

Normatif Bir Bakış Açısı ile Doğal Ölüm İzni (AND) ve Yeniden Canlandırmayın (DNR) Emri

A Normative Perspective on Allow Natural Death (AND) and do not Resuscitate (DNR) Order

Dilek Özcengiz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Adana, Türkiye

ÖZ

Doğal Ölüm İzni (AND) ve Yeniden Canlandırmayın Talimatı (DNR), çağdaş sağlık sistemlerinde son dönem bakım kararlarını temelden şekillendiren kritik tıbbi direktifleri temsil etmektedir. Her iki talimat da kardiyopulmoner resüsitasyonu reddetme işlevini aynı şekilde yerine getirirken, ölüm ve ölme hakkında konuşmada farklı felsefi yaklaşımları içermektedir. Bu derleme, bu direktiflerin etrafındaki etik ve hukuki çerçeveleri incelemekte ve hasta özerkliği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının karar verme süreci ve aile dinamikleri üzerindeki etkilerini analiz etmektedir. Ampirik araştırmalar ve hukuki emsallerin kapsamlı bir incelemesi aracılığıyla, bu analiz terminolojinin hasta kabulü ve sağlık hizmeti sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Etik yansımaları, özerklik, fayda sağlama, zarar vermeme ve adalet gibi temel biyoetik ilkeleri kapsarken, hukuki boyutlar yargı bölgeleri arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Bu bakış açılarını anlamak, giderek daha karmaşık bir tıbbi ortamda son dönem bakım kararlarıyla başa çıkan sağlık profesyonelleri, politika yapıcılar ve hastalar için hayati öneme sahiptir.

Anahtar sözcükler: Kardiyopulmoner resüsitasyon, yeniden canlandırmayın, doğal ölüme izin ver, hukuk, etik

ABSTRACT

Allow Natural Death (AND) and Do Not Resuscitate (DNR) orders represent critical medical directives that fundamentally shape end-of-life care decisions in contemporary healthcare systems. While both orders serve the same clinical function of withholding cardiopulmonary resuscitation, they embody distinct philosophical approaches to communicating about death and dying. This paper examines the ethical and legal frameworks surrounding these directives, analyzing their impact on patient autonomy, healthcare provider decision-making, and family dynamics. Through comprehensive review of empirical research and legal precedents, this analysis demonstrates that terminology significantly influences patient acceptance and healthcare outcomes. The ethical implications encompass fundamental bioethical principles including autonomy, beneficence, nonmaleficence, and justice, while legal considerations vary substantially across jurisdictions. Understanding these perspectives is essential for healthcare professionals, policymakers, and patients navigating end-of-life care decisions in an increasingly complex medical landscape.

Keywords: Cardiopulmonary resuscitation, do not resuscitate, allow natural death, law, ethics

GİRİŞ

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), başlangıçta yalnızca belirli acil tıbbi durumlara yanıt olarak tasarlanmış sınırlı bir müdahaledir. Ancak zamanla hemen her kardiyak arrest olgusunda varsayılan bir uygulamaya dönüşmesi, yaşam sonu bakım anlayışında köklü bir değişimi beraberinde getirmiştir. Paradigmadaki bu dönüşüm, hastaların ve ailelerinin tıbbi olarak uygunsuz veya arzu edilmeyen resüsitasyon girişimlerini reddetme haklarını kullanabilecekleri resmi mekanizmaların geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Bu bağlamda, Do Not Resuscitate (DNR) veya Türkçedeki şekli ile “Yeniden Canlandırmayın”

emirlerinin klinik pratiğe yaygın biçimde entegre edilmesi ve bunu takiben, daha hasta merkezli bir dil sunmayı amaçlayan Allow Natural Death (AND) veya Türkçe söyleyiş ile “Doğal Ölüm İzni” terminolojisinin ortaya çıkışı, çağdaş yaşam sonu bakımının dilini ve yaklaşımını yeniden şekillendirmiştir (1,2).

DNR ve AND kavramları arasındaki fark, sadece terimsel ya da semantik düzeyde değildir. Bu kavramlar, sağlık sistemlerinin ölüm süreciyle ilgili etik, duygusal ve iletişimsel yaklaşımlarında derin felsefi farklılıkları da ortaya koymaktadır. DNR emirleri, belirli müdahalelerin—özellikle kardiyopulmoner resüsitasyonun—aktif olarak yapılmamasına odaklanırken;

Geliş tarihi/Received : 30.06.2025

Kabul tarihi/Accepted : 04.07.2025

Yayın tarihi : 30.07.2025

*Yazışma adresi: Dilek ÖZCENGİZ • dilekcozcengiz@gmail.com

Dilek Özcengiz © 0000-0002-2598-0127

Atf: Özcengiz D. Normatif bir bakış açısı ile doğal ölüm izni (AND) ve yeniden canlandırmayın (DNR) emri. JARSS 2025;33(3):153-160.



Bu eser “Creative Commons Atıf-GayriTicari-4.0 Uluslararası Lisansı” ile lisanslanmıştır.

AND emirleri, yaşamın doğal seyrine müdahale edilmemesi, konforun önceliklendirilmesi ve ölme sürecinin insan onuruna uygun bir biçimde desteklenmesi yönündeki değerleri ön plana çıkarır.

