

DERLEME

YENİDOĞANDA YARARSIZ BAKIM*

Serap ÖZTÜRK ALTINAYAK**

Elif Yağmur ÖZORHAN***

Serap EJDER APAY****

Alınış Tarihi:02.05.2016

Kabul Tarihi:20.12.2016

ÖZET

Bakım, belirli bir mesleğe özgü bir kavram değildir fakat sağlık profesyonelleri arasında temel uğraş alanı insan olan ve bakıma temellenmiş meslek grubu olan ebelik ve hemşirelik meslekleri için özgündür. Bakımın içinde yer alan yararsızlık kavramının ortaya çıkışı Plato ve Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Genel olarak yararsız bakım, "hastaya herhangi bir faydası olmayan bir hayatın sürdürülebilmesi için uygulanan müdahale ve bakımı içeren medikal bakım" olarak tanımlanabilir.

Ülkemizde yenidoğan hekim ve hemşirelerinin yaklaşık 1/3'i günlük uygulamalar sırasında yararsız bakım kavramını kullandıklarını ve bu kavram ile geriye dönüşsüz bitkisel yaşamı sürdürmeye yarayan tedaviyi ya da beklenen sonucu elde etmeye etkisi olmayan tedaviyi kast ettiklerini bildirmişlerdir.

Etik ve hukuki boyutlarıyla tartışmalı bir konu olan yararsız bakımla ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle bu derleme konunun önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım; Ebelik; Yararsız Bakım; Yenidoğan.

ABSTRACT

Futile Care in Newborn

Care is not a concept specific to a certain profession, but it is specific to professions of nursing and midwifery, which deal with human beings basically, and is an occupational professional group based on the care, among the health professionals. Occurrence of the concept of uselessness / futility included in the care is based on Plato and Hippocrates. In general, it is possible to define the futile care as "the medical care including care and interventions applied to the patient for maintaining the life having no benefit to the patient".

About 1/3 of the neonatal doctors and nurses in Turkey stated that they used the concept of futile care in daily practices and they reported that this concept mean the treatment being useful for maintaining the irreversible vegetative state or the treatment having no effect to obtain the expected outcome.

The number of studies conducted on futile care which is a controversial topic with ethical and legal aspects is limited in Turkey. For this reason, the purpose of this review was to emphasize the importance of this subject.

Keywords: Care; Futile Care; Midwifery; Neonatal.

GİRİŞ

Bakım, gündelik yaşantıda çoğu kez kavramsal içeriği hiç düşünülmeden herhangi bir şeyi adlandırmak ya da nitelendirmek üzere sık kullanılan bir kavramdır. Bu nedenle bakım kavramını tek bir tanımla açıklamaya çalışmak çok zordur. Türk Dil Kurumu'na göre "Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2011). Bazı uzmanlara göre de bütün sağlık profesyonellerinin merkezinde olan bir kavram olarak ifade edilmektedir (Aghabari, Nayeri 2015). Bakım, belirli bir mesleğe özgü bir kavram değildir fakat ebelik ve hemşirelik meslekleri için özgündür (Dinç 2010) Aynı zamanda en temel kavramlardan biridir

(Aghabari, Nayeri 2015). Ebe ve hemşirelerin varlığının sıklıkla sağlık ve bakım verme ile ilişkili olduğu görülmektedir (Biley 2005). Bakım verme sadece hasta bireye değil onların ailelerine de fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden hizmet sunmayı kapsamaktadır. Bakım vermede kaliteli hizmet sunumunun yanında hastalara gelecekteki yaşamlarında daha sağlıklı bir hayat için umut vermek de amaçlanmaktadır (Yekefallah, Ashktorab, Manoochehri and Hamid 2015; Potter, Perry, Stockert and Hall 2013).

