



Yoğun Bakım Etiği

The Concept of Ethics in the Intensive Care

Kutay Akpir

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Yoğun bakım etiği son elli yılda tıpta ve yoğun bakım bilim dalında yapılan düzenlemeler sonucu ortaya çıkmıştır. Yoğun bakımlarda özellikle yaşam destek sistemlerinin kullanılması sonucu ölümün meydana gelişi uzamış, yeni klinik tablolar tanımlanmıştır. Bu tablolar bitkisel hayat, beyin ölümü, dissosiyasyon kalp ölümüdür. En kaliteli tıbbi hizmeti en ucuz mal etmeyi amaçlayan tıptaki yeni düzenlemeler yoğun bakımlarda kaynakların akılcı kullanımı tartışmalarına yol açmıştır. Bu tartışmaların hekim hasta ilişkilerinde yol açtığı sorunlar yoğun bakım etiği çalışmaları ile bir ölçüde çözümlenebilmiştir. Yoğun bakımlarda görülen başlıca etik sorunlar, otonomi hakkının kullanılması, yoğun bakım hastalarının seçimi, tedavinin kısıtlanmasıdır. Doğru hasta seçimi "triage" ve "allocation" yöntemleri, tedavinin kısıtlanması "withdrawal", "withhold" uygulamaları, otonomi hakkının kullanılması vasiyet, geçerli dilek, etik komite gibi önerilerle çözümlenmeye çalışılmıştır. Etik düzenlemeler sorunlara sınırlı çözüm getirmiştir. Kesin çözüm için etik araştırmaların devamı gerekmektedir. (*Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2010; 8: 77-84*)

Anahtar Kelimeler: Etik, yoğun bakım etiği, triage, allocation

SUMMARY

The concept of ethics in the intensive care unit has developed in the last 50 years along with the advancements and regulations in this area of medicine. Especially by the use of life-supportive equipment in the intensive care units and the resulting elongation in the terminal stage of life has led to newly described clinical conditions. These conditions include vegetative state, brain death, dissociated heart death. The current trend aiming to provide the best health care facilities with optimal costs resulted with regulations. The conflicts in the patient-physician relations resulting from these regulations has resolved to some extent by the studies of intensive care unit ethics. The major ethical topics in the intensive care are the usage of autonomy right, the selection of patients to be admitted to the intensive care unit and the limitation of the treatment. The patient selection is optimized by triage and allocation, the limitation of the treatment is done by the means of withdrawal and withhold, and the usage of autonomy right is tried to be solved by proxy, living will and ethics committee regulations. The ethical regulations have found partial solutions to the conflicts. For the ultimate solution much work about the subject has to be done. (*Journal of the Turkish Society of Intensive Care 2010; 8: 77-84*)

Key words: Ethics, ethics in intensive care unit, triage, allocation

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Kutay Akpir, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 212 212 88 11E-posta: akpir@istanbul.edu.tr **Geliş Tarihi/Received:** 05.01.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.01.2011

Giriş

Yoğun bakım etiği gelişen yoğun bakım bilim dalının karşılaştığı sorunların çözümüne yardımcı olmak için tıp etiğinin bir uzantısı olarak ortaya çıkmıştır. Yoğun bakım etiğini anlayabilmek için oluşumunu etkileyen tıpta önemli değişiklikleri bilmek gerekir.

20. yüzyılın ikinci yarısı tıpta köklü değişimlerin yapıldığı yıllardır. Batı 21. yüzyıla köklü değişimi tamamlamış olarak girmiştir. Şimdi Türkiye bu değişimin gereklerini yerine getirme gayreti içerisinde. Bir cümle ile anlatmaya çalışırsak, sağlıkla ilgili değişimin amacı "Daha ucuzda daha kaliteli tıbbi hizmet vermek"tir. Amacı özetleyen bu cümlelerin açılımı, organizasyondan tıbbi uygulamalara kadar uzanan yolda birçok yeni yapılanmaları, tanımlamaları, en önemlisi sorunları içerir. Yapılanma,duygusallıktan arınmış tıp pratiğinde akılcı yaklaşıma dayalı daha çok ekonomik ağırlıklı bir yapılaşmadır. Ekonomide var olan kalite kontrol anlayışının sağlığa uygulanması ile başlatılmıştır.

Sonuçta ortaya sağlıkla ilgili yeni anlayışlar ve yeni ilkeler çıkmıştır. Bu ilkeler:

- Tedavi edici hekimlik yerine önleyici hekimlik önem kazanmıştır. Bilindiği gibi hastalığı önlemek tedavi etmekten daha ucuzdur.

- Tıpta tek adam, tek şef dönemi sona ermiş ekip çalışması öne çıkarılmıştır. Bu yolla görev ve sorumluluklar ekip üyeleri arasında paylaştırılmış, tıbbi hizmette oto kontrol getirilmiş, yasalar bu anlayışa uygun olarak yeniden düzenlenmiştir (Yeni Türk Ceza Yasası gibi).

- Tedavide özellikle ileri teknolojinin kullanımında yarar ve zarar anlayışı ortaya atılmış, "tıbbi olanaklar sonuna kadar kullanılmalıdır" anlayışı "yarar sağlayacak ise kullanılmalıdır" anlayışı ile yer değiştirmiştir. Bu yolla pahalı teknolojinin kullanılması sonucu sağlığa ayrılan kaynakların boşu boşuna tüketilmesinin önüne geçilmeğe çalışılmıştır. İleri teknolojinin kullanımı konusunda koyulan yeni ekonomik ağırlıklı ilkeler ile tıbbi endikasyonlar arasında bir çelişki ortaya çıkmış ve bu çelişki hekim - hekim ve hekim-hasta ilişkilerinde sorunlar yaratmıştır.

Sağlıkta köklü değişimi zorunlu kılan nedenler arasında tanı ve tedavi alanında yeni olanaklar sağlayan, hastalara yeni ümitler veren pahalı ileri tıp teknolojisinin kuralsız kullanımı gerekçe olarak gösterilmiştir.

