaz. Bu nedenle yukarıda anlatılan tabloda varsayılan rızaya başvurmak mümkün değildir<sup>774</sup>.

Konumuz bağlamında tedavinin reddinin kişinin TMK m.24/2'de düzenlenen üstün nitelikli özel yararıyla çatıştığı belirtilmekte ise de m.24/2'nin uygulama alanı kişinin kendi yararı ile başkalarının yararının çatıştığı durumlardır. Bu sebeple hastanın kendi ile ilgili verdiği karar ile hekimin hasta ile ilgili verdiği karar çatıştığında

770 İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", s.169.

771 AİHM, 8.2.2012, 18968/07, V.C./ Slovakya, para 105. AİHM, 29.7.2002, 2346/02, Pretty/Birleşik Krallık, para. 63. AİHM, 9.3.2004, 61827/00, para.83. Ayrıca AİHM, 28.11.2011, 27617/04, R.R./ Polonya kararı kürtaj hakkında olmakla birlikte hastanın tıbbi müdahale konusunda bilgilendirilmesi tedavi hakkında vereceği karar ve tedaviyi red hakkı ile ilişkilendirilmiştir. Lavrysen'e göre karar yalnızca kürtaja ilişkin değil yaşam sonuna ilişkin kararlar açısından da geçerlidir. Laurens Lavrysen, "R.R. v. Poland: health rights under Art. 8 ECHR", Strasbourg Observers, 02 Haziran 2011, <https://strasbourgobservers.com/2011/06/02/r-r-v-poland-health-rights-under-art-8-echr/>.

772 Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 1418 (1999): Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying".

773 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.153.

774 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.153.

hastanın kararı uygulanmalıdır<sup>775</sup>. Bilinci açık ve karar verme yeteneği olan terminal dönem hastayı yaşam desteğine zorlayan hukuki bir düzenleme olmadığı gibi yaşamayı zorunlu kılan<sup>776</sup> bir kural da yoktur. Bu sebeple hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının korunmasına yönelik genel hukuki düzenlemeler ve red hakkını konumuz bağlamında sınırlayan bir başka kuralın yokluğu karşısında bu hakkın sınırları belli olmayan soyut bir “üstün nitelikli özel yarar”la sınırlandırılması kabul edilmemektedir<sup>777</sup>. Ayrıca TMK m.23’ün yaşam hakkının üstünlüğüne atıf yaparak hastanın tedaviyi reddetmesine rağmen müdahale yapabileceği belirtilmektedir<sup>778</sup>. Oysa TMK m.23 kişinin tüm temel özgürlüklerini koruyucu bir düzenleme olup özellikle yaşam hakkını başka haklardan üstün tutmamaktadır. Maddenin ikinci fıkrasında özgürlüklerden vazgeçilemeyeceği ve onların hukuka ya da ahlaka<sup>779</sup> aykırı sınırlandırılmayacağı belirtilse de maddede korunan haklar içerisinde kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı da vardır<sup>780</sup>. Dolayısıyla tedavinin reddine rağmen hekimin hastaya müdahalesi bizzat TMK m.23’e aykırıdır.

Ayiter’e göre TMK’nın kişiliği korumaya yönelik düzenlemesi, kişiyi kendinden değil üçüncü şahıslardan kişiliğine yönelen saldırılardan korumaktadır. İntihara teşebbüs gibi eylemlerin hukuken yaptırımının olmaması da bunu desteklemektedir. Yazara göre bu tip eylemler bakımından kişi, kendine karşı korunsaydı bu eylemlerin ceza hukuku yönünden de bir yaptırımı olurdu<sup>781</sup>. Yazara göre kişinin vereceği rıza kişiliğinin zedelenmesine yönelik değil sürdürülmesine yönelik olmalıdır<sup>782</sup>. Yazar, eserinde hukuk düzeninin kişiyi kendine yönelik eylemlerinden korumadığını tespit etmiş olduğundan kanımızca kişiliğin zedelenmesinden bahsederken yaşam hakkının kendi geleceğini belirleme hakkından üstün olduğunu kastetmemektedir. Yaşam hakkından ve kendi geleceğini belirleme hakkından tümüyle vazgeçmeyi kastetmiştir. Bu sebeple tıbbi müdahaleye

---

775 Gürkan Sert, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları, 2. baskı (Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019), s.197. Ünver, “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?”, s.55. Karşıt görüşte bkz. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.238. Ecem Kirkit, Tıbbî Müdahalenin Hukuka Uygunluğu, Çukurova Üniversitesi, 2016, s.55.

776 Yaşam hakkının kişiye yaşama ödevi yüklemeyeceği hakkında bkz. Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s.98.

777 Ünver, “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi?”, s.55.

778 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.238.

779 Tıbbi müdahale ancak iyileştirme amacı gütmeyse veya tıp öğretisine aykırı olursa hukuka ve ahlaka aykırı olacak, diğer hallerde eylemin iyileştirme amacının hukuka ve ahlaka aykırılığı kaldıracağı hakkında bkz. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.139.

780 Bkz. Anayasa m.12, 17, 20.

781 Nuşin Ayiter, “Şahsiyet Hakları Açısından Organ Nakli”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 25, S. 1 (1968), ss. 137–44, doi:10.1501/Hukfak\_0000001340, s.139-140.

782 Ayiter, “Şahsiyet Hakları Açısından Organ Nakli”, s.141.

rızanın geçerli olabilmesi için tedaviye ilişkin olması gerektiği görüşünü<sup>783</sup> ancak “tedavi” kavramı palyatif bakımı da içerecek şekilde geniş kullanıldığında kabul edilebilir bulmaktayız.

Münih Eyalet Mahkemesi tarafından verilmiş bir özel hukuk kararında terminal dönem hastanın yaşamının iradesine aykırı biçimde hekimin müdahalesi sebebiyle uzaması insan onuruna aykırı bulunmuş ve zarar olarak kabul edilmiştir<sup>784</sup>.

Hekimin, konumuz bağlamında tedaviyi reddeden hastayı tedavi etme yükümlülüğünü savunan görüş TDN m.2/1’de yer alan düzenlemeye dayanmaktadır<sup>785</sup>. Düzenlemeye göre “*Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.*”

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebi rıza olduğundan istisnai haller dışında hastanın rızası olmadan tıbbi müdahalede bulunulamamaktadır. Kişinin rızasının aranmayacağı durumlar da yine Anayasa ve kanunlara dayanmaktadır. Karar verme kapasitesine sahip olan bilinci açık bir hastanın tedaviyi red hakkının kısıtlanması Anayasa m.13 gereği sadece kanunla mümkün olabilir. Bu sebeple kişinin Anayasa’dan aldığı bir hakkın tüzük veya yönetmelikle sınırlandırılması normlar hiyerarşisine aykırıdır<sup>786, 787</sup>. Buna ilaveten TDN m.2/1 hekime özen ve saygı yükümlülüğü yüklemektedir. Özen yükümlülüğü kanımızca hukuka uygun olarak yürütülen bir tıbbi müdahale için söz konusu olur. Hukuka aykırı bir tıbbi müdahalenin özenle yürütülmesi önermesi ise oksimoron olur. Saygı yükümlülüğü ise hukuken korunmaya değer bir hakkın ihlal edilmemesini gerektiren negatif bir yükümlülük içerir. Bu sebeple hekime herhangi bir pozitif yükümlülük yüklemeyiz. Hekime bir pozitif yükümlülük yüklediğini kabul etmek mümkün olsa bile bu yükümlülük yalnızca yaşamın değil kişiliğin ve sağlığın korunmasını da içereceğinden ve kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı kişilikle sıkı ilişki içerisinde olduğundan hekime yaşatma yükümlülüğü yüklediği sonucuna varmak mümkün olmaz. Bu sebeple tedavinin

---

783 Mustafa Dural, Tufan Ögüz, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, 22. b., İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021, s.108.

784 Ünver, “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi ?” ,s.55-56 ve ayrıca dn.9.

785 Bayraktar, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*, s.132.

786 Benzer şekilde Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.238, kenar notu 690’da HHY m.24 ve 31 gereği hayati tehlike olduğunda hastanın rızası hilafına tıbbi müdahalede bulunulabileceğini belirtmektedir. Bu görüşe de aynı gerekçeyle katılmıyoruz.

787 Kişinin rızasının alınmadığı acil durumlarda yaşamının korunabilmesi için rızanın aranmadığı HHY m.24/2’deki düzenleme herhangi bir hakkı kısıtlamaktan ziyade kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşme imkanının olmadığı durumlara özel bir düzenleme olup yaşam hakkını korumaktadır. Zira böyle bir durumda hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını ortaya koyan bir irade beyanı olmadığı için hangi hakkın üstün tutulacağı tartışmasına girmeye lüzum yoktur. Bu sebeple bu bağlamda normlar hiyerarşisine aykırılık söz konusu değildir.

reddine rağmen hekimin müdahale etme yükümlülüğünün TDN m.2/1'e dayandırılmasını mümkün görmüyoruz.

Tıbbi müdahaleye rıza kişinin vücut bütünlüğüne ve kendi geleceğini belirleme hakkıyla yakın ilişkili olduğu için şahsa sıkı surette bağlı haklardandır. Tam ehliyetli kişiler ile sınırlı ehliyetli kişiler<sup>788</sup>, tedavi hakkında aydınlatıldıktan sonra, tıbbi müdahalelere kendileri rıza gösterebilir, tedaviyi reddedebilir veya tedavinin her aşamasında rızalarını geri çekebilirler<sup>789</sup>. TŞSTİDK m.70'e göre de hasta kısıtlı veya küçük değilse tıbbi müdahale öncesi rızası alınacak kişi hastanın bizzat kendisidir. Anayasa Mahkemesi'nin 2018 tarihli Fındık Kılıçaslan kararında elektif bir tıbbi müdahale için tam ehliyetli hastanın bizzat kendisi yerine yakınlarının rızasının alınması sonrası yapılan tıbbi müdahale ile Anayasa m.17'de korunan maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının ihlal edildiği sonucuna ulaşılmıştır<sup>790</sup>.

Sözleşme hukuku bağlamında hastanın tıbbi müdahaleyi reddetmesine rağmen hastaya müdahale edilmesi halinde vekaletsiz iş görmeye ilişkin TBK m.527 hükmü uygulanacak ve tıbbi müdahaleden kaynaklanan bütün zararlar ve kazadan sorumluluk söz konusu olacaktır.<sup>791</sup>

Tedavinin reddedilmesi daha önceki bölümlerde de belirttiğimiz gibi hastanın yaşam kalitesini korumaya yönelik bakımın hastadan esirgenmesini haklı çıkarmaz<sup>792</sup>. Bir başka deyişle hastanın tedaviyi reddetmesi hastanın kaderine terk edilmesinin gerekçesini oluşturamaz. Amerikan Nöroloji Akademisi'ne göre hastalar bir kez yaşamı sürdüren tedaviden vazgeçmeye karar verdiklerinde, hekimlerin bundan sonraki acılarını en aza indirmek için etik bir yükümlülüğü vardır<sup>793</sup>. Bu, özellikle derin

788 Tam ehliyetsizler ile sınırlı ehliyetsizlerin durumu aşağıda incelenecektir.

789 Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.11. Saibe Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", Prof. Dr. Rona Serozan'a Armağan, İstanbul: On İki Levha, 2010, C. 2, ss. 1316-51, s.1323. M. Enis Sarıal, Sağlık Arası Organ Nakillerinden Doğan Hukuki İlişkiler, İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınları, 1986, s.65-66. Sert, "Türk Hukuku'nda Bilinci Açık Hastanın Tedaviyi Ret Hakkının Tıp Hukuku ve Etiği Açısından İncelenmesi ve Tıp Etiği", s.15.

790 AYM, T 11.10.2018, B.No: 2015/97, Fındık Kılıçaslan Başvurusu, para.51-54. Karara ilişkin üye Hasan Tahsin Gökçan'ın muhalefet şerhinde özel hayata ilişkin AYM kararlarının Anayasa m.20'deki özel hayata saygı hakkı yerine m.17'deki maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına dayandırılması eleştirilmektedir. Ayrıca bkz. Yargıtay 4. HD, T 7.3.1977, E 1976/6297, K 1977/2541.

791 Hakeri, Tıp Hukuku, s.715. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.114, 115.

792 Aynı görüşte bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, s.715.

793 Ethics and Humanities Subcommittee of the American Academy of Neurology, "Position Statement: Certain Aspects of the Care and Management of Profoundly and Irreversibly Paralyzed Patients with Retained Consciousness and Cognition", Neurology, 01.01.1993, doi:10.1212/WNL.43.1\_Part\_1.222 içinde Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", s.2147.

felçli hastalar için geçerlidir, çünkü biliş ve duyular sağlam olabilir ve büyük acı çekebilirler.<sup>794</sup> Herring'e göre hastanın tedavi edilmemesi ile temel bakımın verilmemesi birbirinden farklı konulardır ve hastanın tedavi edilmemesini hukuka uygun bir zemine oturtmak mümkün olsa da beslenme ve temizlik gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması hukuka uygun olmaz; insan onuruna aykırıdır. Bu sebeple tedavinin reddi bir hak olarak kabul edilse de temel bakımın reddi bir hak olarak kabul edilmemektedir<sup>795</sup>.

Hollanda'da yaşam destek ünitelerine bağımlı yoğun bakım hastalarının tedaviyi reddettiği durumlarda tedavinin çekilmesi etik açıdan kabul görmektedir. Yaşamı destekleyici tedavilerin geri çekilmesinden sonra hastaların ölümü hastanın kasten öldürülmesi şeklinde yorumlanmadığı; ayrıca tedavinin kesilmesinden önce sakinleştirici ve ağrı kesicilerin uygulanmasının palyatif bakımın mutad uygulamaları arasında kabul edildiği için çift etki doktrinine de başvurulmadığı belirtilmektedir<sup>796</sup>.

#### 4. AYDINLATILMIŞ RED

Hastanın tıbbi müdahaleye göstereceği rızanın hukuka uygun olması için hekimin hastayı aydınlatması gerektiği gibi red hakkını kullanmasının hekim açısından sorumluluk doğurmaması için de tedaviyi reddin sonuçları hakkında aydınlatılması gerekir<sup>797</sup>.<sup>798</sup> Bu sebeple öğretilerde aydınlatılmış onam kavramına benzer biçimde aydınlatılmış red kavramı kullanılmaktadır<sup>799</sup>. HHY m.15/d bendinde

794 Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", s.2147.

795 Herring, Medical Law and Ethics, s.440. Ayrıca bkz. Fulya İçin Gönenç, "Hukuki ve Etik Açısından Yoğun Bakım", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics 2, sayı 1 (2016) : 21-26, s.24. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.38.

796 Van Der Hoven vd., "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands", s.2147.

797 Aynı yönde bkz. Yargıtay. 13.HD, T 20.11.2000, E 2000/8582, K 2000/10292. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.38. Yenerer, ötanazi konusunu incelerken, ağır hastalığa yakalanmış kişilerin şuur ve hareket serbestisine sahip oldukları sürece rızaların alınması gerektiğini belirtmektedir. Yazarın "hareket serbestisi" ifadesiyle ne kastettiği açık değildir. Bağlam içerisinde değerlendirdiğimizde bu ifadeden "iradesini dış dünyaya aksettirme becerisi"ni anlıyoruz. Özlem Yenerer, Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, 2001, s.151.

798 Buradaki aydınlatma yükümlülüğünün TBK m.502'den kaynaklandığı hakkında bkz. Mustafa Dural, Tufan Öğüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, 22. b., İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021, s.109.

799 Ezgi Cankurt, Tıbbi Müdahale ve İnsan Üzerinde Deney Bağlamında İlgilinin Rızası, İstanbul Üniversitesi, 2018, s.219. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk., s.71, dn.173. Margaret Somerville, "Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering", Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, ed. Margaret Somerville, Montreal: McGill Queen's University Press, 2006, ss. 502-29, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680509800412>, s.521. Hastanın tıbbi müdahaleyi reddettiği durumlarda hastanın reddetmesi başlı başına hekim sorumluluktan kurtarmamaktadır. HHY m. 15 ve 25 kapsamında hastanın tıbbi müdahaleyi reddettiği durumlar bakımından hekime yüklenen bir takım ödevler vardır. Bu sebeple nasıl ki hastanın tıbbi müdahaleye rıza göstermesi tek başına tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılmıyor ve hekimin aydınlatılmış olması gerekiyorsa hastanın tedaviyi

tıbbi müdahale hakkında hasta aydınlatılırken tedaviyi reddetmenin muhtemel fayda ve risklerinin de hastaya bildirilmesi yükümlülüğü yüklemektedir<sup>800</sup>. Maddenin “c” bendinde belirtilen diğer tedavi seçenekleri hakkındaki bilgilendirmenin önemi ise tedavinin reddi nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır.

Ersoy, terminal dönem hastanın tedaviyi reddetmesinden sonra uğrayacağı zarardan hekimleri sorumlu tutacağı endişesine dikkat çekmektedir<sup>801</sup>. Benzer bir tereddüt de tedavi reddedildiği için hastanın ağrı ve ıstırabını dindirme konusunda yaşanabilir. Her iki durumda da hekimin tıp etiğine aykırı bir tutum sergilemeden önce hastanın tedaviyi reddetmesinin altında yatan sebepleri araştırması ve bu konuyu hastayla konuşarak hastanın tıbbi durumunun değerlendirilmesi önerilmektedir<sup>802</sup>. Bazı durumlarda tedaviyi red kararının hastanın sahip olduğu yanlış bilgiden kaynaklandığı belirtildiğinden<sup>803</sup> hastanın doğru aydınlatılması önemlidir. Kanımızca aydınlatmanın hekimden hastaya yönelen tek yönlü bilgi akışı yerine karşılıklı iletişim şeklinde olması hastanın kendi geleceğini belirlerken doğru muhakeme yapabilmesi açısından önemlidir. Hastanın red kararı yetersiz aydınlatmadan kaynaklanıyor olabilir. Bu durum hastanın hem Anayasa m.17 ve 20’de korunan haklarını ihlal edecek hem de sağlık kuruluşunun – hekimin hukuki sorumluluğunu doğuracaktır.

HHY m.15/c ve d bentleri gereği hastanın tedavinin reddi bağlamında aydınlatılırken alternatif tedavi yöntemleri ve hatta tedavinin reddi sonrası yaşam kalitesinin korunması – iyileştirilmesi için neler yapılabileceği bakımından da aydınlatılması gerekir.

Tedavinin reddinde hekimin hastayı doğru ve yeterli biçimde aydınlatması yeterlidir. Hekimin hastayı ikna etmeye çalışmak gibi bir yükümlülüğü olmayıp tıbben doğru olanın ne olduğunu hastaya bildirmesi yeterli görülmektedir<sup>804</sup>.

---

reddetmesi de tek başına hekimin ödevlerini sona erdirmemektedir. HHY m.15 ve 25 kapsamında hastanın aydınlatılması gerekir. Bu sebeple biz de “aydınlatılmış red” kavramını benimsemekteyiz.

800 Hastanın doğru aydınlatılmaması halinde tıbbi rızanın geçerli olmayacağı hakkında bkz. Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.691-692. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II, s.24.

801 Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, s.344-345.

802 Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, s.344-345. Hekimin görevinin reddin sonuçlarına dikkat çekmekten öte gitmediği hakkında bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, s.716. Jonsen, Siegler, Winslade, Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, bölüm 2.2.7. Işıl Güney Tunalı, Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları, İstanbul Kültür Üniversitesi, 2019, s.348.

803 Ersoy, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I”, s.344-345.

804 Güney Tunalı, Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları, s.350.

Bazı eserlerde hastanın tedaviyi reddetmesinden sonra hastanın takibinden ve tedavisinden vazgeçilmesi<sup>805</sup> ve hastanedeysse taburcu edilmesi<sup>806</sup> gerektiği; hekim - hasta ilişkisinin sona erdiği<sup>807</sup> belirtilmektedir. Terminal dönemde böyle bir sebep sonuç ilişkisi kurmayı sakıncalı buluyoruz. Palyatif bakıma geçiş yukarıda da belirttiğimiz gibi küratif tedavinin sonlandırılıp palyatif tedaviye başlanması gibi gerçekleşmemektedir<sup>808</sup>. Her ikisi de teşhis konduğu andan itibaren hastanın hayatında yer alır fakat payları farklıdır. Küratif anlamda yapılacaklar azaldıkça palyatif anlamda yapılabileceklerin payı artar. Dolayısıyla hasta yaşamı uzatan tedaviyi reddetse dahi yaşam kalitesini arttırmaya yönelik müdahaleler esirgenmemelidir. Hasta tedaviyi reddetse dahi bakımı ve yaşam kalitesinin artırılması için hastaya yapılabilecek bir şey her zaman için vardır. Hastanın bunu talep edebilmesi için tedavinin reddiyle ilgili doğru bilgilendirilmesi gerekir. Diğer yandan tedaviyi reddeden hasta sadece somut bir tedaviyi veya bazı tedavileri reddetmiştir; sağlık hizmetlerinden faydalanmaktan tümüyle vazgeçmemiştir. Dolayısıyla böyle bir genellemenin yapılması AİHS m. 2, 3, 8 ve AY m.17 ve 20'nin ihlal edilmesine yol açabilir. Tedavinin reddi sağlık hizmetinin kesilmesi için bir gerekçe değildir. Bu tip genellemelerin, özellikle de hukukçular tarafından, yapılması sağlık profesyonelleri tarafından yanlış yorumlanabilir ve hastanın kaderine terk edilmesiyle sonuçlanabilir.

Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri'ne göre hastanın onurlu ölüm tercihlerine göre tedaviyi reddetmelerine saygı gösterilmelidir. Ölmek için yardım isteyen hastaya karşı kayıtsız kalmak yerine psikolojik ve sosyal danışmanlık desteği sağlanması gerektiği belirtilmektedir<sup>809</sup>. Kanımızca TDN m.2'deki saygı ve özen yükümlülüğü de bunu gerektirir.

Öğretide hastaya uygulanacak tedavi kişilik haklarına aykırıysa ve hasta bunu bilerek rıza gösterse dahi rızanın geçersiz olacağı belirtilmektedir. Bunun yanında olayın şartlarına göre hastanın böyle bir tedaviye rıza göstermesinin de müterafık kusur sayılacağı ve tazminattan indirim sebebi olabileceği belirtilmiştir<sup>810</sup>.

---

805 Güney Tunalı, Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları, s.351-352.

806 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.155.

807 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.166.

808 Bkz. yukarıda Şekil 1 - Joanne Lynn, David M. Adamson, Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age, Rand Health, 2003, s.7. Geçmişte palyatif bakım, hastanın iyileşmesi mümkün görülmeyip ölümün kaçınılmaz sayıldığı durumlarda küratif tedavinin kesilmesiyle uygulanmaya başlanmaktaydı. Günümüzde ise teşhis anında başlar ve ölümden sonra yas sürecinde dahi devam eder.

809 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.40.

810 Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.77.

## 5. REDDİN KAPSAMI, ŞEKLİ VE SONUÇLARI

Hasta, tıbbi müdahaleyi kabul ederken sahip olduğu serbestiye tedaviyi reddederken de sahiptir. Buna göre hasta tedavi hakkında bilgilendirildikten sonra dilerse tedaviye en başından itibaren rıza göstermeyebilir, başta verdiği rızayı tedavinin her aşamasında geri alabilir; tedaviyi kısmen ya da tamamen reddedebilir; canlandırmama talimatı (DNR order) gibi tek bir müdahaleyi de reddedebilir<sup>811</sup>.

Hastanın tedaviyi red hakkını kullanmasının yaşamı uzatan tedaviyi sonlandırmasının hakkı ortadan kaldırmayacağına yukarıda değinmiştik. Bir görüşe göre bu durumda kendi geleceğini belirleme hakkı, ölçülülük ilkesi göz önünde bulundurularak sınırlandırılabilir<sup>812</sup>. Bu görüşe katılmıyoruz. Öncelikle kendi geleceğini belirleme hakkı Anayasa m.14'te yer alan "temel hak ve hürriyetlerin kötüye kullanılmaması" dışında bir sınırlamaya tabi tutulmamıştır. Anayasa m.14/2, anayasal hakların yok edilmesi veya Anayasa'da belirtilenden daha geniş biçimde sınırlandırılmasına karşı koruma sağlamaktadır. Kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının yaşam hakkına karşı sınırlandırılmasına dair yorumlar da Anayasa m.14/2'de düzenlenen "anayasada belirtilenden daha geniş sınırlama yasağı" ile karşılaşacaktır. Buna ilaveten AİHM'in Pretty/ Birleşik Krallık kararında karar verme yeteneğine sahip olan hastanın yaşamı destekleyen tedaviyi reddetme hakkının olduğuna dair yukarıda belirttiğimiz yorumu da bu görüşümüzü desteklemektedir.

Hastanın tıbbi müdahaleye gösterdiği rıza cerrahi müdahaleler dışında yazılı şekle tabi olmasa da tedavinin reddinde şeklen nasıl bir yol izleneceğini açıklığa kavuşturmak için HHY hükümlerinin incelenmesi gerekir. HHY m.22'ye göre hasta rızası olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulamaz. Bu sebeple HHY m.15 gereği önce hastaya bilgi verilecek<sup>813</sup> ve sonra m.22 gereği rızası alınacaktır<sup>814</sup>. Rıza vermeye yetkili olanlar rıza gösterirse tıbbi müdahale uygulanacaktır. Rıza göstermezse, yani tedavi reddederse rıza veren bu kararı tedaviyi reddetmenin sonuçlarını öğrenmiş biçimde verecektir. Bu andan sonra m.25'in uygulanmasına geçilir. HHY m.25/1'in son cümlesinde "*...tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge*

811 Gönenç, "Hukuki ve Etik Açısından Yoğun Bakım", s.24. Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.154, 156.

812 Ebuzer Zengin, "Tedaviyi Ret Hakkı Bağlamında Pasif Ötanazinin Değerlendirilmesi", II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildirileri Kitabı, ed. Cahid Doğan, Hakan Hakeri, Adalet Yayınevi, 2018, ss. 1169–1205, s.1197.

813 Bu bilgi verilirken HHY m.15/d gereği hasta tedaviyi reddetmeden önce reddin sonuçları hakkında bilgilendirilmiş olmalıdır.

814 Rıza vermeye yetkili kişiler m.24/1 gereği kişinin kendisi, küçük veya kısıtlıysa yasal temsilcisidir.



*alınması gerekir.*" ifadesi yer almaktadır. O halde hekim tedavinin reddinden doğacak sorunları bir kez daha anlatılmalıdır. Bunun anlatılacağı kişi ise hasta, hastanın rızası geçerli değilse kanuni temsilcisi, onların da olmadığı durumlarda hastanın yakınları olacaktır. Sonrasında ise tedaviyi reddin ikinci kez anlatıldığını gösteren yazılı bir belge bu kişilerden alınacaktır. Bu maddede kanımızca bir mantık hatası vardır. Şöyle ki:

HHY sistematüğinde küçük ve kısıtlı hastalara uygulanacak tıbbi müdahale için rızanın münhasıran veli veya vasiden alınacağı m.24'te düzenlenmiştir. Yönetmeliğın tamamı incelediğinde hiçbir koşulda hastanın yakınlarının beyanına değer atfeden bir düzenleme yoktur<sup>815</sup>. Ancak tedaviyi red konusunda hasta yakınlarına bilgi verileceğı hakkındaki düzenleme yakınların da tedaviyi redde hakkı varmış gibi algılanabilir. Ne var ki karar verme yetkisi olmayan yakınların neden bilgilendirildiğini anlamak açısından düzenlemenin incelenmesi gerekir. Kanımızca hastanın tedaviyi reddettiğı fakat yazılı beyanının alınamadığı durumlarda veya m.18'de düzenlenen hastanın kendi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini istediğı durumlarda m.25 kapsamında yakınlarının da bilgilendirilmesi ve yazılı beyanlarının alınması düzenlenmiştir.

