

**Review Article**

# A taboo in healthcare; life support decisions at the terminal stage



Sağlıkta bir tabu; son dönem yaşam destek kararları

 Turgay Albayrak<sup>a</sup>,  Hilal Aksoy<sup>b</sup>,  Esra Meltem Koc<sup>c</sup>,  İrfan Sencan<sup>d</sup>,  Adem Ozkara<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Yenimahalle Cigdemtepe Family Health Center, Ankara, Turkey

<sup>b</sup> General Directorate of Health Services, Ministry of Health, Ankara, Turkey

<sup>c</sup> Katip Celebi University, School of Medicine, Department of Family Medicine, Izmir, Turkey

<sup>d</sup> Etimesgut Topcu Family Health Center, Ankara, Turkey

<sup>e</sup> Hitit University, School of Medicine, Department of Family Medicine, Corum, Turkey

**ABSTRACT**

Public who are the target audience of health care system need to be actively involved in the system for more effective health care provision. Advance directives which are the important examples of participation in treatment decisions are written documents that, in the situation of a serious illness, either clarify an individual's wishes for health care or determine a person to make health care decisions for that individual who becomes unable to do so. Living wills, health care power of attorney, directive of do-not-resuscitate, withholding of life support and withdrawing of life support are included in advance directives. Advance directives are being implemented in the United States of America (USA) and some European countries. The legal status of advance directives vary by country. There is no data on the use and writing of advanced directives in our country. It is necessary to start discussing about people's decisions on terminal care and implementations by analyzing the material and moral brought of patient care at the end of life in both individual and social terms.

**Keywords:** Health services accessibility, advance directives, decision making, living wills, terminal care

**ÖZ**

Sağlık sisteminin daha etkin işlemesi için sağlık hizmetinin hedef kitlesi olan halkın da sisteme aktif olarak dâhil olması gerekmektedir. Tedavi kararlarına katılımın örneklerinden birisi olan gelişmiş sağlık direktifleri çok ciddi bir hastalık durumunda kişinin kendisine verilecek olan sağlık hizmeti ile ilgili taleplerini içeren veya hastanın kendi kararlarını alamayacak duruma geldiğinde, yerine karar alacak kişiyi tayin ettiği yazılı belgelerdir. Yaşam vasiyeti, yasal sağlık yetkilisi, resusitasyon etmeme direktifi, yaşam desteğinin kısıtlanması, yaşam desteğinin sonlandırılması bu direktifler içerisinde yer alır. Gelişmiş sağlık direktifleri, başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde uygulanmaktadır. Gelişmiş sağlık direktiflerinin ülkelere göre hukuki durumları farklılık göstermektedir. Ülkemizde ise gelişmiş sağlık direktifi kullanımına ve yazımına ilişkin herhangi bir veri yoktur. Son dönem hasta bakımının hem bireysel hem de toplumsal anlamda getirdiği maddi ve manevi yükler dikkatli analiz edilip, ülkemizde de artık kişilerin son dönemleri hakkında önceden karar verebilmesi ile bu kararların uygulanabilmesi konusu tartışılmaya başlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri erişilebilirliği, gelişmiş sağlık direktifleri, karar verme, yaşam vasiyeti, terminal bakım

**Submission:** Aug 11, 2016

**Acceptance:** Sept 12, 2017

**E-mail:** hilal.aksoy35@gmail.com

**Correspondence:** Hilal Aksoy, MD

Universiteler mah. 1604. Cad. No:9 06800 Bilkent-Çankaya, Ankara, Turkey

[www.fppc.com.tr](http://www.fppc.com.tr)

## Giriş

Ülkemizde ve tüm dünyada sağlık sistemlerinin etkinliği ve işleyişi tartışma konusudur. Sağlık sisteminin daha etkin işlemesi için, sağlık hizmetinin hedef kitlesi olan halkın sistem içerisinde daha aktif rol alması gerektiği maalesef çoğu zaman unutulmaktadır. Bu rolün nasıl olacağı tüm dünyada tartışılmaktadır. Halk, sağlık hizmeti yapısına nasıl ve ne derece katılmalıdır? Halkın bu katılım rolü literatürde de yaygın tartışma konusudur [1]. Halkın sağlık kararlarına katılımı çeşitli düzeylerde olabilir. Bunlardan birisi de tedavi kararlarına katılımdır. “Gelişmiş sağlık direktifleri” (advance directives) tedavi kararlarına katılımın örneklerinden birisidir.

