

Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla

Palyatif Tıp

İSAR Yayınları | 16

Tıp ve Ahlak Dizisi | 5

Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla
Palyatif Tıp

Editörler

İlhan İlkılıç

Hilal Özkaya

Abdullah Uçar

1. Baskı, Ocak 2019, İstanbul

ISBN 978-605-9276-03-0

İç Tasarım: Salih Pulcu

Tasarım Uygulama: Recep Önder

Kapak Tasarımı: Abdurrahim Yüce

Kapak Uygulama: Esat Yılmaz

Baskı-Cilt

Elma Basım

Halkalı Cad. No: 162/7 Sefaköy

Küçükçekmece / İstanbul

Tel: +90 (212) 697 30 30

Matbaa Sertifika No: 12058

© İSAR Yayınları

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No: 32581

Bütün yayın hakları saklıdır. Bilimsel araştırma ve
tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında, yayıncının
yazılı izni olmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

İSAR Yayınları

Selami Ali Mah. Fıstıkağacı Sok. No: 22 Üsküdar / İstanbul

Tel: +90 (216) 310 99 23 | Belgegeçer: +90 (216) 391 26 33

www.isaryayinlari.com | yayin@isar.org.tr

Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla

Palyatif Tıp

Editörler

**İlhan İlkılıç
Hilal Özkaya
Abdullah Uçar**

İstanbul 2019

İÇİNDEKİLER

Palyatif Tıbbı Genel Yaklaşım

Hilal Özkaya 15

Batı Düşünce Geleneğinde Yaşamın Sonu ve Ölüm

Adem Sağır 21

Güzel Ölme Hakkı

Kemal Sayar 33

Türkiye’de Hastanelerde Palyatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi

Adem Akçakaya 37

Malnütrisyon ve Ağrı Tedavisinde Etik Konular

Bülent Saka 47

Yenidoğanda Palyatif Bakım

Sevim Ünal 53

Türk Hukukuna Göre Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Uygulamaları

Hakan Hakeri 61

Palyatif Tıp Uygulamalarında Etik Sorunlar

Hilal Özkaya, İlhan İlkılıç 67

Palliative Care Ethics: Challenges in Islamic Societies

Alireza Bagheri 83

Palyatif Bakım Etiği – Müslüman Toplumlarda Problemler

Alireza Bagheri 97

Söylemek ya da söylememek. Asıl mesele bu (mu)?

Hastaya Kötü Teşhis ve Prognozun İletilmesinde Epistemolojik
ve Etik Sorunlar

İlhan İlkılıç 109

İslam Hukukunda Tedavinin Esirgenmesi

Tuba Erkoç Baydar 125

Diyanet İşleri Başkanlığı Manevi Destek Hizmetleri Bağlamında
Palyatif Bakım

Abdülkadir Bekiroğlu 143

Palyatif Hastalarda Manevi Bakım

Senem Eren, Üzeyir Ok 151

Manevi Bakımın Hastanelerde Uygulanması

Aysun Özkan 169

Yaşam Sonu ve Müslümanlara Manevi Bakım

Almanya Perspektifi

Gülbahar Erdem 185

İngiltere’de Hristiyanlara ve Müslümanlara Yaşamın Sonunda
Sunulan Manevi Bakım Hizmetleri

Selma Baş 201

Terminal Dönem Hasta ve Ailelerinin Psikososyal İhtiyaçları ve
Sosyal Çalışmacıların Roller

Tarık Tuncay 219

Söylemek ya da söylememek. Asıl mesele bu (mu)?

Hastaya Kötü Teşhis ve Prognozun İletilmesinde Epistemolojik ve Etik Sorunlar

İLHAN İLKILIÇ

* Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Hamlet, Act III, Scene I [To be, or not to be]

To be, or not to be, that is the question:

Whether 'tis nobler in the mind to suffer

The slings and arrows of outrageous fortune,

Or to take arms against a sea of troubles

And by opposing end them. To die—to sleep,

No more; and by a sleep to say we end

The heart-ache and the thousand natural shocks

That flesh is heir to: 'tis a consummation

Devoutly to be wish'd. To die, to sleep;

WILLIAM SHAKESPEARE (1564-1616)

Giriş

Hastaya kötü teşhis ve prognozu iletmek tıp etiğinin klasik konuları arasında yer almakta olup, tıp tarihi boyunca da hekimlerin ve filozofların üzerinde düşündükleri ve söz söyledikleri önemli konulardan olmuştur. Bu konunun bu-

gün de öneminin kaybolmadığını görüyoruz.¹ Bu makalede *kötü teşhis* dediğimizde, şifaya kavuşturmak için şu anda herhangi bir tedavisinin olmadığı ve tahmin edilen sınırlı bir süre içerisinde kuvvetli bir ihtimalle hastanın ölümüne sebep olacak bir hastalığın, mevcut bilimsel ve teknik imkanlar kullanılarak tespit edilmesini anlıyoruz. *Kötü prognoz* ise, kötü teşhis olarak adlandırılan bir durumun ve tıbbi imkanlarla şifaya kavuşturulmasının mümkün olmadığı bir hastalığın kötü gidişatı ve hastanın geleceğine yönelik yaşam süresi ve yaşam kalitesi hakkında bilimsel çalışmaları göz önünde bulundurarak ve hekim tecrübeleri ışığında yapılan tahmini kastetmekteyiz. Burada teşhisi ve prognozu kötü olarak nitelememizin sebebi, şifanın olmaması ve hastalığın genelde belli bir süre içinde ölümle sonlanmasıdır. Türkçe literatürdeki bu konu için kullanılan kavram 'kötü haber verme'² oldukça muğlak ve içeriği net olmadığından dolayı burada tercih edilmemiştir.

Günümüz modern tıbbında, kısa bir süre içerisinde ölümle sonuçlanan hastalıklar daha kesin sonuç veren teknik imkanlarla çok daha güvenli ve daha sık olarak teşhis edilebilmektedir. Aynı zamanda bu modern imkanlarla hastalığın seyri ve hastanın geleceği ile ilgili daha güçlü tahminlerde bulunmak mümkün olmaktadır. Bu durum da hekimin hastalarına daha fazla sayıda kötü teşhisi ve daha net bir şekilde kötü prognozu iletebilmesi imkanını doğurmaktadır. Diğer taraftan hastanın özerkliği/otonomisi çerçevesinde kendi hakkında karar vermesi global dünyada giderek daha önemli ve değerli hale gelmekte ve çok kültürlü toplumlarda kompleks etik boyutları olan bir sorun alanını oluşturmaktadır.³ Bir kişinin kendi hakkında sağlıklı bir şekilde karar verebilmesi, bu kararlar ilgili gerekli bilgilere ulaşmasıyla mümkündür. Bu da teşhis ve prognozun kötü dahi olsa bilinmesini gerekli kılar.⁴

.....