HHY m.25 gereğı bilgilendirme yapıldığı takdirde tedaviyi red nedeniyle ortaya çıkan zararlardan hekim sorumlu tutulamayacaktır. Ortaya çıkan olumsuzluk hakkında hasta bilgilendirilmemişse bu defa hekimin sorumluluğı gündeme gelebilir. Madde 25 tedaviyi reddin sonuçları hakkında sözlü bilgilendirme yapılmasını ve bilgilendirme yapıldığına dair yazılı beyan alınmasını düzenlemiştir. Kanımızca bu bağlamda bilgilendirme sözlü olarak yapıldığına ve hangi konularda bilgilendirme yapıldığına dair bir özetin de yazılı beyanda yer alması hekimin hukuk güvenliğı açısından gereklidir.

Kanımızca HHY m.25/1'in son cümlesinde tedavinin reddine ilişkin yazılılık şartını öngören düzenleme olmasaydı dahi terminal dönem hastanın özellikle yaşamı uzatan veya kesilmesi halinde yaşamsal tehlikeye sokan tedaviyi reddinin yazılı yapılması gerekirdi. TŞSTİDK m.70'te cerrahi müdahaleler için rızanın yazılı olarak

---

815 Hukukumuzda "Yakınlar"ın beyanına değer atfedilen bir örnek 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunda yer almaktadır. Madde 14'te kişinin organ başına ilişkin hiçbir irade beyanı yoksa ve bu koşullarda ölürse bu koşullarda yanında bulunan yakınlarının iradesinde belirli bir aşamadan sonra Kanun değer atfetmektedir. HHY'de ise m.19 ve 20'de yakınlarla sadece bilgi vermekten bahsedilmiş fakat bir karar yetkisi tanınmamış; m.21'de hastanın yanında bir yakını bulundurmasında hakkından bahsedilmiş; m.24/7'de rıza olmaksızın tıbbi müdahale uygulandığının yakınlarla bildirilebileceğı düzenlenmiş; diğer maddelerde yakınlarının güvenliğinin sağlanması ve yakınlarla güler yüzle davranılması düzenlenmiştir.

alınması aranmıştır. Bunun nedeni de pek muhtemel ki cerrahi ameliyatların diğer tıbbi müdahalelere kıyasla (en azından yürürlüğe girdiği 1928 yılının koşullarında) riski en yüksek olan tedavi olarak görülmesiydi. Bu nedenle hem hasta veya temsilcisinin verdiği rızanın ciddiyetini anlayabilmesi hem de hekime hukuki güvenlik sağlayabilmesi adına yazılı şekil şartı aranmıştır. Terminal dönem hastanın yaşamı uzatan tedaviyi reddi ise kanımızca 1928 yılının tıp teknolojisiyle yapılan cerrahi müdahalelerden daha az riskli değildir. Kanun riskli bir tıbbi müdahalede rızayı şekil şartına bağlamışsa en az onun kadar riskli bir tıbbi müdahalenin de aynı şekil şartına bağlı olduğunun kabulü gerekir.

HHY m.13'te ötanaziyi yasaklayan düzenlemenin ikinci fıkrasında yer alan "*Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez.*" şeklindeki düzenleme, hastanın tedaviyi reddetmesinin yaşamı tehlikeye sokacağı durumlarda red hakkının kısıtlanmasına dayanak olarak gösterilebilmektedir<sup>816</sup>. Kanımızca yönetmelikte yer alan böyle bir düzenlemenin son derece dar yorumlanması gerekir. Zira hasta, şiddetli fiziksel ve manevi acı çektiği bir pozisyonda kaldığında korunmuş bir "hayat hakkı" değil ihlal edilmiş kendi geleceğini belirleme hakkı ve zedelenmiş bir insan onuru olacaktır. Bu sebeple HHY m.13/2'deki düzenlemeyi yaşamayı ve yaşatmayı zorunlu kılacak düzeyde yorumlamanın Anayasa m.13'e de aykırı olduğu ve hatta kendi geleceğini belirleme hakkını Anayasa m.14/2'deki kurala aykırı biçimde sınırladığı görüşündeyiz.

Hekimin hastanın rızası hilafına ve zorla hastayı tedavi etmesinin konumuz bağlamında hukuka aykırı olduğuna yukarıda değinmiştik. Hasta yaşamı uzatan tedavileri reddettiğinde hekim bu tedavileri artık hastaya sunamaz. Bu noktadan sonra hekimin sözleşmesel yükümlülüğü içerisinde hastanın yaşam kalitesini arttıran palyatif bakım müdahalelerinin yer alması gerekir. Bu tip müdahalelerin yapılmaması ise sözleşmesel yükümlülüklerin ihlali olmakla birlikte hastanın kişilik hakkının da zedelenmesine yol açacaktır<sup>817</sup>. Elbette bu durum tedavi ilişkisinin tamamen sonlandırılmadığı durumlar için geçerlidir.

Hastanın terminal dönemde olması, şifa bulup iyileşmeyeceği ve o günkü halinden daha iyi bir sağlığa kavuşmayacağına dair açık bir göstergedir. Terminal dönem hastanın yaşamı uzatan tedaviyi reddetmesi halinde tedaviye devam edilmesi

---

816 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1333.

817 Wilhelm Uhlenbruck ve Adolf Laufs, Die Pflicht zum Behandlungsabbruch, y.y., s.439 içinde Güney Tunalı, Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları, s.343.

hastanın kişiliğine yönelen bir saldırı olmasının yanı sıra sözleşmesel ilişki bakımından da değerlendirilmelidir. TBK m.505'te vekilin talimata uygun ifa borcu düzenlenmiştir. Buna göre özel sağlık kuruluşunun (ve elbette onun borcuna uygun davranma yükümlülüğü olan hekimin) hastanın talimatına uygun biçimde tıbbi müdahalede bulunması gerekir. Burada hekim tıbbi bilgi olarak hastadan üstün konumda olduğu için talimatlar yerine getirilirken hastanın haklı menfaatlerine ve mesleki gerekliliklere uygun davranma yükümlülüğü TBK m.506/3'te düzenlendiği üzere benzer alanda hizmet veren basiretli bir hekimin ve özel sağlık kuruluşunun borcuna uygun davranma borcuyla ilişkilidir<sup>818</sup>. Vekilin vereceği talimatların TBK m.27 gereği hukuka, ahlaka, kamu düzenine, kişilik haklarına aykırı olmaması ve konusunun imkansız olmaması gerekir<sup>819, 820</sup>. Terminal dönem hastanın tedaviyi reddetmesi üzerine hekimin (dolayısıyla özel sağlık kuruluşunun) reddedilen tedaviyi sürdürmesi talimata uygun ifa borcuna aykırılık oluşturacaktır<sup>821</sup>. Yine m.506/2 gereği özel sağlık kuruluşu sağlık hizmetini sadakat ve özen yükümlülüğü altında yürütmek zorundadır. Bu bağlamda sadakat borcu gereği hastanın haklı menfaatlerinin korunması; hastanın menfaatine en uygun tıbbi müdahaleyi menfaatlerini en üst düzeyde koruyarak yapılmasını içerir<sup>822</sup>. Hastanın haklı menfaatlerini hasta kendisi belirler. Bunun için ise hastanın önceden usulüne uygun ve doğru biçimde aydınlatılmış olması gerekir. Şayet hasta tedaviyi reddetmiş fakat palyatif tedavi seçeneklerinin farkında değilse hasta sormasa dahi bunlarla ilgili bilgi vermek de kanımızca sadakat ve özen borcunun gereğidir<sup>823, 824</sup>.

---

818 Hastanın hekime talimat vermek için değil tavsiye almak için başvurduğu unutulmamalıdır. Belgesay, Tıbbi Mesuliyet, s.64.

819 Fikret Eren, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 26. b., Ankara: Yetkin Yayınları, 2021, s.365-366. Oğuzman ve Öz, Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I, s.84-95; Kılıçoğlu, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s.134-143. Hatemi ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Genel Bölümler, s.78-88.

820 Bu sebeple hastanın doktordan kendisini öldürmesini veya ölmesine yardım etmesini istemesi geçersizdir.

821 Talimata uygun ifa borcu hakkında bkz. Fikret Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, 9. b., Ankara: Yetkin Yayınları, 2021, s.742. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, s.657-659. Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), s.666-669.

822 Eren, Borçlar Hukuku Özel Hükümler, s.745. Zevkliler ve Gökyayla, Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, s.655-656. Yavuz, Acar, ve Özen, Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), s.669-670.

823 Şahin ve Alçalı'ya göre pozitif defansif tıp uygulamalarına başvurmak suretiyle kendi hukuki güvenliğini ön planda tutarak hastanın menfaatlerine aykırı uygulamalarda bulunan hekim bu yolla vekil edenin menfaatlerine uygun iş görme borcunu yerine getirmemiş olur. Büşra Şahin ve Özgü Alçalı, "Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi", Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2020., s.503

824 Kanser hastalarının ve yakınlarının çoğunun palyatif bakımdan haberdar olmadığı fakat palyatif bakımdan yararlandığı hakkında bkz. Özlem Topkaya, Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi, Okan Üniversitesi, 2018, s.53.

## 6. ARA SONUÇ

Anayasa m.17/2'de yer alan "tıbbi zorunluluk" ifadesinin, TMK m.23, 24 veya TDN m.2'deki düzenlemenin hastanın tedaviyi reddetmesine rağmen hekime müdahale etme yükümlülüğü yüklediğini kabul etmek mümkün olsa dahi mevcut hukuki düzenlemeler yalnızca tıbbi müdahalenin uygulanmasını hukuka uygun kılmakta fakat hangi tıbbi müdahalenin uygulanacağına dair hekime bir yükümlülük yüklememektedir. Bir başka deyişle mevcut hukuki düzenlemelerin hastanın tedaviyi red hakkını bertaraf ettiğini öne sürecektir kadar ileri gitmek mümkün olsa bile tıbbi müdahalenin hastanın ömrünü uzatmaya yönelik olması gerektiğine dair hiçbir düzenleme yoktur<sup>825</sup>. Anayasa veya bir başka hukuki metin yaşam hakkı ile kendi geleceğini belirleme hakkı arasında bir seçim yapmaya bizleri zorunlu kılmamaktadır<sup>826</sup>. İnsan haklarının bütüncüllüğü ilkesi çerçevesinde, özellikle de birinci kuşak hak – temel hak ve özgürlük bağlamında tasnif edilen yaşam hakkı ile kendi geleceğini belirleme hakkı arasında bir çatışmayı konumuz bağlamında olası görmüyoruz. Devletin, yaşamı korumaya yönelik pozitif yükümlülükleri, kendi geleceğini belirleme hakkından doğan negatif yükümlülükleri daraltacak kadar genişleyebilmesini mümkün görmüyoruz. Böyle bir genişlemenin mümkün olabilmesi için devletin erişilebilir en yüksek sağlık standartlarına sahip olma hakkının kapsamından doğan pozitif yükümlülüklerinin genişlemesi gerekir. Söz gelimi tedavinin reddine rağmen hekime tedavi yükümlülüğü yükleyecek kadar yaşam hakkını kendi geleceğini belirleme hakkından üstün tutan bir hukuk sisteminde kaçınılmaz olarak devletin terminal dönemdeki her hasta için yaşamı uzatan tedavileri erişilebilir kılmasına dair bir beklenti de doğuracaktır. Üstelik bu beklenti tam olarak temel hak ve özgürlüklerle ilgili olacağından bu sefer ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin devletin maddi kaynaklarının yeterliliği ölçütü uygulanamayacaktır.

Kanımızca kişinin yaşamının diğer mutlak haklarından daha üstün olduğu düşüncesi, en azından kişinin yaşamının kendine karşı dahi korunduğu düşüncesine dayanak teşkil ettiği ölçüde bir hukuk kuralına değil yazarların kendi değerlerine dayanmaktadır<sup>827</sup>. En temel dürtümüzün hayat kalitemizi arttırmak değil hayatta kalmak olduğu göz önüne alındığında bu yaklaşım son derece insanidir. Ancak

---

825 Anayasa m.17/2'deki "tıbbi zorunluluklar" ifadesi de tıbben zorunlu görülen durumlara işaret etmektedir. Kanun koyucu, "kanunda sayılan haller" deyimıyla adeta kendi hareket alanını belirlemiş ve sınırlamanın geri kalanını tıp ilmine havale etmiştir.

826 Kişisel özerkliğin yaşama hakkı kadar üstün bir hukuki değer olarak yorumlanması hakkında bkz. İnceoğlu, "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri", s.170.

827 Yaşam hakkının diğer haklardan üstün olduğu düşüncesinin aksine Viyana Deklarasyonu ve Eylem Planında belirtildiği gibi tüm insan hakları eşit değere sahiptir. World Conference on Human Rights in Vienna, "Vienna Declaration and Programme of Action" (Vienna, 1993), para.5.

Somerville'in vurguladığı gibi; hukuk, acı ve ıstırapla ilgili durumlara verdiği yanıtta ikircikli bir yaklaşım sergilemektedir. İnsanların acı çekme olasılığını azaltmak için hukuktan yararlanmanın etkili yollarını bulmak istiyorsak açık fikirli, ilgili ve anlayışlı olmalıyız<sup>828</sup>.

#### **D. TERMINAL DÖNEMDE KÜÇÜK, KISITLI VE AYIRT ETME GÜCÜ OLMAYANLARIN RIZASI**

##### **1. GENEL OLARAK**

Hastanın tıbbi müdahaleye rıza vermesi hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesi bakımından önemlidir. Kişinin vücuduna yönelik müdahalelere hangi koşullarda izin vereceğini belirleme özgürlüğü bu hak sayesinde korunmaktadır. Gerçekten de kişinin vücuduna yönelen sıradan bir dokunuşu bile şefkatli veya kirli kılan da o dokunuşa maruz kalan kişinin rızasıdır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için hastanın rızasının aranma sebebi de aynı gereksinimden kaynaklanmaktadır. Ne var ki bu uygunluk sebebini sağlamak terminal dönem hasta bakımından her zaman mümkün olmayabilir. Bazı durumlarda hasta, bilinci kapalı olduğu için rızaya ilişkin bir muhakeme yapabilecek durumda olmaz. Bazı durumlarda da kişi belli bir tablo için kararını vermiştir fakat o tıbbi tablo gerçekleştiğinde rızasını dış dünyaya aksettirecek yetenekten yoksundur.

Çalışmamızın bu bölümünde terminal dönem hastanın rıza verme yeteneğinin bulunmadığı zamanlarda kendine yönelik olarak gerçekleştirilecek tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunun "rıza" bakımından nasıl gerçekleşeceği incelenecektir. Yukarıda olduğu gibi burada da akut durumlar için bir değerlendirme yapılmayacaktır. Hastanın bilinci açıkken gelecekte bilinci kapandıktan sonra ortaya çıkacak tıbbi tablolar için vereceği talimat, ileriye dönük hasta talimatı başlığı altında ayrıca incelenecektir. Öncelikle rızanın hukuki niteliğine değinilecektir. Daha sonra, hukukumuzda şahsa sıkı surette bağlı haklarını kullanması ehliyet konusu altında işlendiği için tam ehliyetsiz ve sınırlı ehliyetsiz hastaya tıbbi müdahalede rıza koşulunun nasıl tamamlanacağı konusu incelenecektir. Tam ehliyetli ve sınırlı ehliyetli kişilerin durumu yukarıda incelendiği için bu kısımda özel olarak incelenmeyecektir.

Hasta küçük, kısıtlı olduğunda veya ayırt etme gücü (geçici veya kalıcı olarak) olmadığında tıbbi müdahaleye kimin tarafından rıza gösterileceği tıbbi müdahalenin aciliyetine ve hastanın fiil ehliyetine göre belirlenir.

---

828 Somerville, "The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics", s.541.

## 2. RIZANIN HUKUKİ NİTELİĞİ VE İLGİLİ MEVZUAT

Tıbbi müdahaleye rıza şahsa sıkı surette bağlı haklardandır<sup>829</sup>. Şahsa sıkı surette bağlı hakların bizzat şahsın kendisi tarafından kullanılması gerektiği kabul edildiğinden temsilci vasıtasıyla kullanımı öğretide tartışmalıdır<sup>830</sup>. Ancak bu durum tam ehliyetsizlerin şahsa sıkı surette bağlı hakları kullanamamalarına sebebiyet verdiği için bazı durumlarda temsilci vasıtasıyla kullanılması öğretide kabul edilmektedir<sup>831</sup>. Hastanın bizzat tıbbi müdahaleye rıza göstermediği durumlarda temsilcinin gösterdiği rızanın hastanın rızasının yerine geçmediği; temsilcinin rızasının yalnızca TMK m.24'te düzenlenen üstün nitelikli özel yararın bulunduğuna dair hukuka uygunluk sebebi olduğu öğretide kabul edilmektedir<sup>832</sup>.

TMK m.16'da ayırt etme gücüne sahip küçük ve kısıtlıların şahsa sıkı surette bağlı hakları temsilci rızası aranmaksızın kullanabilecekleri düzenlenmiştir. TŞSTİDK m.70'te ise küçük ve kısıtlılara uygulanacak tıbbi müdahalelerde doğrudan doğruya yasal temsilcinin rızasının alınacağı benimsenmiştir. Dolayısıyla iki düzenleme arasında çelişki meydana gelmekte, sonuç olarak da şahsa sıkı surette bağlı bir hak olan tıbbi müdahaleye rızanın ayırt etme gücüne sahip küçük veya kısıtlının görüşü alınmaksızın yasal temsilciden alınması söz konusu olmaktadır<sup>833</sup>. Aşağıda açıklayacağımız üzere iki madde arasındaki çelişki Biyotıp Sözleşmesi m.6'nın uygulanmasıyla giderilebilmektedir.

Yukarıda tıbbi müdahalenin hukuki dayanakları detaylı incelenmiştir. Bu bölümde ise küçük ve kısıtlı hasta ile erişkin olup da ayırt etme gücünden geçici olarak yoksun hastaya uygulanacak tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuyla ilgili düzenlemelere değinilecektir.

Biyotıp Sözleşmesi m.5'te tıbbi müdahaleye ilgilinin aydınlatılmış onamının arandığını yukarıda belirtmiştik. Madde metninden, tıbbi müdahaleye rıza

---

829 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.184; Dural, Öğüz, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.104.

830 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.91-94. Dural, Öğüz, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.79; Jale Akipek, Turgut Akıntürk, Derya Ateş Karaman, *Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku*, 16. b., Beta Basım Yayım Dağıtım, 2020, s.325. Rona Serozan, *Medeni Hukuk Genel Bölüm Kişiler Hukuku*, 7. baskı (İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2017), s.434-436. Akipek, Akıntürk, ve Ateş Karaman, *Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku*, s.318-321.

831 Ayırt etme gücü olmayan hastalar bakımından tıbbi müdahaleye yasal temsilci vasıtasıyla rıza verilmesinin şahsa sıkı surette bağlı hakların kullanımı bakımından inceleme için bkz. Zafer Kahraman, "Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası", *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 7, S. 1 (2016), ss. 479-510, doi:10.21492/inuhfd.239945, s.487-488.

832 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.238. Serozan, *Medeni Hukuk Genel Bölüm Kişiler Hukuku*, s.469-470.

833 TŞSTİDK m.70 ile TMK m.16'daki genel esastan ayrıldığı hakkında bkz. Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.10.

gösterebilecek kişilerde erginlik veya tam ehliyet benzeri bir şart aranmadığı anlaşılmaktadır. Fakat 5'inci maddenin istisnası olarak tıbbi müdahaleye rıza gösterme yeteneği olmayan kişilerin durumu m.6'da düzenlenmektedir.

“Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması” başlıklı 6'ncı maddeye göre:

*“1. Aşağıda, 17 ve 20. maddelere tâbi olmak koşuluyla, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.*

*2. Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir.*

*Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır.*

*3. Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetiştikine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir.*

*İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.*

*4. Yukarıda 2 ve 3. paragraflarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda, Madde 5'te belirtilen bilgi verilecektir.*

*5. Yukarıda 2 ve 3. paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.”*

Birinci bentte “muvafakat verme yeteneği bulunmayan” ifadesinden yalnızca tam ehliyetsizler ile ayırt etme gücünü geçici olarak kaybetmiş kişiler anlaşılmaktadır<sup>834</sup>. Bentteki “doğrudan yarar” ifadesinden ne anlaşılması gerektiği açık değildir. Örneğin doğrudan yarar ifadesinden tıbbi endikasyon kavramını çıkarmak mümkün ise de oğlan çocuklarının sünneti gibi durumların anlaşılıp anlaşılmayacağı açık değildir; zira sünnetteki tıbbi endikasyon kimi zaman

---

834 Çilingiroğlu'ya göre de yasal temsilcinin vereceği rıza ile tıbbi müdahalenin hukuka aykırılığının ortadan kalkabilmesi için tıbbi müdahalenin küçük veya kısıtlının yararına olması gerekir. Cüneyt Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza, İstanbul: Filiz Kitabevi, 1993, s.55.

tartışmalıdır<sup>835</sup>. Bentte 17. ve 20. madde kapsamında bilimsel araştırma ve organ bağışında bulunacak kişiler için ilave hükümler getirilmiştir.

İkinci bentten, yalnızca tıbbi müdahaleye rıza verme yeteneği olmayan küçüğe temsilci, kişi, kuruluş ya da makam onayıyla tıbbi müdahalede bulunulabileceği belirtilmektedir. Bir başka deyişle tıbbi müdahaleye rıza verme yeteneği olan küçüğün temsile ihtiyacı olmadığı anlaşılmaktadır. Bendin ikinci fıkrasından küçüğün görüşünün yaşı ve olgunluk derecesi nispetinde dikkate alınacağı belirtilmekte ise de bu durum yalnızca rıza verme yeteneği olmayan küçükler için geçerlidir. Bir önceki cümlede de belirttiğimiz üzere rıza verme yeteneği olan küçükler tıbbi müdahaleye rıza gösterebilecektir. Küçükler hakkında olduğu gibi rıza verme yeteneği olmayan erginler de karar verme kapasiteleri elverdiği ölçüde karar alma sürecine katılabilecektir.

Üçüncü bent, yalnızca rıza verme yeteneği bulunmayan yetişkinlere ilişkindir. Bir başka deyişle rıza verme yeteneği bulunan kısıtlı erginlerin tıbbi müdahaleye rıza gösterebileceği anlaşılmaktadır.

Dördüncü fıkraya göre rıza verme yeteneği olmayan küçük ve erginlerin yasal temsilcilerinin m.5 kapsamında aydınlatılması gerektiği düzenlenmiştir. Bu bent, m.5'in son fıkrasıyla paralellik göstermektedir.

TŞSTİDK m.70/1'e göre "*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 muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)*". Madde metninden anlaşılacağı üzere küçük ve kısıtlı hastaların ayırt etme gücünün olup olmadığına bakılmaksızın yasal temsilcinin iznini aramaktadır. Kanımızca bu düzenleme Biyotıp Sözleşmesi m.6 ile uyumsuzdur. Bu sebeple Anayasa m.90/5'in son cümlesi gereği TŞSTİDK m.70'in Biyotıp Sözleşmesi m.6 esas alınarak yorumlanması gerekir. Bu halde küçük veya kısıtlı tıbbi müdahaleye rıza verme yeteneği varsa tıbbi müdahaleye kendileri rıza gösterecek; rıza verme yetenekleri bulunmadığı ölçüde ise mümkün olduğunca karara katılmaları sağlanmak

---

835 M. İhsan Karaman, Metin Öztürk, Orhan Koca, "Sünnet Komplikasyonları", Androloji Bülteni, C. 15, S. 53 (2013), ss. 75–78, s.75.



suretiyle yasal temsilcileri tarafından tıbbi müdahaleye rıza verilecektir. Bu sayede TMK m.16 ile TŞSTİDK m.70 arasındaki çelişki kanımızca giderilmektedir<sup>836</sup>.

TŞSTİDK m.70/1 son cümlesinde yer alan yasal temsilcinin bulunmadığı ve hastanın da rıza verme yeteneğinin olmadığı durumlarda rızanın aranmayacağına ilişkin düzenlemenin de aynı gerekçeden dolayı Biyotıp Sözleşmesi m.8<sup>837</sup>'le birlikte değerlendirilmesi gerekir. Buna göre hasta tıbbi müdahaleye rıza verme yeteneğine sahip değilse ve aynı zamanda yasal temsilcisi de hazır değilse ancak acil durumlarda rıza aranmaksızın tıbbi müdahalede bulunulmaması mümkündür. Aksi takdirde m.70'in mevcut haliyle doğrudan uygulanması Biyotıp Sözleşmesi m.8'e açıkça aykırılık teşkil edecektir.

HHY m.24/1'in 2'nci ve 3'üncü cümlesinde göre "*Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*". Madde metni TŞSTİDK m.70'le paralellik göstermektedir ve dolayısıyla bu düzenlemenin de yukarıda açıkladığımız gibi Biyotıp Sözleşmesi m.6 ve 8'e uygun biçimde yorumlanması gerekir.

HHY m.24/2'de de Biyotıp Sözleşmesi m.6/b.2 ve b.3'teki gibi yasal temsilcilerin rızasının arandığı durumlarda dahi küçük ve kısıtlıların görüşlerinin aranması düzenlenmiştir. Buradan da anlaşılması gereken, küçük ve kısıtlının ayırt etme gücü olmasa dahi mümkün olduğu derecede tıbbi müdahaleye ilişkin görüşlerinin sorulması gerektiğidir.

HHY m.24/4'e göre "*Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346<sup>838</sup> ncı ve 487<sup>839</sup> inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.*". Buna göre küçük ve kısıtlıların korunması için gerektiğinde hakim müdahalesinin devreye girebileceği anlaşılmaktadır.

---

836 Ayırt etme gücü olan küçük ve kısıtlıların tıbbi müdahalelere rızaları hakkındaki tartışmalar için Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.102-110. Kahraman, "Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası", s.489.

837 "Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir."

838 TMK m.346: "Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır."

839 TMK m.487: "Vesayet makamı, görevden alma ve uyarıda bulunmanın yanı sıra, vesayet altındaki kişinin korunması için gerekli diğer önlemleri de almakla yükümlüdür."

HHY m.24/6'ya göre “Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.”. Buna göre hastanın ayırt etme gücünün geçici olarak kaybedildiği tekrarlayıcı durumlarda hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesi için ileride yapılacak tıbbi müdahaleler için aydınlatılmış onamı alındığı takdirde bu onamların dahi geçerli olacağı anlaşılmaktadır. Bir başka deyişle kişinin bilinci açık olduğu sırada gelecekte yapılması muhtemel bir tıbbi müdahaleye muvafakat vermesi mümkün kılınmıştır. Elbette bu geçerliliğin şartı hastanın söz konusu muhtemel tıbbi müdahale için aydınlatılması olacaktır, aksi takdirde “her türlü tıbbi müdahale” veya “olası tüm tıbbi müdahaleler” gibi geniş bir çerçeve için hastadan rıza alınması geçerli değildir<sup>840</sup>.

### 3. RIZANIN ARANMADIĞI DURUMLAR

Hukukumuzda bazı durumlarda tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için rıza aranmamaktadır. Konumuz bağlamında olan ve rızanın aranmadığı durumlar daha ziyade rızayı elde etmek için kat edilecek sürenin hastanın sağlık durumunun bozulmasına sebep olacağı durumlardır. Bu tip durumların palyatif bakımda yaşanmasını pek olası bulmadığımız için konuyu kısaca incelemekle yetineceğiz. Konumuz bakımından özellik arz eden kısım hastanın durumunda akut bir bozulmanın olmadığı terminal tablolar olduğundan bu konu aşağıda daha detaylı incelenecektir.