Çok ciddi bir hastalık durumunda kişinin kendisine verilecek olan sağlık hizmeti ile ilgili taleplerini içeren veya hastanın kendi kararlarını alamayacak duruma geldiğinde, yerine karar alacak kişiyi tayin ettiği yazılı belgelere gelişmiş sağlık direktifleri (advance directives) denir. Yaşam vasiyeti, yasal sağlık yetkilisi, resusitasyon etmeme direktifi, yaşam desteğinin kısıtlanması, yaşam desteğinin sonlandırılması bu direktifler içerisinde yer alır. [2, 3]. Bu çalışmada gelişmiş sağlık direktiflerinin neler olduğu ve dünyada nasıl uygulandığı literatür bilgisinden faydalanarak derlenmiştir.

## Yaşam vasiyeti (living wills)

Kişinin yaşamının son aşamasında ne tip tıbbi tedaviye izin verdiğini detaylarıyla belirten bir belgedir [2, 3]. Yaşam vasiyeti, en eski sağlık direktifidir. İlk defa 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Illions Eyaleti'nde avukat olan Luis Kutner tarafından bir hukuk dergisinde önerilmiştir [4]. Bu sağlık direktifi, çok spesifik veya çok geniş olabilir [5]. Hasta kendi el yazısı ile yaşamını sağlayacak kardiyopulmoner resusitasyon, yapay solunum, aile tarafından bakılma, beslenme ve hidrasyon gibi yöntemleri kabul veya reddettiğini beyan eder. Akli melekeleri yerinde iken belirtilmiş bu tür istekler ABD'nin bazı eyaletlerinde yasal olarak kabul edilmekle birlikte, tıbbi ve adli görevlilerce onaylanması zorunludur [6]. 2007 yılında Amerikalıların %41'i yaşam vasiyeti belgesini tamamlamıştır [7]. Birçok ülkede yaşam vasiyetinin kayıtlı olması gerektiği önerilmiştir. Bu sayede doktorlar ve sağlık hizmeti sağlayıcılar tarafından daha kolay ve kabul edilebilir bir şekilde bu belgelere ulaşılabilir [8].

## Yasal sağlık yetkilisi (health care power of attorney)

Kişinin kendi sağlık kararlarını alamayacak halde olması durumunda sağlık kararlarını verme yetkisini belirli bir kişiye devrettiğini gösteren tarihli, imzalı ve şahitli kanuni bir belgedir. Yasal sağlık yetkilisi, belgeyi düzenleyen kişinin iş veya finansal konularında karar verme yetkisini devralmamakla birlikte sadece sağlık kararlarını vermede yetkilidir [2,3,9].

## Resusitasyon etmeme direktifi- DNR (do-not-resuscitate)

DNR, kişinin solunumunun veya kalp atışının durması halinde, kardiyopulmoner resusitasyon yapılmaması yönünde verilen bir direktiftir. Başka bir tanımla DNR, hasta veya hastanın yasal temsilcisi tarafından tedavi ekibine verilen, hastanın istekleri doğrultusunda, müdahale edilmemesi direktifidir [10,11]. DNR direktifi ile entübasyon ve kardiyopulmoner resusitasyon dışındaki diğer tedavi ve medikal işlemler etkilenmez. Hasta, diyalize girmek, kemoterapi almak, antibiyotik almak gibi tedavilere devam eder.