1950 yılında Danimarka'da görülen poliomiyelit salgınında kullanılan hayat kurtarıcı yöntemlerden biri olan IPPV tıpta yoğun bakım bilim dalının doğmasına yol açmıştır. Son elli yıl içerisinde yoğun bakım bilim dalı gelişimini sürdürmüş, 21. yüzyıla tıbbin vazgeçilmez bir dalı olarak yapılaşmasını tamamlayarak girmiştir. Yoğun bakımın gelişme süreci aynı zamanda tıpta köklü değişimlerin yapıldığı sürece rastlamıştır. Bu rastlantıdan yoğun bakım büyük ölçüde etkilenmiş, doğal olarak yapılaşmasını yeni anlayışa uygun olarak tamamlamış, yoğun bakım konu-

sundaki gelişmeler de köklü değişimin şekillenmesinde etkin olmuştur. Batıdan esen bu rüzgâr şimdilerde Türkiye'nin kapısına da dayanmıştır. Türkiye elli yıldır süren tartışmaların ve yapılaşmanın bu güne kadar dışında kalmış, konu hem bilimsel ortamlarda hem de bakanlıklar düzeyinde ele yeterince alınmamış, değişimin gerekliliği, gerekçeleri, felsefesi anlatılmamış, alt yapısı hazırlanmamıştır. Böyle bir ortamda sağlığı yönetenler değişim konusunda tartışma ve açıklamalara öncelik vermeden dayatmalar ile batıdan kopyaladıkları değişim ilkelerini yerleştirmeye çalışmaktadırlar. Bu nedenle de anlamakta zorluk çektiğimiz paket program uygulamaları, tedavi ile ilgili kısıtlayıcı kurallar ile karşı karşıya kalmaktayız. Tıptaki köklü değişimlere zaman içerisinde hazırlanma, konuyu tartışarak içine sindirme şansını kaçıran Türkiye son yıllarda az sayıda bilimsel toplantılarda, bu yazıda olduğu gibi biyo-sosyal ve etik konuları çok sınırlı bir dille yeni yeni konuşmaya başlamıştır.

Yoğun Bakım Etiğini Oluşturan Gelişmeler

Yoğun bakımın gelişmesi ile birlikte tedavide yaşam destek sistemlerinin kullanımı giderek artmıştır. Yaşam destek sistemlerinin kullanılması her zaman yaşamın kurtarılması, ölümün önlenmesi sonucunu vermemiş, bazı olgularda ölümün geciktirilmesine ve farklı bir şekilde ele alınmasına yol açmıştır. O zamana kadar tek ve ulvi bir olay olarak kabul edilen ölüm; Biyografik ölüm (Bireyin yaşaması veya ölmesi), Biyolojik ölüm (Organizmanın yaşaması veya ölmesi) olarak ikiye ayrılmıştır. Ölümün ikiye ayrılmasında yaşam destek tedavilerinin yoğun bakımlarda kullanılması ile ortaya çıkan beyin ölümü, bitkisel hayat, disosiyel kalp ölümü gibi klinik tabloların büyük rolü olmuştur. Bu klinik tabloların tanınmalarını takiben yaşamın desteklenmesinin sonuçları yaşam kalitesi açısından da ele alınarak, her şeye rağmen yaşamak mı, yoksa kaliteli bir yaşam sürmek mi daha doğru olur tartışmaları ortaya atılmıştır. Bu tartışmalar yoğun bakıma, yoğun bakımlarda kalitesi bozulmuş bir yaşam ileri teknoloji kullanılarak sürdürülmeli mi, sürdürülmemeli mi sorunu ile yansımıştır. 1960'lar da Beyin ölümü vakaları, yaşayamayacak kadar ağır hastalar olarak kabul edilmiş ve sadece bu gerekçeye dayandırılarak donör olarak kullanılmıştır. Bu durum üzerine hangi hastaların yaşayamayacak kadar ağır hastalar grubuna veya tedaviden yarar sağlayamaz kararı verilecek hastalar grubuna gireceği nasıl belirlenmelidir sorunu ortaya çıkmıştır. Sorunu çözme çalışmaları ile de yoğun bakım etiğini oluşturan ilk çalışmalar başlatılmıştır. Beyin ölümü ile ilgili sorun 1960 Harvard deklarasyonu ile getirilen düzenlemeler sonucu önemli ölçüde çözümlenebildiği halde diğer klinik tabloların yarattığı sorunların çözüm arayışları 20. yüzyılın sonlarına kadar devam etmiştir (1).

Öte yandan yaşam destek sistemlerinin yoğun bakımlarda kullanımı ölümün meydana geliş şeklini değiştirmiş

ve ölüm sürecini uzatmıştır. Birçok yararlı sonuçları bildirilmiş olmasına rağmen bilindiği gibi yaşam destek sistemlerinin kullanılması ile ölümün her zaman önüne geçmek mümkün olmamakta, yoğun bakım servislerinde de hastalar ölebilmektedir. Ancak bu sistemlerin kullanılması sonucu ölüme müdahale edilebilme olanağı ortaya çıkmış ve sonuç olarak ölümün meydana gelişi geciktirilmiştir. Bu durum yoğun bakım hekimlerince bilinir. Onlar bu nedenle ölümlü ve yaşamı değil daha çok klinik sonuçları düzeltmeyi hedefler ve sonuç almak ümidiyle tüm olanakları sonuna kadar kullanmak ister. Oysa bu günün tıp anlayışı pahalı tedavilerin ve yaşam destek sistemlerinin yaşamı uzatıyor ve ölümlü geciktiriyor ise kısıtlanmasını ön görmektedir. Günümüzde yaşam destek tedavilerinin kısıtlanması yoğun bakımların önemli bir sorunudur. 1985-2000 yılları arasında yoğun bakımlarda ölen hastaların oranı ve ölüm nedenleri konularında birçok epidemiyolojik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalardan Bernato ve arkadaşlarına ait olan birinde, yaşamlarının son yılında yoğun

bakımlarda tedavi görmüş hastaların oranı 1985 yılında % 30,5'dan 1999 da %35'e yükselmiştir. Linde-Zwirble ve ark. (2) bir diğer çalışmada ABD'de ölen her 5 Amerikalıdan birinin yoğun bakımda öldüğünü saptamıştır (2). Retrospektif bu çalışmaların amacı yoğun bakımların nasıl kullanıldığını değerlendirmek, prospektif olarak doğru kullanım ilkelerini saptamaktır. Doğru kullanım ifadesini açarsak, bu yoğun bakım olanaklarının yarar sağlayacak hastalara tahsis edilmesi, yoğun bakımların yarar sağlamayacak hastalara veya tedavileri sırasında iyileşmeyeceği görülen hastalara hizmet vermesinin önlenmesi yahut verdikleri hizmetlerin kısıtlanması demektir. Bu durumda olanakların yarar sağlamayacağı anlaşılan hastalara kullanılmaması ilkesini hastalara uygulamaya kalktığınızda ortaya birçok sorun çıkmaktadır. Sorunlara çözüm getirmek, önce klinik düzenlemeler yapmak, sonrasında etik ve yasal kurallara uymak koşulu ile mümkündür. Sorunlara etiğe dayalı çözüm bulma gayretleri yoğun bakım etiğinin doğmasının ana nedenini oluşturmuştur. Bu nedenle