- 1 Surbone A. (2006): Telling the truth to patients with cancer: what is the truth?, *Lancet Oncology*, Nov;7(11), S. 944-950; Hancock, K., J. M. Clayton, et al. (2007): Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review, *Palliative Medicine*, 21(6), S. 507-517.
- 2 Burada hasta ve hekim ilişkisinde birçok konu kötü haber verme içeriğine girebileceğinden kasdedilenin net ve belirli olması için bu kavram tercih edilmemiştir. Örneğin hastaya ağır bir ameliyatın gerekliliği, uzun süre hastanede kalmasının gerekliliği ve bundan sonra belli spor ya da meslekleri yapmaması gerektiği ya da yapamayacağı gibi haberler de kötü haber olarak nitelendirilebilir.
- 3 Surbone A. (2006): Telling the truth to patients with cancer: what is the truth?, *Lancet Oncol.* 2006 Nov;7(11):944-50; İlkılıç, İ. (2014): Culture and Ethical Aspects of Truth-Telling in a Value Pluralistic Society, iç: *Global Bioethics and Human Rights*, W. Teays, J.-S. Gordon, A. L. Renteln, Lanham-New York: Rowman & Littlefield, S. 185-200.; Rosenberg AR et al. (2017): Truth Telling in the Setting of Cultural Differences and Incurable Pediatric Illness: A Review, *JAMA Pediatrics*, Nov 1;171(11), S. 1113-1119.
- 4 Jameton, A. (1995): Information Disclosure. Ethical Issues. *Encyclopedia of Bioethics*. W. Reich (Ed.), New York: The Free Press, S. 1225-1332.

Bu gelişmeler bağlamında hastaya kötü gerçeği iletmenin ahlaki açıdan değerlendirilmesi de değişikliğe uğramaktadır.⁵ Fakat bu değişme kanaatimizce hastaya kötü teşhis ve prognozu iletme sorununa yaklaşımı *kategorik* olarak değil, daha çok *graduel/tedrici* olarak değiştirmektedir. Kategorik değişim derken problemin karakterinin ve anlamının tamamen radikal bir şekilde değişmesini ve bu değerlendirme sırasında kullanılan etik prensiplerin de buna bağlı olarak farklılaşmasını kastediyoruz. Graduel yani tedrici bir değişiklik ise, radikal bir değişiklikten ziyade bu değerlendirmede kullanılan etik prensiplerin öneminin değerlendirme sürecinde farklılaşması anlamına gelmektedir. Diğer taraftan özellikle tıpta teknik imkanların gelişmesiyle ve yaygın kullanılmasıyla ve buna paralel olarak etik hassasiyetin artmasıyla bu sorularla daha sık karşılaşyoruz.

Bu makalede hastaya kötü teşhis ve prognozu iletmenin öncelikle epistemolojik ve etik boyutları analiz edilecek ve eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirilecektir. Bu konuda günlük hayatta karşılaşılan sorunlar çerçevesinde hangi davranış şekillerinin daha doğru ve ahlaken kabul edilebilir olduğu değerlendirilecek ve hekimlik adabına ve ahlakına (*ethos*) ve hekimin görevleri (*deontoloji*) çerçevesine uygun olan davranış şekilleri netleştirilmeye çalışılacaktır.

Tıp Tarihinden kesitler

Tıp tarihine baktığımızda hastaya kötü gerçeği söylemenin bir sorun olarak ele alınmasının neredeyse hekimlik mesleği kadar eski olduğunu görürüz.⁶ Tıbbın klasik eserleri arasında sayılan *Corpus Hippocraticum*'da hekimlere kötü teşhis ve prognozun hastalara iletilmemesi tavsiye edilir.⁷ Buna gerekçe olarak da bu haberin hastanın mevcut sağlık durumunun kötüleştirilebilmesi gösterilir.⁸ Hatta hipokratik bir metin kabul edilen *Sanat Üzerine*'de eğer hastalık çok ilerlemişse bu kişilerle ilgilenilmemesi tavsiye edilir.⁹ Avrupa Ortaçağı'na

.....

- 5 Tuckett, A. G. (2004): Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature, *Nursing Ethics*, 11(5), S. 500-513.
- 6 Schäfer, D. (2015): Der Tod und die Medizin, Berlin: Springer. S. 61-66.
- 7 Ankowitch, E. (2014): Wahrheit am Krankenbett. Nicht ob, sondern wie, *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (5), S. A.162-163.
- 8 Kapferer, R. (Ed.) (1934): Hippokrates. Das ehrbare (ärztliche) Verhalten. in: Die Werke des Hippokrates, Bd. 1, 31-38. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, S. 34.
- 9 Engelhardt, D. v. (2002): Aufklärung in der Medizin zwischen diagnostischer Information und Wahrheit am Krankenbett, iç: Was soll der Mensch wissen? : Ethik im Zeitalter der Technologie ; 7. Symposium aus der Reihe „Der Osten - Der Westen“ ; 25.-26.10.2001In: Was soll der Mensch wissen? : Ethik im Zeitalter der Technologie ; 7. Symposium aus der Reihe „Der Osten - Der Westen“ ; 25.-26.10.2001

geldiğimizde Hristiyanlığın yaşamın her alanına hakim olduğu dönemlerde yaşamın sonu ve ölüm – biraz da tıbbın, o zamanki sınırlılığı ile bağlantılı olarak – oldukça hayatın merkezine oturur. İnsanlar için güzel bir şekilde ölme sanatı (*ars moriendi*) ön plana çıkmakta ve insanların ölüme hazırlanması önem kazanmaktadır. Bu vesileyle *ars moriendi* başlığı altında özellikle avam için değişik ve çok sayıda kitaplar yazılmıştır.¹⁰ İnsanlar için ölümden ziyade ani ve hazırlıksız ölüm korkulacak durum halini alır.