## Yaşam desteğinin kısıtlanması (withholding)

Kişinin mevcut hastalık durumuna ve hastalığın özelliğine göre bazı tıbbi tedavilerin hastaya başlanmamasıdır. Buna örnek verecek olursak; ileri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastayı, son dönemde mekanik ventilatörden ayırmak mümkün olmayacağından, bu hastaya, mekanik ventilasyon uygulanmaması kararı alınabilir [12].

## Yaşam desteğinin sonlandırılması (withdrawing)

Hastaya verilen çeşitli tıbbi tedavilerin durdurulmasıdır. Buna örnek verecek olursak; beyin ölümü geliştiği kararlaştırılan bir hastada mekanik ventilasyon tedavisinin durdurulması kararı verilebilir [12].

ABD ve Avrupa ülkelerinde, son dönem karar verme sorununu çözmek için yasal ve etik çerçeveler içinde uygulamalar vardır [13]. Bu ülkelerdeki yaklaşım, çoğunlukla özerklik ve hastanın çıkarları kavramına dayanmakla birlikte önceden verilen direktifler özerkliğin uygulanmasının bir işareti olarak kabul edilmektedir. ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde, yaşam vasiyeti ve önceden verilen direktifler, birçok insan için kabul edilebilir hale gelmiştir [14]. Ancak bu durum hala, Uzak-Doğu-Asya ülkelerinde yaygın olarak kabul edilmemektedir. Aile bağlantılı Konfüçyüs Kültürü'nün yaygın olduğu bu ülkelerde, özerklik ve önceden verilen direktif kavramı soru işareti olarak kalmaktadır [15-17].

Gelişmiş sağlık direktifleri, başta ABD ve Avrupa'nın bazı ülkelerinde uygulanmaktadır. Gelişmiş sağlık direktiflerinin ülkelere göre hukuki durumlarına bakacak olursak;

Hollanda'da hasta ve potansiyel hastalar, kendileri için hangi koşullarda ötenazi istediklerini belirleyebilmektedir. Bu isteklerini, ötenazi direktifi yazmak koşulu ile yapabilirler. Bu sayede hasta ile iletişim sağlanamasa bile, hastanın isteği yerine getirilmektedir. Bu direktifin kabul edilmesi için hastanın yazdığı vasiyet ile en az iki hekim ve bu hekimlerle ilişkisi olmayan, bu konuda uzman başka bir hekimin, hastanın son dönemde ve kurtulma ümidinin olmadığı konusunda fikir birliğinde olması gerekmektedir [18].

Avusturya'da yaşam vasiyetinin kapsam ve koşullarını belirleyen kanun 1 Haziran 2006'da yürürlüğe girmiştir. Kanunlar, iki çeşit yaşam vasiyeti sağlamaktadır. Bunlar, bağlayıcı ve bağlayıcı olmayan yaşam vasiyetleridir. Bağlayıcı yaşam vasiyetinde, hasta kendini ifade edemiyor veya durumu anlayamayıp, bir yargıya varamadığı durumda, takip eden doktor, yaşam vasiyetine uymak zorundadır.

Yaşam vasiyeti hazırlamak için şu koşullar olmalıdır:

- 1-Bir kararı almak ve başvurusunu yapmak işinin kişinin kendisi tarafından yürütülüp, teslim edilmesi.
- 2-Tıbbi bilgi
- 3-Yaşam vasiyetinin, hastanın avukatının / noterin veya hastanın yasal temsilcisinin yanında hazırlanması.
- 4- Ret edilen tıbbi tedaviler

5-Güncellik (prensipl olarak bağlayıcı yaşam vasiyeti, beş yıl süreyle geçerlidir).

Yukarıda sayılan koşulların eksik olması durumunda, yaşam vasiyeti, bağlayıcı değildir. Eğer yaşam vasiyetinin koşulları tam sağlanamazsa, bu durumda yasal vasi devreye girerek, hastanın isteklerinin yerine getirilmesini sağlar [19].