Tablo 1. Yoğun bakıma alınma kriterleri

Öncelik 1:	Genel durumları ileri derecede bozulmuş, stabil durumda olmayan, yoğun bakım üniteleri dışında verilemeyecek ileri düzeyde monitorizasyon ve tedaviye gereksinimi olan hastalardır. Bu hastaların genellikle vazoaaktif ilaç infüzyonları, mekanik ventilatör desteği gibi tedavilere gereksinimleri vardır. Bu gruba ventilatör desteği ve vazoaaktif ilaç infüzyonu gibi tedavi gereksinimleri olan postoperatif hastalar, akut solunum yetmezliği gelişen hastalar, hemodinamik instabilitesi olan veya şok'da olan hastalar, sepsis-ağır sepsis-septik şok'da olan hastalar, ağır travma hastaları, hipoksik veya hipotansif hastalar girmektedir.
Öncelik 2:	Bu hastalar yoğun bakım ünitesinin gelişmiş monitörizasyon hizmetine gereksinim duyarlar. Hastalıklarının seyri sırasında acil yoğun tedaviye ihtiyaç duyabilecek ve bu nedenle ağır risk altında olup pulmoner arteriel kateterizasyon vb. gibi ileri monitörizasyon gerektiren hastalardır. Alta yatan kalp, akciğer, renal vb. sistem hastalıklarının seyri esnasında akut ve ciddi medikal veya cerrahi hastalıklar (komplikasyonlar) gelişen hastalar bu öncelik modeline örnek olarak verilebilirler.
Öncelik 3:	Bu kritik hastalar stabil durumda olmayıp daha önceki sağlık durumları, alta yatan hastalıkları veya akut hastalıklarının tek başına veya kombinasyonları nedeni ile iyileşme şansı ve yoğun bakım tedavisinden yararlanma şansı çok az olan olgulardır. Örnek olarak; metastatik malignitesi mevcut iken infeksiyonla, perikardial tamponadla veya hava yolu obstrüksiyonu ile komplike hale gelen hastalar; akut ciddi hastalık ile komplike olan end stage kalp veya akciğer hastalıkları verilebilir. Bu hastalar yoğun bakım ünitesine bir şekilde alındıkları takdirde öncelik 1, 2 hastalara imkan yaratmak için yoğun bakım ünitelerinden çıkarılmalıdır.
Öncelik 4	(Değerlendirme Dışı Bırakılan Hastalar): Yoğun bakıma alınması uygun görülmeyen 1- Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmelerinden herhangi bir fayda görmeyecek kadar iyi olan, fizyolojik olarak stabil durumdaki hastalar: Örnekler; periferik vasküler cerrahi geçirmiş hastalar, iyileşme döneminde olan stabil cerrahi hastalar, komplike olmayan ve hemodinamik olarak stabil olan diabetik ketoasidozlu hastalar, aşırı doz ilaç almış olmasına karşın şuuru açık olan hastalar, selim (hafif) kalp yetersizliği bulunan hastalar olup bunlarla sınırlı değildir. 2- Terminal veya geri dönüşümsüz hastalıkları nedeni ile yoğun bakımda tedavi olmaktan fayda görmeyecek kadar kötü durumda olan hastalar a. Beyin ölümü gelişebilecek hastalar: Bu hastalar yoğun bakıma ancak donör olabilecek ise alınırlar. b. Bitkisel hayatta olan hastalar c. Ciddi, geri dönüşümsüz beyin hasarı olan hastalar d. Geri dönüşümsüz çoklu organ yetmezliği (MOF) bulunan hastalar e. Kemoterapi ve/veya radyoterapiye yanıtız metastatik kanserli hastalar f. Yoğun bakım desteği tedavilerini reddeden hastalar Sadece daha iyi bakım sağlanması arzulanan hastalar.

Society of Critical Care Medicine

yoğun bakım etiğinin konuları aynı zamanda yoğun bakım sorunlarının çözüm arayışları ile ilgili konuları içerir.

Yoğun Bakım Etiği: Yoğun bakım etiği genel tıp etiğinin dört ana ilkesine dayanır. Bunlar, otonomi, "beneficence", "nonmaleficence", "justice"dir. İlk üç ilke hasta-hekim ilişkilerinin esasını oluşturur ve hekime hastası için en iyi yapıyı yapma sorumluluğunu yükler. Bu üç ilkenin önemi ve zorunluluğu ülkeden ülkeye değişirse de hekimin hastaya karşı olan sorumluluğu her yerde aynıdır. Bu sorumluluklardan biri de hekimin hastanın geleceği ile ilgili karar vermek ve bu kararı hasta veya hasta yakınları ile paylaşmak zorunluluğudur. Hekim-hasta ilişkileri kapsamında Avrupa yoğun bakım derneğince yapılan 1998 ve 1999 yıllarında Vincent (3) tarafından yayınlanan çalışmaya göre, uygulanan tedavilerle ilgili kararlar konusunda aileler kararın hekim tarafından verilmesini tercih etmektedirler. Genelde ülkemizde de hasta sahipleri "siz nasıl uygun görürseniz" ifadesini kullanarak tedavi ile ilgili kararda etkin olmamayı tercih etmektedirler (3). Yoğun bakım etiği sağlam bir yoğun bakım teorik ve klinik yapılaşma, alt yapı üzerinde yükselmektedir. Bu alt yapıda yoğun bakım bilim dalının tanımı, görev ve sorumlulukları, yoğun bakım hastasının tanımı, yoğun bakıma alınacak hastaların alınma ve çıkarılmasında kullanılan öncelik kriterleri Tablo 1 ve 2'de yer almaktadır. Ancak salt bu klinik yapılaşmaya uygun davranmak bile sorunları çözmez. Nedeni yoğun bakım hastalarının diğer bilim dalı hastalarına göre çok farklı olan özelliklerinden ileri gelmektedir. Yoğun bakım etiğinin tıp etiğinin bir uzantısı olarak doğmasında yoğun bakımın kendine has bu özelliklerinin rolü vardır. Bilindiği gibi yoğun bakım bilimi geleneksel tedavi yöntemlerinin yanı sıra özellikle "yaşam destek tedavi yöntemlerini" tıbbi kazandırmış ve önemli başarılar sağlayarak ümitsiz durumdaki hastaların tedavilerini mümkün kılacak yeni ufuklar açmıştır. Yaşam destek tedavileri, "tıpta teknolojik veya girişimsel uygulamalar olup altta yatan ve yaşamı tehdit eden hastalıkları veya biyolojik işleyişi ister etkilesin, ister etkilemesin ölümün meydana gelmesini önleyen tıbbi tedavi yöntemleri" olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemlere, mekanik ventilasyon, diyaliz, hemofiltrasyon, balon aortik pompa, CPR, antibiyotik, transfüzyon, nutrisyon, hidrasyon, vazo-pres-