Avrupa Yeni Çağı ve Rönesans’ında yine hekimin hastaya kötü haberi söylemesinin bilinen argümanlarla karşı çıkıldığını görüyoruz. Bu konuda 1590 yılında ölmüş olan meşhur Fransız cerrah Ambroise Paré yaşamın sonunda olan hastaya her zaman ümit verilmesi gerektiğini savunur:

*‘Il faut toujours donner au malade espérance,
Encore que de mort y ait grande apparence’¹¹*

1749-1832 yıllarında yaşamış olan meşhur Alman şairi Johann Wolfgang von Goethe ise meşhur eseri Doğu Batı Divanı’ndaki ‘Hikmet Nameh: Buch der Sprüche’ adlı şiirinde şöyle der:

*,Wofür ich Allah höchlichst danke?
Daß er Leiden und Wissen getrennt.
Verzweifeln müßte jeder Kranke,
Das Übel erkennend wie der Arzt es kennt’*

(Allah’a neden hamd ederim?/ Ki o ızdırap ve bilgiyi birbirinden ayırmıştır./ Eğer her hasta bir hekim gibi kötü olanı bilseydi / çaresizlik içinde kalırdı.)

19. Yüzyılda yaşamış bir hekim olan Christoph Wilhelm von Hufeland ise 1837’de yayınlanan *Enchiridion Medicum* adlı eserinde yine hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmesinin hekimlik mesleğinin temel hedeflerine karşı geldiğini vurgular. ‘Den Tod verkündigen, heisst, den Tod geben, und das kann, das darf nie ein Geschäft dessen sein, der blos da ist, um Leben zu verbreiten.’¹² (Ölüm haberini söylemek ölümü vermek anlamına gelir. Görevi yaşamı uzatmak olan bir mesleğin ise böyle bir şey yapması uygun değildir). Yine meşhur Batılı şairlerden olan Rainer Maria Rilke ölümünden kısa bir süre önce 1926 yılında doktoruna ‘Wie gut, lieber Freund, daß Sie wissen, was es ist, und ich

.....

10 Ars moriendi Literatürü için krş. <https://www.bayerische-landesbibliothek-online.de/xylographa-werke#moriendi> (erişim tarihi: 9.11.2018).

11 Ansohn, E. (1975) Die Wahrheit am Krankenbett, Hamburg: Furche Verlag. S. 115.

12 Hufeland, Ch. W. (1837) Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtniss einer funfzigjährigen Praxis. 3. Aufl. Berlin: Jonas, S. 899.

doch sicher bin, daß Sie es mir nicht sagen.’ (gerçeği sizin bilmeniz ve benim bu gerçeği bana söylemeyeceğinizden emin olmam ne güzel) dediği söylenir.¹³ 1929 yılında vefat etmiş Yahudi asıllı Alman filozof Rosen Zweig’in ise ‘Ich frage meine Ärzte nicht, denn ich will nicht, daß sie lügen’¹⁴ (Doktorlarıma (bu konuyu) sormuyorum. Çünkü onların yalan söylemesini istemiyorum) diyerek bu konuda hem kendi tavrını hem de zamanının hekimlerinin anlayışını dile getirmiştir. 20. Yüzyılda yaşamış İsviçreli edebiyatçı Max Frisch (1911-1991) gerçeğin hastaya nasıl iletilmesi gerektiğini daha çok edebi bir dil ile ifade eder: ‘*Man sollte dem Anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, daß er hineinschlüpfen kann, und sie ihm nicht wie einen nassen Lappen um die Ohren schlagen.*’ ([Kötü] gerçek karşıdaki insana içine girebileceği bir manto gibi tutulmalı ve hiçbir zaman ıslak bir bez gibi kişinin suratına fırlatılmamalıdır.)

Yukarıdaki verilere ve bu konudaki diğer çalışmalara bakıldığında neredeyse 20. yüzyılın ortalarına kadar hakim görüşün, hastaya kötü gerçeğin ve prognozun söylenilmemesinin ahlaken daha doğru olacağı şeklinde olduğu söylenebilir. Bu konudaki batıda tarihi süreç içerisinde kırılmayı ise tıp literatürünün saygın dergileri arasında sayılan JAMA’da farklı zamanlarda yayınlanan iki makale göstermektedir: 1961’de Oken’in 219 hekimin kanser teşhisini hastalarınıza söyler misiniz sorusuna hekimlerin %88’i hayır cevabı vermiştir.¹⁵ Bundan 18 yıl sonra Novack ve arkadaşlarının 278 hekimle yapmış oldukları araştırmada ise hekimlerin %98’i aynı soruyu “evet, bilgilendiririz” şeklinde cevapladığını görüyoruz.¹⁶ Bu radikal değişim ise özellikle 70’li yıllardan itibaren özerklik prensibinin Avrupalı toplumlarda giderek artan önemi ve hekimler tarafından tasvip görmesiyle açıklanabilir.¹⁷

Hastaya kötü teşhis ve prognozu iletmenin epistemolojik boyutları

Hastaya kötü gerçeği içeren bilginin iletilmesinin felsefi anlamda epistemo-

.....

- 13 Laum, H. D. (2000): Wahrheit und Schweigen am Krankenbett. Die rechtliche Bewertung, *Zentralblatt für Chirurgie*, 125, S. 921.
- 14 Roßmanith, S. (2006): Martin Buber (1878-1965) Zur Bedeutung seines Werkes für die medizinische Psychologie, iç: Huppmann, G. ve Fischbeck (Ed.), *Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie*, Königshausen & Neumann: Würzburg, S. 100.
- 15 Oken, D. (1961): What to tell cancer patients. A study of medical attitudes, *JAMA* (175), S. 1120-1128.
- 16 Novack, D. H. et al. (1979): Changes in physicians’ attitudes toward telling the cancer patient, in: *JAMA*, 241 (9), S. 897-900.
- 17 Elger, B. S. (2002): Ethik im klinischen Alltag: das Beispiel der Prognoseaufklärung, *Medizinische Klinik*, 97(9), S. 535.

lojik, ontolojik ve aksiyolojik boyutları bulunmaktadır.¹⁸ Kötü sonuçlu bir teşhisin epistemolojik boyutları ilk olarak insan bedeninde var olan patolojik bir değişimin doğru ve emin bir şekilde tespit edilmesi ve bu tespit sürecinin sonucunda bilgiye dönüşmesini içerir. Hastalığın teşhisi dendiğinde moleküller, hücre, doku ve organ düzeyinde birtakım değişikliklerin modern tıbbın oluşturmuş olduğu normdan sapmasıyla ,patolojik' olduğu kabul edilerek, bu durumun daha önce tarif edilen belli bir hastalık grubuna ve hastalığa uyduğunun belirlenmesi anlaşılmaktadır. Burada teşhis aslında mevcut durumun hastalıkların sınıflandırılması (*nosoloji*) bağlamında belli bir hastalık grubuna aidiyetinin belirlenmesi demektir.