İtalya'da, hastaların, yaşam desteğini sağlayan medikal tedaviyi reddetmeye izin veren kanunlar olmasına rağmen, yaşam vasiyeti ile ilgili bir mevzuat yoktur [20-22]. Bu nedenle İtalya'da yaşam vasiyeti, bağlayıcılığı olmayan bir belgedir [23]. Musküler distrofi hastalığına sahip, terminal dönemdeki Piergiorgio Welby adlı hastanın, solunum cihazından çıkarılması için mahkemeye dilekçe vermesi üzerine, 2006 yılında İtalya'da son dönem bakımı üzerine tartışmalar çıkmıştır. İtalyan Parlamentosundaki tartışmalar sonucunda bir karar çıkmadı. Bir doktor sedasyon altında, Piergiorgio Welby'i solunum cihazından çıkararak, onun isteğini yerine getirdi. İşlemi gerçekleştiren doktor, ötenazi yasaklayan kanunu ihlal etmekten yargılandı. Yargılamadan sonra doktor bu eyleminden dolayı herhangi bir ceza almayarak aklandı [24]. Ayrıca İtalya'da hasta yerine karar vermeye katılan bir vasi kavramı da yoktur [23].

İsviçre'de, hasta kararlarının ve formlarının muhafaza edilmesini sağlayan bazı kuruluşlar vardır. Hasta tarafından oluşturulan bu formlara göre, karar vermede kalıcı zorluk olan bir durumda (beyin hasarı ve iletişim sağlanamaması gibi bir durumda) yaşamı uzatmak için yapılan tüm tedavi ve girişimler sonlandırılabilir. Hastanın ailesi ve bu kuruluşlar hastanın vekâletnamesini de saklayarak, hastanın kararlarının uygulanmasını sağlamaktadır. Kasım 2008'e kadar hasta kararlarının, hem cezai hem de hukuki bir bağlayıcılığı yoktu. Günümüzde yaşam vasiyeti, hastanın sözde iradesini temsil etmektedir [25].

İngiltere ve Galler'de, Zihinsel Kapasite Kanunu 2005'e göre hastalar, gelişmiş sağlık direktifi yazarak vekil tayin edebilmektedir [26]. İngiltere'de kişiler, zihinsel kapasitelerine göre, tedaviyi kabul veya ret edebilir [27].

ABD, yaşam vasiyeti ve sağlık bakımı ile hasta vekilinin en fazla kabul gördüğü ülkedir [28]. Yapılan anketlere göre her üç Amerikalıdan biri son dönem bakım kararları hakkında karar vermekten memnuniyet duymaktadır [29]. Aileleri ile ilişkili, genç ve yetişkin Afrika kökenli Amerikalıların, gelişmiş sağlık direktifleri hakkındaki bilgi, tutum ve bunu kullanma tercihlerini araştıran sınırlı sayıda araştırma vardır. ABD'de yapılan bir çalışmada 21 ile 40 yaşları arasındaki 112 kişinin, gelişmiş sağlık direktifleri hakkındaki bilgi, tutum ve bunu kullanma tercihleri ve verilen kararlar ile cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve meslek arasında bir ilişki olup olmadığını araştırılmış. Çalışma sonucunda, cinsiyet haricindeki diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Ayrıca bu çalışma genç ve yetişkin Afrika kökenli Amerikalıların, gelişmiş sağlık direktifleri hakkında bilgi sahibi olma ihtiyaçlarının olduğunu göstermiştir [29].

Finlandiya'da, gelişmiş sağlık direktifleri genel olarak kabul görmekte ve memnuniyetle karşılanmaktadır. Yaşam vasiyeti, tamamlandıktan sonra değiştirilmediğine inanılırsa, bağlayıcı olmaktadır. Hasta vekili veya karar verme sürecinde hastayı temsil edecek kişi konusunda, kanunlara göre mevcut resmi bir yönetmelik yoktur. Ama prensip olarak hasta herhangi bir tedaviyi, hatta hayat kurtarıcı tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Bununla birlikte aktif ötenazi yasal değildir. Genel popülasyon verileri bilinmemekle birlikte, hastaneye başvuran hastaların %5'inden daha azı, gelişmiş sağlık direktifi vermiştir. Yapılan bir çalışmada, yaşam vasiyetinin uygun hazırlanması halinde, doktorların %86'sının tedavi kararında bunu dikkate aldığı görülmüştür [30].