HHY m.24/7'deki “Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir.” Şeklideki düzenleme ile Biyotıp Sözleşmesi m.8'deki düzenlemelerin birbirine uyumlu olduğu görülmektedir. Buna göre hastanın veya yasal temsilcisinin aydınlatılıp rızasının alınması veya yasal temsilcilerine ulaştırılması için belirli bir sürenin ayrılması gerekeceği açıktır. Ayrılacak bu sürenin hastaya HHY m.24/7'de tarif edildiği gibi zarar vereceği durumlarda rıza aranmaksızın tıbbi müdahalede bulunulabilir<sup>841</sup>. TŞSTİDK m.70/1 de yer alan ve rıza olmaksızın tıbbi müdahaleye izin veren durum ise Biyotıp Sözleşmesi m.8'e uygun

840 Benzer görüşte bkz. Arpacı, “Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları”, s.11.

841 Aynı görüşte bkz. Adıgüzel, Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü, s.55. Ayrıca hastanın bilinci kapalı olup da tıbbi müdahaleyle ilgili yasal temsilcilerin rıza almanın mümkün olmadığı bazı durumlarda vekaletsiz iş görme hükümlerinin uygulanabileceği hakkında bkz. aynı eser s.71-73.

biçimde yorumlanmalı ve yalnızca acil durumlarda uygulanmalıdır<sup>842</sup>. Bir başka deyişle hastanın rızasının alınmadığı ve aynı zamanda yasal temsilcilerine ulaşmanın mümkün olmadığı her durumda değil, yalnızca rızanın alınması veya yasal temsilcilere ulaşılması için geçirilecek sürenin hastanın sağlık durumunu geri dönülmez biçimde bozacağı durumlarda rızadan sarfınazar edilebilmelidir.

Tıbbi müdahalenin aciliyeti göz önüne alındığında şayet küçük veya kısıtlı hasta rıza verme yeteneğine, bir başka deyişle ayırt etme gücüne sahip değilse ve bu sürede hastanın yasal temsilcilerinin rızasını sorgulamak için geçecek sürede hastanın sağlığı HHY m.24/7'de belirtildiği şekilde bozulacaksa bu durumda rıza olmaksızın tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmek mümkündür. Benzer şekilde kısıtlı olmayan fakat geçici süreliğine ayırt etme gücünü kaybetmiş bir hastanın bilincinin yerine gelmesini veya yasal temsilci atanmasını beklemek için geçecek sürede sağlığı aynı şekilde bozulma tehlikesi taşıyorsa bu durumda rıza aranmaz.

#### **4. RIZANIN ARANDIĞI DURUMLAR**

Hastanın tıbbi müdahaleye rıza verme yeteneğinin olmadığı durumlar ile küçük veya kısıtlı olduğu durumlarda şayet tıbbi müdahaleye rıza almak için yeterli süre varsa bu durumda rıza olmaksızın yapılan tıbbi müdahale hukuka aykırı olacaktır. Bu kısımda tam ehliyetsizler ile sınırlı ehliyetsizlere acil olmayan tıbbi müdahalelerde rızanın kimin tarafından verileceği ayrı ayrı incelenecek, yine tam ehliyetsizler başlığı altında ayırt etme gücünü geçici olarak kaybeden erginlerin durumu incelenecektir.

##### **a) TAM EHLİYETSİZLER**

TMK m.14'e göre ayırt etme gücü bulunmayan kimseler tam ehliyetsizdir. Bu kişilerin ergin, küçük veya kısıtlı olması sonucu etkilemez<sup>843</sup>.

---

842 Hakeri'ye göre TŞSTİDK m.70 ve HHY m.24'teki rıza aranmayan durum hayat ve vücut bütünlüğü bakımından tıbbi müdahalenin gerekli görüldüğü hallerde münhasırdır. Onun dışında yakınlarının iradesi alınmalıdır. Hakeri, Tıp Hukuku, s.385. Kanımızca yazarın burada "yakınların iradesi"nden kastı yasal temsilcilerin iradesidir, zira her iki mevzuatta yakınların iradesine değer atfedilmemektedir.

843 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.84. Tam ehliyetsizlerin şahsa sıkı surette bağlı haklarını kullanamamasının hak ehliyetine etkisi ve bu etkinin korunan amaca ters düştüğü; sonuç olarak şahsa sıkı surette bağlı hakların temsilci vasıtasıyla kullanabileceğinin doktrinde kabul edildiği hakkında bkz. Aynı eser s.49, kn.133. Dural ve Ögüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.69-70. Hatemi, Kişiler Hukuku, s.22-23. Akipek, Akıntürk, ve Ateş Karaman, Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku, s.305. Serozan, Medeni Hukuk Genel Bölüm Kişiler Hukuku, s.430.

Bu kişi küçükse TMK m.335 gereği ebeveyn velayeti altındadır. Velayet altında bulunmayan küçükler ile ayırt etme gücünden sürekli yoksun olan erginlerin de kısıtlanarak vesayet altına alınması gerekir<sup>844</sup>.

Ayırt etme gücünü geçici olarak kaybetmiş erginlerin durumu farklıdır. Hukukumuzda kişinin kısıtlanması için ayırt etme gücünün sürekli olarak kaybedilmiş olması gerekir<sup>845</sup>. Bu sebeple ayırt etme gücünü geçici olarak kaybetmiş kişiler bakımından kısıtlama sebebinin doğduğu söylenemez. Ne var ki TMK m.15 gereği ayırt etme gücü bulunmayanların eylemlerine hukuki sonuç bağlanmayacağından<sup>846</sup> bu kişilerle ilgili karar alma süreçlerinin nasıl yönetileceğinin de tartışılması gerekir.

TMK m.408 kapsamında yaşlılık, ağır hastalık, engellilik gibi kanunda sayılan sebeplerden dolayı işlerini gerektiği gibi yönetemediği durumlarda kısıtlanmayı kendi talep edebilir<sup>847</sup>. Bu sebeple palyatif bakım hastasının da kanundaki şartları taşıması halinde kısıtlanmayı talep etmesi kanımızca mümkündür.

HHY m.24/2'de küçük veya kısıtlı hastanın tıbbi müdahaleye ilişkin bilgilendirme ve karar alma süreçlerine mümkün olduğunca katılımının sağlanması düzenlenmiştir<sup>848</sup>. Yukarıda ayırt etme gücüne sahip küçük ve kısıtlıların tıbbi müdahaleye rıza verebileceklerini açıklamıştık. Bu sebeple HHY m.24/2'deki düzenlemenin Biyotıp Sözleşmesi m.6/b.2 ve b.3'teki düzenlemelere paralel olarak yalnızca ayırt etme gücü bulunmayan küçük ve kısıtlılar bakımından uygulanması; ayırt etme gücüne sahip küçük ve kısıtlılara ise kendi rızaları doğrultusunda müdahalede bulunulması gerekir.

---

844 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.49. Akipek, Akıntürk, ve Ateş Karaman, *Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku*, s.305-306. Dural ve Öğüz, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.62-64. Hatemi, *Kişiler Hukuku*, s.22-25.

845 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.76. Dural ve Öğüz, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.63. Hatemi, *Kişiler Hukuku* s.22-23.

846 Ali Sonat, "Tıbbi Müdahalelerde İradi Temsilci Tayini", *Sağlık Hukuku'nda Dünyadaki Son Gelişmeler*, İstanbul: Karakter Color, 2009, ss. 175-214, s.177.

847 İsteğe bağlı kısıtlamada kısıtlama sebeplerinin geniş yorumlanması gerektiği hakkında bkz. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*, s.80 kn.230.

848 Burada tam ehliyetsizin katılımından kastedilen durum aydınlatma sonrası yasal temsilcinin tam ehliyetsizin rızasının ne yönde olduğunu araştırıp edindiği bilgi doğrultusunda karar vermesidir. Benzer görüşte bkz. Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.10. Özsunay'a göre ise temsil ettiği kişinin iradesini araştırmak yasal temsilcinin görevidir. Bkz. Ergun Özsunay, "Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı", Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar, ed. Nüket Örnek Büken, Aslıhan Akpınar, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2014, ss. 3-18, erişim 9 Ekim 2022, [http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam\\_sonu/yasam\\_sonu\\_rehber.pdf](http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam_sonu/yasam_sonu_rehber.pdf), s.12.

## (1) AYIRT ETME GÜCÜ OLMAYAN KÜÇÜKLER

Özsunay, yaşam sonu kararlarıyla ilgili olarak ayırt etme gücü olmayan küçükleri velayet ve vesayet altında olmaları bakımından ayrı değerlendirmeye tabi tutmuştur<sup>849</sup>. Yazara göre velayet altındaki ayırt etme gücü olmayan çocuklar için yalnızca veli rızasıyla yetinilmemeli, önemli durumlarda ve terminal döneme ilişkin karar alma süreçlerinde TMK m.426 gereği aileye ve küçüğe yardımcı olacak bir kayyım atanmalıdır<sup>850</sup>. Zira ayırt etme gücü bulunmayan çocuğun, Biyotıp Sözleşmesi m.6/b.3'te düzenlendiği üzere, karar alma sürecine katılması gerçekçi değildir<sup>851</sup>. Küçüğün vesayet altında bulunduğu durumlarda ise vasinin kararıyla yetinilmemeli, ayrıca vesayet makamı da sürece dahil edilmelidir<sup>852</sup>.

Tıbbi müdahaleye rıza ile ilgili TŞSTİDK m.70/1 ve HHY m.24/1 ve 2'nin Biyotıp Sözleşmesi m.6'ya uygun biçimde yorumuna göre, ayırt etme gücü olmayan küçükler için yönelik acil olmayan tıbbi müdahalelerde küçüğün yasal temsilcisi tıbbi müdahaleye rıza gösterebilecektir. Bu bağlamda küçüğün tıbbi müdahaleye ilişkin görüşünün alınması mümkün olmadığı takdirde yasal temsilcinin küçüğün görüşünü aldıktan sonra tıbbi müdahaleye ilişkin rızasını açıklaması gerekir. Bu noktada gerek Biyotıp Sözleşmesi m.9 gerek ise HHY m.24/5'e göre şayet küçüğün ayırt etme gücü yaşı nedeniyle henüz tam gelişmemiş değil de sonradan kaybettiyse önceden açıklanmış isteklerinin de dikkate alınması gerekir.

Ayırt etme gücüne sahip olmayan küçükler için uygulanacak tıbbi müdahaleye yasal temsilcinin rıza göstermemesi veya hasta için hareket etmemesi gibi durumlarda ilgililer durumu mahkemeye bildirmelidirler<sup>853</sup>. TMK m.346<sup>854</sup> kapsamında

849 Özsunay, "Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı", s.17.

850 Özsunay, "Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı", s.13, 17.

851 Yazara göre yaşamın anlamı ve ölümle ilgili hiçbir fikri olmayan küçüğün bu sürece katılması ruhsal durumunu bozabilir. Bu nedenle sosyal çalışmacı veya psikolog bir kayyımın atanması çocuk ve ailenin yükünü önemli derecede azaltacaktır. Özsunay, "Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı", s.17. Atanması önerilen kayyımın özellikle sosyal çalışmacı olması gerektiği yönündeki görüşü son derece isabetli buluyoruz zira psikologdan farklı olarak sosyal çalışmacıların görev tanımına kişilerin hem bakım ve hastalık yüküyle başa çıkabilmelerine ilişkin güçlendirme hem de bir takım destek mekanizmalarına ulaşmaları için yönlendirme hizmetleri girmektedir. Bkz. önceki bölümde I. .C. .4.Sosyal Çalışmacı.

852 Özsunay, s.17.

853 HHY m.24/4: "Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır."

854 TMK m.346: "Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hâkim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır."

aile mahkemesi, küçüğün korunması için gereken önlemleri almak zorundadır<sup>855</sup>. Bu kapsamda tıbbi müdahaleye rızayı mahkeme verecektir<sup>856</sup>. Kanımızca burada aile mahkemesine başvurulabilmesi için velinin haksız veya kötü niyetli olmasına gerek yoktur. Çocuğun çıkarlarını etkileyen bir durum varsa aile mahkemesinin müdahalesi talep edilebilmelidir.

Karar verme sürecinde küçüğün yararının amaçlanması gerekir. Kanımızca tam ehliyetli hastanın tedaviyi red hakkı bakımından geçerli olan kurallar küçüğün tedavisinde geçerli olmayacaktır. Tam ehliyetlinin tedaviyi reddetmesi ölümüne yol açacak olsa dahi kendi geleceğini belirleme hakkı kapsamında yorumladığımız hukuki düzenlemeler bu isteğe saygı duymayı gerektirmektedir. Küçüğün bu bağlamda tedaviye katılımı sağlansa dahi verilecek kararın kendi zararına olmasını engellemektedir; zira küçük kendi geleceğini belirleyebilecek durumda olmadığı için yaşam hakkını ve vücut bütünlüğünü etkileyen kararlarda kendi geleceğini belirleme hakkının etkisi olması fiilen imkansızdır. Bu noktada TMK m.24, 339/1 gereği küçüğün üstün yararı gözetilerek tıbben en yararlı olanın araştırılması gerektiği görüşündeyiz<sup>857</sup>. Bu noktada terminal dönemdeki küçükler bakımından nafile tedavinin uygulanmasının çocuğun çıkarlarına ters düştüğü görüşündeyiz zira tedavi nafileyse endikasyon şartı gerçekleşmemiş olacağından yapılan işlem hukuka aykırı olacaktır<sup>858</sup>.

Evlilik birliğinin sürüp sürmediğinden bağımsız olarak ortak velayetin olduğu tüm durumlarda velilerden yalnızca biri hazırsa TMK m.342/2 gereği hazır bulunan

---

855 Güle'e göre HHY m.24/4 kapsamında mahkemenin müdahalesinin istenmesi Biyotip Sözleşmesi m.23'te düzenlenen koruma mekanizmasını karşılamaktadır. Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.113.

856 Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.10.

857 Çünkü tam ehliyetli hastanın yaşam sonu kararı alırken kendisi hakkında özenli karar alma yükümlülüğü yoktur fakat çocuk adına karar alırken verilen kararın çocuk için en iyi karar olması bir yükümlülüktür. Bu noktada velilere çocuk adına karar verme yetkisi tanınmış ve bu kararı alırken çocuğun yararına davranma yükümlülüğü yüklenmişse de veliler bu konudaki tek yetkili değildir. Çocuğun velayeti adeta veliler ve devlet arasında paylaşılmaktadır ve velilerin yetersiz kaldığı noktada TMK m.346 ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu gibi düzenlemelerden kaynaklanan devletin müdahalede bulunma yetkisi ve yükümlülüğü vardır. Ne var ki Anayasa Mahkemesi, Halime Sare Aysal kararını göz önüne aldığımızda (kararda 67 ve 68'inci paragrafında 5395 sayılı Kanun m.3 ve 5'te çocuğa uygulanacak tıbbi müdahalenin türü ve kapsamı hakkında bir düzenlemeye yer verilmeksizin genel olarak sağlık tedbirine hükmedileceği belirtildiğinden söz konusu düzenlemenin öngörülebilirlik özelliğine sahip olmadığı belirtilmiştir) Kanun'un bu argümanımızın temel hak ve hürriyetlerin kısıtlanmasına ilişkin kanunilik şartının (para.58, 59, 69) gerçekleşmediği iddiasıyla karşılaşabileceğini düşünüyoruz. Yine de Halime Sare Aysal kararında yapılan tıbbi zorunluluk tanımından (para. 56) yola çıkarak tam ehliyetsiz küçüğün yasal temsilcinin tedaviyi red hakkının sınırını şu şekilde çizmemiz mümkündür: Küçüğe "müdahalede bulunulmaması durumunda telafisi güç zararların doğacağı ve çoğu zaman hastanın yaşamını yitirmesinin söz konusu olacağı" durumlarda küçüğün yasal temsilcileri tedaviyi red hakkını kullanamaz.

858 Bu bölümde bkz. II.B.Nafile Tedavi.

veliden diğ er velinin rızasının olduğ una dair yazılı beyanının alınması yeterlidir<sup>859</sup>. Bununla birlikte riskli bir tıbbi müdahale gerçekleştirilecekse her iki velinin de rızasının alınması gerektiğ i belirtilmektedir<sup>860</sup>.

## (2) AYIRT ETME GÜCÜ OLMAYAN KISITLILAR

TŞSTİDK m.70/1 ve HHY m.24/1 ve 2'nin Biyotıp Sözleşmesi m.6'ya uygun biçimde yorumuna göre ayırt etme gücü olmayan kısıtlıya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi için yasal temsilcisinin rızası gereklidir. Kısıtlının ayırt etme gücü bulunmasa da şayet karar alma sürecine ilişkin görüşünü almak mümkünse vasinin kısıtlının görüşünü alıp tıbbi müdahaleye öyle rıza göstermesi gerekir.

Biyotıp Sözleşmesi m.9 ve HHY m.5'e göre kısıtlının ayırt etme gücünü kaybetmeden önce açıklamış olduğ u isteğ inin dikkate alınması gerekir.

Özsunay, terminal döneme ilişkin karar alma süreçlerinde ayırt etme gücüne sahip olmayan kısıtlılar bakımından vasinin kararının tek başına yeterli olmadığını belirtmektedir. Yazara göre yasal temsilcinin rızasının yanı sıra TMK m.397/1'de düzenlenen vesayet makamlarının onayı da gerekir<sup>861</sup>.

HHY m.24/4 gereğ i vasi, kısıtlıya uygulanacak tıbbi müdahale için rıza göstermezse durumun derhal vesayet makamına bildirilmesi gerekir. Vesayet makamı TMK m.487 gereğ i kısıtlının korunması için uygun önlemleri alır.

Tam ehliyetsiz hasta bakımından özellikle yaşamı uzatan tedavinin reddedilebilmesi için tam ehliyetsiz küçüğ e ilişkin yaptığımız açıklamalara ek olarak hastanın ayırt etme gücü olduğ u sırada tedavinin reddi konusunda aydınlatılmışsa ve bunun neticesinde aydınlatıldığı bir veya daha fazla tedaviyi reddetmişse (örneğin KPR yapmayınız – DNR talimatı gibi) hastanın iradesine uygun davranılmalıdır. Nafile tedavinin şartları oluşmuşsa nafile bulunan tedavi rıza aranmaksızın uygulanmamalıdır<sup>862</sup>.

---

859 Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.99. Hakeri, Tıp Hukuku, s.369. Ayrıca belirtmemiz gerekir ki Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Ek 7 Numaralı Protokolün 2016 yılında yürürlüğe girmesiyle protokolün 5'inci maddesi, TMK m.336/3'teki "*boşanmada ise çocuk kendisine bırakılan tarafa aittir.*" ifadesini zımni ilga etmiştir. Bu sebeple evli olmayan anne babaların ortak velayet üstlenmesi hukukumuz bakımından mümkündür.

860 Hakeri, Tıp Hukuku, s.369.

861 Özsunay, "Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı", s.12. Ayrıca bkz. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceğ i", s.1348.

862 Nafileliğ in tespitinde hastanın da değ erlerinin dikkate alınması gerektiğ i hususunda bkz. II.B.1.Nafile Tedavinin Tanımı.

### (3) AYIRT ETME GÜCÜNÜ HENÜZ KAYBETMİŞ – GEÇİCİ SÜRELİĞİNE KAYBETMİŞ ERGİNLER

Tıbbi olgularda ve özellikle terminal dönemde sürecin bir noktasından itibaren hastanın ayırt etme gücü aşamalı olarak veya hızlı biçimde kaybolabilir. Ayırt etme gücünün aşamalı olarak kaybolduğu durumlarda hastanın ve yakınlarının TMK m.408 kapsamında istem üzerine kısıtlanmayı talep etmesi mümkün olsa da tıbbi problemlerle uğraşan hastanın ve yakınlarının çoğu zaman bunu düşünecek veya uygulayacak fırsatı olmaz. Bazı durumlarda ise ayırt etme gücü hastalığın da etkisiyle zaman zaman kaybolabilir. Böyle durumlarda hastanın öngörülü davranmak adına TMK m.408'deki düzenlemeden dahi yararlanma imkânı yoktur. Aşağıda öncelikle ayırt etme gücünü kaybetmiş fakat henüz bir yasal temsilci atanmamış kişilerle normalde tam ehliyetli olup da ayırt etme gücünü geçici süreliğine kaybetmiş kişilerin durumu incelenecektir.

#### (a) HENÜZ YASAL TEMSİLCİ ATANMAMIŞ KİŞİLER

Tam ehliyetli kişi, ayırt etme gücüne sahip olduğu sürece, kısıtlanmasına ilişkin dava kesinleşinceye kadar tam ehliyetli olmaya devam eder<sup>863</sup>.

Ayırt etme gücü olmayan ve kısıtlanmamış kimse bakımından henüz yasal temsilci atanmış olmadığından tıbbi müdahaleye rıza göstermeye yetkili kimse yoktur. Burada aynı zamanda kısıtlamanın koşulları da oluşmamıştır çünkü kişinin kısıtlanabilmesi için ayırt etme gücünün sürekli olarak kaybedilmesi gerekir<sup>864</sup>. Bu durumda TŞSTİDK m.70 ve HHY m.24/4'te düzenlenen durum gerçekleşeceğinden tıbbi müdahaleye rıza aranmaz<sup>865</sup>.

Gülel'e göre vesayet davasının devam ettiği süreçte hastaya müdahalede bulunmak gerekirse mahkeme kısıtlı adayına sadece bu müdahaleyle ilgili bir yasal temsilci atayabilir<sup>866</sup>. Gerçekten de TMK m.420/1<sup>867</sup> kapsamında hakim vasi

863 Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.101. Kısıtlamanın etkisiyle ilgili bkz. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.80-81. Turgut Akıntürk ve Derya Ateş, Türk Medeni Hukuku İkinci Cilt Aile Hukuku, 23. baskı (Beta Basım Yayım Dağıtım, 2021), s.488.

864 Sonat, "Tıbbi Müdahalelerde İradî Temsilci Tayini", s.179. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.78. Dural ve Ögüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.63. Akıntürk ve Ateş, Türk Medeni Hukuku İkinci Cilt Aile Hukuku, s.482.

865 Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.10.

866 Yazara göre karar kesinleşinceye kadar hastanın ayırt etme gücü sorgulanmaya devam edilmelidir. Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.102. Benzer görüş için bkz. Avrupa Konseyi, Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz, s.6.

867 TMK m.420/1: "Vesayet işleri zorunlu kıldığı takdirde vesayet makamı, vasinin atanmasından önce de re'sen gerekli önlemleri alır; özellikle, kısıtlanması istenen kişinin fiil ehliyetini geçici olarak kaldırabilir ve ona bir temsilci atayabilir."



atanmadan önce tedbiren hastaya bir temsilci atayabilir. Bununla birlikte tıbbi müdahale, gecikmesinde HHY m.24/7’de belirtilen türde bir sakınca bulunan türdence TŞSTİDK m.70/1 ve HHY m.24/7 kapsamında rıza olmaksızın tıbbi müdahalede bulunulabilir.

Hastanın ayırt etme gücünün olmadığı ve aynı zamanda yasal temsilcisinin de olmadığı durumlarda bir görüşe göre hastanın ailesinin aydınlatılabileceği belirtilmiştir<sup>868</sup>. Bu yöntem HHY m.24 ve TŞSTİDK m.70/1’deki düzenlemelere aykırı olsa da akla yatkın ve pratiktir. Uygulamada da genellikle bilinci kapalı hastanın yanında bulunan aile üyelerinin veya yakınlarının aydınlatıldığı bilinmektedir<sup>869</sup>. Bu yönüyle pratik bir çözüm gibi gözükse de birden fazla aile üyesinin hazır bulunduğu ve farklı görüşte olmaları durumunda hangisinin rızasına üstünlük tanınacağına da önceden belirli olması gerekir<sup>870</sup>. Bu konuda yakınlık derecesine göre karar alınması da her zaman için sağlıklı sonuç vermeyecektir; zira kişinin yakını her zaman kan bağıyla veya evlilik bağıyla bağlı olduğu kişi olmamaktadır<sup>871</sup>. 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun m.14’te ölüden organ alınması için rızası alınabilecek kişilerle ilgili sıralamadaki yakınlık derecesinin aranması önerilse<sup>872</sup> de bunun da elverişli bir çözüm olmadığı görüşündeyiz. Zira ölüden organ almak için gerekli olan rızada korunan hukuki menfaatle bilinci kapalı hastaya tıbbi müdahalede bulunulması için gerekli olan rızayla korunan hukuki menfaat farklıdır. Bir tarafta kişinin beden bütünlüğüne yönelik bir müdahale hukuka uygun hale getirilmeye çalışılmakta ve bunu yaparken hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesi için mümkün olduğunda muhtemel rızası tespit edilmeye çalışılmaktadır. Diğer tarafta ise kişilik sona ermiştir. Bu sefer korunan hukuki değer ölünün hatırası ve ölenin yakınlarının onurudur<sup>873</sup>. Bu sebeple aynı çözümün iki hukuki sorunda da yararlı olacağını düşünmüyoruz.

Bir diğer görüş ise gecikmesinde sakınca olan durumlar haricinde kanuni temsilcisi olmayan veya temsilciye ulaşılamayan hastaya uygulanacak tıbbi müdahale

---

868 Bahadır Demir, “Hekimin Tıbbi Aydınlatma Yükümlülüğünün Sınırları”, I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı), ed. Hakan Hakeri, Cahid Doğan, Legal Yayıncılık, 2016, s.45.

869 Güven, Sert, “Advance Directives In Turkey’s Cultural Context: Examining The Potential Benefits For The Implementation of Patient Rights”, s.129.

870 Oktay Özdemir, “Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği”, s.1350.

871 Oktay Özdemir, “Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği”, s.1350.

872 Demir, “Hekimin Tıbbi Aydınlatma Yükümlülüğünün Sınırları”, s.45.

873 Ahmet Gökçen, Murat Balcı, “Organ ve Doku Ticareti Suçları (TCK. m. 91-93)”, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, C. 19, S. 2 (2013), ss. 111–50, s.115.

için TMK m.420 gereği sulh hukuk mahkemesinin kayyım tayin etmesi gerekir<sup>874</sup>. Kanımızca bu durumdaki hastanın temsili için hukuk sistemimizde başka bir çözüm olmadığından en uygun çözüm budur.

Oktay Özdemir'e göre temsilci atanmamış ayırt etme gücünden yoksun hastanın muhtemel iradesini tespit etmek için özenli bir hekimden gerekli araştırmayı yapması beklenmelidir. Buna göre hekim, hastanın rızasını en doğru yansıtacak kişiyi araştırmalı ve bu kişiden muhtemel rızayı öğrenmelidir. Yazarın bizim de katıldığımız görüşüne göre muhtemel irade tespit edilirken hastanın kan hısımlarının değil hastaya günlük yaşamında yakın olan kişiler üzerinden bir araştırma yapılması gerekir<sup>875</sup>. Bunun mümkün olması için de tıbbi yetkililere araştırma yapmaları ve elde ettikleri bilgiler ışığında karar verebilmeleri için yetki tanınması gerekir<sup>876</sup>. Araştırma sürecinde hastanın daha önce geçirdiği tıbbi müdahaleler ile hizmet aldığı sağlık profesyonellerinin de fikri alınmalıdır<sup>877</sup>.

#### **(b) GEÇİCİ OLARAK AYIRT ETME GÜCÜNÜ KAYBETMİŞ ERGİNLER**

Ayırt etme gücünü geçici olarak kaybeden hastaya uygulanacak tıbbi müdahalelerde hastanın bir yasal temsilcisi olmadığı için rızanın alınması sorunludur. Zira geçici ehliyetsizlik olarak adlandırılan bu durumda hasta tam ehliyetsiz olduğundan tıbbi müdahaleye rızası geçerli olmaz<sup>878</sup>. Bu durumda kanımızca yine gecikmesinde HHY m.24/7'de belirtilen türde bir sakınca varsa TŞSTİDK m.70/1 ve HHY m.24/7 kapsamında rıza olmaksızın tıbbi müdahalede bulunulabilir. Ancak tıbbi müdahale aciliyet taşımıyorsa veya hastanın ayırt etme gücünü kazanması için beklenen sürede HHY m.24/7'deki aciliyet ortaya çıkmayacaksa tıbbi müdahaleye asıl onam vermesi gereken kişi hastanın bizzat kendisi olduğundan beklenmesi gerekir<sup>879</sup>.