sör uygulamaları vb. uygulamalar örnek olarak verilmektedir. Bu yöntemlerin tedavi amacıyla kullanılması klasik tedavi anlayışına göre farklı düzenlemeler gerektirmiş ve hala çözüm arayışlarının sürdürüldüğü etik sorunlara da neden olmuştur. Başlıca etik sorunlar, hekim-hasta, hekim-hekim ilişkileri, tedavinin sürdürülmesi veya sürdürülememesi kararlarının verilmesi, bilgilendirmenin yapılmasının yanısıra, hasta kabulü ile ilgili ilkeler, yoğun bakım yataklarının en verimli ve en akılcı kullanımı gibi konulardır. Bu konular yoğun bakım etiğinin uğraş alanı içerisinde çözümlenmeye çalışılmış ve böylece yoğun bakım etiği doğmuştur. Bu nedenle yoğun bakım etiğinin konuları, aynı zamanda yoğun bakım sorunlarının da başlığını oluşturmaktadır. Yoğun bakım etiğinin başlıca konuları,

1. Yoğun bakım yataklarının akılcı kullanımı
RASYONALİZASYON

Doğru hasta seçimi,

Tedavinin kısıtlanması uygulamalarını içerir.

2. OTONOMİ İLKESİ'nin kullanımı

Hastaların bilgilendirilmesi (Bilgilendirilmiş onamın düzenlenmesi) INFORMED

CONSENT 'i içine almaktadır.

RASYONALİZASYON: Yoğun bakım yataklarının ve olanaklarının akılcı kullanımı, rasyonalizasyon terimi ile anlatılmaktadır. Akılcı kullanımın net ve açık tanımlaması yoktur. Akılcı kullanım tasarrufa dayalı israfı önleyen bir kullanım olmalıdır. Böyle bir kullanım şekli doğru hasta seçimi ile başlar ve doğru tedavi uygulaması ile devam eder.

Doğru Hasta Seçimi: Genel tıp etiğinin uygulanması ile çözülemeyen sorunlardan biri kısıtlı olan yoğun bakım yataklarının hangi hastaya hangi öncelikte nasıl tahsis edileceği sorunudur. Bu sorun önce klinik düzenlemeler ile daha sonra ekonomiden tıbbi aktarılan "ALLOCATION" yöntemi ile çözümlenmeye çalışılmıştır. "Allocation" arz talep arasındaki dengenin bozulduğu, talebin fazla ancak imkanların yetersiz olduğu koşullarda, gereksinimleri tahsis usulü ile karşılama yöntemidir. Bugün yoğun bakım olanakları hiçbir ülkede ihtiyacı karşılayacak kapasitede değildir. Çağdaş tıp anlayışına uygun olarak yataklara önce doğru hastalar kabul edilmelidir. Eğer bir yatağınız ve almanız istenen iki hastanız varsa bu gibi durumlarda

Tablo 2. Yoğun bakımdan hasta çıkarılma kriterleri

Öncelik 1:	Yoğun Bakım tedavisine gereksinimi kalmayan hastalar; iyileşme şansının zayıf bulunduğu, sürekli yoğun tedavi ile ancak yaşatılabilen, kısa sürede prognozu kötü görünen tedavinin başarısız olduğu, örneğin; agresif tedaviye rağmen başarı sağlanamayan üç ve daha fazla organ sistem yetersizliği olan hastalar.
Öncelik 2:	Yoğun bakım standartlarına ihtiyaç gösterme ihtimali önemli ölçüde azalan hastalar
Öncelik 3:	Daha fazla yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duymayan, iyileşme ihtimali veya devam eden yoğun bakım tedavisinden yararlanma ihtimali az olan hastalar erken olarak çıkarılabilirler.
	Bu sonuncunun örnekleri ileri dönem hastalığı bulunan (kronik akciğer hastalığı, terminal kardiyak veya karaciğer hastalığı, yaygın karsinomu bulunan vb.) ve akut yoğun bakım tedavisine yanıt vermeyen, kısa dönem prognozu istatistiksel olarak kötü olan, prognozu iyileştirecek potansiyel tedavisi bulunmayan hastalardır. Bu ilkeleri daha açık belirten ve tanımlayan örnek bir liste ekte (bu örneği kesin kurallar olarak yorumlamamak gerekir) sunulmuştur.