Norveç'te, yaşam vasiyeti ile ilgili hukuki bir düzenleme ve yasal bir bağlayıcılık yoktur. Özel olarak, yaşam vasiyeti verilmesi ile ilgili olarak çalışan bağımsız bir kuruluş vardır. Yaklaşık 4000 Norveçlinin bu çeşit yaşam vasiyeti mevcuttur. Ancak bu vasiyetlerin, yasal olarak bağlayıcılığı hakkında hiçbir şey söylenmemektedir. Kişiler, kendilerini temsil edecek vekili tayin edebilirler, ancak bu kişiler yasal olarak yetkili değildir. Bu kişilerin tedavinin sonlandırılmasına yönelik herhangi bir bağlayıcı kararı olmamaktadır. Ayrıca aktif ötenazi ve doktor yardımı intihar Norveç yasalarına göre yasaktır [31].

Fransa'da, yaşam vasiyetinin bağlayıcılığı yoktur. 22 Şubat 2005'te yayınlanan kanun ile son dönem bakım ve tedavileri ile ilgili, özellikle de kendini ifade edemeyen hastaların tedavilerinde, doktorların durumuna açıklık getirerek, gerekli bütün tedavileri yapmaları öngörülmüştür. Ancak aynı kanun, hastanın gelişmiş sağlık direktifi yazması durumunda, doktorun bunu göz önünde tutmasını da öngörmüştür. Gelişmiş sağlık direktifinin geçerli olması için üç yılda bir yenilenmesi gerekmektedir. 4 Mart 2002 tarihinde yayınlanan kanuna göre, 18 yaşını dolduran bir kişi, kendi yaşam vasiyetini açıklayamaz durumdayken, kendisine danışılması üzere bir kişiyi vekil atayabilir. Ama bu kişi gerçekte karar verici olmayıp, karar verilirken görüşü alınmaktadır. Yine 2005'te çıkan kanuna göre bir kişi, verilen tedaviyi sınırlandırma ve sonlandırma hakkına sahip olup, doktorların bu karara saygı göstermeleri öngörülmüştür. Ayrıca Fransa'da ötenazi de yasaktır [32]. Gelişmiş sağlık direktiflerinin ülkelerdeki hukuki durumları tablo 1'de kısaca özetlenmiştir.

**Tablo 1. Gelişmiş sağlık direktiflerinin ülkelere göre hukuki durumları**

Uzak Doğu, Asya Ülkeleri	Yaşam vasiyeti kabul görmemektedir.
Hollanda	Hastalar ötenazi direktifi yazabilir. Hekimler hastanın kurtulma ümidi olmadığı konusunda fikir birliği içinde olmalı.
Avustralya	Yaşam vasiyeti hazırlanabilir.
İtalya	Yaşam vasiyeti ile ilgili mevzuat yok.
İsviçre	Yaşam vasiyeti hastanın sözde iradesini temsil etmektedir.
İngiltere	Gelişmiş sağlık direktifi yazılarak vekil tayin edilebilir.
Galler	Gelişmiş sağlık direktifi yazılarak vekil tayin edilebilir.
ABD	Yaşam vasiyeti ve sağlık bakımı ile hasta vekilinin en fazla Kabul gördüğü ülke.
Finlandiya	Gelişmiş sağlık direktifleri genel olarak Kabul görmemektedir.
Norveç	Yaşam vasiyeti ile ilgili hukuki düzenleme yok.
Fransa	Yaşam vasiyetinin bağlayıcılığı yok. Gelişmiş sağlık direktifinin geçerli olması için üç yılda bir yenilenmesi gerekir. Ötenazi yasak.