Bakımın içinde yer alan yararsızlık (futility) kavramının ortaya çıkışı ise Plato ve Hipokrat'a kadar dayanmaktadır (Misak, White and Truog 2016; Kasman 2004). Son yıllarda medikal teknolojideki ilerlemeler, paralelinde

*Bu çalışma, 3. Uluslararası & 7.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi (26-29 Nisan 2016)'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

** Öğr. Gör. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü.

*** Arş. Gör. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-posta: yagmur_8707@hotmail.com

**** Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü.

sağlık bakım maliyetlerinin gündeme gelmesi ve hasta bakımında tanı koyucu/tedavi edici yöntemlerinde artmasıyla yasal, etik ve medikal konuları kapsayan tartışmalarla yeniden gündeme gelmiştir (Aghabari and Nayeri 2015; Committee opinion 2015; Peter and Clark 2007). Yararsızlık kavramı, amaca ulaşma ve başarıyla yakından ilişkilidir. Yani bir iş eğer amaca ulaşmamışsa ya da girişim başarısızlıkla sonuçlanmışsa yararsız olarak düşünülür (Coppa 1996). Literatüre bakıldığında sağlık alanında yararsız bakım yaygın kullanılmasına rağmen kapsamlı ve sınırları kesin belirlenmiş bir açıklama olmadığı görülmektedir (Aghabari and Nayeri 2015; Sibbald, Downar and Hawryluck 2007; Meltzer and Huckabay 2004). Gündemde olan yenidoğanda yararsız bakımla ilgili ülkemizde de sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Akpınar, Şenses ve Aydın 2009; Özden, Karagözoğlu, Tel ve Tabak 2012). Bu nedenle bu derleme konunun önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Yararsız Bakım

Yararsız bakım kavramı tanımlaması zor ve tartışmalı bir kavramdır (Romesberg 2003; Khatcheressian, Beth, Lyckholm, and Smith 2008). Uluslararası literatürde “medical futility”, “futility care”, “futile care” olarak ifade edilen bu kavram (Moble, Rady, Verheijde, Patel and Larson 2007) ilk kez 1980 yılında tanımlanmış, 1990’lı yıllarda da medikal etik makalelerinde kullanılmıştır (Gabbay, Calvo-Broce, Meyer, Trikalinos, Cohen and Kent 2010). Kesin sınırları olmamakla birlikte çok çeşitli tanımları vardır. Tanımların çoğu da yararsız bakımın karmaşık, belirsiz ve kişisel yargılarla ilişkili olduğunu ifade etmiştir (Meltzer and Huckabay 2004; Saettele and Kras 2013; Nurok and Sadovnikoff 2013). Genel olarak yararsız bakım, “hastaya herhangi bir faydası olmayan bir hayatın sürdürülebilmesi için uygulanan müdahale ve bakımı içeren medikal bakım” olarak tanımlanabilir (Aghabari and Nayeri 2015; Meltzer and Huckabay 2004).

Yararsız bakım kavramının anlamı bir ülkenin tıbbi başarılarına, dini inanç ve değerlerine kısacası kültürüne bağlıdır. Dahası insanların yaşam kalitesini, etik inançlarını, tedavinin başarılı yada başarısız olmasını nasıl algıladığıyla da bağlantılıdır (Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu 2008). Yekefallah, Ashktorab, Manoochehri ve Hamid’in 2015 de yapmış olduğu çalışmada hemşireler yararsız bakımı kullanışsız, kaynakların boşa harcandığı, hem hastaların hem

de bakım veren hemşirelerin acı çektiği medikal bir durum olarak tanımlamıştır. Ebe ve hemşireler yararsız bakımın aile bireylerine ve ülke ekonomisine verdiği zararın önlenmesinde, fark edilmesinde, yönetimi veya sonlandırılmasında anahtar rol oynamaktadır.

Yenidoğanda Yararsız Bakım İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Dünyada Yararsız Bakım

Yenidoğan alanında yararsız bakıma ilk kez Raymond S. Duff ve Campel’in (1973) yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki ve etik ikilemleri adlı makalesinde değinilmiştir. Zaman geçtikçe de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde; ebeveynlerden karar sürecini de içeren tedavi protokolleri için onam alınmasının çok önemli bir nokta olduğunun farkına varılmıştır (Romesberg 2003). Bütün bu karar verme sürecinde yenidoğanların bakımlarının daha etik ve hukuka dayandırılması için yasal düzenlemeler yayınlanmıştır (Tyson 1995; Avery 1998).