Bu süreç içerisinde kullanılan muayene şekillerinin, laboratuvar sonuçlarının ve patolojik analizlerin bilginin oluşumu sırasında doğru olması konunun epistemolojik boyutunu oluştururken, bilgi olarak elde edilen durumun gerçekten var olması ve o hastanın belli bir varoluş halinde olması ise konunun ontolojik boyutunu oluşturur. Epistemolojik ve ontolojik olarak doğru ve var kabul edilen hastaya iletilmesinin ya da iletilmemesinin ahlaki olarak değerler sistemi içerisinde değerlendirilmesi ise meselenin aksiyolojik boyutuyla ilgilidir.¹⁹

Prognoz ise teşhis sürecinde fizyopatolojik olaylar çerçevesinde oluşan değişikliklerin belli bir hastalık grubu ve hastalığa uyumuna dayanarak o şahsın hayatının süresi ve hayat kalitesi hakkında belli tahminleri içerir.²⁰ Buradaki tahmin gelecekle ilgili olduğundan an itibarıyla bu tahminin bilgi olarak doğruluğundan bahsetmemiz mümkün değildir. Teşhisle birlikte bir gerçeğin varlığı ortaya konurken, prognozla birlikte bir kaderin, yani yaşanılacak bir hayatın kalitatif/nitel ve kantitatif/nicel tahmini söz konusudur. Dolayısıyla prognoz bağlamında söylenen, ancak gelecekte doğrulanabilir yada yanlışlanabilir. Bu tahminin güçlü olması modern tıbbın araştırmalarla ortaya koyduğu bilgilerin ve hekimin şahsi tecrübesinin büyüklüğü ile ilişkilidir.

Burada teşhis ve prognoza hekim ve hastanın farklı yaklaşımlarını da zikretmekte yarar var. Hekim daha çok teşhise odaklanır ve bu bağlamda hastaya yapılması gereken tedavilere yoğunlaşır. 'Hangi tedaviyi, nasıl ve hangi sürede uygulayacağım?' sorularıdır onun davranışlarını belirleyen. Hasta için ise önemli olan bu hastalığın bundan sonraki hayatı için ifade ettiği anlamdır. Yani 'has-

.....

18 Siep, L. (2000): Wahrheit und Wahrhaftigkeit in der Philosophie, *Zentralblatt für Chirurgie*, 129, S. 926-930.

19 Siep (2000).

20 Burada belki teşhis ve şahıs kelimelerinin aynı kökten gelmelerinin bu felsefi ilişkiyi anlatmadaki faydasının altını çizmekte yarar var. Yani her teşhis ve prognoz bir şahısla ilgilidir ve o şahsın bireysel kaderini yani biyografisini belirler.

taliğıma bu adın konması, benim gelecek planlarım, hedeflerim ve hayallerim için ne anlama gelmektedir?’ sorularıdır onun hareketlerini belirleyecek olan.²¹

Teşhisin hastaya iletilmesi sırasında bilgi oluşumu farklı karakterde olan hatalar içerebilir. Bu hatalar teknik karakterde olabilir. Yani bir alet mevcut durumu gerçek halinden farklı ölçer ve bu ölçüm sonuçları hekimi farklı çıkarımlara götürebilir. Diğer bir hata yorumlama hatası olabilir. Mevcut laboratuvar değerleri sınırda olabilir, ya da patolojik olarak muğlak olan mikroskopik yada makroskopik bir görünüm yanlış yorumlanabilir. Böylesi bir durum da gerçekte olmayan bir hastalığın var olduğu kabulüne götürür. Bilgi oluşum sürecinin yanlış işlemesinden yani epistemolojik sorunlardan dolayı ontolojik olarak olmayan bir hal, var sayılmaktadır.²²

Hekim teknik hatalardan ya da kendisinin yorum hatalarından dolayı gerçekte olmayan fakat kendisinin var saydığı bir durumu hastasına iletmeyebilir. Bu durumda aslında yalan söylemeye karar vererek hastanın, örneğin kanser olmadığını yani gerçeği söylemiştir. Bunun tersi durumda ise hatalı teknik bulguları ve/veya yanlış yorumlardan çıkan kanser teşhisini hastaya doğru bir şekilde söyleyerek hastaya gerçek olmayan bir durumu iletmıştır. Bahsedilen bu epistemolojik ve ontolojik durumlar her ne kadar tıbbın gündelik uygulamalarında sık karşılaşılsa bile mümkün ve rastlanır olmasından dolayı konuyu analiz ederken göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer bilgi oluşumunda bir hata yoksa epistemolojik olarak oluşturulan bilgi, ontolojik gerçekle örtüşüyorsa elde edilen teşhis, hekim tarafından hastaya iletilebilir ya da iletmeyebilir. Bunun normatif değerlendirilmesi ise etiğin alanına girmektedir.

Hastaya kötü teşhis ve prognozu iletmenin etik boyutları

a) Birbiriyle çatışan etik ilkeler

Hastanın hekim tarafından, şifası olmayan ve belli bir zaman içerisinde ölümle sonuçlanacak olan bir hastalığı hakkında bilgilendirilmesi sırasında hastaya zarar vermeme ilkesi ve özerklik ilkesinden neşet eden hastanın bilgi alma hakkı birbiriyle çatışır. Tıp tarihi içerisinde - yukarıda verdiğimiz örnekler de göz önünde bulundurulursa - hastaya kötü teşhisi ve prognozu iletmenin ona zarar vereceği ve bundan dolayı söylenmemesi gerektiğinin ahlaken doğru olduğu kanaati daha hakimdi. Günümüz Batı dünyasında ise artık bu durum özellikle

.....

21 Hartmann, F. (1984): *Patienti Arzt und Medizin, Beitrage zur aerztliche Anthropologie*, Göttingen: Vondenhoeck & Ruprecht.