Bu iki yaklaşım biçimleri arasındaki fark hem hasta ve ailelerini hem de hekimler başta olmak üzere tüm ekibin klinik uygulamalarını derinden etkilemektedir. Bu iki yaklaşım arasında önemli bir etik ve hukuki tartışma da bulunmaktadır. Türkiye’de hekimler hastaları her durumda endikasyon olmasa da resüsite etme çabasındadırlar. Bu yaklaşımın ardında çarpıtılmış bilgilerle birlikte yasal çekinceler de bulunmaktadır. Bu derlemede DNR ve AND yaklaşımlarının çeşitli yönleriyle irdelenmesi amaçlanmıştır (3,4).

Do Not Resuscitate (Yeniden Canlandırmayın) Emirlerinin Ortaya Çıkışı

Kardiyopulmoner resüsitasyon, 1960 yıllarında akut kardiyak arrest geçiren kişileri hayatta tutmak için uygulanan bir müdahale olarak geliştirildi. Ancak yıllar içinde her kalp ve solunum durması, kardiyak arrest gibi kabul edilerek altta yatan tıbbi durum veya prognozlarına bakılmaksızın kalp durması yaşayan tüm hastalara uygulanan bir standart prosedür hâline geldi. Oysa KPR, başlangıçta ani ve beklenmedik kardiyak ve respiratuvar arrestlere uygulanan bir müdahaleydi.

Yıllar içinde KPR’nin standart bir refleks hâline evrilmesi ile başarı oranlarını değerlendiren çalışmalar yapılmaya başlandı. Sonuçlar, hastaların yandaş hastalık özelliklerine göre büyük farklılıklara sahip olduğunu gösterdi. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının, hastanede KPR uygulandıktan sonra taburcu olma şansı çok düşük bulunmuştur. Araştırmalar, metastatik hastalığı olan hastaların hayatta kalma oranlarının, lokalize hastalığı olanlarla karşılaştırıldığında daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu durum, sağlık hizmeti sağlayıcılarının uygun koşullarda resüsitasyon önlemlerini geri tutmalarına olanak tanıyan resmi DNR protokollerinin geliştirilmesine yol açtı (5).

Allow Natural Death (Doğal Ölüm İzni) Kavramı

“Allow Natural Death” (Doğal Ölüm İzni) kavramı, yaşam sonu bakımında daha bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşım geliştirmek amacıyla 1990’ların sonlarında literatüre girmiştir. Bu terimsel değişiklik, yalnızca dil açısından değil, aynı zamanda temel etik önceliklerin ve tıbbi iletişimin yeniden şekillendirilmesini de ifade etmektedir. DNR ifadesi genellikle belirli tıbbi müdahalelerin durdurulmasını vurgularken, AND terimi yaşamın doğal akışına saygı göstermeyi ve konfor önlemlerinin öncelikli olmasını teşvik eder (1). Bu nedenle AND, ölüm sürecine daha olumlu, şefkat dolu ve etik açıdan duyarlı bir yaklaşım sunmaktadır.

Bu terminolojik farkın hastalar ve yakınları tarafından nasıl anlaşıldığına dair çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Hem nitel hem de nicel bulgular, “doğal ölüm izni” teriminin, klasik DNR terimine kıyasla daha fazla kabul gördüğünü göstermektedir. Örneğin, sağlıklı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların AND terimiyle ifade edilen tıbbi talimatlara daha fazla ilgi gösterdiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, karar verme sürecine dair ayrıntılı bilgi verildiğinde ve terminoloji doğal ölümü yansıttığında, bireylerin DNR belgelerini imzalama olasılığında belirgin bir artış gözlemlenmiştir (6).

Bu bulgular, yaşam sonu bakım kararlarının yalnızca klinik içeriklerle değil, kullanılan dilsel ve etik çerçevelerle de yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle terminolojinin dikkatli ve bilinçli seçimi, hasta-hekim iletişiminin niteliği açısından belirleyici bir rol oynamaktadır.

Klinik Tanımlar ve Kapsam

DNR ve AND emirleri, hasta kardiyopulmoner arrest olduğunda KPR yapılmaması konusunda aynı temel klinik amaca hizmet eder. Ancak, bu emirlerin “tedavi etmeyin” anlamına gelmediğini anlamak önemlidir. DNR veya AND emirleri olan hastalar, antibiyotik, diyaliz, kan transfüzyonları ve mekanik ventilasyon gibi diğer tıbbi tedavileri alabilirler. Bu emirlerin kapsamı, hasta kardiyopulmoner arrest olduğu zaman KPR uygulanmaması ile sınırlıdır (2,6).

DNR ve AND’NİN ETİK BOYUTU

DNR ve AND’nin etik boyutu biyotıbbın dört temel ilkesi ile değerlendirilmelidir. Hatırlamamız gerekirse bu ilkeler; özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalettir. Bu ilkeler yaşam sonu bakım boyutuna etik bir çerçeve çizerek değerlendirme olanağı sağlar ve çatışmaların çözümü kolaylaşır.