Yaşamın son günlerindeki yenidoğanların yararsız bakımı için çok fazla kaynak kullanılmakta ve para harcanmaktadır. Medikal bir çığa benzetilen bu durumun çok büyük mali kayıplara da sebep olduğu ileri sürülmektedir. Hekimin bakımı gereksiz görmesine rağmen, bakım talep edildiğinde durum daha da karmaşık bir hal almakta ve olay yasal boyutlara taşınmaktadır (Romesberg 2003). Bu durumu örnek vakalar ile açıklamak gerekirse; 23 haftalık bebeğe doğumundan sonraki resüsitasyon bakım standartlarına uygun olarak yapılmış ve resüsitasyonun 10. dakikasından sonra tam oksijen desteğiyle bile bebeğin kalp atımı 40 atım/dk’ın üzerine çıkarılamamış ve resüsitasyon sonlandırılmıştır. Bu işlemden yaklaşık bir saat sonra bebeğin ağlamasıyla yeniden resüsitasyon işlemine başlanmıştır. Çocuk 6 yaşına geldiğinde ciddi nörolojik hasarı olduğu için aile kendi rızaları olmaksızın resüsitasyonun durdurulduğu iddiasıyla hekime dava açmıştır. Dava sonucunda resüsitasyonun sonlanmasıyla hekimin ailenin onamını alma zorunluluğunun olmadığı kanaatine varılmıştır (Paris, Goldsmith and Cimperman 1998). Başka bir vaka örneğinde de; anensefalili bir bebeğe sahip olan gebe, yapılan tıbbi tavsiyelere rağmen miada kadar gebeliğini devam ettirerek anomali bebeği dünyaya getirmiştir. Annenin ısrarıyla doğumdan hemen sonra bebek mekanik ventilatöre bağlanmış ve entübe edilmiştir. Etik komite kararıyla resüsitasyon sonlandırılmış fakat anne bu

durumu reddettiği için sonunda bebek yeniden ventilatöre bağlanmıştır. Hastane de maliyet ve iş yükü artışı nedeniyle bebeği başka bir hastaneye sevk etmek istemiştir. Ancak bölgedeki hiçbir hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesi bebeği kabul etmediği için bebek 6 haftalıkken evde bakım hizmeti için ev hemşiresine transfer edilmiştir. Devam eden bu süreçte apne ve respiratuar distres nedeniyle birkaç kez daha hastaneye yatırılan bebeğe en sonunda trakeostomi açılmıştır. Bu durum hastaneye ciddi maliyet getirdiğinden hastane bilirkişi atanması için mahkemeye başvurmuş ve atanan bilirkişi de bu yorucu, maliyetli, yararsız tedavinin durdurulabileceği kararını almıştır. Pek çok yasal düzenleme ve etik belirsizlikler nedeniyle 2.5 yılın sonunda ölen bebeğin günlük maliyetinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde minimum 1.450 dolar, evde bakım hizmeti için de yaklaşık 100 dolar olduğu saptanmıştır. Bu vakada maliyetin çok ciddi boyutlara ulaştığı yazarlar tarafından belirtilmiştir (Darr 1995). Yekefallah, Ashktorab, Manoochehri ve Hamid (2015) konuyla ilgili olarak İran'da yararsız bakımın maliyetinin bütün tedavi maliyetlerinin %30'na denk geldiğini bildirmişlerdir. Bu oran maliyette çok ciddi paya sahip olan yararsız bakım yüzünden milyonlarca dolar zarar edildiğini göstermektedir.

Ülkemizde Yararsız Bakım

Yenidoğanda yararsız bakımla ilgili ülkemizde yapılmış tek bir çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada yenidoğan hekim ve hemşirelerinin yaklaşık üçte biri günlük uygulamaları sırasında yararsız bakım kavramını kullandıklarını ve bu kavram ile geriye dönüşsüz bitkisel yaşamı sürdürmeye yarayan tedaviyi ya da beklenen sonucu elde etmeye etkisi olmayan tedaviyi kast ettiklerini bildirmişlerdir. Yenidoğanın ailesi tarafından yararsız tedavi talep edildiğinde hekimlerin büyük çoğunluğu ailenin isteğine uygun davranmayı istese bile, yenidoğan birimlerinde çalışan hemşire ve ebelerin çoğu yenidoğan için en iyi olduğunu düşündüğü bakımı, tedaviyi yapmayı tercih etmektedir (Akpınar, Şenses ve Aydın 2009). Akpınar, Şenses ve Aydın (2009) hemşirelerin yararsız bakım vakalarıyla ilgili düşüncelerini belirleyebilmek için yaptıkları çalışmada konu ile ilgili 3 vaka örneği sunmuştur. **İlk vaka** yenidoğanın tedaviyle hayatta kalabileceği fakat mental ya da fiziksel ciddi hasara sahip olacağıyla ilişkilidir. Bu vakayla ilgili hemşirelerin %41'i kararı tamamen aileye bırakacaklarını, %37'si tedavi planı için kararı