22 Siep (2000).

hastanın özerkliği perspektifinden değerlendirilmekte ve hastanın bilgi edinme hakkına daha fazla önem verilmektedir. Bu *değer kaymasını* içeren geçişin de özellikle otonomi prensibinin giderek önem kazandığı 20. yüzyılın ikinci evresinden sonra gerçekleştiğinin altını çizmekte yarar var.²³

Hastanın özerk olarak karar verebilme hakkı, hastalığının ne olduğu ve prognozunun neleri içerdiği konusunda bilgilendirilme hakkını kapsar. Bilgilendirilmeden verilmiş bir rıza ne hukuken meşru ne de ahlaki açıdan doğru değildir.²⁴ Bu bilgilendirilme hakkı bazı durumlarda geçerliliğini yitirebilir. Kişinin yaşça karar verme yeteneğinin olmadığı zamanlarda (ör. bebeklik dönemi) veya bir hastalık dolayısıyla karar verme melekelerini yitirdiği dönemlerde (ör. bazı ağır psikiyatrik hastalıklarda) ya da şuurunun geçici ya da sürekli kapalı olduğu yoğun bakım sırasında hasta bilgilendiril(e)meyebilir. Bunun dışında çok bariz bir şekilde verilen bilgiden sonra eğer hasta kesin bir şekilde hayatını intiharla sonlandıracağı tahmin edilebiliyorsa yine bilgilendirmeden vaz geçilebilir.²⁵ Fakat hasta sadece duymuş olduğu bilgiden dolayı üzülecek ve bu durumda onun huzurunu olumsuz bir şekilde etkileyecekse bu durumun gerçekten ona bilgi edinme hakkını kısıtlayarak bu bilginin verilmemesi tıp etiğinde tartışmalı bir konudur. Bu konuyu pratik hayatta tüzük ve yönetmelik statüsünde düzenleme durumunda olan 1960 yılında yürürlüğe giren Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi²⁶ ve 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğine baktığımızda²⁷ bu konuyla ilgili muğlak, yoruma açık ve belirsiz ifadeler rastlıyoruz. Dolayısıyla bu tür yönetmeliklerin konuyu etik ilkeler bağlamında pratik hayatta çözmekten uzak olduğunu görüyoruz.²⁸

b) Paternalist/babacı yaklaşım ve hastaya zarar vermenin anlamı

Hastaya kötü teşhisin ve prognozun iletilmesinin ahlaken doğru olmadığını kabul eden görüş, 'böylesi bilgilerin hastaya iletilmesi hastaya zarar vermekte-

.....

23 Brown, K. H. (1995): Information Disclosure, iç: Encyclopedia of Bioethics, W. Reich (Ed.) . New York: The Free Press, S. 1221-1224.

24 Laum, H. D. (2000).

25 Van de Loo, J. (2000): Aufklärung / Aufklärungspflicht, iç: Lexikon der Bioethik. W. Korff, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 284-287; Walter, U. (2000). Aufklärung / Aufklärungspflicht. Rechtlich, iç: Lexikon der Bioethik, W. Korff, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, S. 287-288.

26 Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960): Resmi Gazete Tarihi: 19.2.1960, Resmi Gazete Sayısı: 10436.

27 Hasta Hakları Yönetmeliği (1998): Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.

28 Bu meselenin oldukça etraflıca bir izahata ihtiyacı olduğundan başlı başına bir yazı konusudur ve burada konunun genişliğinden dolayı ele alınamayacaktır.

dir' tezini savunur ve hastaya zarar vermek ahlaken doğru değildir argümanını öne sürer. Bu görüşü analiz ederken hastaya zarar vermenin ne demek olduğunu netleştirmemiz gerekir. Eğer burada hastaya zarar vermeden sadece hasta bu bilgiyi duyduğunda üzülmeye kastediliyorsa bunun aslında güçlü bir argüman olmadığını söyleyebiliriz. Hayatımız boyunca bize üzüldüğümüz birçok bilgiler iletilmekte ve biz bu bilgilerden sonra hayatımızda ve davranışlarımızda önemli ve belki de gerekli değişiklikler yapmaktayız. Eğitim hayatımızda herhangi bir sınavdan kaldığımızı öğrendiğimizde üzülmüş ve bu sınavı telafisinde geçmek için gerekli çalışmaları yaparız. Herhangi bir yakınımızın ağır hasta olduğunu duyduğumuzda yine üzülmüş, onu son bir defa görmek ve/veya helalleşmek için seyahate çıkarız. Dolayısıyla her üzülmek gerçek anlamda bir zarar verme anlamına gelmemektedir. Bu duruma binaen hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmesini ahlaken değerlendirirken, bu bilginin onu üzmesini değil, ona gerçekten zarar verip vermemesini kıstas olarak almalıyız. Pekala bu zarar vermenin kıstası ne olmalıdır ve neye göre tespit edilmelidir?

Yukarıdaki görüşü güçlendirmek için hasta üzüldüğü takdirde bağışıklık sisteminin olumsuz etkileneceği ve bu durumun da onun hastalığının gidişatını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Bu argümana karşı da üzülen her kişinin mutlaka bağışıklık sisteminin çökeceği anlamına gelmeyeceği argümanı ile karşılık verilebilir. Bunun yanında sosyal, iş ve aile hayatımızda bizi derinden üzen ve bağışıklık sistemimizin gerektiği gibi çalışmasına zarar veren birçok olay yaşamaktayız. Diğer taraftan kişi kalan ömrünün sınırlı olduğunu öğrenmesiyle, kendisi için manevi anlamda çok önemli olan bir olayı mesela dindarsa hac farızasını gerçekleştirmeyi isteyebilecektir. Ya da sosyal ilişkileri bağlamında veya ticari hayatını ilgilendiren yapılması gereken 'son' işleri gerçekleştirecektir. Eğer bu işler bu kişi için büyük önem taşıyorsa - ki bu her zaman mümkündür - bu bilginin verilmemesiyle kişinin önem verdiği bu vazifeleri yapmasını engellemiş olmak söz konusudur. Bu durum da kişi açısından bazı laboratuvar değerlerinin bozulmasından daha büyük bir zarar anlamına gelebilir. Bu analizlerin sonucunda hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmesinin kişinin üzülmeye yol açmasını mutlak anlamda ve her halukarda kişiye bir zarar vermek anlamına gelemeyeceği söylenebilir.

c) Özerkçi yaklaşım ve hastanın kararının normatif anlamı

20. yüzyılda, özellikle 1970'li yılların sonlarından itibaren tıp tarihinde daha önceki bazı olayların da etkisiyle hastanın özerklik prensibi Batı dünyasında giderek önem kazanan bir etik ilke haline gelmiştir. Bu ilke çerçevesinde

kendi hakkında karar verme kabiliyetine sahip olan bir hasta ile ilgili her türlü tıbbi müdahale hastanın rızasını gerektirmektedir ve ancak onun rızasıyla hukuki açıdan meşru ve ahlaken doğru olabilir. Hastanın vereceği kararın ve rızasının meşru olabilmesi içinse hasta ilgili konuda yeterince, anlayacağı bir dilde ve gerektiği kadar bilgilendirilmelidir. Kötü teşhis ve prognozun iletilmesini, hastanın özerkliğine saygı bağlamında gerekli olarak değerlendiren görüş bu bilgiyi almanın hastanın hakkı olduğunu savunur. Temel hareket noktası hastanın özerkliği ve özgürlüğü olduğu için bu bilme hakkının yanında eğer hasta isterse, bilmeme hakkını da kullanma yetkisine sahiptir.²⁹ Bu görüş aynı zamanda hastayı kötü teşhis ve prognoz hakkında bilgilendirme eyleminin ahlaken değerlendirilmesinin hasta dışındaki kişiler tarafından yapılmasına karşı çıkar. Bu bağlamda hastanın yararı ve zararını başka kişilerin – ki bu hekim ya da hasta yakınları olabilir – değerlendirmesini reddederek paternalistik/babacı görüşten ayrılır.