1. Özerklik

Özerklik ilkesi, yaşam sonu bakım kararlarının etik açıdan temel taşı oluşturur. Bu ilke, yetkin bireylerin tıbbi bakımları hakkında bilgilendirilmiş kararlar verme hakkını, yaşamı sürdüren tedavileri reddetme hakkını tanıır. Hasta özerkliği, bireylerin bedenleri üzerinde ne olacağına karar verme yetkisine sahip olduklarını ve tedavi seçenekleriyle ilgili karar alma sürecine katılmalarını ifade eder.

Hastaların özerkliğine saygı aynı zamanda onların değerleri, tercihleri ve tedavi hedefleri ile ilgili bilgi sahibi olmayı da içerir. Araştırmalar, bu tartışmaların çerçevesinin hastaların karar verme sürecini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Çalışmalar, başlığın “doğal ölümüne izin ver” ifadesini içerdiğinde, geleneksel DNR diline kıyasla DNR emirlerinin imzalanma olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (1,7).

2. Yararlılık

Yararlılık ilkesi, hekimlerin hasta için en iyi olanı yapmalarını ve hastanın çıkarlarını korumalarını gerektirir. Son dönem bakım bağlamında, bu ilke diğer etik kaygılarla, özellikle hasta özerkliği ile dikkatlice dengelenmelidir.

AND çerçevesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastaların ölme sürecinde konforunu ve iyilik hâlini artırmaya yönelik olumlu adımlar atmasına odaklanarak, yararlılık ilkesi ile daha uyumlu olabilir. Bu yaklaşım, konfor bakımı, ağrı yönetimi ve duygusal destek gibi faydalı müdahalelerin önemini vurgular (7).

3. Zarar verme

Zarar vermeme ilkesi, genellikle “zarar verme” olarak özetlenir, sağlık hizmeti sağlayıcılarının orantılı fayda sağlamadan zarar verme olasılığı yüksek olan müdahalelerden kaçınmalarını gerektirir. Zarar vermeme, tıbbi profesyonellerin tüm prosedürlerin faydalarını dikkate almasını ve bunları hastaya olan potansiyel riskler ve yükler ile karşılaştırmasını yönlendirir.

Kardiyopulmoner resüsitasyon, terminal hastalıkları veya kötü prognozları olan hastalara uygulandığında zararlı kabul edilebilir; çünkü anlamlı bir fayda sağlamadan ağrı, ıstırap ve uzamış bir ölüm sürecine neden olabilir. Terminal hastalarda KPR'nin düşük başarı oranları, rutin resüsitasyon girişimlerinin zarar vermeme ilkesini ihlal edebileceği savını desteklemektedir (2,6,7).

4. Adalet ve kaynakların eşit dağıtılması

Adalet ilkesi, sağlık hizmetleri kaynaklarının adil dağıtımını ve tıbbi bakıma eşit erişimi gerektirir. DNR ve AND emirleri bağlamında adaletle ilgili hususlar, yoğun kaynakların tahsisini ve tüm hastaların uygun son dönem bakımına eşit erişimini sağlamayı içerir. Araştırmalar, sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyicilerine dayanan son dönem bakımında önemli farklılıklar tespit etmiştir; bunlar arasında ırk, gelir, sigorta durumu ve eğitim seviyesi yer almaktadır. Çalışmalar, daha yüksek gelir ve eğitim seviyelerine sahip bireylerin KPR ve tam tedavi seçme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu durum, yaşamın son dönemine ilişkin bakım kararlarına adil ve eşit erişimin sağlanmasının taşıdığı önemi açıkça ortaya koymaktadır (8,9).

Etik Zorluklar ve Sağlık Personelinin Etik İkilemleri

Hekimler, özellikle hastanın veya ailenin istekleri ile profesyonel yargıları arasında çatışma olduğunu algıladıkları zaman, DNR ve AND emirlerini uygularken sıklıkla etik sorunlar yaşamaktadırlar. Çalışmalar, hemşireler ve hekimler arasında görüş farklılıkları olduğunu ortaya koymuştur. Hemşireler çoğu zaman yetersiz planlanmış yaşam sonu bakım uygulamalarının doğrudan sorumluluğunu üstlenirken, karar alma süreçlerine yeterince dahil edilmemektedir. Öte yandan, hekimler hem iletişim eksiklikleriyle baş etmekte hem de ağır etik so-

rumluluklar taşıyan kararları tek başına vermek durumunda kalmaktadır. Bu dengesizlik, sağlık profesyonelleri arasında ahlaki sıkıntılara yol açarak ekip içi iletişimi zayıflatır ve yaşam sonu bakım süreçlerinde çatışma riskini artırabilir (10).

AND ve DNR'NİN HUKUKİ BOYUTU

DNR ve AND direktifleri ile ilgili olarak her ülkenin yasal süreçleri birbirinden farklı olabilir. Bu nedenle de hukuki çerçeveyi Türk hukuku bakımından ele almak gerekir. Bu konuda hem hekimler hem de hukukçular oldukça fazla ön ve kalıp yargılara sahiptirler. Özünde hem DNR hem de AND için hukuki bir çerçeve çizmek çok zor olmayabilir.

DNR ve AND emirleri etrafındaki hukuki çerçeve, bilgilendirilmiş onam, hasta özerkliği ve tıbbi tedaviyi reddetme hakkı gibi temel ilkelere dayanmaktadır. Bu hukuki ilkeler yasal mevzuat, içtihat hukuku ve mesleki kılavuzların bir kombinasyonu aracılığıyla oluşturulmuştur. Birçok ülkede ve Türkiye’de yaşamı sürdürmeye yönelik müdahaleler de dahil olmak üzere tıbbi tedaviyi reddetme hakkı, kişisel özerkliğin temel bir yönü olarak kabul edilmektedir.