Hastanın ayırt etme gücünün kaybı geçici bir durum olduğundan bu süreçteki tıbbi kararlar için TMK m.426/b.1'deki temsil kayyımını atanıp atanmayacağı

874 Sarıal, Sağlıklararası Organ Nakillerinden Doğan Hukuki İlişkiler, s.66-67.

875 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1350. Benzer görüşte bkz. Avrupa Konseyi, Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz, s.22.

876 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1351.

877 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1351.

878 Bu tip durumlara uyku hali, hastanın bilincinin kapalı olması, koma hali, akli melekeleri etkileyen şiddetli hastalık gibi sebepler örnek gösterilmektedir. Gülel, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.102.

879 Nur Yaşar, Tıbbi Müdahalede Karar Vericiler ve Rıza, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2019, s.48. M NÄGELİ, Die Ärztliche Behandlung Handlungsunfähiger Patienten aus Zivilrechtlicher Sicht, Zürich, 1982, s.136 içinde Sonat, "Tıbbi Müdahalelerde İradi Temsilci Tayini", s.180.

tartışmalıdır<sup>880</sup>. Kanımızca acil haller dışında bu durumdaki hastalara uygulanacak tıbbi müdahalelerde rızanın aranmaması, mevzuatın geçici de olsa ikame bir yasal temsilciyi işaret etmemesi ve ayrıca yetkili bir makam tayin etmemesi Biyotıp Sözleşmesi m.6/b.2 ve 3'e aykırıdır. Hastanın bilinçsizlik halinin ne kadar süreceğinin belli olmadığı durumlarda acil durumlar dışındaki hastaya bir tıbbi müdahalede bulunulamaması sonucunu doğurmaktadır. Oysa uygulamada bu durumdaki hastaların yasal temsilcisi olmasa dahi ailelerinden veya yakınlarından rıza alındığı belirtilmektedir<sup>881</sup>.

TŞSTİDK m.70 ve HHY m.24/1'deki düzenlemeler ayırt etme gücü olmayan ve yasal temsilcisi bulunmayan hastalara uygulanacak tıbbi müdahalelerde rıza aranmayacağını düzenlemiş ise de acil durum söz konusu olmadığı sürece hastanın menfaatlerine en uygun tedavinin ne olduğunun araştırılması özenli bir hekimden beklenmelidir<sup>882</sup>.

Biyotıp Sözleşmesi m.9 ve HHY m.24/5'te tıbbi müdahaleye ilişkin isteğini açıklayabilecek durumda olmayan hastanın tıbbi müdahaleye ilişkin önceden açıklamış olduğu isteğin göz önüne alınacağı düzenlenmiştir, fakat bununla ilgili olarak hekime bir yükümlülük yüklenmemiştir<sup>883</sup>. Kanımızca buradaki düzenleme hasta özerkliğine karşı geçmişten kalan paternalist yaklaşımın bir kalıntısıdır. Böyle bir durumdaki hasta bakımından hekimin hastanın isteğini araştırmak zorunda olup olmadığı, araştırmışsa bunu nasıl ispat edeceği belirsizdir. Oktay Özdemir, yönetmelik zorunlu tutmasa da özenli bir kişiden hastanın menfaatleri için en uygun tedavinin ne olduğunu araştırmasını beklemek ve buna uygun davranmamasından kaynaklanan zarardan hekimi sorumlu tutmak gerektiğini belirtmektedir<sup>884</sup>. Burada hastanın iradesinin araştırılması için hastanın ailesi ve yakınlarının rızasının alınması Biyotıp Sözleşmesi m.9'un yerine getirilmesi bakımından uygun bir çözüm olarak görülmektedir<sup>885</sup>.

---

880 Temsilci atanabileceği yönünde bkz. Sonat, "Tıbbi Müdahalelerde İradi Temsilci Tayini", s.180. Yalnızca malvarlığı ve şahıs varlığına ilişkin konularda görev yapabileceği yönünde bkz. Adıgüzel, Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü, s.32.

881 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1329.

882 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1329-1330.

883 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1328.

884 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1329-1330.

885 Saibe Oktay Özdemir, "Ayırt Etme Gücü Bulunmayan Yetişkinlere Yapılacak Tıbbi Müdahalelere Onay Konusunda İsviçre Hukukunda Yapılan Değişiklikler", Bahçeşehir Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 11, S. 145-146 (2016), ss. 223-43, s.241. Ayrıca bkz. İpek Sevda Söğüt,

Gerek kendisine henüz yasal temsilci atanmamış olan kişiler gerek ise ayırt etme gücünü geçici olarak kaybetmiş kişiler bakımından tedavinin reddedilip edilemeyeceği hassas bir konudur. Kanımızca burada önemli olan hastanın ayırt etme gücü olduğu sırada aydınlatılmış olduğu bir tedaviyle ilgili red beyanında bulunup bulunmadığıdır. Şayet hasta ayırt etme gücü varken HHY m.15'e göre aydınlatıldığı bir tedaviyi istemediğini beyan etmişse HHY m.24/5-6-7 ve m.25 kapsamında tedaviyi reddedebilir.

## b) SINIRLI EHLİYETSİZLER

Sınırlı ehliyetsizler ayırt etme gücüne sahip olan küçük veya kısıtlılardır<sup>886</sup>. Bu kişiler TMK m.16 gereği kendi fiilleriyle borç altına giremezler fakat şahsa sıkı surette bağlı hakları kullanabilirler<sup>887</sup>. Bu sebeple sınırlı ehliyetsizlerin tıbbi müdahaleye rıza beyanını tek başına vermesi mümkündür<sup>888, 889</sup>. Ne var ki Biyotıp Sözleşmesi'nin TBMM tarafından onaylanmasının uygun bulunduğu 5013 sayılı kanunun yürürlüğe girdiği 9.12.2003 tarihine kadar TŞSTİDK'nin sınırlı ehliyetli hastanın tedaviye rıza gösterme hakkını kısıtlayan 70'inci maddesine gereği tıbbi müdahaleye rıza gösteremiyordu. Biyotıp Sözleşmesinin iç hukukumuzda yürürlüğe girdiği tarihten itibaren TŞSTİDK m.70'in Anayasa m.90/5 gereği Sözleşmenin 6'ncı

---

Ekin Tuna, "Hastanın Tıbbi Yaşam İradesine Dair Hukuki Vasıtalar", TıpHD, C. 12 (2017), ss. 255–96, s.290. Kahraman, "Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası", s.488. Oktay Özdemir'in HHY'de tıbbi müdahaleye temsilci vasıtasıyla rıza gösterilen durumlar için bir denetim mekanizması öngörülmemesi hakkındaki eleştirisi için bkz. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1349.

886 Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.97. Akipek, Akıntürk, ve Ateş Karaman, Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku, s.319-320. Dural ve Öğüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.84. Hatemi, Kişiler Hukuku, s.28.

887 Bu kişilerin yasal temsilcinin rızasına bağlı olmadan yapabileceği işlemler hakkında bkz. Dural ve Öğüz, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.91. Hatemi, Kişiler Hukuku, s.39-47. Oğuzman, Seliçi, Oktay Özdemir, Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler, s.107-113. Yenerer'e göre tedaviye rıza gösterme hakkı şahsa sıkı surette bağlı bir hak olmakla birlikte kanunun öngördüğü durumlarda vasi tarafından gösterilecek rıza da tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirmektedir ve bu rızanın mutlak surette temsil edilen kişinin yararına kullanılması gerekir. Yenerer, Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, s.225.

888 Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.9. Sarıal, Sağlararası Organ Nakillerinden Doğan Hukuki İlişkiler, s.66. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.11. Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.56. Benzer görüşte bkz. Adıgüzel, Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü, s.64, 65-66. Diğer görüşler için bkz. Kahraman, "Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası", s.488.

889 Cerrahi tedavi alanında ergen hastaların çok az bir kısmının bilgilendirildiği, verilen bilgilerin ergen tarafından yetersiz bulunduğu, hekimin ergenin rızasını göz ardı ettiği ve %93'ünün ayırt etme gücüne sahip ergen yerine ebeveyn rızasını aldığını gösteren çalışma için bkz. CebraİL Yılmaz, Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı, Kocaeli Üniversitesi, 2016, s.94.

maddesine uygun biçimde yorumlanması gerekir. Buna göre kanımızca ayırt etme gücüne sahip küçük ve kısıtlılar tıbbi müdahaleye tek başına rıza gösterebilir<sup>890, 891</sup>.

Çilingiroğlu'ya göre tıbbi müdahaleye rıza şahsa sıkı surette bağlı hak olduğundan sınırlı ehliyetsizin tek başına kullanabilmesi gerekir fakat önemli tıbbi müdahalelerde yasal temsilcinin de rızaya katılmasında fayda vardır. Böylece sınırlı ehliyetsizin rızasıyla yasal temsilcinin görüşü çatışsa dahi sınırlı ehliyetsizin rızasına uygun yapılan tıbbi müdahale hukuka uygun olacaktır<sup>892</sup>. Bu sebeple sınırlı ehliyetsiz ile onun yasal temsilcisinin birlikte rızasının alınması gerekir<sup>893</sup>.

Sınırlı ehliyetsizin tıbbi müdahaleyi reddi konusunda hastanın ayırt etme gücü olduğu için şahsa sıkı surette bağlı bu hakkını kullanmasının mümkün olacağı görüşündeyiz. Ne var ki özellikle ayırt etme gücüne sahip küçüğün yaşamı uzatan tedaviyi reddetmesi problemleri bir konu gibi gözükmemektedir. Ayırt etme gücüne sahip küçüğün yaşam ve ölümle ilgili algısı ve bilgisi bir tam ehliyetlininkiyle aynı olmasa da tam ehliyetli her bireyin ölümle ilgili algısı ve görüşü birbirinden farklı değil midir? Kanımızca burada son kararı yine küçüğün kendisine bırakmak fakat küçüğü aydınlatırken karar vermesine yardımcı olmak için tıbbi bilgilerin yanında psikolojik ve manevi destek sunarak ve kararını sorgulamasına yardımcı olarak karar verme noktasına ulaşmasını sağlamak gerekir.

#### **E. HASTANIN İRADESİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK DİĞER YÖNTEMLER**

Hastanın bilinci kapalı olduğunda acil olmayan tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için en olağan yöntem hastanın yasal temsilcisinin rızasını almaktır. Yukarıda bahsettiğimiz üzere hastanın yasal temsilcisinin bulunmadığı durumlar da vardır. Ayrıca yasal temsilcinin görevi de temsil ettiği kişinin menfaatine uygun davranmak olduğu için tıbbi müdahaleye rıza verirken hangi ölçüt ve değerlerin göz önüne alınacağı bilinmeyebilir. Hastanın bir temsilcisinin olmaması ve temsilcisi olsun veya olmasın iradesine uygun davranılmaması hukuken korunan menfaatlerinin ihlaline yol açabilir. Uygulamada hastanın temsilcisinin olmadığı ve muhtemel rızasının bilinmediği durumlar için tıbbi müdahaleyi uygun hale getirecek yasal zemin

890 Sınırlı ehliyetsizin tıbbi müdahaleye rıza gösterebileceğine dair ayrıca bkz. Zarife Şenocak, "Küçüğün Tıbbi Müdahaleye Rızası", Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 50 (2001), s.80. Hakeri, Tıp Hukuku, s.367. Sınırlı ehliyetsiz küçüğün rızasının tek başına geçerli olmayacağına dair bkz. Yenerer, Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, s.223.

891 Öğretide 14 yaş ve üstü ergenlerin hekimin aydınlatmasını anlayacak zihinsel kapasiteye sahip olduğuna dair görüş birliği olduğu belirtildiği hakkında bkz. Yılmaz, "Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı", s.20.

892 Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.56.

893 Çilingiroğlu, Tıbbi Müdahaleye Rıza, s.70.

kuruludur. Ancak yukarıda yer verdiğimiz mevcut durum hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının korunmasına tam anlamıyla hizmet etmemektedir.

İleriye dönük hasta talimatı ile hastanın iradi temsilci ataması pozitif hukukumuzda biri gelişimini tamamlayamamış diğeri ise hiç yer almayan iki konudur. Fakat hastaların bilinci kapalı olduğu durumlarda iradelerine uygun tıbbi müdahalede bulunulması bakımından önemli konulardır. Aşağıda ayırt etme gücüne sahip hastanın Biotıp Sözleşmesi m.9 ve HHY m.24/5'te düzenlenen önceden açıklanmış isteği ile öğretilen kabul edilen, tıbbi kararlarda kendini temsil etmesi için atayabileceği iradi temsilci incelenecektir.

### 1. İLERİYE DÖNÜK HASTA TALİMATI

İleriye dönük hasta talimatı, hukuki dayanağı olan fakat nasıl yapılması gerektiğiyle ilgili yeterli düzenleme olmayan ve kanımızca tam da bu sebepten dolayı uygulamada hak ettiği önemi kazanmamış bir müessesedir.

Biotıp Sözleşmesi m.9'da tıbbi müdahale esnasında isteğini açıklayabilecek durumda olmayan hastaya müdahalede bulunurken hastanın müdahaleyle ilgili önceden açıkladığı isteklerin göz önüne alınması gerektiği düzenlenmiştir. Benzer şekilde HHY m.24/5'e göre "*Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.*".

Bu düzenleme hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesine hizmet eden ve şahsa sıkı surette bağlı bir hak olan tıbbi müdahaleye rızaya ilişkin istisnai uygulamalarda dahi tıbbi müdahalenin hastanın iradesine uygun biçimde gerçekleşmesini sağlayan bir düzenlemedir. Gerçekten de hastanın bilinci açık olduğu sırada, gelecekteki tıbbi müdahalelere ilişkin bir talimat, amaca yasal temsilcisinin vereceği rızadan daha fazla hizmet edecektir<sup>894</sup>. Ne var ki söz konusu düzenlemenin nasıl olacağına dair başka hiçbir hukuki referans yoktur. Örneğin bu talimatların şekil şartına bağlı olup olmayacağı, bir makama tevdi edilmesinin gerekip gerekmediği, hastanın böyle bir beyanda bulunmasının altında yatan nedenlerin geçerliliğe etkisi gibi pek çok hukuki sorunun çözümü açık değildir. Yine düzenlemenin ucu açık, yorumlanmaya müsait olduğundan hastanın önceden açıklanmış isteğinden ne anlaşılacağı belirsizdir. Kuşkusuz ki bir dost meclisinde dile

---

894 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1339. Ayrıca hastanın talimatına aykırı tıbbi müdahalede bulunulmasının hukuka ve ahlaka aykırı olduğu hakkında bkz. Roger Worthington, *Ethics and Palliative Care A Case Based Manual*, Oxford, UK: Radcliffe Publishing, 2005, s.43.

getirdiği irade ile hekimin aydınlatması sonrası ifade ettiği rıza aynı ağırlıkta olmayacaktır.

Oktay Özdemir'e göre bu tip talimatların geçerliliğinin sağlanması bakımından verilme şekli ve saklanması ilişkin düzenlemelerin kanunla yapılmasında fayda vardır<sup>895</sup>. Hazırlanan talimatların doktora, hekime, bakım verene, notere tevdi edilebilmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>896</sup>.

Hastanın ileride gerçekleşebilecek her türlü tıbbi müdahaleye veya geniş bir tıbbi müdahale türüne topluca rıza gösterip gösteremeyeceğinin tartışılması gerekir. Arpacı, hastanın yalnızca tek bir tıbbi müdahaleye rıza gösterebileceğini belirtmektedir<sup>897</sup>. Kanımızca HHY m.31/3'teki düzenlemeden yola çıkarak hasta şayet tıbbi müdahaleyle ilgili özel olarak aydınlatılmışsa ve onam verdiyse, rıza verdiği her bir tıbbi müdahale için ileriye dönük talimat verebilir. Bu talimat bir tedavinin kabulü şeklinde olabileceği gibi reddi şeklinde de olabilir<sup>898</sup>. Nitekim HHY m.24/7'in ilk cümlesinde bir acil durum tanımlanmış ve bu acil durumda rıza aranmayacağı belirtilmiştir. Son cümlede ise hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın ileriye dönük talimatının alınabileceği belirtilmektedir. Öyleyse her acil durum için değil fakat hastanın rızası kapsamına girmeyen acil durumlar için rıza aranmamaktadır.

İleriye dönük talimatını açıklayan hasta bilincini kaybettikten sonra hastalığın tedavisinin bulunması durumunda hasta talimatının gereğinin yapılmaması gerektiği belirtilmektedir<sup>899</sup>.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden bahsederken "aydınlatılmış onam" dendiğinde kişilerin aklına çoğunlukla "form doldurma" düşüncesi gelmektedir. Kimi sağlık hizmeti sunucular hastayı nasıl daha iyi aydınlatmayı değil "forma" ne yazarlarsa hukuken sorumlu tutulamayacaklarını merak etmektedir. Aydınlatılmış

---

895 Oktay Özdemir, "Ayırt Etme Gücü Bulunmayan Yetişkinlere Yapılacak Tıbbi Müdahalelere Onay Konusunda İsviçre Hukukunda Yapılan Değişiklikler", s.241. Bazı ülkelerin talimata şekil şartı aradığı hakkında bkz. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1338. Benzer görüşte bkz. Söğüt, Tuna, "Hastanın Tıbbi Yaşam İradesine Dair Hukuki Vasıtalar", s.291.

896 Ayrıca Almanya'da hekime hastanın rızasının ne yönde olduğunu araştırma yükümlülüğü yüklendiği belirtilmektedir. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1338.

897 Arpacı, "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları", s.11.

898 Benzer görüşte bkz. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1341.

899 Yazar ayrıca hastanın bilincinin açık olduğu süreçlerde ileriye dönük hasta talimatının dikkate alınmaması gerektiğini belirtmektedir. Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1342.

onam gibi kişinin vücut bütünlüğü ve kendi geleceğini belirleme hakkıyla yakından ilişkili bir kavramın bir kağıt parçası ve formaliteye indirgenmesi kaygı vericidir. Bununla bağlantılı olarak ileriye dönük hasta talimatına ilişkin yapılacak düzenlemelerde bu talimatın da bir forma dönüşmesinden kaçınmaya dönük adımlar atılmalıdır. İleriye dönük hasta talimatının nafile tedavinin belirlenmesinde yol gösterici olduğu belirtilmektedir<sup>900</sup>.

Hasta talimatı, hasta ayırt etme gücünü kaybettikten sonra tıbbi kararlarda hekime ve hasta yakınlarına yol gösterebileceği gibi hastanın iradi temsilcisini ataması için kullanılabilir. Hastanın ileriye dönük talimatıyla ayırt etme gücünü kaybettikten sonra kendisiyle ilgili tıbbi kararları kimin vereceğini kararlaştırabilirdir<sup>901</sup>. Buna alternatif olarak kişi ileriye dönük hasta talimatında hem gelecekte alınacak tıbbi kararların ne olacağını hem de iradi temsilcisinin kim olacağını belirleyebilir. Bu noktada iradi temsilcinin rolü talimat verilmemiş konularda hastanın verdiği yetki çerçevesinde hangi kararların alınacağı veya kararların nasıl alınacağı (temel ilkeler hasta tarafından belirlenmek suretiyle) olabilir.

## 2. HASTANIN İRADI TEMSİLCİSİ

Hastanın iradi temsilci ataması öğretilerde tartışılan bir konu olmakla beraber hukuki düzenlemeler arasında kendine yer bulabilmiş bir konu değildir; ancak hukukumuzda ileriye dönük hasta talimatı soyut biçimde de olsa düzenlenmiş olduğundan hasta talimatı yoluyla temsilci atanabilmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>902</sup>. İradi temsilci atanması Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz'da da önerilen bir konudur<sup>903</sup>.

Oktay Özdemir'e göre iradi temsilci konusunun hukukumuzdaki vekalet ilişkisine dayandırılması mevzuatın mevcut haliyle mümkün değildir; ancak iradi

---

900 Güven, Sert, "Advance Directives In Turkey's Cultural Context: Examining The Potential Benefits For The Implementation of Patient Rights", s.131.

901 Oktay Özdemir, "Ayırt Etme Gücü Bulunmayan Yetişkinlere Yapılacak Tıbbi Müdahalelere Onay Konusunda İsviçre Hukukunda Yapılan Değişiklikler", s.241. Söğüt, Tuna, "Hastanın Tıbbi Yaşam İradesine Dair Hukuki Vasıtalar", s.289.

902 Oktay Özdemir, "Ayırt Etme Gücü Bulunmayan Yetişkinlere Yapılacak Tıbbi Müdahalelere Onay Konusunda İsviçre Hukukunda Yapılan Değişiklikler", s.241. Ayrıca İsviçre'de atanmış bu temsilcilerin şahsa sıkı surette bağlı hakları kullanmaya yetkili olduğu hakkında aynı eserde bkz. s.236. Ayrıca bkz. Söğüt, Tuna, "Hastanın Tıbbi Yaşam İradesine Dair Hukuki Vasıtalar", s.289. Söğüt ve Tuna ayrıca vasi – kayyım atamalarının da hasta talimatına göre yapılabileceğini belirtmiştir.

903 Avrupa Konseyi, Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz, s.22.



temsilci sayesinde hastanın muhtemel iradesinin ne yönde olduğunu belirlemek mümkündür<sup>904</sup>.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi'nin terminal dönem hastaların insan haklarının ve onurunun korunması hakkındaki 1418 sayılı tavsiye kararında temsilci adaylarının yetkilerinin kapsamı ve talimatın geçerlilik ölçütlerinin belirlenmesi gerektiği tavsiye edilmektedir<sup>905</sup>.

## **F. HASTADAN GERÇEĞİN GİZLENMESİNE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELERE ELEŞTİRİ**

### **1. GENEL OLARAK**

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri müdahaleye gösterilen rızadır ve aslolan, bu rızayı hastanın kendisinin göstermesidir. Bu noktada, rızanın geçerli olabilmesi için hastanın aydınlatılması gerektiğinin altını çizmek gerekir. Gerek bazı hukuki düzenlemeler gerekse öğretilerdeki bazı görüşler hastanın sağlık durumuyla ilgili bir bilginin hastanın sağlık durumunu, tedaviye rızasını veya psikolojisini kötü etkileyecekse hastadan saklanabileceği yönündedir<sup>906</sup>.

Bu bölümde HHY ve TDN'de açıkça düzenlenmiş olan bir husus olan hastadan gerçeğin gizlenmesine ilişkin düzenlemeyi inceleyeceğiz.

### **2. HASTADAN GERÇEĞİN GİZLENMESİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLER VE MEVZUAT**

TDN m.14/2-3'e göre "*Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyirinin saklanması uygundur.*

*Meş'um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihdas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir."*

904 Oktay Özdemir, "Tıbbi Müdahale ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği", s.1351.

905 Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 1418 (1999): Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying", s.924.

906 Ergun Özsunay, "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", Sorumluluk Hukuku Seminerler Makaleler 2017, İstanbul: Fakülteler Matbaası, 1984, ss. 31–59, s.46\*48; Metin, Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk, s.131.

HHY m.19'a göre "Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir."

Her iki düzenlemede de hastalığın gidişatını kötü etkileyecek hastalığın hastadan gizlenebileceği belirtilmiştir. Ayrıca her iki düzenlemenin bir diğer ortak özelliği, böyle bir hastalığın olduğu durumda hasta eğer açıkça yasaklamamışsa hastalık hakkında yakınlarına – ailesine bilgi verilebileceğini düzenlemesidir.

Öğretide ise hastanın sağlık durumunun hastaya açıklanmasının hasta üzerinde yaratacağı manevi – psikolojik etkinin hastada daha büyük fiziksel veya psikolojik etki yaratacağı durumlarda hastadan bilginin gizlenebileceği belirtilmektedir<sup>907</sup>. Örneğin anevrizması nedeniyle acilen ameliyata alınması gereken bir hasta ameliyatın riskleri hakkında bilgilendirildikten sonra ameliyat olmayı reddedecekse hastaya bilgi verilmeyebilir<sup>908</sup>. Burada hastanın yaşam hakkı ile kendi geleceğini belirleme hakkı çatışmaktadır ve acil tedavi edilmesi gereken bir durum olduğu için hastanın korkup tedaviyi reddetmesi halinde yaşamı tehlikeye girecektir<sup>909</sup>.

Bir başka görüşe göre ise hastalığın seyri tedavinin risklerinden daha tehlikelidir ve tedavinin riskleri hastanın kararını etkilemeyeceği anlaşılmıştır. Böyle bir durumda hastalığın tehlikesi ve tıbbi müdahalenin gerekliliği arttıkça hekimin aydınlatma yükümlülüğü de daralır<sup>910</sup>.

### 3. HASTADAN GERÇEĞİN GİZLENMESİNİN HUKUKA AYKIRILIĞI

Hastadan sağlık durumu ile ilgili bilginin gizlenmesi ve hastadan gizlenen bilginin hastanın ailesine – yakınlarına bildirilmesi hastanın Anayasa m.17'de korunan

907 Özsunay, "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", s.46-48.

908 Özsunay, "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", s.47.

909 Özsunay, "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", s.48.

910 Metin, Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk, s.131.

maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı ile Anayasa m.20'de korunan özel yaşamının gizliliğine aykırıdır<sup>911</sup>.

Biyotıp Sözleşmesi m.10'a göre;

*“1. Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.*

*2. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.*

*3. İstisnai durumlarda, 2 nci paragrafta belirtilen hakların kullanılmasında hastanın yararları bakımından kanun tarafından kısıtlamalar öngörülebilir.”*

Maddenin birinci bendinde belirtilen özel yaşamına saygı gösterilmesi, hastanın bilgilerinin kendi rızası olmaksızın başkalarıyla paylaşılmamasını içerir. İkinci bende göre ise hasta öğrenmek istediği taktirde bu bilgiler hiçbir surette hastadan gizlenemez. Burada TDN m. 14 ve HHY m.19'dan taban tabana zıt bir düzenleme söz konusudur. Biyotıp Sözleşmesi m.10/b.3'te Anayasa m.13'e paralel bir şekilde hastanın sağlığıyla ilgili bilgiyi öğrenme hakkının ancak kanunla kısıtlanabileceği düzenlenmiştir. Ne var ki bizim hukukumuzda bu kısıtlama, tüzük ve yönetmelikle yapılmaya çalışılmaktadır. Anayasayla koruma altına alınmış olan maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkı ile özel yaşamın korunması hakkının tüzük ve yönetmelikle kısıtlanması Anayasa m.13'teki düzenleme nedeniyle mümkün değildir ve normlar hiyerarşisine aykırıdır<sup>912</sup>.

#### **4. HASTADAN GERÇEĞİN GİZLENMESİNİN İŞLEVSELLİĞİNE YÖNELİK ELEŞTİRİLER**

Çeşitli yaş, hastalık gruplarına dahil bireylerle yapılan çalışmalarda hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın gidişatı ne olursa olsun teşhis hakkında bilgi sahibi olmak istediği sonucuna varılmıştır<sup>913</sup>. Pek çok hekim ve hasta grubunun

---

911 Benzer görüşte bkz. Güven Yıldırım, Sağlık Hukuku Açısından Kanseri Hastaları Bilgilendirme Zorunluluğu ve Bilgilendirmenin Psikolojik Sonuçları, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2018, s.129. Gürkan Sert, “Türkiye’ de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi: Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından”, Kocaeli Med J, C. 9, S. 1 (2020), ss. 111–19, s.113. HHY m.19 ve 20'de hastanın yakınlarına bilgi verilmesi hakkındaki düzenlemelere yönelik eleştiri için bkz. aynı eser s.116.