ailelere bırakacaklarını, %22'si de tedavi planına bebeğin gelecekteki yaşam kalitesiyle ilişkilendirilip karar verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. **İkinci vakada** da hemşirelere iyileştirilebilecek bir hastalığa sahip olan çocuğa ağrı ve ıstıraba sebep olabilecek, katlanılmaz durumlar yaratabilecek ama muhtemelen az da olsa yararlı olacak bir tedavi planı sorulmuş, hemşirelerin %65'i kararı çocuk ya da ailesine bırakabileceğini, %19'u tedaviyi başlatabileceğini/devam ettirebileceğini, %16'sı da tedaviye başlamayacağını/devam ettirmeyeceğini belirtmiştir. **Üçüncü vaka** ise bitkisel hayatta olan bir çocuğu tanımlamaktadır. Hemşirelerin 1/2'si beyin ölümü gerçekleşene kadar agresif tedaviye devam edeceğini, 1/3'ü beyin ölümünü ifade etmeksizin agresif tedaviye devam edeceğini, geriye kalan hemşireler de bütün başlamış agresif tedavileri durduracağını ve sadece palyatif bakım vereceğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada hemşirelerin çoğunun (%68) yararsız tedaviye ilişkin olarak, başlatılmış ya da başlatılması planlanan tedavinin durdurulması konusunda fikir ayrılıkları yaşadıkları ama yine de ne pahasına olursa olsun intravenöz beslenmenin devam etmesi gerektiğini vurguladıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin %40.9'u sıklıkla yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararları kendi aralarında verdiğini, %25.8'i hiçbir zaman hemşireler ile birlikte karar vermediğini, %39.4'ü her zaman aileyi yaşam sonu kararlarına dâhil ettiğini, büyük çoğunluğunun da babanın en uygun karar verici olduğunu düşündüğü, %10.6'sı ise hiçbir zaman aileyi bu karara dâhil etmediğini belirtmiştir. Ayrıca hekimlerin %24.2'si ölmekte olan bir yenidoğan için tedaviye başlamama ya da sonlandırma kararlarının bilimsel bir kurul tarafından verilmesini, %42.4'ü çoğunlukla kararın hastane çalışanları tarafından ortak verilmesini uygun bulduğunu, %19.7'si anne ve babanın birlikte karar vermesini tercih ettiğini belirtmiştir. Yenidoğan için herhangi bir tıbbi yarar sağlamayan canlandırma, ventilasyon gibi ölüm sürecini uzatan müdahalelerin aile tarafından istenmesi durumunda da hekimlerin %22.7'si her zaman ailenin isteğine uygun davranmayı, %21.2'si ailenin isteğine rağmen yenidoğan için en iyi olduğunu düşündüğü şeyi yapmayı, %19.7'si ailenin kararlarını değiştirmeyi, %18.2'si de ailenin isteğini yerine getirmemeyi tercih ettiğini ifade etmiştir.

Yararsız Bakım Kavramının Yasal Boyutu

Yararsızlık politikası; yararlı olmadığı belirlenen tedavinin veya bakımın geri çekilmesi ya da kısıtlanmasını destekleyen kurumsal bir politikadır (Coppa 1996). Yararsız bakım politikasının uygulanmasının belki de en büyük zorluklarından biri; böyle bir politikayı benimseyen sağlık bakım kuruluşları ve sağlık profesyonellerinin hukuki tehditi altında olmasıdır. Uluslararası etik kodlara bakıldığında; Venedik Bildirgesi'nde (1983) olağan dışı tedaviler ve yararsız bakım ve tedaviyle ilgili olarak: "Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınmalıdır" maddesi bulunmaktadır. Ülkemizde hekimlik meslek etiği kurallarının 30. maddesi de "Hekim hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez" ifadesiyle yararsız tedaviyi önermeme görevinden söz edilmiştir (Sayek 2009; Aslıhan ve Ersoy 2012).