Her tıbbi girişim vücut bütünlüğüne yönelik bir müdahaledir. Bir bakıma hukuka aykırı bir eylemdir. Çünkü bir tür yaralama eylemi oluşmaktadır. Bazı unsurlar hukuka aykırı olan bu eylemi hukuka uygun hâle getirmektedir. Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan unsurlar: Hekimlik diploması, yapılan işlemin endikasyonunun olması, hastanın veya hukuki temsilcisinin bilgilendirilmiş rızası ve güncel tıbbi standartlardır. Bu unsurlardan birinin eksikliği yapılan eylemi hukuka aykırı hâle getirir (11).

Tıbbi Müdahalelerde Rıza ve Aydınlatılmış Onam: Hukuki Çerçeve ve Uygulama Esasları

Modern tıp pratiğinde, hastanın bedeni ve sağlığı üzerindeki her türlü tıbbi müdahalenin meşruiyeti, temel bir hukuki ve etik ilke olan rıza kavramına dayanmaktadır. Hasta rızası, yalnızca bireyin özerkliğine saygının bir gereği değil, aynı zamanda hukuki sorumluluğun sınırlarını belirleyen bir güvencedir. Türk hukuk sisteminde bu ilkenin çerçevesi, başta Hasta Hakları Yönetmeliği, 1219 sayılı Kanun, Türk Medeni Kanunu ve Yargıtay kararları ile net biçimde çizilmiştir.

1. Tıbbi Müdahalelerde Rızanın Gerekliliği

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesi uyarınca, hastaya yönelik herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulabilmesi için hastanın açık rızasının alınması zorunludur. Bu ilke gereğince, rıza olmaksızın yapılan tıbbi işlemler kural olarak hukuka aykırıdır ve hastanın kişilik haklarını ihlal eder niteliktedir.

2. Aydınlatma Yükümlülüğü ve Rızanın Geçerliliği

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin **31. maddesi**, rızanın geçerli

olabilmesi için hastanın (veya yasal temsilcisinin) tıbbi müdahalenin niteliği, amacı, olası sonuçları ve riskleri hakkında bilgilendirilmesini zorunlu kılar. Bu çerçevede, rızanın sadece şeklen değil, bilgilendirilmiş bir irade beyanı olarak ortaya çıkması esastır.

Rızanın geçerliliği aynı yönetmeliğin 28. maddesi ile daha da pekiştirilmiştir. Hukuka ve ahlaka aykırı biçimde alınan, baskı altında verilen ya da soyut ve belirsiz nitelikteki rızalar geçersiz sayılmakta ve bu rızaya dayanılarak yapılan müdahaleler hukuki korumadan yoksun kalmaktadır.

3. Aydınlatılmış Onamın Kapsamı ve Şartları

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi, hekimlere geniş kapsamlı bir bilgilendirme yükümlülüğü getirmektedir. Buna göre hekim; hastasını sağlık durumu, tanı, önerilen tedavi, tedavi süresi ve başarı şansı, potansiyel riskler, ilaç kullanımı ve olası yan etkiler, tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar ve varsa alternatif tedavi seçenekleri konusunda ayrıntılı biçimde aydınlatmalıdır. Ancak bu şekilde alınan onam, “**aydınlatılmış onam**” olarak kabul edilmekte ve hukuki olarak geçerlilik kazanmaktadır. Onamın baskı, tehdit, eksik bilgi ya da aldatma yoluyla alınması durumunda, rıza hukuken hükümsüz sayılır.

4. Kişilik Hakkı ve Rızanın Sınırları

Türk Medeni Kanunu'nun 24/2. maddesi, kişinin rızasının hukuka aykırı bir müdahaleyi ortadan kaldırabilmesi için, bu rızanın üstün nitelikte bir kamusal ya da özel yarara veya kanuni yetkiye dayanması gerektiğini vurgular. Bu madde, bireyin vücut bütünlüğü üzerindeki tasarruf hakkını ve tıbbi müdahalelerde rızanın hukuki temelini oluşturmaktadır.

5. Aydınlatılmış Onamın Temel Unsurları

Aydınlatılmış onamın geçerli sayılabilmesi için aşağıdaki unsurların birlikte gerçekleşmesi gereklidir:

- Hastaya tanı, önerilen tedavi, potansiyel riskler, alternatifler ve olası sonuçlar hakkında açık, yeterli ve anlaşılır bilgi verilmesi,
- Verilen bilginin hasta tarafından anlaşılmış olması,
- Onamın özgür irade ile ve gönüllü olarak verilmesi,
- Tercihen yazılı biçimde alınması (ispat kolaylığı sağlamak amacıyla),
- Onamın belirli ve somut bir tıbbi müdahaleye yönelik olması.