Diğer taraftan hasta özerkliğini merkezileştiren görüşün de bir takım teorik ve pratik sorunları bulunmaktadır. Teorik sorunların en önemlisi hasta özerkliğini neredeyse putlaştırılarak diğer etik ilkelerin ikincil bir seviyeye itilmesidir (*özerklik fetişizmi*). Buradaki ahlak felsefesi açısından ortaya çıkan sorun bu yaklaşımın radikalleşerek artık özerkliğin diğer etik ilkeler arasında bir ilke değil de sanki etik ilkelerin kendisinden neşet ettiği bir etik norm haline gelmesidir. Diğer taraftan insanın özgürlüğünü ve özerkliğini merkeze alan bu yaklaşıma karşı, insanın mutlak anlamda özgür olamayacağı eleştirisi getirilerek insanın vermiş olduğu kararın her zaman bir etkileşim içinde olduğu ve sosyal bir ortamda meydana geldiği vurgulanmaktadır. Onun için bazı uzmanlar artık salt özerklik yerine ilişkiler ağında ortaya çıkan özerk kararı kasdeden (*relational autonomy*) kavramını kullanılmaktadırlar.³⁰

Özerkliği merkeze alan bu yaklaşımda teorik sorunlar dışında pratik engeller de bulunmaktadır. Bu görüş aynı derecede hastanın hem bilme, hem de bilmeme hakkını savunur. Fakat bu hakkı pratik hayatta günümüz tıbbında gerçekleştirmek ne derece mümkündür? Eğer hasta baştan itibaren belli bir kararlılıkla ben teşhisin ne olduğunu bilmek istemiyorum diyorsa, sürecin yönetilmesi belki biraz daha kolay olabilir. Eğer hekim bu niyeti bir konuşma

.....

29 Chadwick, R. (1997): Das Recht auf Wissen und das Recht auf Nichtwissen aus philosophischer Sicht, iç: Perspektiven der Humangenetik, F. W. Petermann, S. Wiedebusch, M. Quante (Ed.), Paderborn: Ferdinand Schöningh S. 195-207.

30 Walter, J.K., Ross L.F. (2014): Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism, *Pediatrics*. Feb;133, Suppl 1, S. 16-23.

içerisinde tespit edecekse konu daha zor ve çetrefillidir. Hekimin ‘durumunuz hakkında gerçeği bilmek istiyor musunuz?’ şeklindeki sorusu nötral bir iletişimin ötesinde belli mesajları zaten içermektedir. Diğer taraftan hasta, kalmış olduğu serviste onkoloji tabelasını görmüşse cep telefonu sayesinde birkaç saniye içerisinde burada hangi hastaların tedavi edildiğini bilme imkanına sahiptir. Yani burada verilmek istenilmeyen bilginin teknik olarak saklanması da zordur. Diğer taraftan hastanın isteğiyle bilginin verilmemesi doğru bir şekilde anlaşılmış olup belli bir iletişim şekliyle yerine getirilmeye çalışılabilir. Fakat hastalığın tedavisinde eğer kemoterapi gerekliyse ve bu tedavi şeklinin ağır yan etkileri göz önüne alınırsa bu saklama ne kadar sürebilir? Saçların dökülmesi ve kemoterapinin bilinen diğer ağır yan etkileri sadece basit bir hastalığın tedavisi için gerekli bir tedavi ile açıklamak ne derece mümkündür? Burada özerkliği merkeze alan bu görüşün pratik hayatta hastanın bilmeme hakkını gerçekleştirme sırasında karşılaştığı zorluklar ve eleştiriler aynı zamanda paternalistik/babacı yaklaşımla hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmemesini savunan görüş için de geçerli olduğunu vurgulamakta yarar var.

Kötü teşhis ve prognozun iletilmesinde hasta ve hekim ilişkisi

Yukarıda eleştirel olarak analiz edilen paternalist ve özerkçi yaklaşımdan hangisi tercih edilirse edilsin, hasta ile kötü teşhis ve prognoz üzerine konuşulması gerektiğinde hekimlik mesleğinin daha çok hekimlik ahlakı ve adabı (*ethos*) ve hekimin vazifeleriyle (*deontoloji*) ilgili bazı önemli konulara dikkat edilmesi gerekmektedir. Bir kere bu konuşma planlanırken böyle bir görüşmenin hastanın hayatında önemli bir dönüm noktası olabileceği ve belki de ömür boyu hafızasından silinmeyeceği unutulmamalıdır. Dolayısıyla bu bilgiler insanlararası iletişimdeki bütün hassas boyutlar göz önünde bulundurularak karşı tarafa iletilmeli ve bu iletişim sırasında belli aşamalar göz önünde bulundurulmalıdır.³¹

Bir kere bu bilgilendirme süresinin temposu iletişim sürecinin başında belirlenmelidir ve bu tempoyu hastanın kendisinin belirlemesine izin verilmelidir. Bu konuşma bir kaç dakika içinde yapılması gereken bir iş değil, bir süreç olarak algılanmalıdır.³² Zamana yayılması gereken bu süreç elbette hekimlerin meslek hayatında her gün yaşadıkları zaman darlığından olumsuz anlamda

.....

31 Pilchmaier, H. (1999): Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett, *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (9), S. 536-537.

32 Salomon, F. (2003): "Wahrheit vermitteln am Krankenbett, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128(23), S. 1307-1310.

etkilenecektir. Yine bu bilginin paylaşımı sırasında bu bilginin verildiği ortam önemlidir. Takdir edilir ki odada birden fazla kişinin olması, - hele hele bu kişi(ler) yabancı ya da başka bir hasta ise - böylesi bir görüşme için elverişli değildir. Yine konuşulan mekan bu tür bir konuşmaya uygun olmalıdır. Herkesin girip çıktığı, kapının açık olduğu bir oda ya da gürültülü ve sakinlikten uzak bir mekan olmamalıdır. Yine konuşmayı rahatsız edici faktörler azaltılmalı, mümkünse ortadan kaldırılmalıdır (cep telefonunu görüşme sırasında kapatmak gibi).