doğru hastayı seçebilmek için tahsis yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir. Yoğun bakımda kullanılması önerilen tahsis yöntemlerinden biri Allocation yöntemidir. Bazı "allocation" stratejiler Tablo 3'de gösterilmiştir. Aynı amaçla "TRIAGE" yönteminin kullanılması da önerilmiştir. "Triage" aslında olağan üstü koşullarda hastaları klinik ağırlıkları, iyileşme olasılıkları göz önüne alınarak yapılan bir ayıklama, bir seçme modelidir. Bu ve benzeri yöntemler yoğun bakım kaynaklarının RASYONEL (akılcı) kullanımına yardımcı olan yöntemlerdir. Hastaların seçimi ile ilgili triage yöntemleri Tablo 4'de gösterilmiştir. Rubenfeld'e göre "triage", optimizasyon prioritizasyon, cost-effectiveness, basic health care" hepsi "allocation" kararlarının bazı değişik şekilleridir. Bunların hepsi demek olan "allocation" ile rasyonalizasyon eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (4). "Allocation" tıp etiğinin "justice" (adil olmak) ilkesine dayandırılmaya çalışılsa da yoğun bakım olanaklarının her hasta için adil kullanıldığını söylemek söz konusu değildir. "Allocation" kararları etiğin "beneficence" ilkesi ile "justice" ilkesi arasında bir çelişkiye neden olmaktadır. Özellikle serbest pazar ekonomilerinde imkanların satın alma gücüne göre tahsis edildiğini kabul edersek bu konuda bir

Tablo 3. "Allocation" stratejileri

Autocracy	Kişisel tercihe göre
Democracy	Çoğunluğun tercihinine göre
Equality	Eşit paylaşıma bağlı
Lottery	Fırsat eşitliğine göre
Capitalism	Satınalma gücüne göre
Personal worth	Topluma sağladığı katkıya göre
Utilitarianism	Topluma en çok yarar sağlamaya göre

Tablo 4. "Triage" uygulama modelleri

Equality: Eşitlik anlayışına göre yapılan her hastaya eşit olanakları sağlamayı amaçlayan model,
Ageism: Yaşa göre yapılan ve gençlere öncelik tanıyan model,
Utilitarianizm: Klinik sonuçlara göre yapılan ve iyileşecek hastaya öncelik tanıyan model.

Tablo 5. Hastanın bilgilendirilmiş onam için yetkin olup olmadığını belirleme testi

- Hasta verilen bilgileri
 - Hastalığının niteliğini ve gelişimini
 - Tedavinin taşıdığı riski ve sağlayacağı yarar anlama yeteneğine sahip mi?
- Hasta akılcı (rasyonel) nedenlere dayalı bir karar verme yeteneğine sahip mi?
- Hasta tedavisini üstlenen hekimlerle kendi tercihini ifade yeteneğine sahip mi?
- Hasta karar varebilme yeteneğine sahip mi?
- Hasta doğru bir karara varabilme yeteneğine sahip mi ?

dengesizlik olduğu kolayca anlaşılır. İmkanları olan hastalar yoğun bakımlarda imkanları kısıtlı olanlara göre daha kolay yatak satın alabilmekte, pahalı yaşam destek sistemlerini kullanabilmektedir. Hekim bu noktada tıbbi gerekçelere göre karar verip "beneficence" ilkesine uygun davranmak istese de mali olanaksızlıklar ona engel olmaktadır. Rasyonalizm ile bu çelişkinin yarattığı sakıncaların önleneyeceği beklentisi yaratılmıştır. Konu bugünün etik uygulama arasında çelişkiler yaratan ve çözüm bekleyen önemli konularından biridir. Çok şey söylenmiş, çok model önerilmiş olmasına rağmen yoğun bakımda hasta seçiminin tıbbi kriterlere göre mi, "allocation" stratejilerine göre mi yapılması konusu açıklığa kavuşmamıştır. Bu konuda "yoğun bakım hekiminin kararını tıbbi yararlılıktan daha çok servisi daha verimli kullanma amacına yönelik oluşturacağı politikaya göre vermesini" önerilmektedir (4). Aslında bu öneri tıbbi kriterleri, "allocation" stratejilerini, "futility" ye yol açmayan ve kaynakların israfını önleyen uygulamaları, yeni tıp anlayışına uygun bugüne kadar tüm söylenenleri içeren ilkelere dayalı hasta seçim politikasını anlatmaktadır.

Tedavinin Kısıtlanması: Yoğun bakımlarda tedavinin kısıtlanması etik dayanağını "futility" ilkesinden almaktadır. "FUTILITY" tıp etiğinin "beneficence" (yararlı olma) ilkesine monte edilmiş olup yararlı olamama, boşuna uğraşma kavramını ifade eder. Tıbbi olarak bir tedavi yönteminin anlamlı bir fizyolojik yarar sağlamaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Yaşam destek tedavilerinin yaygın olarak kullanıldığı yoğun bakım servisleri sayesinde tıbbi yaklaşımda ve tedavi anlayışında önemli kavram değişiklikleri ortaya çıkmıştır. 21. yüzyıla girerken kalitesi yüksek, maliyeti düşük tıp anlayışına ağırlık veren yeniden yapılanma, tıpta yaralılık (futility) anlayışını ön plana çıkarmıştır. Yoğun bakım dışında dolaşımın kesildiği yani kalbin durduğu an ölüm anı olarak kabul edilmektedir. Yoğun bakımda bu an daha önce başlayan bir sürecin, ölüm sürecinin sonudur. Ölüm bir süreç sonunda tamamlanmaktadır. Bu bilgilere dayanılarak ölümlerin donör olarak kullanılması başlatılmıştır. Öte yandan tıbbın bugün ulaştığı düzey içerisinde prognoz açısından hangi hastaların mutlaka sonlarının ölüm olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumda prognostik olarak ölüm tanısı koyulduktan sonra, ölüme gitmekte olan bir hastaya yaşam destek tedavilerinin devam etmesi etik açıdan "futil" bir uygulama olarak kabul edilmektedir.(5)

"Futilite" ilkesi yoğun bakıma uygulandığında yarar sağlamayacağı belirlenen hastalarda tedavinin kısıtlanmasının doğru olacağını anlatmaktadır. Bu ilkeye göre yoğun bakımlarda tedavinin kısıtlanması uygulamaları ortaya çıkmıştır. Tedavinin kısıtlanması iki şekilde olur. Bunlar;

- "Withhold" (Tedavinin başlatılmaması veya başlatılmış tedavinin dondurulması) Bu terim, yararlı olmayacağı öngörülen tedavinin uygulanmamasını anlatmaktadır.
- "Withdrawal" (Başlamış tedavinin kesilmesi)

Uygulanmakta olan tedavinin azaltılması, geri çekilmesi, fakat hasta bakımının devam ettirilmesi anlamındadır. Hasta bakımının devam ettirilmesi günümüzde "end-of-life" başlığı altında palyatif bakım yöntemlerinin uygulamaları olarak bir başka uygulama şeklini ortaya çıkarmıştır. Palyatif bakım "restoratif tedaviye eklenmesi zorunlu olan tedavi" olarak tanımlanmakta, başlıca sedatif ve analjezi uygulamalarını kastetmektedir (6).