6. Acil Durumlar ve İstisnalar

Hastanın bilincinin kapalı olduğu veya kendi rızasını açıklaya-

mayacak durumda bulunduğu **acil tıbbi müdahale** gerektiren hallerde, ayrıca **bulaşıcı hastalıklar** ya da toplum sağlığını tehdit eden durumlarda, hastanın veya yasal temsilcisinin rızası alınmaksızın müdahalede bulunulması hukuken mümkündür. Ancak bu durumlar, istisna teşkil eder ve sınırlı olarak yorumlanmalıdır.

Ülkemizde hastalara KPR'ye rızaları olup olmadığı sorulmamaktadır. Bu bağlamda her hastanın KPR istediği ve her arrestin de “ani” olduğu varsayımı ile davranıldığını söylemek mümkündür. Ölüm ve ölmek fikri ile ilgili konuşmalar genel olarak bir tabu hâlinedir. Hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri bu konuda suskundur. Aksi ifade edilmediği sürece insanların sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi sadece etik bir gereklilik değil aynı zamanda bir hukuki yükümlülüktür.

KPR endikasyonları:

Endikasyon hekimin yaptığı tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hâle getiren unsurlardan biridir.

Ani ve beklenmedik her durumda KPR endikasyonu vardır. İstisnalardan birisi hastanın KPR'yi reddetmiş olduğuna dair bir belge bırakmış olmasıdır. Türk hukuku bakımından bu mümkün olmakla birlikte nasıl bir belge bırakılması gerektiği konusunda açıklık bulunmamaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Biyotıp Sözleşmesi 9. madde bilincin kapanacağı ve karar verme yetisinin ortadan kalktığı durumlarda tedaviyi red hakkı vermektedir. Bu mevzuat göz önüne alınarak hazırlanacak bir yönetmelikle sorun kolayca çözülebilir durumdadır. Bazı durumlarda KPR nafie çaba hâline dönüşebilir. Bu durumda endikasyondan söz edilemez.

KPR bağlamında tıbbi futilite genellikle şu şekilde tanımlanır:

- Niceliksel futilite: KPR'nin hastaneden taburcu olma veya iyi bir nörolojik sonuçla hayatta kalma şansının son derece düşük veya hiç olmadığı durumdur. Örneğin, başarı olasılığı %1'den az olduğunda veya müdahale, spontan dolaşımı geri getirmeyecek veya anlamlı bir şekilde yaşamı uzatmayacaksa.
- Niteliksel futilite: KPR dolaşımı geri getirebilse bile, hasta değerleri ve hedefleriyle uyumlu sonuçlar elde edemez (örneğin, yalnızca ölme sürecini uzatıyorsa veya hastanın kabul edilemez bulunduğu bir yaşam kalitesine yol açıyorsa) (12,13).

Etik ve klinik rehberlerin önerisi:

- Doktorlar, tıbbi olarak faydasız veya boşuna olduğu değerlendirildiğinde KPR sunma veya uygulama konusunda etik olarak yükümlü değildir.
- Karar; klinik kanıtlar, profesyonel yargı ve mümkünse, hastanın veya yasal temsilcisinin hedefleri ve değerleri hakkın-

da ortak karar verme ile bir kombinasyonuna dayanmalıdır. Bu gibi durumlarda DNR emri uygundur ve tıbbi kayıtlarda belgelenmelidir.

- Özetle KPR, tedavi eden doktorun değerlendirmesine göre tıbben faydasız olduğunda uygulanmamalıdır.

Türk Hukukunda Hastanın Bilinci Kapanması Durumunda

İleri Dönük Talepleri ile İlgili Mevzuat

Türk hukukunda hastanın bilinci kapandığında geçerli olan ileri dönük (advance) talimatları ile ilgili temel mevzuat şunlardır:

1. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. Maddesi

Bu madde, hastanın bilinci kapalı olduğu durumda önceden verdiği talimatların en temel hukuki dayanağını oluşturmak tadır:

"Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır."

Bu düzenleme ile hastanın daha önce, bilinci açıkken verdiği tıbbi müdahale talimatlarının bilincini kaybettiği durumda da dikkate alınması gerektiği açıkça belirtilmiştir.

Yeterliğin Tekrarlayıcı Kaybedildiği Durumlar

Yönetmelik ayrıca şu hükmü de içermektedir:

"Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir."

2. Avrupa İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. Maddesi

Türkiye'nin de taraf olduğu Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesi "Önceden Açıklanmış İstek" başlığını taşımakta ve şu hükmü içermektedir:

"Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır."

Bu uluslararası sözleşme hükmü, Türk hukukunun bir parçası olarak hasta özerkliğinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır.

3. Acil Durumlar İçin İstisna Hükümleri

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesi, acil durumlar için şu istisnayı öngörmektedir:

"Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir orga-

nının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hâle gelmesine yol açacak durumun varlığı hâlinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir."

Ancak bu durumda da:

- Hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır
- Mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir
- Mümkün olmadığı takdirde tıbbi müdahale sonrasında bilgilendirme yapılır

4. Bilinci Açıldıktan Sonraki Durum

Yönetmelik, hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için özel bir düzenleme getirmektedir:

"Hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur."