Yaşam destek, bakım ve tedavilerinin sınırlandırılması ile ilgili gelişmelere ilk açıklık getiren çalışmalar 1990 yılında Society of Critical Care Medicine tarafından yayınlanan "Konsensus Raporu" ile başlamıştır. Eksikliklerin giderilmesi, yararsız tedavi ve bakımı tanımlamaya çalışan ikinci rapor da 1997 yılında yayınlanmıştır. Yayınlanan bu raporda hangi bakım ve tedavinin kesilmesi gerektiği açık bir şekilde belirtilmemiştir. Bunun yerine sağlık kurumlarının kendilerine hazırlayacakları bir belge ya da etik danışmanlık sistemiyle tutumlarını ve yaklaşımlarını belirleyip açıklamaları önerilmiştir (The Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine 1997; Akpir 2010). Bunun sonucu olarak da hastaneler kendi bünyelerinde etik kurullar kurmaya başlamıştır. Bu etik kurulların başlıca uğraşları yararsız bakım gibi konular olmuştur. Bu şekilde oluşturulan etik kurullar Türkiye'de bulunmamaktadır.

Tektaş'da 1999 yılında yaşam sonu bakım ve tedaviyi düzenleyen üç mevcut yasayı tek bir yasa halinde birleştirerek "Teksas Öncelikli Yönergeler Yasası" nı oluşturmuştur. Teksas bu konuda hem medikal hem de yasal açıdan medikal yararsızlık konusunda dikkatleri üzerine çekmiş ve öncü olmuştur. Bu kanun, yaşamın sonuna ilişkin kararlardaki uyuşmazlıkların çözümünde yasal olarak yaptırım uygulanan yargısız bir süreç oluşturmuştur. Teksas yasası, Amerika'daki

diğer eyaletler ve devletler için yaşam boyu kararlarla ilgili yasal düzenlemelerde ve kurumsal politikalarda değişiklikler yapmak isteyen hastaneler için bir model olmuştur (Peter and Clark 2007). Benzer şekilde Amerika Tabipler Birliği Etik ve Yargı ile Mücadele Kurulu da yararsız bakımda karar verme sürecini sağlayan politikaları temel hatlarıyla belirlemiştir. (Committee on Ethics, American College of Obstetricians and Gynecologist 2007).

Ülkemizde "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi", "Hekimlerin Meslek Etiği Kuralları" ya da "Hasta Hakları Yönetmeliği" gibi yasal belgelerde bakım ya da tedavinin kısıtlanması ile ilgili herhangi bir düzenlemeye rastlanılmamış, sadece Türk Tabipler Birliği'nin 2008 yılında gerçekleştirdiği "Etik Bildirgeler Çalıştayı" sonuç raporunda yararsız bakıma yer verilmiştir. Sadece etik belgelerde düzenlemelerin yapılmış olması yasal düzenlemeler kapsamında yapılmış olduğu anlamına gelmediği gibi yararsız bakıma yönelik uygulamaları yapılabilecek hale de getirmeyebilir. Bu nedenle Türk Ceza Kanunu'na da bakmak gereklidir. Türk Ceza Kanunu'nda konu "Hayata Karşı Suçlar" başlığı içeren bölümde ele alınmamıştır. Bu nedenle yararsız bakım kavramının ve uygulamanın yapılıp yapılmaması konusu Türkiye'de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde konuşulması tercih edilmeyen bir konu olabilir (Akpir 2010).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde yenidoğan alanında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin büyük bir kısmının, günlük uygulamaları sırasında yaşamı destekleyen tedavilerin başlanması, esirgenmesi ya da sonlandırılması kararlarına dayanak oluşturacak politika/rehberlere gereksinimi vardır. Bakımda uygulama ve gelişmenin savunulması için bakımdan sorumlu olan ebe ve hemşirelerin yararsızlık politikalarının farkında olmaları gerekir (Cogliano 1999). Böylece yararsız bakımda tek taraflı kararların alınması önlenecek ve bakımın disiplinler arası boyut kazanması sağlanacaktır. Aynı zamanda bu tür politikaların, rehberlerin ya da kurulların uygulanması, ülke çapında hem kaynakların verimli kullanılmasına hem de ülke ekonomisine ciddi yarar sağlamasıyla birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin uygulamalarını standardize edip yasal güvence altına alınmasına da yardımcı olur. Bu nedenle başta mesleki dernekler olmak üzere farklı disiplinlerden oluşan kurullarla işbirliği yapılmalıdır. Amerika Birleşik