912 Hakeri, Tıp Hukuku, s.337.

913 Yılmaz, Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı, s.94. Ezgi Tanıl, Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüm İlişkin Tutumları, İstanbul Üniversitesi, 2020, s.46. Ayşe Özkırış vd., “Hekim Tutumları Üzerine Bir Çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım”, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, C. 24, S. 2 (2011), ss. 89–100, doi:10.5350/DAJPN2011240201, s.97.

hastanın hastalığıyla ilgili her şeyi bilmesinin iyileşme sürecini olumlu etkileyeceğini düşündüğü belirtilmektedir<sup>914</sup>. Gerçekten de hastalıkla ilgili tüm gerçeği bilmek isteyen bir hastadan sağlık durumuyla ilgili bir bilginin saklanmaması gerekir<sup>915</sup>.

Hastalıkla ilgili acı gerçeklerin hastanın tedaviyi reddetmesine sebebiyet vereceğine dair bir önyargı olsa da ergenlerle yapılan bir çalışmada bu önyargının aksini gösteren bulgulara ulaşılmıştır<sup>916</sup>.

TDN ve HHY’de teşhisle veya hastalığın gidişatıyla ilgili bilgi sahibi olmanın hastanın manevi yapısına fena tesir edebileceği durumlarda hastaya bilgi verilmemesi düzenlenmişse de hastalardaki anksiyetenin tıbbi müdahaleyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmamak veya yanlış bilgi sahibi olmak sebebiyle artabileceği, yeterli ve doğru bilgiyle hasta anksiyetesinin hedeflenen seviyelere indirilebildiği belirtilmektedir<sup>917</sup>. Ayrıca tıbbi standartların altına düşülen durumlarda ilgili şikayetlerin genellikle tıbbi hatadan değil etkisiz iletişimden kaynaklandığı belirtilmektedir<sup>918</sup>.

Hastadan gerçekler gizlense de hastaların kendine gösterilen ilginin değişmesinden, bir akrabasının yaşlı gözlerinden veya gülümseyen ama duygularını saklayamayan bir aile ferdinden sezdiği belirtilmektedir. Buna göre hastaya yalan söylendiğinde aldatılmış ve işlerini yoluna koymak için önündeki sınırlı zamanı çalınmış hissederek hekime duyduğu güveni kaybedebilir<sup>919</sup>. Oysa kendisine doğru bilgi verilen hastalar tedaviye rıza gösterme ve işbirliği içinde olmaya eğilimlidirler<sup>920</sup>. Kendisine dürüst davranılan hastalarda doğan güven duygusu hastaların tedaviye uyumunu arttırmakta, dolayısıyla ölüm oranını azaltmaktadır; ayrıca tedaviye ve acıya dayanıklılığını desteklemektedir<sup>921</sup>. Tüm bu sebeplerden ötürü hastadan teşhisin

---

914 Yılmaz, “Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı”.

915 Sert, “Türkiye’de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından”, s.114.

916 Yılmaz, Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı, s.98.

917 Mevlüt Beder, Gömülü 3 . Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Anksiyete Üzerine Etkisi, Selçuk Üniversitesi, 2020, s.85.

918 Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, s.60.

919 Kadırcan Keskinbora, Nilüfer Demirsoy, “Kötü Prognozlu Hastalarda Hastaya Doğru Söyleme Sorunu ve Bilgilendirme Modelleri”, Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle), ed. Ayşegül Demirhan Erdemir vd., Nobel Tıp Kitabevleri, 2019, ss. 121–39, s.130.

920 Keskinbora, Demirsoy, “Kötü Prognozlu Hastalarda Hastaya Doğru Söyleme Sorunu ve Bilgilendirme Modelleri”, s.129; Tanıl, Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları, s.46.

921 Keskinbora, Demirsoy, “Kötü Prognozlu Hastalarda Hastaya Doğru Söyleme Sorunu ve Bilgilendirme Modelleri”, s.129.

saklanması ile ilgili hükümler hekim – hasta arasındaki güven ilişkisini zedeleyici etkiye sahiptir<sup>922</sup>.

Mevzuatta sayılan istisnai haller dışında hastanın aydınlatılmış onam alınmadan tıbbi müdahalede bulunulmasının yolu yoktur. Hastaya bilgi verilmediğinde ise onam geçerli olmayacaktır. Dolayısıyla tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu sağlanamayacaktır<sup>923</sup>.

HHY’de tanımlanmış hiçbir durum yoktur ki hastadan rıza alınmadığı durumlarda hasta yerine ailesi veya yakınları tıbbi müdahaleye rıza versin. Hastanın bilinci açıkken hastanın; rıza verme yeteneği yoksa da yasal temsilcilerinin aydınlatılması esastır. Ne var ki tıbbi müdahale hakkında bilinci açık hastanın yakınları aydınlatıldığında rızanın kimden alınacağı sorunu çıkar. Yakın veya aileden rıza almaya HHY izin vermemektedir. Hastanın bilinci açık olduğu için rızanın da hastadan alınması gerekmektedir. Öyleyse hastadan bilgi saklanması ile ilgili düzenleme HHY’de benimsenen rıza protokolüyle de çelişmekte; A kişisini aydınlatıp B kişisinden onam almak gibi aydınlatılmış onamın doğasına aykırı bir tablo yaratmaktadır. Hastadan bilgi saklanması hastanın kendi geleceğini belirleme hakkıyla ilgili hem hukuki hem de tıp etiği anlamında sorunlar doğuracaktır<sup>924</sup>.

Hastanın yerine yakınlarının bilgilendirilmesinin bir diğer sakıncası daha vardır. Bu durumda kötü haberin bilinçli bir profesyonel tarafından bildirilmesi imkânı varken konu hakkında hiçbir eğitim ve tecrübesi olmayan biri tarafından yıkıcı biçimde yapılmaya tehlikesi taşır ve bu durum hekimin hastayı koruma ödeviyle bağdaşmaz<sup>925</sup>.

Hastanın tıbbi müdahaleyle ilgili kararının mantıklı bir gerekçeye dayanması gerekmediğini tedavinin reddi konusunda belirtmiştik. Bu nedenle hastanın tedaviyi reddedeceği kaygısıyla hekimin hastadan gerçeği gizlemeye yetkisi yoktur<sup>926</sup>.

Terminal dönemdeki çoğu insan kalan zamanını ve ölümünü planlamak, yarım kalmış hesaplarını kapatmak ister<sup>927</sup>. Sağlık durumunu ve prognozunu

922 Sert, “Türkiye ’ de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından”, s.113.

923 Aynı görüşte bkz. Yıldırım, Sağlık Hukuku Açısından Kanseri Hastaları Bilgilendirme Zorunluluğu ve Bilgilendirmenin Psikolojik Sonuçları, s.129.

924 Gürkan Sert, Kanseri Yaşayan Bireyler ve Hasta Hakları, 1. b., İstanbul: Düz Yazı Yayınevi, 2018, s.57.

925 Sert, Kanseri Yaşayan Bireyler ve Hasta Hakları, s.58. Sert, “Türkiye ’ de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından”, s.116.

926 Erman, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, s.107. Ayrıca bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, s.336. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirileri”, s.38.

927 Sibel Doğan, “Hayatın Sonuna Doğru”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü, C. 41 (2017), s.59.

bilmeyen bir hasta geleceğini bu gerçeğe göre kurgulama imkanından yoksun kalacaktır<sup>928</sup>. Hastanın bilgilendirilmesi ise kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesi bakımından bir alan açacaktır<sup>929</sup>. Hastaya yapılacak müdahale küratif tedavi değil palyatif bakım olsa dahi bilgi verilmelidir<sup>930</sup>.

## 5. ARA SONUÇ

Hastadan gerçeğin gizlenmesi kanımızca yalnızca hasta bunu istemezse veya bilgilendirme için yeterince zaman yoksa mümkün olabilir. Şayet hastadan başka birinin bilgilendirilmesi gerekiyorsa bu durumun hastanın yaşamı ve hastalığı bakımından bir yarar sağlaması gerekir<sup>931</sup>. Bu yarar belirlenirken ise sadece objektif yararı değil hastanın değerlerine uygun subjektif yararın da gözetilmesi gerekir.

Hastanın bilgilendirilmemek istediği durumlar olabilir<sup>932</sup>. Avrupa Konseyi tavsiye kararında hastanın sağlık durumuyla ilgili ne kadar bilgilendirilmek istediğini dikkate alması ve bunu yaparken kültürel farklılıkları da göz önüne alması tavsiye edilmiştir<sup>933</sup>. Bu durumlarda aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkar. Ne var ki hasta bilgilendirilmek istemese dahi HHY m.15'teki bilgilerin hastaya verilmesinin hekimin görevi olduğunun hastaya bildirilmesi gerekir<sup>934</sup>. Bir başka deyişle hasta bilgilendirilmeyi reddederken bilgi edinmenin hakkı olduğunun bilincinde olmalıdır.

Karmaşık tıbbi bilginin hastaya anlatılması zordur ve hasta anksiyetesine hastanın eksik bilgi kadar fazla bilgi sahibi olması da sebep olabilir<sup>935</sup>. Dolayısıyla

---

928 Yıldırım, Sağlık Hukuku Açısından Kanseri Hastaları Bilgilendirme Zorunluluğu ve Bilgilendirmenin Psikolojik Sonuçları, s.128.

929 Sert, Kanseri Yaşayan Bireyler ve Hasta Hakları, s.59-60. Özer ve Selvi, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşebilmesi için öncelikle tıbbi tablonun hastaya açıklanması, hastanın bu açıklamayı anlaması ve sonra da gönüllü biçimde tıbbi müdahaleye rıza göstermesi gerektiğini belirtmektedir. Bununla birlikte gönüllülüğün iç veya dış etkenlerden etkilenebileceğine dikkat çekilmektedir. Örneğin hasta şiddetli bir ağrı çektiği sırada yapay solunum desteği hakkında karar vermesi gerekebilir. Bazen de zorlama (fiziksel zor kullanma veya hastanın şuurunu zayıflatma), baskı ("bu tedaviyi olmazsanız felç olabilirsiniz!" gibi) ve manipülasyon (olası yan etkileri önemsizmiş gibi anlatmak) hastanın iradesine yönelik dış etken olarak tarif edilmektedir. Bkz. Zeliha Özer, Onur Selvi, "Yoğun Bakım ve Anestezi Uygulamalarında Etik Prensipler", Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle), ed. Ayşegül Demirhan Erdemir vd., Nobel Tıp Kitabevleri, 2019, ss. 437-50, s.439.

930 Sert, "Türkiye ' de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından", s.114. Hastadan bilginin saklanması için göz önünde bulundurulması önerilen koşullar için bkz. aynı eser s.59.

931 Sert, Kanseri Yaşayan Bireyler ve Hasta Hakları, s.58.

932 Hakeri, Tıp Hukuku, s.330. Ayırt etme gücü olmayan hastanın kanuni temsilcisinin bilgilendirilmekten vazgeçemeyeceği hakkında bkz. Ayan, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.79.

933 Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, s.16.

934 Sert, "Türkiye ' de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından", s.114. Hakeri, Tıp Hukuku, s.331.

935 Beder, Gömülü 3 . Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Anksiyete Üzerine Etkisi, s.85. Serkan Kiriş, Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, 2012, s.109.

üzerinde durulması gereken konu hastanın bilgilendirilip bilgilendirilmeyeceği değil nasıl bilgilendirileceği olmalıdır<sup>936</sup>. Bu sebeple hastaya bilgi verilirken karmaşık ve gereksiz bilgilere yer verilmemelidir<sup>937</sup>. Her hastanın durumu ayrı ayrı ele alınmalı ve her birinin ihtiyacına uygun iletişim metodu benimsenmelidir<sup>938</sup>; fakat her halükarda hastayı bilgilendirmenin öncelikli amacının ne olduğu akıldan çıkarılmamalıdır<sup>939</sup>.

Yukarıda belirttiğimiz anevrizma örneğinde de hastanın bilgilendirilmemesi, hasta tedavi yöntemini öğrendiği takdirde ameliyata rıza göstermemesine değil hastanın aydınlatılıp karar vermesi için yeterli süre olmadığı için HHY m.24/7'ye dayandırılmalıdır. Zira aydınlatılıp karar vermesi için yeterli sürenin olduğu farklı bir durumda aydınlatma yükümlülüğü kapsamında hastanın korkularının dayandığı yanlış veya eksik bilgilerin yerine anksiyetesini giderecek doğru bilgilerin koyulması gerekir.

Tıbbi bilginin hastaya verilmesinin hasta üzerinde yarattığı etki aynı zamanda hekimin üslubuyla da ilişkilidir<sup>940, 941</sup>. Hastaya empatik yaklaşım, kötü haber verme görüşmesini olumlu etkilemektedir<sup>942</sup>. Hekimlerin terminal dönem bakımına ilişkin hasta tercihlerini belirlemek, hastalarla birlikte karar vermek, hastanın durumunu tartışmak ve kötü haberi vermek gibi konularda yeterli iletişim becerisinin olmadığı

---

936 Deniz Yamaç, B. Ceyhun, "Kanser Hastasına Doğru Bilgi Verme", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, C. 7, S. 1 (1999), ss. 34–40 içinde Özkırış vd., "Hekim Tutumları Üzerine Bir Çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım", s.97. Benzer yöne bkz. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Recommendation 1418 (1999) : Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying", para.9.2.1.

937 Kiriş, Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi, s.109. Benzer görüşte bkz. Beder, Gömülü 3 . Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Anksiyete Üzerine Etkisi, s.85.

938 H. Arzu Yaşar, Mustafa Gürbüz, Filiz Çay Şenler, "Palyatif Bakımda İletişim", Onkolojide Palyatif Bakım, ed. Filiz Çay Şenler, Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020, ss. 27–32, s.31.

939 Kiriş, Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi, s.109.

940 Bu sebeple hastaya bilgi verilirken nasıl bir üslup kullanılması gerektiği konusu TDN m.14/3 ve HHY m.19/3'te düzenlenmiştir. Hekimin hastaya açıklama yaparken kullandığı üslubu hastaların algılayış biçiminin hastalık sürecinde geliştirdikleri düşünce yapısı üzerinde etkili olabileceğini gösteren bulgulara rastlandığı hakkında bkz. Tanıl, Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölümüne İlişkin Tutumları s.49.

941 Teşhisin hastaya söylenmesiyle ilgili en büyük hatanın doğruların yanlış ifade edilmesi, insan gerçeği süzgecinden geçemeyecek kadar büyük sözlerin söylenmesi olduğu belirtilmektedir. Bkz. Keskinbora, Demirsoy, "Kötü Prognozlu Hastalarda Hastaya Doğru Söyleme Sorunu ve Bilgilendirme Modelleri", s.130. Benzer bkz. Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, s.60.

942 Merve Dökümcü Çakan, Kötü Haber Verme Sürecinin Meme Kanseri Hastaları Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, 2019, s.80. Dökümcü Çakan'ın araştırmasına göre hastanın görüşmeyi empatik olarak algılamasına sebep olan faktörler ise duygularının anlaşılması, akıldan geçenleri sorabilmesi, kendini ifade edebilme fırsatının verilmesi, tedavi seçeneklerinin konuşulması, açıklamaların anlaşılır olması, görüşmenin kesintiye uğramamasıdır.

ileri sürülmektedir<sup>943</sup>. Bu sebeple hastalara kötü haber verme ve iletişim eğitimi verilmesinin önemi vurgulanmaktadır<sup>944</sup>. Avrupa Konseyi tavsiye kararında da hastaların progresif bir hastalığa sahip olmasının yarattığı duygusal ve bilişsel engelleri göz önüne alarak bilgi verilmesi tavsiye edilmiştir<sup>945</sup>. Örneğin insanlar kötü haberle ilk karşılaştıklarında yalnızca kötü habere odaklanır ve diğer anlatılanları duymama eğiliminde olurlar; bu nedenle bilgiyi sindirmeleri için hasta ve hasta yakınlarına zaman verilmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>946</sup>.

Hastaların ruh hali üzerinde olumlu etki yaratan bir diğer husus ise tedavi sürecinde destek kaynaklarına ulaşabileceklerini bilmeleri, kendilerini yalnız hissetmemeleri ve bunun sonucunda iş birliği ihtiyacında olmalarıdır<sup>947</sup>. Ayrıca kötü haber görüşmesi esnasında kendini ifade imkanı tanınan hastaların daha az ölüm kaygısı hissettiği ölçülmüştür<sup>948</sup>.

---

943 Lale Özışık, Arzu Topelli, "Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları", Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar, ed. Nüket Örnek Büken, Aslıhan Akpınar, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2014, ss. 29–38, s.36.

944 Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, "Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri", s.38.

945 Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, s.16.

946 Avrupa Konseyi, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, s.62.

947 Tanıl, Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları, s.46, 51.

948 Tanıl, Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları, s.51.



## SONUÇ

Palyatif bakım, bir tıbbi terim veya tedavi türü olmaktan öte kendine has felsefesi olan bir yaklaşımdır. Zaman ve hastalık sınırlaması olmaksızın, hastane ortamına bağımlı olunmadan, pek çok hasta grubuna hitap etmektedir. Hasta ve ailesine tıbbi rehberlik; psikolojik, sosyal ve manevi açıdan sunulan destek de palyatif bakımın kapsamındadır. Hastanın tıbbi gereksinimlerinden ziyade şefkat ve sevecenlik gereksiniminin karşılandığı bir bakım türüdür. Terminal dönemi korkulacak bir süreç olmaktan çıkarıp hasta için anlamlı bir tecrübeye dönüştürür. Hastanın ve ailesinin daha yoğun vakit geçirmesini; gelecek beklentilerini netleştirmeye yönelik sağlık profesyonelleriyle etkili bir iletişim kurmasını; fiziksel ve duygusal semptomların sağlık profesyonellerince yönetimini; hastane, ev, bakım merkezi gibi tüm tedavi ortamlarında sağlık profesyonelleri arasında koordinasyon ve iletişimin kurulmasını sağlar.

Palyatif bakım bir ötanazi türü veya sağlık çalışanlarının hastanın ölümüne göz yummak için uyguladıkları pasif bir bakım yöntemi değildir. Tam tersine küratif tedavinin tek başına yeterli olmadığı veya küratif tedavinin hastaya yarar sağlamadığı durumlarda doğan bakım ihtiyaçlarını karşılar. Kronik hastalıkların yanı sıra hastanın şifa bulma potansiyeli olan durumlarda da teşhisin konduğu andan itibaren başlar ve tedavi süresince hastaya sunulur. Palyatif bakım, küratif bakımdan farklı olarak hastayı iyileştirmeye, sağlığına kavuşturmaya veya hastanın yaşam süresini uzatmaya çalışmaz. Hastanın mevcut yaşam süresini kaliteli ve aktif bir biçimde geçirmesini; yaşamın doğal bir parçası olan ölüme yaklaşan terminal dönemi de aynı yaklaşımla yaşamasını destekler. Bu desteğin içerisinde psikolojik ve sosyal desteğin yanı sıra hastanın ailesine sunulan destekler de vardır. Palyatif bakım, başka bir tedavi türüne alternatif değildir. Küratif veya yaşamı uzatan tedaviye entegre olarak sunulan bakımın bir parçasıdır.

Palyatif bakım sürecinde hastada ortaya çıkan semptomlar tek bir kişinin başa çıkabileceğinden daha karmaşık olabilir. Bu sebeple sürecin gerekli eğitimi almış ve koordineli çalışan bir ekip tarafından yürütülmesi gerekir. Bu ekibin organize edildiği kuruluşlar özel sektör veya devlet tarafından işletilebilir. Bu bağlamda kâr amacı güden veya gütmeyen kuruluşlar olabilir. Küratif tedavinin sürdürüldüğü durumlarda hastaya küratif tedavi sunan hekim de bu ekibin bir parçasıdır ve palyatif bakım, küratif tedaviyi destekleyen ilave bir bakım katmanı olarak kabul edilir. Ekibin

temel bir parçası olarak kabul edilen bakım veren aile üyelerinin yanı sıra sağlık profesyonelleri ve gönüllüler de bu ekibin içerisinde yer alır. Palyatif bakım hizmeti veren ekibin içinde hangi meslek mensuplarının bulunacağı hastanın ihtiyacına göre değişir. Başarılı bir interdisipliner bakımın sağlanması için ekip üyeleri arasında psikolog, psikiyatrist, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti gibi meslek uzmanlarının yanı sıra sivil toplum örgütleri ve devlet idaresinin desteğinin de bulunması gerekir. Tıbbi uygulama yapmasına bakılmaksızın ekip içindeki tüm meslek mensuplarının mesleğin amacına özgülenmiş palyatif bakım eğitimi alması gerekir.

Kapsamlı palyatif bakım organizasyonu, bakım verenlerin bakım görevi ve diğer sorumlulukları arasındaki dengeyi kurmasını kolaylaştırır. Palyatif bakım hizmetinin kapsamı yalnızca tıbbi tedavilerle sınırlı olmadığından hasta ve bakım verenlerin bilgilendirilme, ekonomik, psikolojik ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve hasta üzerindeki mali yükü azaltılabilir.

Palyatif bakım hastanın durumu ve ihtiyaçları göz önüne alınarak evde, hastanede, yataklı bakım merkezinde, gündüz bakımevinde veya hospislerde uygulanabilir.

Palyatif bakım, dünya sağlığıyla ilgili bir durum olarak kabul edilmekte ve gelişimi izlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde palyatif bakımın sağlık sistemiyle entegrasyonunun daha güçlü olduğu görülmektedir. Dünya genelinde şiddetli ağrıların tedavisi için kullanılan morfin bazlı ağrı kesicilere (opioid) erişimde sorunlar yaşanmaktadır. Dünyadaki opioidlerin %94'ü ihtiyacı olan hastaların %15'i tarafından kullanılmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde palyatif bakım devlet tarafından yeterince finanse edilmemektedir. Dünya'daki pek çok tıp fakültesinde ve hemşirelik okulunda palyatif bakım bir uzmanlık dalı olarak okutulmamaktadır ve bu durum palyatif bakıma erişimi güçleştirmektedir. Dünya nüfusunun yalnızca %41,8'i gelişmiş palyatif bakım hizmetlerinden faydalanmakta ve palyatif bakımın sağlık hakkıyla ilişkili olduğu göz önüne alındığında dünya nüfusunun %58,2'sinin bu haktan hiç yararlanamamaktadır.

Türkiye, palyatif bakımı kanserle mücadele kapsamında ele almaktadır. 2009 yılında yayımlanan Ulusal Kanser Programı 2009-2015 kapsamında palyatif bakım eylem planı açıklamıştır. Türkiye'nin palyatif bakım konusundaki eylem planını ifade eden Palya-Türk Projesi 2010 yılında ilan edilmiş ve proje kapsamında palyatif bakımın geliştirilmesine yönelik adımlar atılmıştır. Proje Türkiye'de opioide erişimin

kolaylaştırılması ve toplum tabanlı palyatif bakım modelinin yaygınlaştırılmasını amaçlamıştır. 2017 yılından sonra Palya-Türk projesinden bahsedilmese de palyatif bakımın geliştirilmesine yönelik çalışmalar aynı tempoda olmasa da devam etmektedir. Dünyadaki morfinin %90'ından fazlası Türkiye'de üretilmektedir fakat morfinlere ulaşım oranı istenilen seviyede değildir. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı'nın 2019, 2020 ve 2021 yıllarına ait faaliyet raporlarının karşılaştırılmasından çelişkili bilgilerin olduğu görülmüş ve palyatif bakıma verilen önemin azaldığı izlenimi doğuran bulgulara ulaşılmıştır.

Sağlık hakkı, yaşam hakkına işlerlik kazandıran bir haktır ve dolayısıyla yaşam hakkı dendiği zaman anlaşılması gereken "sağlıklı yaşama hakkı"dır. Sağlık hakkı, şifa bulması tıbben mümkün olmayan hastaya yaşam kalitesini arttırıcı ve ıstırabını azaltıcı hizmetlerden yararlanma hakkını da içerir. Bu gibi durumlarda kişinin yaşam kalitesinin arttırılmasının hedeflenmesi, ağrısının, manevi ve sosyal acılarının dindirilmesi; bu durumdaki birey özelinde tam bir iyilik hali olarak tespit edilebilir. ESKH Sözleşmesi'nde kullanılan tabirle "*herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkı*" bağlamında her bireyin kendi sağlık durumunun erişebileceği en yüksek standardına erişmeye hakkı olduğunun kabulü gerekir. Devletlerin kronik veya terminal hastaları önlenebilir ağrıdan korunma ve onurlu ölümü mümkün kılma yükümlülüğü; küratif ve palyatif sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasına yönelik negatif yükümlülüğü ve ayrımcılık yasağı, sağlık hakkının gerçekleşmesi için sahip oldukları asgari yükümlülüklerdir ve bunların arasında DSÖ tarafından belirlenen temel ilaçlara erişim de yer almaktadır.

İnsanın çektiği acının azaltılması insan haklarıyla ilişkilidir. Ağrı / acı, kişinin doğrudan veya dolaylı olarak ölümüne sebep olabilir. Bazen şiddetli ağrının getirdiği fizyolojik yük kişinin ölümüne sebep olurken bazen de ağrı o kadar şiddetli olmaktadır ki kişiler ölümü seçmektedir. Tüm devletler sağlık hakkının işlerlik kazanmasını garanti altına almak için gereken temel bileşenleri yerine getirmekle yükümlüdür ve palyatif bakım ile ağrı tedavisi, bu bileşenlerdendir. Hekim yardımlı intihar ve ötenaziyi terminal dönemdeki hastaların acılarını dindirmek için bir seçenek olarak görme yönündeki kamuoyu baskısı arttıkça, yaşamın son evresinde palyatif tedaviyi iyileştirmeye yönelik ahlaki yükümlülük artmaktadır. Başarısız ağrı yönetimi herkesin kişisel olarak insan hakkı ihlali olarak yorumlayabileceği ve bunun neticesinde insan hakkı ihlalinin ne olduğunu doğrudan doğruya deneyimleyerek anlayabileceği nadir insan hakkı ihlali örneklerindedir.

Ağrı kesici tedavilerin uygulanmaması, zalimane ve insanlık dışı muamele, ceza, işkence yasağıyla ilişkilidir. Hastanın çektiği acıların görmezden gelinmesi işkenceyle aynı nedene dayanıyor olabilir veya işkenceyle bazı ortak özellikler taşıyor olabilir. Örneğin ağrı çeken bir hastaya, bu ağrıyı dindirebilecek imkânı olan birinin (bir hekimin) ağrı kesici tedaviyi uygulamaması, insanlık dışı, yıkıcı ve aşağılayıcıdır.

Palyatif bakım yalnızca finansal kaynakların yeterliliğiyle ilişkili değildir. Finansal kaynak kullanmadan da yapılabilecek şeyler vardır. Terminal dönem hastaların yaşamının son dönemini yoğun bakım veya acil servis gibi kaotik yerler yerine evinde veya bir hospiste daha düşük kaynak kullanarak daha yüksek bir yaşam kalitesi sağlanması buna örnektir.

Acı çeken hastalarla her gün karşılaşan sağlık personelinin ikincil travmasının iyileştirilmesi de hastanın alacağı bakım hizmetinin kalitesini arttırır. Hastanın sağlık hakkının korunması için sağlık personelinin de sağlık hakkının korunması gerekir. Aksi takdirde hem hastanın hem de sağlık profesyonelinin hakları ihlal edilmiş olur.

Acı - ağrı çeken insanların sadece şikayet eden hatta mızımız, kaprisli insanlar olarak etiketlenmesi; bağımlı olmaları endişesiyle yeterli ağrı kesici tedavi sunmamak, ağrı yönetimini hastanın ihtiyacına göre değil de bir saat çizelgesine göre sunmak, etik olmadığı gibi hastanın bu tip uygulamalar nedeniyle ciddi zarara uğradığı durumlar hukuka aykırıdır.

Hastalar ağrı kesiciye erişimde büyük güçlük yaşamaktadır. Bunun en önemli sebebi morfin bazlı ilaçların keyif verici amaçla kullanılmasına yönelik güvenlik tedbirlerinin gereğinden sıkı uygulanmasıdır. Bu, pek çok insanın dindirilebilir bir acıyı – ağrıyı, sırf devletlerin başka insanların ağrı kesicileri amacı dışında kullanacağı endişesiyle, gereksiz yere çektiği anlamına gelmektedir. Oysa temel ilaçlara erişim, erişilebilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkının getirdiği asgari ykmllklerdenidir.