Söylenen her şey gerçek olmalı, fakat tüm hakikat tümüyle birlikte ve birden hastaya söylenmemelidir. Kötü teşhis ve prognozu hasta aşıkare bilmek istese bile hastanın o anda bu gerçeği kaldırarak psikolojik güce sahip olup olmadığı kontrol edilmelidir. Belki de hastanın bu bilgileri kaldırarak bir zamanının kulanması gerekir. Yine hekim kendisine sorulmayan soruya gerek olmadıkça cevap vermemelidir. Eğer net bir şekilde bildirilmese bile hasta durumunun vahimliğini anlıyorsa, bu durumda tamamen tam şifaya ve iyileşmeye odaklanılmamalı, fakat erişilebilecek hedefler hakkında ümit verilmelidir. Burada çıkış noktası ümidi yok etmek değil, ümit vermek olmalıdır ve tüm iletişim süreci bu felsefeyle gerçekleştirilmeye çalışılmalıdır.³³ Mesela evladının veya torununun mezun olduğunu, evlendiğini, çocuğunun olduğunu görüp göremeyeceği ya da çok istediği bir seyahati gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği konuları görüşülebilir. Yine hasta ısrarla sorsa bile kalan yaşam süresi hakkında kesinlikle rakamlarla ifade edilen bir zaman dilimi ifade edilmemelidir ('en fazla altı ay veya bir yıl' gibi).

Hasta ile konuşmanın bir içerik boyutu, bir de duygu ve manevi boyutunun olduğu unutulmamalıdır. Bir taraftan hasta bilgi olarak konuyu kavramaya çalışmakta, diğer taraftan ise hekimin bir takım tavırlarını davranışlarını duygu dünyası içerisinde yorumlamaktadır. İletişim sürecinde bu konular da önemsenip hekim tavır ve davranışlarına azami gayret göstermeli herhangi bir yanlış anlaşılmaya mahal vermemelidir.

Bütün bu süreç içerisinde hekim, hekimlik görevinin tıbbın tedavi imkanlarının bittikten sonra da devam ettiğini unutmamalıdır. Hekim eğer gerekiyorsa ve mümkünse hastaya son nefesine kadar refakat etmeli ve destek olmalıdır. Bu konuda Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi hekimi 'hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azalt-

.....

33 Begley A., Blackwood B. (2000): Truth-telling versus hope: a dilemma in practice, *International Journal of Nursing Practice*, 6(1), S. 26-31.

maya veya dindirmeye çalışmakla' mükellef kılmaktadır.³⁴ Bu görev, her türlü yardıma açık olduğunu hastaya bildirerek, ona güven verilip ve sonuna kadar onun yanında olunacağı hissettirilerek yerine getirilebilir. Yine bu iletişim sürecinin sadece hasta ve hekim arasında ikili bir ilişkiden ibaret olmadığı, bu ilişkiye hem diğer aile fertlerinin, hem de diğer tedavi ekibi üyelerinin dahil olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda konu tüm tedavi ekibinin gündemine getirilerek konuşulmalı ve bu süreç bir ekip işi olarak yürütülmelidir.³⁵ Yine hastanın ihtiyaçları çerçevesinde ve kaynakların elverdiği ölçüde hastaya profesyoneller vasıtasıyla psikolojik, sosyal ve manevi destek imkanları sunulmalıdır.³⁶ Diğer taraftan yukarıda zikredilen tüm davranış ve kurallar tıp eğitiminin ayrılmaz bir parçası haline getirilmeli ve her öğrenciye mezun olmadan bu konuda gerekli beceriler mutlaka kazandırılmalıdır.³⁷

Sonuç

Hastaya kötü teşhis ve prognozun iletilmesi tıp tarihinde hekim hasta ilişkilerinde olduğu gibi, bugün de halen hakkında birçok görüşün dile getirildiği ve farklı pozisyonların savunulduğu bir sorun alanı halindedir. Yukarıda bu konuda birbirine zıt olan paternalist/babacı yaklaşım ve özerkçi yaklaşım ele alınmıştır ve eleştirel bir analize tabi tutulmuştur. Bu analiz sonucunda her iki pozisyonun da ülkemizin gerçekleri göz önüne alındığında radikal ve istisnasız bir şekilde uygulanmasında farklı sorunlar tespit edilmiştir.

Burada psikolojik yapısı sabit ve kararlı bir şekilde hastalığını öğrenmek isteyen bir kanser hastasından teşhisi saklamak ne kadar yanlışsa aynı şekilde psikolojik olarak labil ve büyük bir ihtimalle kötü teşhis ve prognozu kaldıramayacak bir hastaya da bu haberi zorla dayatmak doğru olmayacaktır. Yine aynı şekilde özellikle paternalist yaklaşımda ön plana çıkan; hasta hakkında (ahlaken) doğru olanı ben bilirim / biz biliriz yaklaşımı da ister hekim, isterse akrabalar

.....

34 Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Resmi Gazete Resmi Gazete ile neşir ve ilânı: 19 Şubat 1960 - Sayı: 10436).

35 Sullivan, R. J., L. W. Menapace, et al. (2001): Truth-telling and patient diagnoses, *Journal of Medical Ethics*, 27(3), S. 192-197.

36 Göksu A., İlkılıç İ. (2018): Spiritualität und Seelsorge in der Gesundheitsversorgung von Muslimen, *Spiritual Care*, vol. 7, S. 15-23. Aynı zamanda bu kitaptaki Gülbahar Erdem e diğerlerinin makaleleri. XXX makaleleri. duğundan başlı başına bir yazı konusu olup burada ele alınmayacaktır. meye çalışılma, Abdülkadir Bekiroğlu, Üzeyir Ok ve diğerlerinin makaleleri. e diğerlerinin makaleleri. XXX makaleleri. duğundan başlı başına bir yazı konusu olup burada ele alınmayacaktır. meye çalışılma

37 Çubukçu, M., Parıldar, H. (2017): Kötü haber verme, *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği*, Cilt 8, Sayı 2, S. 123-126.

perspektifinden savunulsun, doğru bir yaklaşım değildir. Yine özerkçi yaklaşımda da hastaya kötü teşhis ve prognozu neredeyse dayatmak da - ki bazı Avrupa ülkelerinin pratiğinde buna şahit oluyoruz - yerinde değildir. Dolayısıyla hastaya kötü teşhis ve prognozu hakkında haber verilmesinin kararı ve bu karar sonrasındaki strateji ve yöntemin hastayı merkeze alarak belirlenmesi gerekir. Bu stratejinin gerçekleştiği süreç içerisinde hasta *neyi bilmek zorunda*, *neyi bilebilir* ve *nasıl bilmeli* soruları cevaplanmalıdır. Bunu yaparken de hastanın değerler sistemi, maneviyatı, entellüektüel seviyesi, sosyal yapısı, psikolojik gücü, hastalığının şu andaki durumu ve safhası göz önünde bulundurulmalıdır. Burada asıl çıkış noktası hasta özerkliğinden ziyade hastanın refahıdır (Alm. *Patientenwohl*).³⁸ Bu refah nasıl özerklik ilkesiyle özdeşleştirilmemeli ise aynı zamanda paternalistik bir yaklaşıma da indirgenmemelidir.