Ülkemizde, gelişmiş sağlık direktifleri, sağlık mevzuatının herhangi bir kısmında doğrudan ele alınmamıştır. Türkiye için de bağlayıcılığı olan Oviedo Sözleşmesi'nin 9. maddesine göre, daha önceden ifade edilen istekler, göz önünde tutulmalıdır. Ancak bu ifadenin bağlayıcılığı açık olmayıp, ne yazık ki belirsizdir. Ülkemizde, gelişmiş sağlık direktiflerine belki de en yakın sağlık direktifi, günlük tıp pratiğinde uygulanmakta olan, Organ Nakli Hakkında Kanun'un 14.maddesinde tanımlanmıştır. Bu kanun, kişinin kendi iradesiyle iki kişi huzurunda yapmış olduğu organ bağışına izin vermektedir. Ülkemizde, Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 19'da hasta vekili kavramı ima edilmiştir. Buna göre hastalığı ile ilgili bilgilerin hastadan gizlendiği durumlarda, bu bilgi önceden belirlenen kişiye söylenmektedir. Ancak aynı yönetmelikte bu durumun, süreç içerisinde nasıl ele alınacağı ayrıntılı değildir. Buna ek olarak, gelişmiş sağlık direktifinde belirtilmeyen bir kişinin, karar verme sürecinde, yasal temsilci olma durumu da yönetmelikte belirtilmemiştir. Hasta bir kişinin özerklik sınırlarının en açık bir biçimde, tedavinin reddedilmesine ilişkin olarak Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilmiştir. Türk hukuk sistemi, yaşama hakkının vazgeçilemez ve devredilemez olduğunu savunur. Hatta kişi, kendi tedavisini sınırlandırma hakkına sahip değildir. Bu nedenle kişinin isteğine göre yaşamının sonlandırılması, kanunlara göre yasaktır. Bireyin kendi rızası ile olsa bile, yasa dışı bu eylemi, haklı gösteremez. Bunlardan yola çıkarak, gelişmiş sağlık direktifleri için olası ötenazi ve yaşam destek tedavisinin kesilmesinin istenilmesi potansiyel sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ülkemizde, gelişmiş sağlık direktifi kullanımına ve yazımına ilişkin herhangi bir veri de yoktur [33].

Gelişmiş sağlık direktifleri, farklı disiplinler için uygulanmaktadır. Örneğin kriz kartı, psikiyatride kullanılan, gelişmiş bir sağlık direktifidir. Kriz kartında, potansiyel bir kriz esnasında, kişinin tedavi tercihleri yer almaktadır [34].

Gelişmiş sağlık direktifleri veya kişinin vekilini belirtmesi, yaygın olarak tavsiye edilmektedir. Ama bunların, doktorun kararlarını nasıl ve ne kadar etkilediği iyi bilinmemektedir. Bunu tespit etmek amacıyla İsviçre'de bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda, gelişmiş sağlık direktifleri veya kişinin vekilinin, doktorun kararlarını etkilemede eşit derecede etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca bunların, doktor kararlarını en fazla etkileyen faktörler olduğu öne sürülmüştür. Buna rağmen, bu haliyle gelişmiş sağlık direktifleri veya kişinin vekilinin, kararlar üzerine etkisi azdır [35].

Ölme hakkı, "ciddi herhangi bir hastalık nedeniyle ömür boyu tedavi görmesi gerekli olan bir hastanın, sürekli olan bu tedavinin, kendi yaşam kalitesini bozacağına inanarak, akli melekeleri yerindeyken, tedaviyi reddetme veya yaşam desteğinin kesilmesini isteme hakkı" olarak kabul edilebilir. Hastalığın son evrelerine doğru, kendi iradesiyle karar verebilme yetisinin bozulması beklenen hastalar, bu istemlerini geleceğe dönük olarak yapabilmektedir. Hastaların kendi hakları konusunda bilinç düzeyi arttıkça, daha fazla kişi "ileriye dönük istekler, gelişmiş sağlık direktifi" düzenlemektedir. Düzenlenen bu belgeler, şuur ve hareket serbestliğine sahip olan kişinin, karar veremez durumda iken almak istediği tedaviyi belirtir.