Dünyada sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğu palyatif bakım ilkeleri ve uygulamaları hakkında ya hiç bilgi sahibi değildir ya da çok az bilgi sahibidir. Bu bağlamda sağlık eğitimlerinde palyatif bakıma ilişkin zorunlu derslerin eklenmesi, profesyonel meslek yaşamlarına yönelik yenileme eğitimlerinin yapılması, uzmanlık düzeyinde olmasa bile birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimliklerinde (veya sağlık ocaklarında) hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin hastanın palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılama becerisini geliştirir. Bunun yanında morfine ulaşımı kolaylaştırma gibi konularda hukuki düzenlemelerin yapılması –orneğin hekimlerdeki

opiofobinin önlenmesine ve opioid ilaçları belirli hasta gruplarına reçete edebilmelerine olanak sağlayan eğitim programlarının düzenlenmesi ve hukuki düzenlemelerin gerçekleştirilmesi "mevcut kaynakların azamisi" sınırına takılmadan uygulanabilecek tedbirlerdendir. Tüm bunların yanında hastane yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının mevcut yetkileri dahilinde, hiçbir yeni hukuki düzenleme, ilave yatırım, işgücü veya sistemsel değişikliğe gerek duyulmaksızın, yalnızca yaklaşım değişiklikleriyle dahi gerekli tıbbi özenin ve bakımın sağlanması yolunda önemli ilerleme kaydedilmesi mümkündür.

AİHM kararları ışığında, terminal dönemde yaşam sonuna ilişkin verilen kararların ülkelere göre çeşitlilik gösterebileceği görülmüştür. Ancak verilen karar ne olursa olsun, yaşamın ve insan onurunun korunabilmesi için palyatif bakımın hiçbir koşulda dışlanmaması gerektirir.

Sağlık hakkının içerdiği özgürlüklerden biri, kişinin kendi bedeni ve sağlığını kontrol hakkıdır. Acı çekmek ise kişinin kendi bedeni üzerindeki kontrol duygusunu kaybetmesiyle ilişkilidir ve insan hakları kişinin kontrol duygusunu geliştirir. Tüm bu sebeplerle insan hakları ve tıbbın ortak amacı, acının dindirilmesidir. İnsan haklarına saygı, çoğunlukla kişilerin kendileriyle ilgili kontrol duygularının artmasına sebep olur. Aydınlatılmış onam, kişinin hangi tedaviyi seçtiği kadar hangi yan etkiyi seçtiği anlamına da gelir ve dolayısıyla tedavinin yan etkilerine katlanırken dahi kendi seçtiği yan etkiye katlanır. Bu da hastada kontrol duygusu yaratır. Aydınlatılmış onam, tedaviyi red hakkını içermediği müddetçe hastanın isteklerini reddetmenin aydınlatılmış yolu olmaktan öteye geçemez. Aydınlatma, hastanın tıbbi müdahaleye vereceği rızayı geçerli kılan bir unsur olduğu için hastanın tıbbi müdahaleye göstereceği rızayı geçerli kıldığı kadar göstermeyeceği rızayı da geçerli kılar. Hastanın tıbbi müdahaleyle ilgili olarak bilgilendirilmesi ve ardından tedavi seçenekleriyle ilgili tercih hakkını kullanması, en azından tıbbi müdahaleye aydınlatılmış biçimde rıza göstermesinin yalnızca tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuyla değil aynı zamanda insan haklarıyla da ilgili olduğunu belirtmek gerekir.

Palyatif bakıma erişimin münferit bir hak olarak tanınmasındansa sağlık hakkı (erişilebilir en yüksek sağlık ve esenlik standardından yararlanma hakkı) kapsamında ele alınması gerektiği görüşündeyiz. Zira gerek uluslararası gerek ise yerel hukuki düzenlemeler ışığında palyatif bakıma erişim, devletin bireylere sağlamakla yükümlü olduğu bir haktır.

Hastanın şiddetli ağrılarının dindirilmesi için uygulanan ağrı kesicilerin aynı zamanda hastanın ölümünü çabuklaştırması çift etki olarak adlandırılır. Tıp etiği bağlamında tartışmalı yönleri olan ÇED’le ilgili doğru hukuki yaklaşım için geleneksel ÇED kriterlerini yeniden yorumlamak gerekir. Bu bağlamda hastanın tıbbi tablosunun gerektirdiği tıbbi uygulamanın ne olduğu, hastanın ne istediği ve neye ihtiyacının olduğunun mutlak surette dikkate alınması gerekir. Çift etkideki “niyet” kriterinin bu yeni yorumda bırakılarak yerine daha somut ölçütlerin konması hem hastanın menfaatlerinin korunması hem de sağlık çalışanlarına yargılanma korkusundan arındırılmış bir mesleki özerklik alanı açılması bakımından önemlidir. Bu yöntem benimsendiğinde ahlaki iyi ve kötüyü belirlemede karşılaşılan belirsizlik de ortadan kalkacak ve asıl menfaat sahibi olan hastanın özerkliğinin korunması mümkün olacaktır. Ancak ÇED ölçütlerinin belirlenmesinde hastanın veya temsilcisinin aydınlatılması olmazsa olmaz bir unsur kabul edilmelidir. Tıbbi standartlara aykırı bir karar vermemek önemli bir unsur olmakla birlikte bu standartların hastanın istekleri ve değerlerinden bağımsız biçimde gözetilmesinin hastayı cismanileştireceği, kimliksizleştireceği ve dolayısıyla hastanın özerkliğini ihlal edeceği görüşündeyiz. Ayrıca çift etkinin orantılılığına ilişkin tartışmaların çözümünde tıbbi standartların anahtar rolü vardır. Elbette burada tıbbi standart ifadesini tıp etiğini de içeren anlamda kullandığımızı belirtmek gerekir.

Hastaya uygulanan tedavinin hastaya hiçbir somut katkısının olmaması veya yan etkisinin şifasından fazla olması durumunda nafile tedavi söz konusudur. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri aydınlatılmış onam olduğu için nafilelik tartışması gündeme geldiğinde hasta veya hastanın temsilcisi nafilelik hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirmede HHY m.15’te sayılan unsurların yanı sıra tıbbi müdahalenin nafile kalacağını düşünme sebepleri ve palyatif bakım seçenekleri hasta veya hasta yakınına anlatılmalıdır. Buna ilaveten tıbbi müdahalede bulunulmasa dahi hastanın kaderine terk edilmeyeceğinin ve bakım verme yükümlülüğünün devam ettiğinin bildirilmesi önemlidir. Bakımın başka bir hekim veya sağlık kuruluşu tarafından gerçekleştirilebileceği veya hastanın durumu hakkında başka bir hekimden tıbbi görüş alınabileceği seçeneklerinin de sunulması gerekir. Tedaviye nasıl devam edileceği konusunda hekim ve hasta yakınları arasında bir anlaşmazlık doğduğu takdirde çözümün mahkemeler yerine toplumun değişik kesimlerinden üyelerin oluşturduğu etik komitelerde aranması tavsiye edilmektedir. Hekim bu konudaki kararları mümkün olduğunca heyet halinde almalı ve tereddüt halinde tedaviye son vermek yerine devam etme kararı almalıdır. Yaşamın Son

Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz terminal dönemde karar alma süreçlerinde göz önüne alınacak hususlara yer verilmiştir. Nafile tedavinin değerlendirilmesinde bu kılavuzun hekimin karar alma sürecini yönetmesini kolaylaştıracağı görüşünderiz. Uygulamada, özellikle yoğun bakım ünitelerinde sunulan tıbbi hizmetlerde hekimlerin yararlı bulduğu tüm tedavilerin ısrarlı bir biçimde uygulandığı belirtilmektedir. Hasta veya hasta yakınlarının tedavinin sonlandırılması isteği ile hekimin yaşamı korumaya dair mesleki yükümlülüğü çatıştığında hangi iradeye üstünlük tanınacağı belirsizdir. Kanımızca böyle tablolarda nitel ve nicel nafilelik ile tıbbi kaynakların adil kullanımı ilkesi birlikte değerlendirilerek varılacak sonuca üstünlük tanınmalı ve bu zorlu karar alma sürecinde Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz gibi bir kılavuz referans alınmalıdır. Alınan bu referansın hekimin benimsediği özen ölçütünün somutlaştırılması açısından önemli olduğu görüşünderiz.

Anayasa veya bir başka hukuki metin yaşam hakkı ile kendi geleceğini belirleme hakkı arasında bir seçim yapmaya bizleri zorunlu kılmamaktadır. İnsan haklarının bütüncüllüğü ilkesi çerçevesinde, özellikle de birinci kuşak hak – temel hak ve özgürlük bağlamında tasnif edilen yaşam hakkı ile kendi geleceğini belirleme hakkı arasında bir çatışmayı olası görmüyoruz. Devletin, yaşamı korumaya yönelik pozitif yükümlülükleri, kendi geleceğini belirleme hakkından doğan negatif yükümlülükleri daraltacak kadar genişleyebilmesini mümkün görmüyoruz. Böyle bir genişlemenin mümkün olabilmesi için devletin erişilebilir en yüksek sağlık standartlarına sahip olma hakkının kapsamından doğan pozitif yükümlülüklerinin genişlemesi gerekir. Söz gelimi tedavinin reddine rağmen hekime tedavi yükümlülüğü yükleyecek kadar yaşam hakkını kendi geleceğini belirleme hakkından üstün tutan bir hukuk sisteminde kaçınılmaz olarak devletin terminal dönemdeki her hasta için yaşamı uzatan tedavileri erişilebilir kılmasına dair bir beklentiyi de doğuracaktır. Üstelik bu beklenti tam olarak temel hak ve özgürlüklerle ilgili olacağından bu sefer ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin devletin maddi kaynaklarının yeterliliği ölçütü uygulanamayacaktır.

Çalışmamızda belirttiğimiz gibi yaşam hakkının diğer insan haklarından üstün tutulamayacağını; dolayısıyla kişinin yaşamının diğer mutlak haklarından daha üstün olduğu düşüncesinin, en azından kişinin yaşamının kendine karşı dahi korunduğu düşüncesine dayanak teşkil ettiği ölçüde bir hukuk kuralına değil yazarların kendi değerlerine dayandığı görüşünderiz. En temel dürtümüzün hayat kalitemizi arttırmak değil hayatta kalmak olduğu göz önüne alındığında bu yaklaşım son derece insanidir.

Tıbbi müdahalenin acil nitelik taşıdığı durumlarda hastanın bilincinin kapalı olması veya tam ehliyetsiz olması durumunda hukuk sistemimizde rıza aranmamaktadır. Acil olmayan durumlarda tartışmalı olmakla birlikte sınırlı ehliyetlilerin tedaviye rıza gösterme kapasitesi olduğu ölçüde tedaviye münferit olarak rıza gösterebileceği görüşünderiz. Tam ehliyetsizlerin ise ancak yasal temsilcileri vasıtasıyla; şayet temsilci atanmamışsa hakim kararıyla tıbbi müdahalede bulunulabilecektir. Hastanın bilinci geçici sürelerle kapandığı durumlarda kısıtlama için gerekli şartlar oluşmayacaktır. Böyle durumlarda hastanın bilinci açılacaksa müdahaleye rıza almak için beklenmelidir; fakat ne zaman açılacağı belli değilse ve beklemek tıbbi tehlike doğuruyorsa rıza alınmaksızın tıbbi müdahalede bulunulabilir.

İleriye dönük hasta talimatı mevzuatımızda düzenlenmişse de bunun nasıl alınacağı saklanacağı ve değiştirileceği gibi hususlarda hiçbir açıklık yoktur. Bu hususlarda gerekli hukuki düzenlemelerin yapılması gerekir. Hastanın temsilci ataması hukuk sistemimizde herhangi bir alt yapıya sahip olmadığından uygulanması mümkün değildir fakat hasta temsilcisinden bilinci kapalı hastanın muhtemel rızasını araştırmak için yararlanılabilir. Bu konunun da kanunla düzenlenmesi gerekir.

Hukukumuzda teşhisin hastaya söylenmesi hastanın sağlık durumuna fena tesir edecekse teşhisin hastaya söylenmemesini mümkün kılan düzenlemeler vardır. Bu düzenlemeler normlar hiyerarşisine aykırı düzenlemeler olduğundan geçerli değildir. Ayrıca hastanın tedaviye uyumu ve kendi geleceğini belirleme hakkının gerçekleşmesi için teşhisin uygun bir şekilde hastaya söylenmesi daha uygundur. Bu konuda hekim hasta ilişkisinde yaşanan sorunların kötü haberin söylenmesinden değil ifade ediliş biçiminden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple sağlık çalışanının kötü haberi verme ve iletişim konusunda daha fazla bilgiye ihtiyacı vardır.

Çalışmamızda palyatif bakımla ilgili sorunlu bazı konuları ele almış olsak da uygulama geliştikçe hukuki sorunların çeşitlenmesi de olasıdır. Gerek mevcut sorunlarda gerekse gelecekte doğacak sorunlarda hukuki çözümlerin üretilebilmesi için belirli bakım standartlarına ihtiyaç vardır. Bu sebeple bütüncül palyatif bakım konusunda kültürel yapıyı da dikkate alan ve hizmet standartlarını ortaya koyan ülkesel / bölgesel bazlı kılavuzlar oluşturulmalıdır. Bu standartların oluşturulması kanımızca hukuki sorunların çözümünde hem sağlık mesleği mensuplarının hem de hasta ve yakınlarının menfaatlerinin korunmasını sağlayacaktır. Bunun yanında “Palyatif Bakım Hastasına İlişkin Hukuki Konular” başlığı altında incelediğimiz konuları daha geniş kapsamda ele alan ve mukayeseli hukuk alanını da içeren ilave



alışmalara ihtiyaç vardır. Bunların yanında ölüm vakalarıyla sıklıa yüzleşen sağlık mesleği mensuplarını tükenmişliğe karşı koruyucu mekanizmaların oluşturulmasına yönelik sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Ölümün sağlık hizmetlerinde her zaman için bir başarısızlık olarak görülemeyeceği; yaşam süresinin kalitesinden daha önemli olmadığı anlayışının da geliştirilecek sağlık politikalarına dahil edilmesi gerekir. Saydığımız tüm bu bağlamlarda anlayış değişikliği için sivil toplum kuruluşlarına görevler düşmektedir. Ne var ki bu anlayış değişikliğinin sağlık çalışanları ve hukuklar da dahil toplumun tüm kesimlerine kazandırılması gerekir; zira, hukuk, acı ve ıstırapla ilgili durumlara verdiği yanıtta kararsız bir yaklaşım sergilemektedir. İnsanların acı çekme olasılığını azaltmak için hukuktan yararlanmanın etkili yollarını bulmak için daha açık fikirli, ilgili ve anlayışlı olmalıyız.



## KAYNAKÇA

- “2 nd Global Summit of National Hospice and Palliative Care Associations Declaration on Hospice and Palliative Care”. Seul, 2005. [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/KoreaDeclaration2005\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/KoreaDeclaration2005_en.pdf).
- Acar, H. Volkan. “Yararsız Tedavi”. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 3, sayı 2 (01 Ocak 2016): 74–84.
- Adıgüzel, Sibel. “Yoğun Bakım Ünitelerinde Aydınlatma ve Onam Alma Yükümlülüğü”. İstanbul Üniversitesi, 2011.
- Akçakaya, Adem. “Palyatif Bakım: Ülkemizde ve Dünyada Son Durum”. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü* 54 (2020): 46–51. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1294/Palyatif-bakim-Ulkemizde-ve-dunyada-son-durum.aspx>.
- Akçiçek, Fehmi, Gökhan Akbulut, ve Z. Çiçek Fadiloğlu, ed. *Palyatif Bakım: Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu*. İzmir: Ege Geriatri Derneği Yayınları, 2013.
- Akipek, Jale, Turgut Akıntürk, ve Derya Ateş Karaman. *Türk Medeni Hukuku Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuku*. 16. baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, 2020.
- Akıntürk, Turgut, ve Derya Ateş. *Türk Medeni Hukuku İkinci Cilt Aile Hukuku*. 23. baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, 2021.
- Akpınar, Aslıhan, ve Nermin Ersoy. “Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli Ne Zaman Sonlandırılmalı”. *Turkish Journal of Oncology* 27, sayı 1 (2012): 37–45. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2012.540>.
- Aksakal, Hurişah. “Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi: Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma”. Atılım Üniversitesi, 2014. [https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/39127%0Ahttps://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/4755978/Julius+Ojebode%27s+Thesis.pdf%0Ausir.salford.ac.uk/29369/1/Angela\\_Darvill\\_thesis\\_esubmission.pdf%0Ahttps://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/ha](https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/39127%0Ahttps://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/4755978/Julius+Ojebode%27s+Thesis.pdf%0Ausir.salford.ac.uk/29369/1/Angela_Darvill_thesis_esubmission.pdf%0Ahttps://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/ha).
- American Thoracic Society. “Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy”. *Annals of Internal Medicine* 115, sayı 6 (15 Eylül 1991): 478–85. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-6-478>.

- Antalya, Osman Gökhan. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt: V/1*, 2. 2. baskı. Seçkin Yayıncılık, 2019.
- Arda, Berna, ve Ahmet Acıduman. "Medical Futility in Turkey". İçinde *Medical Futility: A Cross-National Study*, editör Alireza Bagheri, 227–46. Imperial College Press, 2013.
- Arpacı, Abdülkadir. *Kişiler Hukuku Gerçek Kişiler*. İstanbul: Filiz Kitabevi, 2000.
- . "Özel Hukuk Açısından Tıbbi Müdahaleye Rıza Beyanı, Buna İlişkin Sorunlar ve Çözüm Yolları". *YÜHFD* 6, sayı 2 (2009): 5–14. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=uv&AN=114512&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.
- Artuk, Mehmet Emin, ve A. Caner Yenidünya. "Ötenazi". İçinde *Prof. Dr. Turhan Tufan Yüce'ye Armağan*, 297–319. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.
- Asan, Cafer. "Sosyal Hizmet Akademisyenleri Arasındaki Kavram Anlaşmazlığı". Erişim 20 Haziran 2020. <https://www.sosyalhizmetuzmani.org/shu-kavram.htm>.
- Association Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical. "Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs". *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 281, sayı 10 (10 Mart 1999): 937–41. <https://doi.org/10.1001/jama.281.10.937>.
- Association, The World Medical. "WMA Declaration of Venice on Terminal Illness", 2006. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>.
- Atagün, Murat İlhan, Özlem Devrim Balaban, Zeliha Atagün, Mine Elagöz, ve Ayşe Özpolat Yılmaz. "Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3, sayı 3 (2011): 513–52. [www.cappsy.org/archives/vol3/no3/](http://www.cappsy.org/archives/vol3/no3/).
- Ataman, Gülsen. "Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Onkoloji Polikliniğine Başvuran Kanseri Hastalarının Evde Bakım Durumlarının, Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitesinin Saptanması". Ankara Üniversitesi, 2014.
- Ateş, Elif, ve Turan Set. "Biyopsikososyal Yaklaşım". *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular* 8, sayı 2 (2017): 93–95.
- Avrupa Konseyi. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care*, 2003. [http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations\\_en.asp#vulnerable](http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp#vulnerable).

———. *Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz*. Editör Yeşim Işıl Ülman, 2014.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi. “Recommendation 1418 (1999): Protection of the Human Rights and Dignity of the Terminally Ill and the Dying”, 1999. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722>.

———. “Recommendation 779 (1976): Rights of the Sick and Dying”, 1976. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=14813&lang=en>.

Ayan, Mehmet. *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*. Ankara: Kazancı Hukuk Yayınları, 1991.

Aydın, Öztürk. “Hekimin Sorumluluğunu Azaltan ve Kaldıran Nedenler”. *Fatih Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 1, sayı 1 (2013): 35–62.

Aydoğan, Fatma, ve Kazım Uygun. “Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler”. *Klinik Gelişim* 24 (2011): 4–9.

Ayiter, Nuşin. “Şahsiyet Hakları Açısından Organ Nakli”. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 25, sayı 1 (1968): 137–44. [https://doi.org/10.1501/Hukfak\\_0000001340](https://doi.org/10.1501/Hukfak_0000001340).

Aykın, Aykut Cemil, ve Serkan Çınarlı. *Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu*. Seçkin Yayıncılık, 2016.

Badur, Emel. *Tıbbi Müdahaleye Rızanın Özellik Gösterdiği Haller*. Seçkin Yayıncılık, 2017.

Bağ, Beyhan. “Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları”. *Turkish Journal of Oncology* 27, sayı 3 (2012): 142–49. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2012.687>.

Bakitas, Marie, Kathleen Doyle Lyons, Mark T. Hegel, Stefan Balan, Frances C. Brokaw, Janette Seville, Jay G. Hull, vd. “Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer”. *Jama* 302, sayı 7 (2009): 741. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1198>.

Bayraktar, Köksal. *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*. İstanbul: Sermet Matbaası, 1972.

Beauchamp, Tom L, ve James F Childress. *Principles of Biomedical Ethics. Paper*

*Knowledge . Toward a Media History of Documents*. Seventh Ed. Oxford University Press, 2013.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05064a&AN=ist.0016609&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.

Beder, Mevlüt. "Gömülü 3 . Molar Dişi Çekilecek Hastalarda Ayrıntılı Aydınlatılmış Onamın Anksiyete Üzerine Etkisi". Selçuk Üniversitesi, 2020.

Belgesay, Mustafa Reşit. *Tıbbi Mesuliyet*. İstanbul: M. Sıralar Matbaası, 1953.

Bilen, Ayşegül. "Palyatif Bakım". *Toplum ve Hekim* 31, sayı 1 (2016): 25–30.

Billings, J. Andrew. "Double effect: a useful rule that alone cannot justify hastening death". *Journal of Medical Ethics* 37, sayı 7 (01 Temmuz 2011): 437–40.  
<https://doi.org/10.1136/jme.2010.041160>.

Birleşmiş Milletler. *Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları İnsan Hakları Komitesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi 1981 - 2006*. Editör Lema Uyar. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006. [www.bilgiyay.com](http://www.bilgiyay.com).

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği. *Bilgi Notu No.31: Sağlık Hakkı*. Editör Sağlık Hakkı Derneği. Ankara, 2022. [www.saglikhakki.net](http://www.saglikhakki.net).

Borasio, Gian Domenico. "Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice". *Palliative and Supportive Care* 9, sayı 1 (2011): 1–2. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000489>.

Brennan, Frank. "Dignity: A Unifying Concept for Palliative Care and Human Rights". *Progress in Palliative Care* 22, sayı 2 (26 Nisan 2014): 88–96.  
<https://doi.org/10.1179/1743291X13Y.0000000064>.

Brennan, Frank, Liz Gwyther, ve Richard Harding. *Palliative Care as a Human Right*, 2008.

Brody, Baruch A., ve Amir Halevy. "Is Futility a Futile Concept?" *Journal of Medicine and Philosophy* 20, sayı 2 (01 Nisan 1995): 123–44.  
<https://doi.org/10.1093/jmp/20.2.123>.

Bruera, Eduardo, ve Rony Dev. "Overview of Managing Common Non-Pain Symptoms in Palliative Care". *Uptodate*, y.y.

Bruera, Eduardo, Catherine M. Neumann, Bruno Gagnon, Carleen Brenneis, Hue Quan, ve John Hanson. "The Impact of a Regional Palliative Care Program on

the Cost of Palliative Care Delivery". *Journal of Palliative Medicine* 3, sayı 2 (Haziran 2000): 181–86. <https://doi.org/10.1089/10966210050085241>.

Bruinsma, Sophie M., Judith A.C. Rietjens, ve Anges van der Heide. "Continuous Sedation until Death: State of the Art". İçinde *Continuous Sedation at the End of Life : Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, editör Freddy Mortier, Kasper Raus, ve Sigrid Sterckx, 29–46. Cambridge Bioethics and Law. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=622103&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.

Bulut, Işıl. "Sosyal Hizmet Uzmanlarının Unvan Sorunu". Erişim 9 Ekim 2022. [http://www.manevisosyalhizmet.com/?page\\_id=143](http://www.manevisosyalhizmet.com/?page_id=143).

Çamcı, Gülşah. "Kronik Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım Eğitiminin Semptom Yönetimi, Yeniden Yatışlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi". Marmara Üniversitesi, 2018.

Can, Gülbeyaz. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.

Cankurt, Ezgi. "Tıbbi Müdahale ve İnsan Üzerinde Deney Bağlamında İlginin Rızası". İstanbul Üniversitesi, 2018.

Canon, Annette T., D. O. Joanne Lynn, ve Patrick Keaney. "End-of-Life Care in Medical Textbooks". *Annals of Internal Medicine* 130, sayı 1 (1999): 82–86. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-1-199901050-00037>.

Çavdar, İkbâl. "Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı". *Türk Onkoloji Dergisi* 26, sayı 3 (2011): 142–47. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2011.442>.

Center to Advance Palliative Care. "Palliative Care: What You Should Know". Erişim 9 Ekim 2022. [https://getpalliativecare.org/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_WhatYouShouldKnowHandout\\_2019.pdf](https://getpalliativecare.org/wp-content/uploads/2019/01/GPC_WhatYouShouldKnowHandout_2019.pdf).

———. "Palliative Care Definition | What is Palliative Care". Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.capc.org/about/palliative-care/>.

Çetin, Özge. "Psikoeğitimin Palyatif Bakım Vericilerin Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi". Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2018.

Çilingiroğlu, Cüneyt. *Tıbbi Müdahaleye Rıza*. İstanbul: Filiz Kitabevi, 1993.

- Cimete, Güler. *Yaşam Sonu Bakım Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
- Clark, David, Nicole Baur, David Clelland, Eduardo Garralda, Jesús López-Fidalgo, Stephen Connor, ve Carlos Centeno. "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017". *Journal of Pain and Symptom Management* 59, sayı 4 (Nisan 2020): 794-807.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>.
- Clark, Peter A. "Medical Futility: Legal and Ethical Analysis". *AMA Journal of Ethics* 9, sayı 5 (01 Mayıs 2007): 375–83. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2007.9.5.msoc1-0705>.
- Cüceloğlu, Doğan. "Zamanı Değerlendirmek ve Zaman Yönetimi", 27 Nisan 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=zxEzKMDJMtW>.
- "Dictionary.com", <https://www.dictionary.com/browse/palliative>.
- Delbeke, Evelien. "The legal permissibility of continuous deep sedation at the end of life: a comparison of laws and a proposal". İçinde *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, editör Freddy Mortier, Kasper Raus, ve Sigrid Sterckx, 132–48. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013.
- Demir, Bahadır. "Hekimin Tıbbi Aydınlatma Yükümlülüğünün Sınırları". İçinde *I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı)*, editör Hakan Hakeri ve Cahid Doğan. Legal Yayıncılık, 2016.
- Demirgil, Medine. "Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri". Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2019.
- Demirhan Erdemir, Ayşegül. "Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşımında Etik ve Hukuki Sorunlar Bursa Sempozyumunda Tartışıldı". *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 17, sayı 1 (2009): 51–58.
- Demirhan, Nurhan. "Malpraktis ve Hekimin Taksirle Yaralama Suçu". Marmara Üniversitesi, 2011.
- Dikmen, Yalım. "Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik Ötanazi". İçinde *Medikal Etik-3*, editör Hüsrev Hatemi ve Hanzade Doğan, 35–41. Yüce Yayım, 2001.