Kaynakça

- Ankowitz, E. (2014): Wahrheit am Krankenbett. Nicht ob, sondern wie, *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (5), S. A.162-163.
- Ansohn, E. (1975): Die Wahrheit am Krankenbett, Hamburg: Furche Verlag.
- Begley A., Blackwood B. (2000): Truth-telling versus hope: a dilemma in practice, *International Journal of Nursing Practice*, 6(1), S. 26-31.
- Brown, K. H. (1995): Information Disclosure, iç: Encyclopedia of Bioethics, W. Reich (Ed.) . New York: The Free Press, S. 1221-1224.
- Chadwick, R. (1997): Das Recht auf Wissen und das Recht auf Nichtwissen aus philosophischer Sicht, iç: Perspektiven der Humangenetik, F. W. Petermann, S. Wiedebusch, M. Quante (Ed.), Paderborn: Ferdinand Schöningh, S. 195-207.
- Çubukçu, M., Parıldar, H. (2017): Kötü haber verme, *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği*, Cilt 8, Sayı 2, S. 123-126.
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Elger, B. S. (2002): Ethik im klinischen Alltag: das Beispiel der Prognoseaufklärung, in: Medizinische Klinik, 97(9), S. 533-540.
- Engelhardt, D. v. (2002): Aufklärung in der Medizin zwischen diagnostischer Information und Wahrheit am Krankenbett, iç: Was soll der Mensch wissen?: Ethik im Zeitalter der Technologie; 7. Symposium aus der Reihe "Der Osten - Der Westen" ; 25.-26.10.2001.
- Göksu A., İlkılıç İ. (2018): Spiritualität und Seelsorge in der Gesundheitsversorgung von Muslimen, *Spiritual Care*, vol. 7, S. 15-23.
- Hancock, K., J. M. Clayton, et al. (2007): Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review, *Palliative Medicine*, 21(6), S. 507-517.

.....

38 Burada hasta refahından kasdettiğimiz Almanca'daki belli bir teorik zemine oturtulmuş olan ve tıp etiği kavramları arasında yerini almış olan *Patientenwohl*'dür. Bu kavramın teorik içeriği için krş. Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Berlin: Deutscher Ethikrat.

- Hartmann, F. (1984): *Patienti Arzt und Medizin, Beitrage zur aerztliche Anthropologie*, Göttingen: Vondenhoeck & Ruprecht.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998): Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.
- Hufeland, Ch. W. (1837): *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtniss einer funfzigjährigen Praxis. 3. Aufl.* Berlin: Jonas.
- Kapferer, R. (Ed.) (1934): Hippokrates. Das ehrbare (ärztliche) Verhalten. in: *Die Werke des Hippokrates*, Bd. 1, 31-38. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Jameton, A. (1995): Information Disclosure. Ethical Issues. *Encyclopedia of Bioethics*. W. Reich (Ed.), New York: The Free Press, S. 1225-1332.
- İlkılıç, I. (2014): Culture and Ethical Aspects of Truth-Telling in a Value Pluralistic Society, iç: *Global Bioethics and Human Rights*, W. Teays, J.-S. Gordon, A. L. Renteln, Lanham-New York: Rowman & Littlefield, S. 185-200.
- Laum, H. D. (2000): Wahrheit und Schweigen am Krankenbett. Die rechtliche Bewertung, *Zentralblatt für Chirurgie*, 125, S. 920-925.
- Novack, D. H. et al. (1979): Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient, *JAMA*, 241 (9), S. 897-900.
- Oken, D. (1961): What to tell cancer patients. A study of medical attitudes, *JAMA* (175), S. 1120-1128.
- Pilchmaier, H. (1999): Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett, *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (9), S. 536-537.
- Rosenberg AR et al. (2017): Truth Telling in the Setting of Cultural Differences and Incurable Pediatric Illness: A Review, *JAMA Pediatrics*, Nov 1;171(11), S. 1113-1119.
- Roßmanith, S. (2006): Martin Buber (1878-1965) Zur Bedeutung seines Werkes für die medizinische Psychologie, iç: Huppmann, G. ve Fischbeck (Ed.), *Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie*, Königshausen & Neumann: Würzburg, S. 95-121.
- Salomon, F. (2003): "Wahrheit vermitteln am Krankenbett, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128(23), S. 1307-1310.
- Schäfer, D. (2015): *Der Tod und die Medizin*, Berlin: Springer.
- Siep, L. (2000): Wahrheit und Wahrhaftigkeit in der Philosophie, *Zentralblatt für Chirurgie*, 129, S. 926-930.
- Sullivan, R. J., L. W. Menapace, et al. (2001): Truth-telling and patient diagnoses, *Journal of Medical Ethics*, 27(3), S. 192-197.
- Surbone A. (2006): Telling the truth to patients with cancer: what is the truth?, *Lancet Oncology*, Nov;7(11), S. 944-950.
- Tibbi Deontoloji Nizamnamesi (1960): Resmi Gazete Tarihi: 19.2.1960, Resmi Gazete Sayısı: 10436.
- Tuckett, A. G. (2004): Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature, *Nursing Ethics*, 11(5), S. 500-513.
- Van de Loo, J. (2000): Aufklärung / Aufklärungspflicht, iç: *Lexikon der Bioethik*. W. Korff, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 284-287.
- Walter, J.K., Ross L.F. (2014): Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism, *Pediatrics*. Feb;133, Suppl 1, S. 16-23.
- Walter, U. (2000). Aufklärung / Aufklärungspflicht. Rechtlich, iç: *Lexikon der Bioethik*, W. Korff, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, S. 287-288.