5. Önceden Verilen Talimatların Hukuki Niteliği

Türk doktrininde "önceden verilen talimat" (advance directives) kavramı yeni bir alan olarak değerlendirilmektedir. Bu talimatlar:

- Hastanın ayırt etme gücü varken verdiği direktiflerdir
- Kişinin karar verme yetisini kaybettiği durumlarda uygulanır
- Kendi geleceğini belirleme hakkı kapsamında değerlendirilir

6. Uygulama ve Sorumluluk

Bu mevzuat çerçevesinde:

- Hekimler, hastanın önceden verdiği talimatları göz önünde bulundurmakla yükümlüdür
- Acil durumlar dışında, hastanın önceki iradesine saygı gösterilmelidir
- Talimatların yazılı veya sözlü olabileceği, ancak ispat kolaylığı açısından yazılı olmasının tercih edildiği kabul edilmektedir

Türk hukukunda hastanın bilinci kapandığında önceden verdiği tıbbi talimatların geçerliliği, temel olarak **Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesi** ve **Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesi** ile düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler, hasta özerkliğinin korunması ve kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının güvence altına alınması açısından önemli adımlar olmakla birlikte, uygulamada daha detaylı düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

İleri Talimat Formları (POLST Forms and Advanced Care Planning)

POLST, ciddi hastalığı olan, aşırı kırılabilir ya da ileri dönem sağlık sorunu yaşayan hastalar için tasarlanmış, tıbbi müdahalelerde önceden verilmiş yazılı talimatları içeren bir formdur. Bu form; hekim, hemşire veya doktor yardımcısı tarafından hastayla –ve gerekirse yakınlarıyla– yapılan kapsamlı bir görüşmenin ardından hazırlanan, acil tıbbi durumlarda uygulanacak müdahaleleri netleştiren bir tıbbi talimat belgesidir (14,15).

Öne çıkan özellikler şunlardır:

- **Hasta isteğini somutlaştırır:** KPR, mekanik ventilasyon, antibiyotik yönetimi, beslenme desteği gibi müdahalelere dair açık talimatlar içerir.
- **Taşınabilir, bağlayıcı bir tıbbi belge** olarak kabul edilir; acil tıbbi ekipler ve farklı bakım ortamlarında uygulanmak üzere tasarlanmıştır.
- **Hasta-hekim iletişimini destekler:** Acil bir durumda hangi uygulamaların yapılacağını netleştirir, dikkate alınması gereken öncelikleri belirler ve karar süreçlerini kolaylaştırır.

Kısaca POLST, “**acil bir durumda hastanın yaşamı sürdürme tercihini yansıtan ve her bakım ortamında geçerliliği olan, hekimin imzasıyla onaylanmış tıbbi talimat formu**” olarak tanımlanabilir.

Türk Tabipleri Birliğinin Yaşamın Sonuna Dair Etik Bildirgesinde Türkiye için bir bakış açısı sunulmaktadır. Bu belge önemli bir bakış açısı kazandırmış olmakla birlikte resmîyet kazanmamıştır. Ankara’da 15-16 Aralık 2018 tarihinde düzenlenen “TTB III. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda yeniden gözden geçirme çalışmaları başlamış ve 24 Kasım 2019 tarihinde TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongre’sinde kabul edilmiştir (16).

POLST formları, hastaların önceden belirlenmiş direktiflerinin tüm sağlık ortamlarında geçerli olmasını sağlayarak son dönem bakımında önemli bir ilerleme sunar. Özellikle ciddi hastalığı olan veya kırılabilir bireyler için, bu formlar yalnızca geleneksel “ileri direktiflere” kıyasla daha net ve belirgin rehberlik sağlamakla kalmaz, aynı zamanda **DNR emirlerinden daha geniş tedavi seçenekleri** sunar.

Araştırmalar, POLST formu ile belgelendirilmiş hasta tercihleri ile gerçekleşen bakım arasında anlamlı düzeyde yüksek uyum olduğunu ortaya koymuştur. Kardiyopulmoner resüsitasyon tercihlerinde %97,5, tıbbi müdahale düzeyinde ise %91,17 oranında uyum sağlanmıştır. POLST formları ile klasik ileri direktifler karşılaştırıldığında, POLST bulunan hastalarda hastane dışında ölüm oranı %85,7’ye yükselmışken, sadece ileri direktif olanlarda bu oran %72,0 olarak bildirilmiştir. Benzer şekilde, hospis kabul oranı %49,9’a çıkarken, sadece ileri direktifi olanlarda %27’de kalmıştır (14,15).

Kültürel Farklılıklar ve İletişimin Rolü

Kültürel ve dini faktörler, hasta ve ailelerin DNR ve AND emirlerine ilişkin perspektiflerini önemli ölçüde etkilemektedir. Farklı kültürel gelenekler, ölüm, ölme ve tıbbi karar verme konularında farklı yaklaşımlara sahiptir ve bunlar son dönem bakım planlamasında dikkate alınmalıdır. Araştırmalar, kültürel ve dil farklılıkları, tereddüt ve anlama eksikliği ile bilişsel gerileme gibi, ileri bakım planlama konuşmalarında önemli engeller olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmalar, tüketiciler ile profesyoneller arasındaki kültürel farklılıkların, ileri bakım planlamanın gerekliliği ve bakım için istekleri belgelemenin önemini konuşmayı zorlaştırdığını göstermektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, bu kültürel ve dini boyutlara duyarlı olmalı ve hasta özerkliğine saygı göstermelidir (17).