- Dionne-Odom, J. Nicholas, Andres Azuero, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Tor Tosteson, Zhigang Li, Zhongze Li, vd. "Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial". *Journal of Clinical Oncology* 33, sayı 13 (1 Mayıs 2015): 1446–52. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.7824>.
- Doğan, Cahid. "Tedaviyi Kabul Etmeme ve Durdurma Hakkı". İçinde *Uluslararası II. Sağlık Hukuku Sempozyumu*, 307–58. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2011.
- Doğan, Mecbure. "Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetlerine Genel Bir Bakış". *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi* 21, sayı 2 (2017): 1267–1304. <https://doi.org/10.18505/cuid.347681>.
- Doğan, Sibel. "Hayatın Sonuna Doğru". *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, 41 (2017).
- Dökümcü Çakan, Merve. "Kötü Haber Verme Sürecinin Meme Kanseri Hastaları Açısından Değerlendirilmesi". İstanbul Üniversitesi, 2019.
- Dolan, Susan, ve Audrey Vizzard. *The End of Life Advisor*. New York: Kaplan Publishing, 2009.
- Dönmezer, Sulhi. *Kişilere ve Mallara Karşı Cürümler*. 15. baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, 1998.
- Dülgürler, Şeyda. "Onkolojide Psikiyatrik Bakımın Sanatsal Yönü". *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 1, sayı 1 (2015): 54–59.
- Dural, Mustafa, ve Tufan Öğüz. *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*. 22. baskı. İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021.
- Durmuş, Veli. "İdarenin Sağlık Hizmetinden Doğan Doğan Kusursuz Sorumluluğu". İçinde *Sağlık Hukuku Makaleleri - II*, editör İstanbul Barosu Yayın Kurulu. İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 2012.
- Duyan, Veli, ve Özge Özgür Bayır. *Sosyal Hizmete Giriş: Öğrenciler ve Uygulayıcılar için Bir Rehber*. Ankara, 2016.
- Dworkin, Alfred. *Life's Dominion*. New York: Alfred A. Knopf Press, 1993.
- Dyck, Carmen. "Who Cares for the Caregiver?" *Parkinsonism & Related Disorders* 15 (Aralık 2009): 118–21. [https://doi.org/10.1016/S1353-8020\(09\)70796-5](https://doi.org/10.1016/S1353-8020(09)70796-5).
- Edwards, A., N. Pang, V. Shiu, ve C. Chan. "The Understanding of Spirituality and the



Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research". *Palliative Medicine* 24, sayı 8 (21 Aralık 2010): 753–70. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>.

Eicher, P.S., ve M.L. Batshaw. "Cerebral Palsy". *Pediatr Clin North Am* 40 (1993): 537–51.

Ek, Kristina, Eva Sahlberg-Blom, Birgitta Andershed, ve Britt-Marie Ternstedt. "Struggling to Retain Living Space: Patients' Stories About Living with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease". *Journal of Advanced Nursing* 67, sayı 7 (Temmuz 2011): 1480–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x>.

Elçigil, Ayfer. "Palyatif Bakım Hemşireliği". *Gülhane Tıp Dergisi* 54, sayı 4 (2012): 329–34. <https://doi.org/10.5455/gulhane.30582>.

Erci, Behice. "Evde Bakımda Halk Sağlığı Hemşireliği". İçinde *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 53–63. Zenmat Matbaacılık, 2010.

Eren, Fikret. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*. 26. baskı. Ankara: Yetkin Yayınları, 2021.

———. *Borçlar Hukuku Özel Hükümler*. 9. baskı. Ankara: Yetkin Yayınları, 2021.

Erman, Barış. *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2003.

Ersoy, Nermin. "Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I". İçinde *Çağdaş Tıp Etiği*, editör Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, ve Şahin Aksoy, 328–57. Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.

Eskigülek, Yasemin. "Palyatif Bakım Hastalarının ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri". Başkent Üniversitesi, 2018.

Ethics and Humanities Subcommittee of the American Academy of Neurology. "Position Statement: Certain Aspects of the Care and Management of Profoundly and Irreversibly Paralyzed Patients with Retained Consciousness and Cognition". *Neurology*. C. 43, 01 Ocak 1993. [https://doi.org/10.1212/WNL.43.1\\_Part\\_1.222](https://doi.org/10.1212/WNL.43.1_Part_1.222).

European Association for Palliative Care. "Prag Sözleşmesi", y.y.

"European Charter of Patients' Rights". Rome, 2002.

European Consultation on The Rights of Patients. "A Declaration on the Promotion of

- Patients' Rights in Europe". Amsterdam, 1994.
- European Court of Human Rights. "Factsheet: End of Life and the European Convention on Human Rights", 2022. [https://www.echr.coe.int/documents/fs\\_euthanasia\\_eng.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/fs_euthanasia_eng.pdf).
- "Factsheet: Futile or Non-Beneficial Treatment". Erişim 19 Mayıs 2022. <https://www.eldac.com.au/tabid/4979/Default.aspx>.
- Family Caregiver Alliance. "Definitions". Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.caregiver.org/definitions-0>.
- Faris, Hannah, Brian Dewar, Claire Dyason, David G. Dick, Ainsley Matthewson, Susan Lamb, ve Michel C.F. Shamy. "Goods, causes and intentions: problems with applying the doctrine of double effect to palliative sedation". *BMC Medical Ethics* 22, sayı 1 (2021): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00709-0>.
- Faull, Christina. "The Context and Principles of Palliative Care". İçinde *Handbook of Palliative Care*, 1–14. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2012. <https://doi.org/10.1002/9781118426869.ch1>.
- Field, Marilyn J., ve Christine K. Cassel. *Approaching Death*. Washington, D.C.: National Academies Press, 1997. <https://doi.org/10.17226/5801>.
- Fine, Robert L. "The Imperative for Hospital-Based Palliative Care: Patient, Institutional and Societal Benefits". *Baylor University Medical Center Proceedings* 17, sayı 3 (2004): 259–64. <https://doi.org/10.1080/08998280.2004.11927978>.
- Foley, Peter. "Doctors and end-of-life care". *The Dominion Post*, 14 Ekim 2010. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=n5h&AN=TDP101014B004130472307-CV&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.
- Forbes, Karen, ve Richard Huxtable. "Clarifying the data on double effect". *Palliative Medicine* 20, sayı 4 (2006): 395–96. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm1157ed>.
- Fordham, Simon, Chris Dowrick, ve Carl May. "Palliative Medicine: Is It Really Specialist Territory?" *Journal of the Royal Society of Medicine* 91 (1998): 568–72. <https://doi.org/10.1177/014107689909200224>.
- Foster, Charles, Jonathan Herring, Karen Melham, ve Tony Hope. "The Double Effect Effect". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 20, sayı 1 (2011): 56–72.

<https://doi.org/10.1017/S0963180110000629>.

Fremgen, Bonnie F. *Medical Law and Ethics*. 2. baskı. Prentice Hall, 2005.

Gedge, E, ve M Giacomini. "Withholding and Withdrawing Life Support in Critical Care Settings: Ethical Issues Concerning Consent". *J Med Ethics* 33 (2007): 215–18. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.017038>.

Gemalmaz, Mehmet Semih. *Ulusalüstü İnsan Hakları Belgeleri*. 2. baskı. İstanbul: Beta, 2000.

Gencer, Zafer Adem. *Ceza Hukuku Kapsamında Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu*. 1. baskı. Ankara: Bilgi Yayınevi, 2014.

Get Palliative Care. "Palliative Care and Disease Types". Erişim 9 Ekim 2022. <https://getpalliativecare.org/whatis/disease-types/>.

———. "What is Palliative Care? | Definition of Palliative Care", 2019. <https://getpalliativecare.org/whatis/>.

Given, B. A., C. W. Given, ve S. Kozachik. "Family Support in Advanced Cancer". *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 51, sayı 4 (2001): 213–31. <https://doi.org/10.3322/canjclin.51.4.213>.

Given, Barbara A, Charles W Given, ve Paula R Sherwood. "Family and Caregiver Needs Over the Course of the Cancer Trajectory". *The Journal of Supportive Oncology* 10, sayı 2 (2012): 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.10.003>.

Gökçen, Ahmet, ve Murat Balcı. "Organ ve Doku Ticareti Suçları (TCK. m. 91-93)". *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* 19, sayı 2 (2013): 111–50.

Gökçinar, Derya, ve Kadriye Kahveci. "Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım". İçinde *Palyatif Bakım*, editör Kadriye Kahveci ve Derya Gökçinar, 1–5. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

Göktaş Dört Yol, Başak, ve Mehtap Türkay. "Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Ötanaziye Bakış Açılıarı". *Akdeniz Medical Journal* 1 (08 Kasım 2018): 143–49. <https://doi.org/10.17954/amj.2018.972>.

Gomes, Barbara, Natalia Calanzani, ve Irene J. Higginson. "Benefits and Costs of Home Palliative Care Compared With Usual Care for Patients With Advanced

Illness and Their Family Caregivers". *JAMA* 311, sayı 10 (12 Mart 2014): 1060–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.553>.

Gómez Batiste, X., S. Paz, J. Porta Sales, J. Espinosa, J. Trelis, ve J. Esperalba. *Basic Principles, Definitions and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services*. The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes, 2009. [http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre\\_descripcio.htm%0A20/08/2009](http://www.iconcologia.net/catala/qualy/centre_descripcio.htm%0A20/08/2009).

Gonçe Onan, Nevin. "Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Başa Çıkma Yolları". İstanbul Üniversitesi, 2001.

Gönenç, Fulya İlçin. "Hukuki ve Etik Açından Yoğun Bakım". *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics* 2, sayı 1 (2016): 21–26.

Gören, Zafer. *Anayasa Hukuku*. 2. baskı. Ankara: Yetkin Yayınları, 2015.

Günel, İlhan. *Tıbbi Müdahaleye Rıza*. Seçkin Yayıncılık, 2018.

Gültekin, Murat, Nejat Özgül, Emire Olcayto, ve A. Murat Tuncer. "Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu". *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 1 (2010): 1–5.

Gümüş, Ali Tarık. "Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme Hakkı". Selçuk Üniversitesi, 2004.

———. "Türk Anayasasında Kişinin Maddi ve Manevi Varlığını Koruma ve Geliştirme Hakkı". *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 13, sayı SUHFD (25 Aralık 2005): 133–72. <https://doi.org/10.15337/suhfd.2017.183>.

Güney, Hülya. "Acil Servise Başvuran ve Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastaların Yeni Bir Tarama Metodu ile Belirlenmesi, İhtiyaçlarının ve Semptom Şiddetlerinin SDEEG, Edmonton ve Karnofsky Skalaları ile İncelenmesi". Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2017.

Güney Tunalı, Işıl. "Hekimin Tıbbi Müdahalede Bulunma Yükümlülüğünün Sınırları". İstanbul Kültür Üniversitesi, 2019.

Gürsoy, Pınar, ve Rüçhan F. Uslu. "Palyatif Bakım Kavramı: Nerede, Nasıl, Ne Zaman, Kimlerle?" *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular* 5, sayı 2 (2012): 69–74.

Güven, Kudret. *Kişilik Hakları ve Ötanazi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000.

Güven, Tolga, ve Gürkan Sert. "Advance Directives In Turkey's Cultural Context: Examining The Potential Benefits For The Implementation of Patient Rights". *Bioethics* 24, sayı 3 (Mart 2010): 127–33. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01789.x>.

Gwyther, Liz, Frank Brennan, ve Richard Harding. "Advancing Palliative Care as a Human Right". *Journal of Pain and Symptom Management* 38, sayı 5 (2009): 767–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003>.

Hacettepe Biyoetik Merkezi. *Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar*, 2014. [http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam\\_sonu/yasam\\_sonu\\_rehber.pdf](http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam_sonu/yasam_sonu_rehber.pdf).

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü. "Tarihçe". Erişim 9 Ekim 2022. <http://www.shy.hacettepe.edu.tr/tr/menu/tarihce-108>.

Hakeri, Hakan. "Tıbbi Müdahalelerde Endikasyon". İçinde *Tıp Hukuku Atölyesi-I*, editör Sunay Akyıldız, 61–77. İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2013.

———. *Tıp Hukuku*. 16. baskı. Seçkin, 2018.

Hatemi, Hüseyin. *Kişiler Hukuku*. 9. baskı. On İki Levha Yayıncılık, 2021.

Hatemi, Hüseyin, ve Emre Gökyayla. *Borçlar Hukuku Genel Bölümler*. 5. baskı. İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021.

Herring, Jonathan. *Medical Law and Ethics*. Oxford University Press, 2006. <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315188072>.

Hospice Palliative Care Association of South Africa. *Legal Aspects of Palliative Care*, 2009. [http://health-rights.org/index.php/cop?task=callelement&format=raw&item\\_id=1287&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download#page=57](http://health-rights.org/index.php/cop?task=callelement&format=raw&item_id=1287&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download#page=57).

Hoven, Ben Van Der, Yorick J. De Groot, Wilhelmina J. Thijsse, ve Erwin J.O. Kompanje. "What to do when a competent ICU patient does not want to live anymore but is dependent on life-sustaining treatment? Experience from the Netherlands". *Intensive Care Medicine* 36, sayı 12 (Aralık 2010): 2145–48. <https://doi.org/10.1007/S00134-010-1953-Y>.

- Hui, David, Masanori Mori, Henrique A. Parsons, Sun Hyun Kim, Zhijun Li, Shamsha Damani, ve Eduardo Bruera. "The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature". *Journal of Pain and Symptom Management* 43, sayı 3 (2012): 582–92. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.016>.
- Hultman, Todd, Elizabeth A. Keene Reder, ve Constance M. Dahlin. "Improving Psychological and Psychiatric Aspects of Palliative Care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care". *OMEGA - Journal of Death and Dying* 57, sayı 4 (Aralık 2008): 323–39. <https://doi.org/10.2190/OM.57.4.a>.
- Hunt, Roger. "A Critique of the Principle of Double Effect in Palliative Care". *Progress in Palliative Care* 6, sayı 6 (13 Ocak 1998): 213–15. <https://doi.org/10.1080/09699260.1998.11746819>.
- İlhan, Hatice. "Palyatif Bakım Hastalarının Bakıcılarında Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyal Yaşamları Üzerindeki Etkisi". Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2018.
- İnan, Nurten. "Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?" *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular* 10, sayı 1 (2017): 20–24.
- İnceoğlu, Sibel. *Ölme Hakkı (Ötanazi)*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999.
- . "Ötanazi: Dünyadaki Gelişmeler ve Türk Anayasa Hukukundaki Yeri". *Hukuk ve Adalet Eleştirel Hukuk Dergisi* 4, sayı 9 (2007): 141–72.
- İnci, Fadime Hatice. "Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği". Pamukkale Üniversitesi, 2006.
- International Association for Hospice and Palliative Care, ve Worldwide Palliative Care Alliance. "Joint Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights". *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 22, sayı 4 (10 Ocak 2008): 300–302. <https://doi.org/10.1080/15360280802537274>.
- International Association for the Study of Pain Council. "Declaration of Montreal, Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right", 2010. [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
- International Federation of Social Workers. "Global Definition of the Social Work". Erişim 20 Haziran 2020. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.

- Işıkkhan, Vedat. "Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri ve Geleceği". *Toplum ve Sosyal Hizmet* 27, sayı 2 (2016): 97–113.
- Iyilikçi, L., S. Erbayraktar, N. Gökmen, H. Ellidokuz, H. C. Kara, ve A. Günerli. "Practices of Anaesthesiologists with Regard to Withholding and Withdrawal of Life Support from the Critically Ill in Turkey". *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 48, sayı 4 (Nisan 2004): 457–62. <https://doi.org/10.1046/j.1399-6576.2003.00306.x>.
- Jecker, Nancy S. "Medical Futility". University of Washington Department of Bioethics & Humanities. Erişim 19 Mayıs 2022. <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/medical-futility>.
- Jeffrey, David. "Curing and Caring". İçinde *Ethical Issues in Palliative Care*, editör Patricia Webb, 2. baskı, 25–45. Seat: Radcliffe Publishing, 2005.
- Jonsen, Albert, Mark Siegler, ve William Winslade. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 8. baskı. McGraw-Hill Education, 2015.
- Judge, Katherine S., David M. Bass, A. Lynn Snow, Nancy L. Wilson, Robert Morgan, Wendy J. Looman, Catherine McCarthy, ve Mark E. Kunik. "Partners in Dementia Care: A Care Coordination Intervention for Individuals with Dementia and Their Family Caregivers". *Gerontologist* 51, sayı 2 (2011): 261–72. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq097>.
- Kabalak, Afife Ayla. "Türkiye'de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler". *Anestezi Dergisi* 22, sayı 3 (2014): 121–23.
- Kabalak, Afife Ayla, Hakkı Öztürk, ve Hasan Çağıl. "Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım". *Yoğun Bakım Dergisi* 11, sayı 2 (2013): 56–70.
- Kaboğlu, İbrahim Özden. *Özgürlükler Hukuku 1: İnsan Hakları Genel Kuramına Giriş*. 7. baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 2013.
- Kahraman, Zafer. "Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası". *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 7, sayı 1 (2016): 479–510. <https://doi.org/10.21492/inuhfd.239945>.
- Kahveci, Kadriye. "Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi". İçinde *Palyatif Bakım*, editör Kadriye Kahveci ve Derya Gökçınar, 7–29. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

- Kara, Tuğba. "Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri", 2017.
- Karabuğa, Hatice, ve Rukiye Pınar. "Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 15, sayı 2 (2013): 1–16.
- Karadeniz Tekin, Nurcan. "Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi". Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
- Karaman, M. İhsan, Metin Öztürk, ve Orhan Koca. "Sünnet Komplikasyonları". *Androloji Bülteni* 15, sayı 53 (2013): 75–78.
- Karataş, Fatih. "İleri Evre Kanser Hastalarında Opioid Kullanımı". *Ortadoğu Tıp Dergisi* 10, sayı 2 (02 Mart 2018): 93–97. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.343002>.
- Kasman, Deborah L. "When Is Medical Treatment Futile?" *Journal of General Internal Medicine* 19, sayı 10 (Ekim 2004): 1053–56. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x>.
- Kasuya, Richard, Patricia Polgar-Bailey, ve Robbyn Takeuchi. "Caregiver Burden and Burnout: A Guide For Primary Care Physicians". *Postgraduate Medicine* 108, sayı 7 (15 Aralık 2000). <https://doi.org/10.3810/pgm.2000.12.1324>.
- Kelley, Amy S., ve R. Sean Morrison. "Palliative Care for the Seriously Ill". *New England Journal of Medicine* 373, sayı 8 (2015): 747–55. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404684>.
- Keskinbora, Kadircan, ve Nilüfer Demirsoy. "Kötü Prognozlu Hastalarda Hastaya Doğru Söyleme Sorunu ve Bilgilendirme Modelleri". İçinde *Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle)*, editör Ayşegül Demirhan Erdemir, Gülbüz Sezgin, Öztan Usmanbaş, ve Ömür Şaylıgil, 121–39. Nobel Tıp Kitabevleri, 2019.
- Kiriş, Serkan. "Ayrıntılı Aydınlatılmış Onam Formunun Hasta Anksiyetesi ve Vital Bulguları Üzerine Etkisi". Hacettepe Üniversitesi, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/j.actamat.2015.12.003%0Ahttps://inis.iaea.org/collecti on/NCLCollectionStore/\\_Public/30/027/30027298.pdf?r=1&r=1%0Ahttp://dx.doi .org/10.1016/j.jmrt.2015.04.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.actamat.2015.12.003%0Ahttps://inis.iaea.org/collecti on/NCLCollectionStore/_Public/30/027/30027298.pdf?r=1&r=1%0Ahttp://dx.doi .org/10.1016/j.jmrt.2015.04.004).
- Kirkit, Ecem. "Tıbbî Müdahalenin Hukuka Uygunluğu". Çukurova Üniversitesi, 2016.



- Kirkpatrick, Amanda J., Mary Ann Cantrell, ve Suzanne C. Smeltzer. "A Concept Analysis of Palliative Care Nursing: Advancing Nursing Theory". *Advances in Nursing Science* 40, sayı 4 (2017): 356–69. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000187>.
- Kılıçoğlu, Ahmet. M. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*. 21. baskı. Ankara: Turhan Kitabevi, 2017.
- Kocaman Yıldırım, Nazmiye, Nesiba Kaçmaz, ve Mine Özkan. "İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Gereksinimleri". *Psikiyatri Hemlireliği Dergisi* 4, sayı 3 (2013): 153–58. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.63825>.
- Köktürk Dalcalı, Berna. "Onkolji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları". İstanbul Üniversitesi, 2018.
- Köleoğlu, Şerif. "Palyatif Bakım Ünitesinde ve Dahiliye Servisinde Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Deneyimlediği Bakım Verme Yükü ve Baş Etme Stratejileri". Gaziantep Üniversitesi, 2018.
- Koyuncu Aktaş, Nihan. *Hekimin Özen Borcuna Aykırılıktan Doğan Sözleşmesel Sorumluluğu*. On İki Levha Yayıncılık, 2020.
- Kumar, Suresh. "Palliative Care and Hospice Outside of the United States". *Uptodate*, y.y.
- Kurozumi, Yuma, Shogo Oishi, Yasuo Sugano, Akihiro Sakashita, Norihiko Kotooka, Makoto Suzuki, Taiki Higo, vd. "Design of a Nationwide Survey on Palliative Care for End- Stage Heart Failure in Japan". *Journal of Cardiology* 71, sayı 2 (Şubat 2018): 202–11. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2017.06.009>.
- Landau, R. "Ethical Dilemmas in General Hospitals: Social Workers' Contributions to Ethical Decision Making". *Social Work in Health Care* 32 (2000): 75–92.
- Lavrysen, Laurens. "R.R. v. Poland: health rights under Art. 8 ECHR". Strasbourg Observers, 02 Haziran 2011. <https://strasbourgobservers.com/2011/06/02/r-r-v-poland-health-rights-under-art-8-echr/>.
- Lefkowitz, Carolyn, Winifred Teuteberg, Madeleine Courtney-Brooks, Paniti Sukumvanich, Rachel Ruskin, ve Joseph L. Kelley. "Improvement in symptom burden within one day after palliative care consultation in a cohort of gynecologic oncology inpatients". *Gynecologic Oncology* 136, sayı 3 (2015): 424–28.

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.12.030>.

Lilie, Hans, ve Şule Karataş Görücü. "Hayatın Sonunda Tedavinin Sınırlanması". İçinde *I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı)*, editör Hakan Hakeri ve Cahid Doğan. Legal Yayıncılık, 2016.

Lo, Bernard, ve Gordon Rubinfeld. "Palliative Sedation in Dying Patients'We Turn to It When Everything Else Hasn't Worked'". *JAMA* 294, sayı 14 (12 Ekim 2005): 1810–16. <https://doi.org/10.1001/jama.294.14.1810>.

Lohman, Diederik, Rebecca Schleifer, ve Joseph J Amon. "Access to Pain Treatment As A Human Right". *BMC Medicine* 8, sayı 1 (20 Aralık 2010): 8. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-8>.

Loke, Alice Yuen, Chun Fong Faith Liu, ve Yan Szeto. "The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong Kong the Available Social Support". *Cancer Nursing* 26, sayı 4 (2003): 276–83. <https://doi.org/10.1097/00002820-200308000-00004>.

Lombard, John. "Palliative Care as a Human Right". Erişim 4 Mart 2022. <http://www.professionalpalliativehub.com/research/research-blog/palliative-care-human-right>.

Lonberger, Elizabeth A., Cynthia L. Russell, ve Suzanne M. Burton. "The Effects of Palliative Care on Patient Charges". *The Journal of Nursing Administration* 27, sayı 11 (Kasım 1997): 23–26. <https://doi.org/10.1097/00005110-199711000-00006>.

Lopez-Acevedo, Micael, William J. Lowery, Ashlei W. Lowery, Paula S. Lee, ve Laura J. Havrilesky. "Palliative and Hospice Care in Gynecologic Cancer: A Review". *Gynecologic Oncology* 131, sayı 1 (2013): 215–21. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.06.012>.

Lynch, Thomas, Stephen Connor, ve David Clark. "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update". *Journal of Pain and Symptom Management* 45, sayı 6 (Haziran 2013): 1094–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>.

Mangan, Joseph T. "An Historical Analysis of the Principle of Double Effect". *Theological Studies* 10, sayı 1 (04 Şubat 1949): 41–61. <https://doi.org/10.1177/004056394901000102>.

Matzo, Marianne, ve Deborah Witt Sherman. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 4. baskı. New York: Springer Publishing Company, 2015. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=801728&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.

May, Peter, Melissa M. Garrido, J. Brian Cassel, Amy S. Kelley, Diane E. Meier, Charles Normand, Thomas J. Smith, ve R. Sean Morrison. "Cost Analysis of a Prospective Multi-Site Cohort Study of Palliative Care Consultation Teams for Adults with Advanced Cancer: Where Do Cost-Savings Come From?" *Palliative Medicine* 31, sayı 4 (2017): 378–86. <https://doi.org/10.1177/0269216317690098>.

"McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine", 2002. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>.

McIntyre, Alison. "Doctrine of double effect". İçinde *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, editör Edward N. Zalta, Spring 2019. Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/double-effect/>.

McIntyre, Allison. "The Double Life of Double Effect". *Theoretical Medicine and Bioethics* 25, sayı 1 (Ocak 2004): 61–74. <https://doi.org/10.1023/B:META.0000025095.73394.34>.

Meghani, Salimah H. "A Concept Analysis of Palliative Care in the United States". *Journal of Advanced Nursing* 46, sayı 2 (Nisan 2004): 152–61. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02975.x>.

Meier, Diane E, ve Robert M Arnold. "Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care". *Uptodate*, 2015.

Mert, Hatice, ve Canan Demir Barutcu. "Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım". *TAF Preventive Medicine Bulletin* 11, sayı 2 (2012): 217–22. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1308553974>.

Metin, Salih. "Palyatif Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bakım Verenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Hasta Bakım Sonuçları Üzerine Etkisi". Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

Metin, Sevtap. *Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk*. 1. baskı. İstanbul: On İki Levha, 2010.

"Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health,

Seventh Edition”, 2003. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>.

Miovic, Michael, ve Susan Block. “Psychiatric Disorders in Advanced Cancer”. *American Cancer Society Cancer Journal* 110, sayı 8 (2007): 1665–76.

Morrison, R. Sean, ve Diane E. Meier. “Palliative Care”. *New England Journal of Medicine* 350, sayı 25 (17 Haziran 2004): 2582–90. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp035232>.

Müller-Esch, Gert. “Yoğun Bakım Tıbbında Etik”. İçinde *Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik*, editör Dietrich v. Engelhardt ç. Arın Namal, 3. baskı, 157–62. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.

Murtagh, F E M, M Preston, ve I Higginson. “Patterns of Dying: Palliative Care for Non-Malignant Disease”. *Clinical Medicine* 4, sayı 1 (2004): 39–44. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.4-1-39>.

Mut Sürmeli, Deniz, ve Fehmi Akçiçek. “Palyatif Bakım Veren Ünitelerin Özellikleri: Evde ve Hastanede Palyatif Bakım”. *Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi - Özel Konular* 9, sayı 1 (2016): 12–14.

NÄGELİ, M. *Die Ärztliche Behandlung Handlungsunfähiger Patienten aus Zivilrechtlicher Sicht*. Zürich, 1982.

Namal, Arın. “Etik Açısından Ötanazi ve Türleri”. İçinde *Ötanazi*, editör Çağatay Üstün, 31–76. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013.

Nambisan, V. “Providing evidence of intention when giving palliative sedation”. *Eur J Palliat Care* 19, sayı 2 (2012): 93–96.

National Cancer Institute. “Definition of nonmalignant - NCI Dictionary of Cancer Terms”. Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/nonmalignant?redirect=true>.

———. “Palliative Care in Cancer”. Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>.

National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Palliative Care*. *NCC Clinical Practice Guidelines in Oncology*. C. 1, 2020.