Yaşam destek tedavilerinin sınırlandırılması ile ilgili gelişmelere ilk açıklık getiren çalışmalar 1990 yılında Society of Critical Care Medicine (SCCM) tarafından yayınlanan konsensus raporu ile başlatılmıştır. Bu raporda, yaşam destek tedavilerine, hasta ve yakınlarının isteği doğrultusunda ya da hekim tarafından tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olmayacağına saptandığı durumlarda (futility) başlanmamasının, başlanmışsa kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu bildirilmiştir. Her iki tedavi şekli hastaya sağlayacağı yarar açısından değerlendirilmiş, anlamlı bir fizyolojik yarar sağlamıyor ise kesilebilir denilmiştir. Bunun yanı sıra yalnızca ölüm sürecini geciktiren uygulamaların etik olarak uygun bulunmadığı ve kaynakların israfına yol açmaktan öte bir yarar sağlamadığına dikkat çekilmiştir. Bu raporu izleyen benzer yayınlardan sonra boşuna olacak tedavilerin başlanmaması veya kesilmesi konularında görüş birliğine varılabilmiş ancak hangi tedavilerin boşuna olduğunun nasıl belirleneceği netlik kazanmamıştır. Bunun üzerine SCCM etik komitesi 1997 yılında "Futile" tedavileri tanımlamaya çalışan ikinci bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda kesilmesi veya başlanmaması gereken destek tedavileri 4 gruba ayırmıştır. Bunlar a) fizyolojik olarak hiçbir yararı olmayan tedaviler, b) fizyolojik yarar sağlama olasılığı çok düşük olan tedaviler, c) yaralı olabilen ancak çok pahalı olan tedaviler, d) sonuçları belirsiz ya da tartışmalı olan tedaviler. Etik komite bunlardan yalnızca birincinin boşuna olduğunu, diğerleri için boşuna tedaviler olarak ifade edilmese de hastaya önerilmesinin doğru olmayacağını bildirmiştir (7). Bu raporlar hangi tedavilerin kesilmesi gerektiğini açıklığa kavuşturmamış, ancak sağlık kurumlarının kendilerince hazırlayacakları bir belgeyle tutumlarını, yaklaşımlarını belirleyip açıklamalarını önermiştir. Literatürde Sağlık kurumlarının yaklaşımlarını açıklayan belgeleri incerseniz, bu belgelerde daha çok işlemlerin nasıl yürütüleceği, yasal olarak hangi belgelerin nasıl düzenleneceği ve izledikleri politikalar anlatılmakta, uygulama kapsamı içerisine girebilecek hastalar konusunda hiçbir örneklere yer verilmemektedir. Beslenme ve sıvı tedavisinin kısıtlandığı hastalara ait bir örnekte, bu kapsama giren hastalar, yaşam kalitesi ileri derecede kötü, inmeye bağlı olarak yaşam fonksiyonları ileri derecede bozulmuş iyileşme şansı olmayan, son dönem organ sistem yetersizliği içinde bulunan, kognitif fonksiyonları irreversibl olarak bozulmuş olan, vasküler veya Alzheimer nedeni demansı olan, ölmekte olup, tıbbi girişimler nedeniyle ölümü geciken hastalar olarak belirtilmiştir(8).

Hastalar yoğun bakıma ileri yaşam destek olanaklarından yararlanmak amacıyla kabul edilirler. Zaman içerisinde bu tür tedavilere devam etmenin başarılı bir sonuç vermeyeceği anlaşıldığında tedavilerin kısıtlanması yöntemlerine başvurulur. Yoğun bakımda hangi hastalara kısıtlama uygulanacağı ile ilgili örnekler hiçbir raporda yer almamaktadır. Burada sadece bir fikir verebilir düşüncesi ile yukarıdaki örneğe yer verilmiştir. Yine bu örnekten yola çıkarsak tedavinin kesilmesi daha çok yoğun bakım hastaları dışındaki hastalar için söz konusu olmaktadır. Yoğun hastaları için ise daha uygun olan tedaviye başlamamak, agresif tedavilere baş vurmamaktır. Batıda genelde tedavinin başlatılmaması kararı hekimlerce daha çok tercih edilmektedir. Başlatılmış tedavinin kesilmesi kararı yapılan birçok anket sonuçlarına göre daha az istenmektedir (3,9).

Etik olarak bakıldığında her iki yöntem arasında bir fark gözetilmemektedir. Ayrıca tedavinin hangi hastalara yaşam destek tedavilerinin kesilmesi veya başlatılmaması uygulamalarının ötenazi ile hiçbir ilişkisi yoktur. Çünkü destek tedavilerinin kısıtlanmasının hastalığın kendi doğal gelişmesi imkân veren bir özelliği vardır. Bu özellik kısıtlama yöntemlerini ötenaziden ayırmaktadır.

Türkiye'de tedavinin kısıtlanması ile ilgili ne "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" ne "Hekimlerin Meslek Etiği Kuralları" nede "Hasta Hakları yönetmeliği" gibi etik belgeler de her hangi bir düzenleme yoktur. Etik belgelerde düzenlemelerin yapılmış olması eğer yasal düzenlemeler yapılmamış ise uygulamaları yapılır hale getirmez. Bu nedenle TCK'da kanununa bakmak gerekir. TCK konu "Hayata Karşı Suçlar" başlığı içeren bölümde de hiç ele alınmamıştır. Hatta 3. madde de bu konuda yasal bir yetkilendirmenin olmadığı net olarak da ifade edilmektedir. Bu nedenle yaşam destek tedavilerinin yoğun bakım hastalarında kısıtlanması konusu Türkiye'de konuşulmayan bir konudur. Ancak uygulanmayan bir konu mudur? Bu sorunun cevabı bu günün koşullarında henüz daha verilemez. Türkiye bu konuda Dünyadaki tartışmaların çok dışındadır. Eğer kendi tıp literatürümüzde ara sıra yer alan bu yazı ve benzeri yazılar konunun ülkemizde konuşulduğu anlamı taşıyor ise, çağımızın bu önemli tartışmasında bizim daha henüz bilgilendirme döneminde olduğumuz sonucundan başka bir sonuç çıkarmamak gerekir.