Araştırmalar, etkili ileri bakım planlaması iletişimine yönelik birden fazla engel seviyesini tanımlamıştır; bunlar arasında tüketici düzeyindeki engeller (tereddüt, anlamama), hizmet sağlayıcı düzeyindeki engeller (rahatsızlık, direnç) ve sistem düzeyindeki engeller (zaman kısıtlamaları, politika zorlukları) bulunmaktadır. Yaygın engeller arasında ailelerin emirlerin sonuçlarıyla ilgili endişeleri, gelecekteki fiziksel değişiklikler hakkında belirsizlik ve yaşam sonu kararlarıyla ilgili kültürel kaygılar yer almaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, “hastaların/ailelerin nasıl tepki vereceğinden korkmak” veya “bir üyenin gururunu incitmek istememek” gibi nedenlerle konuşma başlatmada rahatsızlık hissi yaşamaktadır. Araştırmalar, personelin ileri bakım planlaması konusundaki yetersiz bilgiye sahip olmasının, profesyoneller arasında tereddüt ve rahatsızlığa yol açtığını göstermiştir (17).

SONUÇ

AND ve DNR emirleri arasındaki ayrım, yalnızca anlamsal bir farktan daha fazlasını temsil eder; son dönem bakımına yönelik temel felsefi yaklaşımları yansıtır. Bu da hastalar, aileler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için önemli sonuçlar doğurur. Her iki emir de kardiyopulmoner resüsitasyonu reddetme anlamına gelen aynı klinik işlevi yerine getirirken, bunların uygulanmasını çevreleyen etik ve hukuki çerçeveler karmaşık ve çok yönlüdür.

Etik bakış açısı; her bir bireysel durumda dikkatli bir değerlendirme gerektiren, özellikle özerklik ve fayda sağlama gibi temel biyoetik ilkeleri arasında gerilimler ortaya koymaktadır. Yasal çerçeveler; hastalar ve sağlık profesyonelleri için önemli korumalar sağlarken, bazı zorluklar ve ikilemler de içermektedir. Yaklaşımlar, sağlık hizmetleri uygulamalarındaki ve toplumsal değerlerdeki değişikliklere yanıt olarak evrim geçirmeye devam etmektedir. Her vaka, belirli tıbbi koşullar ve hastanın açık veya çıkarım yoluyla ifade edilen bakım he-

defleri temelinde değerlendirilmelidir. Bu, kararların tek tip uygulanmak yerine özelleştirilmesini sağlamaya yardımcı olur.

Özellikle sağlık ekipleri ile hastalar veya vekilleri arasında anlaşmazlıklar ortaya çıktığında, bir etik komite veya danışmanın dahil edilmesi yapılandırılmış ve tarafsız bir çerçeve sağlar. Bu danışmanlık, anlaşmazlığın arkasındaki gerekçeyi kapsamlı bir şekilde inceleyerek ve hasta veya ailesinin endişelerini ele alarak çatışmayı çözmeye yardımcı olabilir. Hekimler, etik olarak hastaya veya vekiline uyumsuzluk nedenlerini açıkça anlatmakla ve bu tartışmaları dikkatlice belgelemekle yükümlüdür. Bu süreç, hasta özerkliğine saygıyı pekiştirirken klinik ve etik standartları da korumaktadır. Bu prosedürel korumaları benimseyerek amaç, fayda sağlamayacak müdahalelerle gereksiz acı çekmenin uzamasını önlerken, hastanın kendi bakımına yönelik kararlara katılma hakkına da saygı göstermektir. Bu dengeli ve şeffaf yaklaşım, elde edilen kararların hem etik olarak meşru hem de klinik olarak sağlam olduğundan emin olmaktadır.

Ampirik araştırmalar, terminolojinin ve iletişim yaklaşımlarının hastaların karar verme süreçlerini ve sağlık sonuçlarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. DNR ve AND çerçeveleri arasındaki tercih, katı kurumsal politikalar yerine hasta tercihleri, kültürel özellikleri dikkate alma ve iletişim etkinliği tarafından yönlendirilmelidir. Bu emirlerin uygulanmasında sağlık profesyonelleri ahlaki bunalım, iletişim zorlukları ve kaynak kısıtlamaları gibi önemli zorluklarla karşılaşmaktadır (15,17).

Eğitimin bu konuda da gerekliliği mutlak. Hekimlere, hemşirelere ve tüm diğer sağlık personeline yaşamın sonu hakkında yaygın ve etkin eğitimler düzenlenmelidir. Sağlık profesyonellerinin yaşam sonu kavramlarını içselleştirmeleri gereklidir. Ölüm gibi varoluşsal kaygıya neden olan bir olgu ile sürekli iç içe yaşayan sağlık profesyonellerinin bu anksiyete ile yüzleşmeleri gereklidir. Ölüm anksiyetesinin varoluşun kaçınılmaz bir kaygısı olduğunu kabullenemeyen bir insan için, bu konuya nesnel bakabilmek çok zorlayıcıdır.

Geleceğe baktığımızda, teknolojinin entegrasyonu, POLST formları gibi kapsamlı bakım planlama yaklaşımlarının geliştirilmesi ve kalite iyileştirmeye odaklanılması, yaşam sonu bakım kararlarının etkinliğini artırma fırsatları sunmaktadır. Ancak, bu ilerlemeler, etik ilkeler, yasal gereklilikler ve hastalar ile ailelerin farklı ihtiyaçları göz önünde bulundurularak dikkatlice uygulanmalıdır.