- <http://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/palliative-care-brochure.pdf>.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. The Kansas nurse*. 4. baskı. C. 79. Richmond: National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018.
- National Hospice and Palliative Care Organisation. "Palliative Care FAQs". Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.nhpco.org/patients-and-caregivers/about-palliative-care/palliative-care-faqs/>.
- . "Palliative Care or Hospice". Erişim 9 Ekim 2022. [https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare\\_VS\\_Hospice.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/PalliativeCare_VS_Hospice.pdf).
- National Institute on Aging. "What Are Palliative Care and Hospice Care?" Erişim 9 Ekim 2022. <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care#palliative>.
- Nevadunsky, Nicole S., Sharon Gordon, Lori Spoozak, Anne Van Arsdale, Yijuan Hou, Merieme Klobocista, Serife Eti, Bruce Rapkin, ve Gary L. Goldberg. "The Role and Timing of Palliative Medicine Consultation for Women with Gynecologic Malignancies: Association With End of Life Interventions and Direct Hospital Costs". *Gynecologic Oncology* 132, sayı 1 (Ocak 2014): 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.10.025>.
- Next Step in Care. "Family Caregiver's Guide to Hospice and Palliative Care". Erişim 9 Ekim 2022. [www.nextstepincare.org](http://www.nextstepincare.org).
- Njoku, Georgina Ugochi. "The Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level". *Impact of Caring for Seniors on the Caregiver's Stress Level*. Walden University, 2015. <http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109828466&site=ehost-live>.
- Nomer, Halûk N. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*. 14. baskı. İstanbul: Beta, 2015.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. "International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006 Consolidated Version". Geneva, 2006. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).
- Oğuzman, Kemal, ve Turgut Öz. *Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt I*. 19. baskı. İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2021.
- . *Borçlar Hukuku Genel Hükümler Cilt II*. 15. baskı. İstanbul: Vedat Kitapçılık,

2020.

Oğuzman, Kemal, Özer Seliçi, ve Saibe Oktay Özdemir. *Kişiler Hukuku Gerçek ve Tüzel Kişiler*. 20. baskı. İstanbul: Filiz Kitabevi, 2021.

Öksüzoğlu, Songül. "Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Depresyon ve Tükenmişlik Durumunun Bakım Süresiyle Olan İlişkisi". Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

Oktay Özdemir, Saibe. "Ayırt Etme Gücü Bulunmayan Yetişkinlere Yapılacak Tıbbi Müdahalelere Onay Konusunda İsviçre Hukukunda Yapılan Değişiklikler". *Bahçeşehir Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 11, sayı 145–146 (2016): 223–43.

———. "Tıbbi Müdahaleye ve Tıbbi Müdahalenin Durdurulmasına Rızanın Kimler Tarafından Verileceği". İçinde *Prof. Dr. Rona Serozan'a Armağan*, 2:1316–51. İstanbul: On İki Levha, 2010.

Oliver, David, ve Simon Veronese. "Palliative Approach to Parkinson Disease and Parkinsonian Disorders". *UpToDate*, 2017. [https://www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders?search=caregiver-burden-parkinsons&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H1423833025&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\\_rank=1#H142](https://www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders?search=caregiver-burden-parkinsons&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H1423833025&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H142).

Orentlicher, David. "Principle and practice for palliative sedation: gaps between the two". İçinde *Continuous Sedation at the End of Life : Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, editör Freddy Mortier, Kasper Raus, ve Sigrid Sterckx, 116–31. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013.

Örnek Büken, Nüket. "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler". *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics* 2, sayı 3 (2016): 24–33. [https://www.researchgate.net/profile/Nuket\\_Buken/publication/313648493\\_Yasamin\\_Sonunda\\_Klinik\\_Etik\\_Karar\\_Verme\\_Sureci\\_ve\\_Belirleyici\\_Faktorler/links/58a1700c92851c7fb4bf5983/Yasamin-Sonunda-Klinik-Etik-Karar-Verme-Suereci-ve-Belirleyici-Faktoerler.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nuket_Buken/publication/313648493_Yasamin_Sonunda_Klinik_Etik_Karar_Verme_Sureci_ve_Belirleyici_Faktorler/links/58a1700c92851c7fb4bf5983/Yasamin-Sonunda-Klinik-Etik-Karar-Verme-Suereci-ve-Belirleyici-Faktoerler.pdf).

Özçelik, Hanife. "Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi". Ege Üniversitesi, 2011.

- Özçelik, Hanife, Çiçek Fadiloğlu, Meltem Uyar, ve Bülent Karabulut, ed. *Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım*, 2010.
- Özcengiz, Dilek. “Yaşam Sonu Kararların Türk Hukuku Bakımından İncelenmesi”. Ankara Üniversitesi, 2020.
- Özen, Muharrem, ve Meral Ekici Şahin. “Ötanazi”. *Ankara Barosu Dergisi*, sayı 4 (2010): 15–36.
- Özer, Zeliha, ve Onur Selvi. “Yoğun Bakım ve Anestezi Uygulamalarında Etik Prensipler”. İçinde *Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle)*, editör Ayşegül Demirhan Erdemir, Gülbüz Sezgin, Öztan Usmanbaş, ve Ömür Şayılıgil, 437–50. Nobel Tıp Kitabevleri, 2019.
- Özişik, Lale, ve Arzu Topelli. “Yoğun Bakımda Yaşam Sonu Kararları”. İçinde *Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar*, editör Nüket Örnek Büken ve Aslıhan Akpınar, 29–38. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2014.
- Özkaya, Hilal, ve İlhan İlkılıç. “Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar”. İçinde *Palyatif Bakım ve Tıp*, editör Adem Akçakaya, 777–88. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 2019. <http://www.idealonline.com.tr/IdealOnline/kitap/book/1978>.
- Özkırış, Ayşe, Gülcan Güleç, Çınar Yenilmez, Ahmet Musmul, ve Meltem Yanaş. “Hekim Tutumları Üzerine Bir Çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım”. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 24, sayı 2 (15 Haziran 2011): 89–100. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240201>.
- Özsunay, Ergun. “Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları”. İçinde *Sorumluluk Hukuku Seminerler Makaleler 2017*, 31–59. İstanbul: Fakülteler Matbaası, 1984.
- . “Hayatın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin En Önemli Hukuksal Sorunlar”. İçinde *Bülent Davran’a Armağan*, 1–58. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı, 1998.
- . “Yaşamın Sonu Aşamasında Tıbbi Tedaviye İlişkin Karara Hastanın Katılımı”. İçinde *Klinik, Etik, Kültürel ve Hukuki Yönleriyle Yaşamın Sonuna İlişkin Kararlar*, editör Nüket Örnek Büken ve Aslıhan Akpınar, 3–18. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Matbaası, 2014. [http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam\\_sonu/yasam\\_sonu\\_rehber](http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/yasam_sonu/yasam_sonu_rehber)

.pdf.

Öztürk, Bahri. "Hasta Hakları ve Ötanazi". İçinde *Prof. Dr. Turhan Tufan Yüce'ye Armağan*, 573–90. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.

Palliative Care South Australia. "FAQs". Erişim 20 Haziran 2020.  
<https://pallcare.asn.au/families-patients/#/faq>.

Palyatif Bakım Derneği. "Palyatif Bakım Derneği Bülteni", 2015.

Pastrana, Tania, S. Jünger, C. Ostgathe, F. Elsner, ve L. Radbruch. "A Matter of Definition - Key Elements Identified in a Discourse Analysis of Definitions of Palliative Care". *Palliative Medicine* 22, sayı 3 (2008): 222–32.  
<https://doi.org/10.1177/0269216308089803>.

Payne, M. "Know Your Colleagues: Role of Social Work in End-of-Life Care". *End of Life Care* 1, sayı 1 (2007): 69–73.

Payne, S.K., P. Coyne, ve T.J. Smith. "The Health Economics of Palliative Care". *Oncology (Williston Park)* 16, sayı 6 (2002): 801–12.

Pope, Thaddeus Mason. "Legal Briefing: Medical Futility and Assisted Suicide." *The Journal of Clinical Ethics* 20, sayı 3 (2009): 274–86.

Porta-Sales, Josep. "Palliative sedation: clinical, pharmacological and practical aspects". İçinde *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, editör Freddy Mortier, Raus Kasper, ve Sigrid Sterckx, 65–85. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=622103&lang=tr&site=eds-live>.

Post, Linda Farber, ve Jeffrey Blustein. *Handbook for Health Care Ethics Committees*. C. Third edit. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2021.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=2968592&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.

Quill, Timothy E., Rebecca Dresser, ve Dan W. Brock. "The Rule of Double Effect - A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making". *The New England Journal of Medicine* 337, sayı 24 (1997): 1768–71.

Radbruch, Lukas, ve Sheila Payne. "White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 1". *European Journal of Palliative Care* 16, sayı 6 (2009): 278–89.



- . “White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe: Part 2”. *European Journal of Palliative Care* 17, sayı 1 (2010): 22–33.
- Radbruch, Lukas, Sheila Payne, Liliana de Lima, ve Diederik Lohmann. “The Lisbon Challenge: Acknowledging Palliative Care as a Human Right”. *Journal of Palliative Medicine* 16, sayı 3 (Mart 2013): 301–4. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0394>.
- Ramchandran, Kavitha, ve Jamie H Von Roenn. “Palliative Care Always”. *Oncology (Williston Park, N.Y.)* 27, sayı 1 (Ocak 2013): 13–16, 27–30, 32-4 passim. <https://www.cancernetwork.com/view/palliative-care-always>.
- Randall, F, ve R S Downie. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and reconstruction*. OUP Oxford, 2006. <https://books.google.com.tr/books?id=UwRREAAAQBAJ>.
- Regnard, Claud, Rob George, Ellie Grogan, Tim Harlow, Stephen Hutchison, Jeremy Keen, Sheila McGettrick, vd. “So, farewell then, doctrine of double effect”. *BMJ: British Medical Journal* 343, sayı 7818 (28 Mart 2011): 274. <http://www.jstor.org/stable/23051918>.
- Reisoğlu, Safa. *Türk Borçlar Hukuku Genel Hükümler*. 25. baskı. İstanbul: Beta, 2014.
- Reisoğlu, Seza. “Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu”. İçinde *Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu Türk Hukukunda Hekimin Hukukî ve Cezaî Sorumluluğu*, 1–18. İstanbul: Fakülteler Matbaası, 1984.
- Riley, Jillian P., ve James M. Beattie. “Palliative Care in Heart Failure: Facts and Numbers”. *ESC Heart Failure* 4, sayı 2 (Mayıs 2017): 81–87. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12125>.
- Rozzi, di A., R. Scirocchi, A Fava, F. Bordin, M.E. D’Addario, A. Ranucci, G. Lanzetta, vd. “Il Dolore Nel Paziente Oncologico Terminale: Valutazione del Sintomo All’ingresso in Hospice e Delle Sue Modificazioni Nei Primi Tre Giorni di Assistenza. Esperienza Monocentrica”. *La Clinica Tereapeutica* 162, sayı 5 (2011). [http://www.seu-roma.it/riviste/clinica\\_terapeutica/apps/autos.php?id=907](http://www.seu-roma.it/riviste/clinica_terapeutica/apps/autos.php?id=907).
- Sağlam, Fazıl. *Temel Hakların Sınırlanması ve Özü*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, 1982.
- Şahin, Büşra, ve Özgü Alçalı. “Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların

- Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi". *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 2020.
- Şahin, Duygu. "Hasta Hakları Kapsamında Tıbbi Tedaviyi Reddetme Hakkı". Çağ Üniversitesi, 2021.
- Sancak, Nurten. "Tedaviye Son Vermenin Etik Boyutu". Beykent Üniversitesi, 2011.
- Sarıal, M. Enis. *Sağlararası Organ Nakillerinden Doğan Hukuki İlişkiler*. İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınları, 1986.
- Saruç, Semra. "Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları". *Toplum ve Sosyal Hizmet* 24, sayı 2 (2013): 193–208.
- Sayın Kasar, Kadriye, ve Yasemin Yıldırım. "İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım". *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing* 9, sayı 2 (2017): 164–70. <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-52492>.
- Schneider, Christian. *Tun und Unterlassen beim Abbruch lebenserhaltender medizinischer Behandlung*. Berlin, 1998.
- Schneiderman, Lawrence J., ve Nancy S. Jecker. *Wrong Medicine Doctors, Patients, and Futile Treatment*. 2. baskı. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2011.
- Schneiderman, Lawrence J., Nancy S. Jecker, ve Albert R. Jonsen. "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications". *Annals of Internal Medicine* 112, sayı 12 (15 Haziran 1990): 949–54. <https://doi.org/10.1059/0003-4819-112-12-949>.
- Schulz, Richard, ve Scott R. Beach. "Caregiving As a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study". *Journal of the American Medical Association* 282, sayı 23 (1999): 2215–19. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>.
- "Segen's Medical Dictionary". Erişim 19 Haziran 2020. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/palliative+care>.
- Seligman, Martin E. P. *Öğrenilmiş İyimserlik*. Editör Semra Kunt Akbaş. Eksi Kitaplar, 2007.
- Selvi, Yurdağül. "Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019.

- Şenel, Gülçin. "Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakıma Kabul Kriterleri". *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi - Özel Konular* 10, sayı 1 (2017): 1–6.
- Şenocak, Zarife. "Küçüğün Tıbbî Müdahaleye Rızası". *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 50 (2001).
- Sepúlveda, Cecilia, Amanda Marlin, Tokuo Yoshida, ve Andreas Ullrich. "Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective". *Journal of Pain and Symptom Management* 24, sayı 2 (2002): 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2).
- Serozan, Rona. *Medeni Hukuk Genel Bölüm Kişiler Hukuku*. 7. baskı. İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2017.
- Sert, Gürkan. *Kanserle Yaşayan Bireyler ve Hasta Hakları*. 1. baskı. İstanbul: Düz Yazı Yayınevi, 2018.
- . "Türk Hukuku'nda Bilinci Açık Hastanın Tedaviyi Ret Hakkının Tıp Hukuku ve Etiği Açısından İncelenmesi ve Tıp Etiği". *Terazi Hukuk Dergisi*, sayı 70 (2012): 14–21.
- . "Türkiye ' de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi : Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından". *Kocaeli Med J* 9, sayı 1 (2020): 111–19.
- . *Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları*. 2. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019.
- Şimşek, Oğuz. "Anayasa Hukukunda İnsan Onuru Kavramı ve Korunması, Doktora Tezi". Dokuz Eylül Üniversitesi, 1999.
- Şimşek Utku, Ezgi, Ezgi Hacıkamiloğlu, Güledal Boztaş, Kanuni Keklik, ve Murat Gültekin. "Türkiye'de Palyatif Tedavi ve Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları". *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji - Özel Konular* 10, sayı 3 (2017): 240–44.
- Smith, Thomas J., ve J. Brian Cassel. "Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care". *Journal of Pain and Symptom Management* 38, sayı 1 (Temmuz 2009): 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.05.001>.
- Söğüt, İpek Sevda, ve Ekin Tuna. "Hastanın Tıbbi Yaşam İradesine Dair Hukuki Vasıtalar". *TıpHD* 12 (2017): 255–96.
- Somerville, Margaret. "Establishing A Human Right to Pain Management". *The*

*International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain, Palais des congrès, Montreal, Québec (Video presentation) September 2010*, sayı September (2010): 1–4.

———. “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”. İçinde *International Human Rights Law: Theory and Practice*, editör L. Roche ve D. Malicier, 2. baskı, 19:505–22. Montreal: The Canadian Human Rights Foundation, 2006. [https://doi.org/10.20595/jjbf.19.0\\_3](https://doi.org/10.20595/jjbf.19.0_3).

———. “Human Rights and Medicine: The Relief of Suffering”. İçinde *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, editör Margaret Somerville, 2. baskı, 502–29. Montreal: McGill Queen’s University Press, 2006. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014107680509800412>.

———. “The Death of Pain: Pain, Suffering and Ethics”, y.y., 530–59.

Somerville, Margaret A. *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. CEL - Canadian Publishers Collection. Montreal: McGill-Queen’s University Press, 2001. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=404023&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.

Sonat, Ali. “Tıbbi Müdahalelerde İradi Temsilci Tayini”. İçinde *Sağlık Hukuku’nda Dünyadaki Son Gelişmeler*, 175–214. İstanbul: Karakter Color, 2009.

Star Gazette. “What You Should Know About Palliative Care”. Erişim 19 Haziran 2020. <https://www.stargazette.com/story/news/local/2016/02/01/what-you-should-know-palliative-care/79532248/>.

Steinbock, Bonnie. “Introduction”. İçinde *Killing and Letting Die*, editör Bonnie Steinbock, 1–19. Prentice Hall, 1980.

Strand, Jacob J., Mihir M. Kamdar, ve Elise C. Carey. “Top 10 Things Palliative Care Clinicians Wished Everyone Knew About Palliative Care”. *Mayo Clinic Proceedings* 88, sayı 8 (2013): 859–65. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.05.020>.

Sucaklı, Mustafa Haki, ve Yaşar Koşar. “Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi”. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 8, sayı 3 (2016): 34–39.

Sullivan, Amy Burleson, ve Deborah Miller. “Who is Taking Care of the Caregiver?” *Journal of Patient Experience* 2, sayı 1 (2015): 7–12.

<https://doi.org/10.1177/237437431500200103>.

Sulmasy, Daniel P. "Commentary: Double Effect—Intention is the Solution, Not the Problem". *Journal of Law, Medicine & Ethics* 28, sayı 1 (01 Ocak 2000): 26–29. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2000.tb00313.x>.

———. *'Reinventing' the Rule of Double Effect*. Editör Bonnie Steinbock. *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford University Press, 2009. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199562411.003.0006>.

Swetz, Keith M., Christopher M. Burkle, Keith H. Berge, ve William L. Lanier. "Ten Common Questions (and Their Answers) on Medical Futility". *Mayo Clinic Proceedings* 89, sayı 7 (01 Temmuz 2014): 943–59. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.005>.

Sykes, Nigel. "Clinical aspects of palliative sedation". İçinde *Continuous Sedation at the End of Life : Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, editör Freddy Mortier, Kasper Raus, ve Sigrid Sterckx, 86–99. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı. "2019 Faaliyet Raporu", 2019.

———. "2020 Faaliyet Raporu", 2020.

———. "2021 Faaliyet Raporu", 2021.

———. *Stratejik Planı 2019 - 2023*, 2019.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. *Ulusal Kanser Programı 2009-2015*. Editör Murat Tuncer, 2009.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye Kanser Kontrol Programı". Ankara, 2016.

Tahmazoğlu Üzeltürk, Sultan. *Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı: Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla. Hukuk kitapları serisi*. İstanbul: Legal Yayıncılık, 2012.

Tanıl, Ezgi. "Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları". İstanbul Üniversitesi, 2020.

Tanrıverdi, Özgür, ve Şeref Kömürcü. "Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma". İçinde *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi*, editör Meral Gülhan ve Ülkü Yılmaz, 391–407. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2016.

Temel, Jennifer S., Joseph A. Greer, Alona Muzikansky, Emily R. Gallagher, Sonal

- Admane, Vicki A. Jackson, Constance M. Dahlin, vd. "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer". *New England Journal of Medicine* 363, sayı 8 (2010): 733–42. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>.
- Temelli, Gülnur. "Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları". Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2018.
- The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. "Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments". *Critical Care Medicine* 25, sayı 5 (1997): 887–91. [https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/1997/05000/Consensus\\_statement\\_of\\_the\\_Society\\_of\\_Critical.28.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/1997/05000/Consensus_statement_of_the_Society_of_Critical.28.aspx).
- "The Palliative Care Trainers Declaration of Cape Town 2002". *Journal of Palliative Medicine*. C. 6. Cape Town, 2003.
- Tomanbay, İlhan. "Sosyal Hizmet Uzmanı Unvanı Hakkında Bir Yazı Üzerine". Erişim 20 Haziran 2020. <https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/04/sosyal-hizmet-uzmani-unvani-hakkinda-bir-yazi-uzerine/>.
- Topkaya, Özlem. "Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi". Okan Üniversitesi, 2018.
- . "Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ile Hasta ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Beklentilerinin İncelenmesi". Okan Üniversitesi, 2018.
- Toptaş Kılıç, Sevcan, ve Fatma Öz. "Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Müdahaleler". *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 6, sayı 3 (08 Ekim 2019): 195–203. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.630828>.
- Tuncay, Tarık. "Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini". *Toplum ve Sosyal Hizmet* 24, sayı 2 (2013): 145–54.
- Tureng. "Tureng - hospice - Türkçe İngilizce Sözlük". Erişim 9 Ekim 2022. <https://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/hospice>.
- Turgay, Gülay. "Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri". Başkent Üniversitesi, 2010.

- “Türk Dil Kurumu Sözlükleri”. Erişim 9 Ekim 2022. <https://sozluk.gov.tr/>.
- Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu. “Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri”, 2020. <http://www.ttb.org.tr>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. “Hanehalkı İşgücü Araştırması 2008 Eylül Dönemi Sonuçları (Ağustos, Eylül, Ekim 2008)”. Erişim 21 Haziran 2020. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2077>.
- . “Hayat Tabloları, 2015-2017”. Erişim 21 Haziran 2020. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27591>.
- . “Hayat Tabloları, 2016-2018”, y.y. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30712>.
- . “İşgücü İstatistikleri, Eylül 2019”. Erişim 21 Haziran 2020. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30688>.
- . “İstatistiklerle Aile, 2018”. Erişim 21 Haziran 2020. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30726>.
- . “İstatistiklerle Yaşlılar, 2018”. Erişim 21 Haziran 2020. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>.
- . “Ölüm Nedeni İstatistikleri”, 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>.
- Uhlenbruck, Wilhelm, ve Adolf Laufs. *Die Pflicht zum Behandlungsabbruch*, y.y.
- United Nations Comitee on Economic Social and Cultural Rights. “General Comment No. 14”. Geneva, 2000. <https://doi.org/10.2307/2752479>.
- Ünver, Yener. “İzinsiz Yaşatmak Haksızlık Olabilir mi ?” İçinde *Tıp Hukuku*, editör Z.Z. Erkol ve Y. G. Doğramacı, 1. baskı, 53–61. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019.
- Üstün, Çağatay. “Yaşamın Sonuna Doğru Umut Kapısını Kapatmayın! Etik Bakış Açısıyla Kısa Bir Değerlendirme”. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics* 2, sayı 3 (2016): 34–41.
- Uyar, Meltem, ve İdris Şevki Köken. “Ülkemizde Palyatif Bakımın Güncel Durumu, Sorunlar ve Öneriler”. Editör F. Çay Şenler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Onkoloji - Özel Konular* 13, sayı 1 (2020): 11–14.
- Uygun, Oktay. “İnsan Hakları Kuramı”. İçinde *İnsan Hakları*, 13–46. Yapı Kredi Yayınları, 2000.

- Veatch, Robert M. *Biyoetiğin Temelleri*. Editör Tolga Güven ve Şefik Görkey. 1. baskı. AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık, 2010.
- Vergano, Marco, ve Giuseppe Renato Gristina. "Futility in Medicine", 2014. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.10.004>.
- Vermandere, Mieke, Jan De Lepeleire, Wouter Van Mechelen, Franca Warmenhoven, Bregje Thoosen, ve Bert Aertgeerts. "Outcome Measures of Spiritual Care in Palliative Home Care". *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 30, sayı 5 (24 Ağustos 2013): 437–44. <https://doi.org/10.1177/1049909112454563>.
- Vienna, World Conference on Human Rights in. "Vienna Declaration and Programme of Action". Vienna, 1993.
- Vries, T.P.G.M. de, R.H Henning, H.V. Hogerzeil, ve D.A Fresle. "Reçete Yazma Rehberi Pratik El Kitabı". Cenevre, y.y.
- Walker, L.O., ve K.C. Avant. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 5. baskı, 2011.
- Watson, Max, Peter Armstrong, Craig Gannon, Nigel Sykes, ve Ian Back. "Palliative Care Guidelines Plus", y.y. <https://book.pallcare.info/index.php?tid=108&dg=9>.
- Weitzner, Michael A., Susan C. McMillan, ve Paul B. Jacobsen. "Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings". *Journal of Pain and Symptom Management* 17, sayı 6 (1999): 418–28. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00014-7).
- Werth, James L., ve Dean Blevins, ed. *Decision Making Near the End of Life : Issues, Development, and Future Directions*. Routledge, 2009.
- WHO. "WHO Definition of Palliative Care". Erişim 19 Haziran 2020. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. "Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee [3-10 Haziran 1989 tarihinde Cenevre'de yapılan toplantı]", 1990. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>.
- Wilkinson, Dominic JC J.C., ve Julian Savulescu. "Knowing When to Stop: Futility in the ICU". *Current Opinion in Anaesthesiology* 24, sayı 2 (Nisan 2011): 160–65. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328343c5af>.



- World Health Organisation. "Palliative Care Key Facts", 19 Şubat 2018.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- World Health Organization. "Access to Controlled Medications Programme". Geneva, 2007.  
[https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/Framework\\_ACMP\\_withcover.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf).
- . *Ethical Choices in Long-Term care: What Does Justice Require?* Geneva, 2002.
- . "Sixty-Seventh World Health Assembly". *Wha67/2014/Rec/1*, 2014.  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-en.pdf#page=59](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=59).
- World Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care*. 2. baskı, 2020.  
<https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
- . *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014.  
<http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.
- Worthington, Roger. *Ethics and Palliative Care A Case Based Manual*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing, 2005.
- Wright, Michael, Justin Wood, Thomas Lynch, ve David Clark. "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View". *Journal of Pain and Symptom Management* 35, sayı 5 (01 Mayıs 2008): 469–85.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.006>.
- Yamaç, Deniz, ve B. Ceyhun. "Kanser Hastasına Doğru Bilgi Verme". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği* 7, sayı 1 (1999): 34–40.
- Yaşar, H. Arzu, Mustafa Gürbüz, ve Filiz Çay Şenler. "Palyatif Bakımda İletişim". İçinde *Onkolojide Palyatif Bakım*, editör Filiz Çay Şenler, 1. baskı, 27–32. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2020.
- Yaşar, Nur. "Tıbbi Müdahalede Karar Vericiler ve Rıza". Dokuz Eylül Üniversitesi, 2019.
- Yavuz, Cevdet, Faruk Acar, ve Burak Özen. *Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler)*. 17. baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 2021.
- Yaycı Koçak, Hilal, ve Özgür Koçak. "Palyatif Bakımda Psikolojik Destek". Erişim 21

- Haziran 2020. <https://psikolojiyazilari.com/palyatif-bakimda-psikolojik-destek/>.
- Yeh, Pi-Ming. "Systematic Rewiev of the Interventions for Family Caregivers". İçinde *Caregivers: Practices, Challenges and Expectations*, editör Adrienne Lloyd, 1–30. Health Care in Transition. New York: Nova Science Publishers, Inc, 2016. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1164791&lang=tr&site=eds-live&authtype=ip,uid>.
- Yenerer, zlem. "Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi". Marmara Üniversitesi, 2001.
- Yıldırım, Güven. "Sağlık Hukuku Açısından Kanserli Hastaları Bilgilendirme Zorunluluğu ve Bilgilendirmenin Psikolojik Sonuçları". İstanbul Medipol Üniversitesi, 2018.
- Yıldırım, Turan. "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Hukuki Sorumluluğu". İçinde *Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu*, 1. baskı. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2011.
- Yılmaz, Abdulkadir. "Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri". İzmir Katip elebi Üniversitesi, 2015.
- Yılmaz, Cebrail. "Cerrahi Tedavide Ergenin Aydınlatılmış Onamı". Kocaeli Üniversitesi, 2016.
- Zarit, Steven H. "Family Care and Burden at the End of Life". *Canadian Medical Association Journal* 170, sayı 12 (2004): 1811–12. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040196>.
- Zengin, Ebuzer. "Tedaviyi Ret Hakkı Bağlamında Pasif tanazinin Değerlendirilmesi". İçinde *II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildirileri Kitabı*, editör Cahid Doğan ve Hakan Hakeri, 1169–1205. Adalet Yayınevi, 2018.
- Zevkliler, Aydın, ve Emre Gökyayla. *Borçlar Hukuku zel Borç İlişkileri*. 20. baskı. İstanbul: Vedat Kitapçılık, 2020.
- Zucker, Marjorie B., ve Howard D. Zucker, ed. *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1997.