OTONOMİ İlkesinin Kullanımı: Çağdaş tıp, hastanın geleceği ile ilgili olarak vereceği kararın hekim - hasta arasında otonomi ilkesine dayalı bir işbirliği sonucu belirlenmesine büyük önem vermektedir. Bu işbirliğinin iki aşaması vardır. Birincisi hastanın karar öncesi bilgilendirmesi, ikincisi kararın belgelendirilmesidir.

Hastaların otonomilerini kullanabilmeleri (kendileri ile ilgili karar verebilmeleri) için önce doğru olarak bilgilendirilmeleri gerekir. Bu nedenle hekim hem etik olarak hem de yasal olarak hasta veya hasta yakınlarına onların anlayacağı şekilde bilgi vermek ve onaylarını almak zorundadır. Bu konuda hasta hakları yönetmeliğinin 15. ve 18. maddeleri

ile bir düzenleme getirilmiştir. Hastanın bilgi isteme hakkını korumak amacıyla düzenlenen 15.madde (10-12) "Hasta; sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir." denilmektedir.

Bilgi verme usulünü düzenleyen 18. madde, "Bilgi; gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmekten ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir." demektedir. Bu iki madde ülkemizde hekimlere yol gösteren tek yasal düzenlemelerdir. Yeni ceza yasasında bu konuya 21. maddede dolaylı bir anlatımla yer verilmiş ve "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık" ifadesi ile bilgilendirmeye ve hastanın yazılı onayına "dikkat ve özenle" yaklaşımın belgesi olarak önem vermek gerektiğine işaret edilmiştir. Uluslar arası uygulamalarda da her hasta için bilgilendirilmede bulunma ve sonunda "Bilgilendirilmiş onam belgesi" düzenleme uygulamasına geniş ölçüde önem verilmektedir.

Bilgilendirmenin

- Bilgilendirme
- Yeterlilik
- Karara varma
- Gönüllü olma
- Anlama

gibi önemli elemanları vardır.

Bilgilendirme elemanlarına baktığımızda; önce hastanın bilgilendirilmesi gerekmektedir. Doğru ve yeterli bir bilgilendirme hekim tarafından yapılmalıdır. Hasta bilmediği bir konuda önce bilgi sahibi olmalı daha sonra kendi anlayışına göre karar vermeli, otonomisini kullanmalıdır. Bilgilendirmenin anlaşılması da gerekir. Yoğun bakımda hastalar özel konuları veya uygulanan tedavi yönteminin özelliği nedeni ile çoğu kere entübe oldukları ve konuşmadıkları veya kullanılan ilaçlar yahut hastalıkları nedeni ile bilinçleri açık olmadığı için kavrama ve karar verme yeteneğine sahip değildirler. Yoğun bakımda hastaların karar verme yeteneklerinde zaman zaman veya aniden düzelmeler olabilir. Bu değişimi değerlendirmek için bazı testlerden yararlanılacağı belirtilmiştir. Tablo-5'de bu testlerden biri yer almaktadır. Karar verme yeteneğine sahip olmayan hastalarda bilgilendirmenin önemli elemanları yerine getirilemez. O zaman hasta hakkında hasta vekilleri ile konuşmalar yapılır. Ancak hasta vekillerinin konuyu anlama ve kavrama yetenekleri sınırlı olabilir veya kendileri çekimsiz davranabilirler. Bu gibi durumlarda hasta yerine üçüncü taraf olarak hastane etik komitesi geçebilir. Bu komite hekimin önerilerini yazılı olarak almak zorundadır. Batı, hastanın bu gibi ümitsiz hastalıklarla karşılaşması halinde tedavinin kısıtlanmasını belirten önceden hazırlan-

mış vasiyeti (proxy) varsa veya görüşünü belirttiği kişiler şahitlik ederse (living will) bu belgeleri veya ifadeleri otonomi ilkesinin kullanılması olarak kabul etmektedir. Etik komitenin bilgisi olmak koşulu ile acil girişimler sırasında veya hastanın kimsesinin olmadığı, olağan dışı durumlarda hasta adına hekimler de karar verebilir. Ancak ilk fırsatta bilgilendirmenin gereklerini yerine getirmelidirler. Sonunda bir onam belgesi düzenlenir. Bu belgeye Informed consent (bilgilendirilmiş onam belgesi) denilmektedir. Bilgilendirilmiş onam işlemi bu yönüyle hekimler açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Vincent'in bildirdiğine göre yoğun bakımla ilgili olarak, Avrupada yıllar içerisinde hasta veya hasta yakınları giderek artan oranda, daha detaylı bilgilendirilmeyi arzu etmektedirler. Hekimler çok arzu etmeseler de hasta ve hasta yakınlarına bizzat kendileri açıklama yapmaktadırlar (3,9). Bu açılardan ülkemizde de durum aynıdır. Bilgilerin içeriğine gelince, hekimin açıklaması çok geniş olmayıp iatrojenik komplikasyonları içermemektedir. Bilgilerin sınırı ülkelere göre değişmekte olup güney Avrupa ülkelerinde daha kısıtlı bilgilendirme uygulanmaktadır. Bilgilendirilmiş onam genelde bir formalite olarak görülmekte bazı ülkelerde sözlü onam öne çıkmaktadır. Bilgilendirme açılarından toplumumuzdaki duruma baktığımızda ülkemizde farklı bir uygulama görmekteyiz. Hastaya hastalığının tüm yönleri ile ilgili net bir açıklama yapma geleneği yoktur. Genelde istisnalar hariç hastalar iyileşeceğine inandırılmaya çalışılır. Gerçek ise, hasta yakınlarına anlatılır. Bu bakımdan hasta gerçek anlamda "Otonomisi"ni kullanma hakkına sahip olamaz. Öte yandan hasta yerine başkalarının karar vermesinin tıp etiğinin otonomi ilkesi ile bağdaşmadığı kanısı yaygın olarak kabul görmektedir. Bu konu tüm dünyada geniş bir şekilde tartışılmaktadır. Genellikle bu gibi durumlarda etik ve yasal otoriteler önce mahkeme kararı almayı önermektedir. Özellikle iyileşme imkânı bulunmayan hastalarda tedavinin kesilmesi söz konusu ise ve hasta kendisi hakkında karar veremeyecek durumda ise batı ülkelerindeki uygulamalarda mahkeme kararı önem kazanmaktadır. Bilindiği gibi bugün Hollanda ve Avustralya'nın bazı eyaletlerinin dışında bu konu da yasal bir düzenleme hiçbir ülkede yoktur. Tedavinin kesilmesi ile ilgili "informed consent" düzenlemeleri daha çok Yargıtay veya Yüksek mahkemelerinin içtihat kararlarına dayanmaktadır. ABD'de içtihat kararlarının temelini ise 1891'de yüksek mahkemenin verdiği bir karar oluşturmaktadır. Bu karara göre, "Bir insan için hiçbir şey onun kişisel tercihinin ve dolayısıyla otonomisini kullanma hakkının üzerinde değildir." Bu karar gereği ABD mahkemeleri karar verme yeteneğine sahip hastalarda ölümlerine yol açabilecek bile olsa bazı hastaların önerilen tedavileri ret etme hakları olduğunu kabul etmektedir. Karar verme yeteneğine sahip olmayan hastalarda hasta yerine yakınlarının ve diğer kurumların geçmesi veya hastanın başına benzer bir durum geldiğinde tedaviyi kabul etmediğini anlatan yazılı vasiyetleri dikkate alın-