DNR ve AND direktiflerinin temel amacı, hastaların değerlerine, tercihlerine ve yaşam hedeflerine uygun bir yaşam sonu bakımı almalarını sağlamak ve aynı zamanda sağlık ekibinin şefkatli ve etik bir bakım sunma sorumluluğunu desteklemektir. Bu hedefe ulaşmak için etkili iletişim, kapsamlı eğitim,

politika geliştirme ve ilgili alanda sürekli araştırma yapılması gerekmektedir. DNR ve AND yaklaşımlarındaki sürekli değişim, sağlık sistemlerinde daha hasta merkezli, kültürel olarak duyarlı ve etik temelli uygulamalara doğru giden geniş çaplı bir dönüşümün göstergesidir.

Ülkemizde KPR, DNR ve AND konularına dair toplumun bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Aynı zamanda, hekimlerin bu kavramlar etrafında ortak bir dil kullanmaları ve yalnızca yaşamak değil, onurlu bir şekilde ölme hakkını da hastalar bakımından kabul etmeleri gereklidir. Bu çerçevede ifade ettiğimiz değişimin mümkün olabilmesi, bireylerin yaşam sonu bakımına dair yazılı talimatlar (ileri direktifler) hazırlamasına bağlıdır.

Yasal açıdan yapılması gereken, Türkiye'nin de taraf olduğu İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 9. maddesinde tanımlanan "önceden açıklanmış istekler" ile uyumlu olarak, ileri direktiflerin ya da yaşam sonu talimatlarının bağlayıcı şekilde uygulanmasını sağlayacak resmi bir belgeyi tüm sağlık sunucularına resmî şekilde duyurmaktır. Bu adımların atılması İnsan Hakları, etik ve tıbbın klinik uygulamaları kadar toplum için de son derece hayati öneme sahiptir.

YAZAR KATKILARI

Çalışmanın fikri veya tasarımı: DÖ

Veri toplama: DÖ

Veri analizi ve yorumlama: DÖ

Makale taslağının hazırlanması: DÖ

Makalenin kritik revizyonu: DÖ

Yazar (DÖ) sonuçları gözden geçirmiş ve makalenin son hâlini onaylamıştır.

KAYNAKLAR

1. Fan SY, Wang YW, Lin IM. Allow natural death versus do-not-resuscitate: Titles, information contents, outcomes, and the considerations related to donotresuscitate decision. BMC Palliat Care 2018;17(1):114.
2. Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. The ethics of DNRdecisions in oncology and hematology care: A qualitative study. BMC Med Ethics 2020;21(1):66.
3. Mohr M, Kettler D. Ethical aspects of resuscitation. Br J Anaesth 1997;79(2):253-9.
4. Stecher J. Viewpoint: 'Allow Natural Death' vs. 'Do Not Resuscitate': A kinder, gentler approach would benefit everyone. Am J Nurs 2008;108(7):11.
5. Lee MA, Cassel CK. The ethical and legal framework for the decision not to resuscitate. West J Med 1984;140(1):117-22.
6. Myrianthefs P, Batistaki C, Baltopoulos G. Cardiopulmonary resuscitation in end-stage cancer patients. J BUON 2010;15:25-8.

7. The Medic Portal. Medical ethics: non-maleficence [Internet]. London: The Medic Portal; [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://www.themedicportal.com/application-guide/medical-school-interview/medical-ethics/medical-ethics-non-maleficence/>
8. Gievers L, Khaki S, Tolle S. Social determinants of health may predict end-of-life portable orders for life-sustaining treatment form completion and treatment selections. *Am J Hosp Palliat Care* 2022;39(6):678-86.
9. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med* 2021;9:20503121211000918.
10. Choi EK, Kang J, Park HY, et al. Moral distress regarding end-of-life care among healthcare personnel in Korean university hospitals: Features and differences between physicians and nurses. *J Korean Med Sci* 2023;38(22):169.
11. Nasrat Q. Tıbbi müdahalelerde hukuka uygunluk şartları. *İbn Haldun Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2023;2:77-97.
12. Beck K, Hörner C, Dummett S, Jäger M, Bause H, Schwarzkopf D. Medical futility regarding cardiopulmonary resuscitation in in-hospital cardiac arrests of adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* 2022;172:181-93.
13. Swetz KM, Burkle CM, Armstrong MJ. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clin Proc* 2014;89(7):943-59.
14. Abraham JL. Advances in palliative medicine and end-of-life care. *Annu Rev Med* 2011;62:187-99.
15. Pedraza SL, Culp S, Knestruck M, Falkenstine E, Moss AH. Association of physician orders for life-sustaining treatment form use with end-of-life care quality metrics in patients with cancer. *J Oncol Pract* 2017;13(1):1-7.
16. Türk Tabipleri Birliği. Yaşamın sonuna ilişkin tıbbi kararlar hakkında görüş [Internet]. Ankara: TTB; 2023 [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://www.ttb.org.tr/555yi49>.
17. Kim H, Flieger SP. Barriers to effective communication about advance care planning and palliative care: A qualitative study. *J Hosp Palliat Care* 2023;26(2):42-50.