Yapılan çalışmalarda ciddi hastalıkları olup, ölmek üzere olan hastalara yapılan tedavilerin, gereksiz uzun, pahalı, ağırlı ve hem hasta hem de hasta yakınları için manevi yönden ağır yükler getirdiği vurgulanmaktadır [36-41].

Karar veremeyecek, aciz durumdaki hastaların, önem verdiği değerleri, son dönem bakım kılavuzu gibi standart yaşam vasiyetlerinin üzerinde olması önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastanın değerlerinin, son dönem bakımında, yaşam vasiyetinden daha iyi bir yol gösterici olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca bu çalışmada, son dönem tedavi tercihlerinde, hastanın dini inanışları, uzun yaşama isteği ve ailesinin tercihlerinin takip edilmesini istemesi gibi hasta değerlerinin göz önünde tutulması gerektiği söylenmektedir [42].

Son dönem hasta bakımının hem bireysel hem de toplumsal anlamda getirdiği maddi ve manevi yükler dikkatli analiz edilip, ülkemizde de artık kişilerin son dönemleri hakkında önceden karar verebilmesi ile bu kararların uygulanabilmesi konusunun, yüksek sesle konuşulmasının vakti gelmiştir. Konu hakkında tüm paydaşlara gerekli bilgilendirmeler yapıp, örnek olarak mevcut uygulamalar gösterildikten sonra oluşan görüşler doğrultusunda, günümüz tıbbına, kişisel ve toplumsal özelliklerimize uygun çözümler ortaya konmalıdır. Daha sonra yasal düzenlemeler yapılarak, bu konunun uygulanmasının önünde yer alan engeller kaldırılmalıdır. Sağlık sisteminde genel olarak, hizmet alan kesimin aktif katılımının sağlanması, sağlık sisteminin, daha etkin ve daha demokratik bir şekilde işlenmesini sağlayacaktır.

**Çıkar Çatışması/Conflict of interest:** Yok/none

**Finansal Destek/Funding:** Yok/none

## Kaynaklar

1. Kahveci R. Sağlık hizmetlerini demokratikleştirecek bir adım: Son dönem yaşam destek kararlarına hastaların katılımı. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2007;15:90-93.
2. Advance directives: Be prepared, in *People's Medical Society, Newsletter* 1992;11: 4-5.
3. Park DC, Eaton TA, Larson EJ, Palmer HT. Implementation and impact of the patient self-determination act. *South Med J*.1994;87(10): 971–977. doi: <https://doi.org/10.1097/00007611-199410000-00002>
4. Kutner L. The Living Will: a proposal. *Indiana Law Journal* 1969;44(1): 539-554.
5. University of California San Francisco News Center. <https://www.ucsf.edu/news/2007/11/7357/patients-prefer-simplified-advance-directive-over-standard-form> Tokar S. Accessed:07.09.2017.
6. Icelli ID, Demet MM. Rasyonel intihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(4): 230-235.
7. Jones C. With living wills gaining in popularity, push grows for more extensive directive, August 20, 2007. *Crain's Cleveland Business* 2007;28(33):2
8. Post-Intelligencer S. Washington state ends living will registry, 7/1/2011, *Seattle Post*.
9. Sypher B. Initiating discussions about advance directives: the family physician's role. *Am Fam Physician* 2002;65(12): 2443-2444. PMID:12086236
10. Fairbanks RJ, Shah MN, Lerner EB, Ilangovan K, Pennington EC, Schneider SM. Epidemiology and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in Rochester, New York. *Resuscitation* 2007;72(3): 415-424. PMID:17174021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.06.135>

11. Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, Stueland DT, Layde PM. Short- and long-term survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med.* 2000; 160(13):1969-1973. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.13.1969>
12. Uysal N. Yoğun bakımda yaşam desteğinin sonlandırılması. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004;4(4): 211-214.
13. Ivo K, Younsuck K, Ho YY, Sang-Yeon S, Seoq HD, Hyunah B, et al. Survey of the perspectives of patients who are seriously ill regarding end-of-life decisions in some medical institutions of Korea, China and Japan. *J Med Ethics* 2012; 38(5): 310-316. doi: <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100153>
14. Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care:a national study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(2): 189-194. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01045.x>
15. Wang XS, Di LJ, Reyes-Gibby CC, Guo H, Liu SJ, Cleeland CS. End-of-life care in urban areas of China: a survey of 60 oncology clinicians. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(2):125-132. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.06.002>
16. Miyata H, Shiraishi H, Kai I. Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: how to respect patients' preferences. *BMC Med Ethics* 2006;7: E11. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-11>
17. Kim S, Hahm KH, Park HW, Kang HH, Sohn M. A Korean perspective on developing a global policy for advance directives. *Bioethics* 2010;24(3): 113-117. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01787.x>
18. Rurup M. THE NETHERLANDS, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
19. Inthorn J, Kletecka-Pulker M. AUSTRIA, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
20. The Constitution of the Italian Republic. Art 13 and 30. Accessed:07.09.2017.
21. Convention of the European Council on Human Rights and Biomedicine (signed in Oviedo, Spain on April 4, 1997; ratified by Italy on March 28, 2001 by Law No. 145). Accessed:07.09.2017.
22. The Italian Code of Medical Ethics (Codice Deontologico Medico) Article14,30 and 32. Accessed:07.09.2017.
23. Turolfo F. Italy, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
24. New York Times. Dec. 21, 2006. <https://opinionator.blogs.nytimes.com/2006/12/21/?mcubz=0>
25. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) <https://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home.html> Accessed: 07.09.2017
26. Johnston C, Liddle J. The Mental Capacity Act 2005:a new framework for healthcare decision making. *J Med Ethics* 2007;33(2):94-7. doi: <https://doi.org/10.1136/jme.2006.016972>
27. General Medical Council, 2010. Retrieved 2011-01-05.
28. Public Agenda <https://www.publicagenda.org/> 2010-06-17. Accessed: 07.09.2017
29. Ramsey CP. Young adult African American family members' perceptions, knowledge, attitudes, and utilization toward advance directives. *ABNF J* 2013;24(2): 51-9.
30. Louhiala P. Finland, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
31. Nortvedt P. Norway in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
32. Binnet JR. France, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland
33. Guven T. Turkey, in Country Reports on Advance Directives 18-22 June 2008, Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich: Zurich, Switzerland.
34. van der Ham AJ, Voskes Y, van Kempen N, Broerse JE, Widdershoven GA.The implementation of psychiatric advance directives: Experiences from a Dutch crisis card initiative. *Psychiatr Rehabil J* 2013; 36(2): 119-121. doi: <https://doi.org/10.1037/h0094983>
35. Escher M, Perneger TV, Rudaz S, Dayer P, Perrier A. Impact of advance directives and a health care proxy on doctors' decisions: A Randomized Trial. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(1):1-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.010>
36. Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society.* New York:Simon & Schuster;1987.
37. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA* 1995; 274(20):1591-1598. PMID:7474243
38. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 1993;328(15):1092-1096. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM199304153281506>
39. Scitovsky AA. "The high cost of dying" revisited. *Milbank Q* 1994;72(4): 561-591. PMID:7997219
40. American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs. Guidelines for the Appropriate Use of Do-Not-Resuscitate Orders.*Journal of the American Medical Association* 1991;265: 1868-1871. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03460140096034>
41. McGrath RB. In-house cardiopulmonary resuscitation--after a quarter of a century. *Ann Emerg Med* 1987;16(12): 1365-1368. doi: [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80420-1](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80420-1)
42. Winter L. Patient values and preferences for end-of-life treatments: are values better predictors than a living will? *J Palliat Med* 2013;16(4): 362-368. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0303>