rak "informed consent" düzenlenmesine yasalar batıda izin vermektedir (13). Benzer bir yasal açılım Avrupa'da da vardır. Avrupa Komisyonu hastaların önerilen tedavileri ret etmek dâhil "self determination" hakları olduğunu kabul etmiştir. Ek açıklama "European Convention on Human Rights" tarafından yapılmıştır. Bu açıklama, hastaların yaşama haklarının insancıl veya uygun olmayan tedavilere (yaşam kalitesini düzeltmeyen ve sadece yaşamı uzatan tedavilere) maruz kalmalarını önleyen kurallar ve kanunlar tarafından korunmasını, ayrıca bu konularda hastanın kendisinin veya ailesinin görüşlerinin alınmasını şart koşmaktadır. Bu kararlar ile hastanın her koşulda otonomi hakkını kullanmasını sağlayan uygulamaların yasal dayanağı oluşturulmaya çalışılmıştır. Görüldüğü gibi tıp etiği otonomi uygulamaları konusunda tartışmalara yol açmayan bir çözüm önerememektedir. Otonomi hakkını kullanma yeteneğine sahip olmayan hastanın yerine başka temsilcilerin geçmesi ile ilgili düzenlemeleri yapmakla yetinmektedir. Bu düzenlemelerle otonomi hakkının kullanılması önceliği hekimin yasa karşısında suçlu hale düşürülmemesi önceliği ile yer değiştirmekte, hastanın zarar görmesi ise hekim üzerinde oto kontrol mekanizması kurularak ve onun kendi başına karar verip uygulama yapması önlenerek sağlanmaktadır.

Etik Ne Ölçüde Çözündür

Etik, "iyi ve kötü" nün "doğru ve yanlış"ın ne olduğunu, değerlerimizin ne anlam taşıdığını anlatan ve araştıran felsefenin alt dalıdır.

Tıp etiği, etiğin tıp içerisinde farklılaşmış bir uzantısı olup tıp uygulamaları sırasında ortaya çıkan davranış sorunlarını ve bunların çözümüne yardımcı olacak yaklaşımlarını anlatır ve araştırır. Tıp etiği içine giren sorunlar ucu açık olup uğraşlar soruna çözüm bulmaktan çok etik değerleri en az zorlayan öneriyi bulmayı amaçlar (14).

Bu haliyle tıp etiği ancak hekim hasta ilişkilerinde dav-

ranış ve tutumla ilgili yol gösterici rol oynar. Yoğun bakım konularında sorunları etik uygulamalarla kesin olarak çözüme kavuşturmak şimdilik mümkün değil gibi görünmektedir. Ancak, etik olmadan da çözmek mümkün görülmektedir. Bu nedenle, etikten yararlanmak yoğun bakım etiğinin felsefesini kavramak gereklidir. Çözüm etik içerisinde sürdürülecek daha birçok çalışmaların sonunda gerçekleşecektir beklenmesi bir süre daha devam edecektir.

Kaynaklar

1. Akpir K. Yoğun bakım hastasında hasta desteği veya devami ile ilgili kararın verilmesi: Medikal etik- 3, sayfa.28, Yüce yayını dağıtım, 2001
2. Linde-Zwirble, Angus DC, Griffin M. ICU care at the end-of-life in America. Crit Care Med. 28: 34, 2000
3. Vincent JL. Information in ICU. Intensive Care Med, 24: 1251, 1998.
4. Sibbald WJ, Massaro TA. The Business Of Critical Care: Futura Publ. Comp. New-York, 1995
5. Dikmen Y. Yoğun bakım hastasında hasta desteği veya devami ile ilgili kararın verilmesi: Medikal etik- 3, sayfa.28, Yüce yayını dağıtım, 2001
6. Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustained therapy in critical ill. Crit Care Med 18: 1435-1439, 1990
7. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. .1997;25:887-91.
8. Ackermann RJ. Withholding and Withdrawing Life Sustaining Treatment. Am Fam Physician 2000;62:1555-60,1562-4.
9. Vincent JL. The result of an ethical questionare. Crit Care Med 1999;27:1626.
10. Byrne DJ, Nopier A, Cushieri A. How informed is signed consent? Br Med J (Clin Res Ed) 1988;296:839-40.
11. Resmi gazete, 23420 no, 1.8, 1998
12. Sprung CL, Winich BJ. Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. Crit Care Med 1989;17:1346-54.
13. Carlet j Thijs LG Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. Intensive Care Med 2000;30:770-84.
14. Hatemi H. Etik, Tıbbi etik ve deontoloji Medikal etik 3: 2-3 Yüce Yayın ve Dağıtım, 2001.