Devletleri'nde ve pek çok Avrupa ülkesinde işlevini her gün artırarak sürdürmekte olan etik konsültasyon uygulamalarıyla etiğe uygun karar verme süreci kolaylaşmaktadır (Cogliano 1999). Ülkemizde yetersiz düzeyde olan bu durum, yenidoğan çalışanlarının etiğe uygun karar vermelerini zorlaştırıp kaynakların verimli kullanılmasını engellemektedir. Bu bağlamda Türk Tabipler Birliği' de 2008 yılında gerçekleştirdiği Etik Bildirgeler Çalıştayı sonuç raporunda "hastaya önerilecek her bir tedavi ya da uygulamanın hastaya verilebilecek yarar, görebileceği zarar ve risklerin gözetilmesi, elde edilebilecek tıbbi yarar ile katlanılacak külfetin

tartılması en azından dengelenmesi gerekmektedir" ifadesine yer vermiştir. Başta ebeler olmak üzere, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan bütün meslek grupları ahlaki, kişisel ve profesyonel olarak yararsız bakımla baş edebilmek için gerekli iletişim becerileri ve etik bilgilerle donatılmalı, yararsız bakımın nasıl sağlandığı ve nasıl devam ettirilmeyeceği vb gibi konuları etik yönüyle bilmelidir. Bütün bu süreçte ailelerin güçlü yönleri ve yetenekleri belirlenmeli, etkin iletişim yöntemleri kullanılmalı, dini inançları da göz önünde bulundurarak desteklemeli ve gerekli bilgi paylaşımı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Aghabari M, Nayeri ND. Futile Care: Challenges of Applying Futility Concept in Caring Domain. *Hayat of Journal* 2015;21(1):1-5.

Aslıhan A, Ersoy N. Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı?. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012;27(1):37-45.

Akpir K. Yoğun Bakım Etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* DOI: 10.4274/tybdd.08.06

Committee on Ethics, American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG Committee Opinion No. 362: Medical Futility. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):791-4.

Avery GB. Futility Considerations in the Neonatal Intensive Care Unit. *Semin Perinatol* 1998;22(3):216-22.

Akpınar A, Şenses MO, Aydın Er R. Attitudes to end-of-life Decisions in Pediatric Intensive Care. *Nursing Ethics* 2009;16(1):83-92.

Biley FC. Nursing Redefined: Emergent Insights from Studying The Art And Science of Nursing in Germany and Switzerland. *Journal of Nursing Theory* 2005;14(2):23-6.

Chwang E. Futility Clarified. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2009;37(3):487-95.

Coppa S. Futile Care: Confronting the High Costs of Dying. *J Nurs Adm* 1996;26(12):18-23.

Cogliano JF. The Medical Futility Controversy: Bioethical Implications for the Critical Care Nurse. *Crit Care Nurs* 1999;22(3):81-8.

The Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. Consensus Statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee Regarding Futile and Other Possibly Inadvisable Treatments. *Crit Care Med* 1997;25(5):887-91.

Darr K. In The Matter Of Baby K: Implication for Hospital Administration. *Hospital Topics* 1995;73(1): 4-6.

Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;74-82.

Duff RS, Campel AGM. Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery. *N Engl J Med.* 1973;289(17):890-4.

Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, Trikalinos TA, Cohen J, Kent DM. The Empirical Basis for Determinations of Medical Futility. *Gen Intern Med* 2010;25(10):1083-9.

Gerald W, Neuberger MD. The Cost of end-of-life Care: A New Efficiency Measure Falls Short of AHA/ACC Standards. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2009;2(2):127-33.

Kasman DL. When is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents and Physicians. *JGIM* 2004;19(10):1053-6.

Khatcheressian J, Beth Harrington S, Lyckholm, LJ, Smith, TJ. Futile Care: What to do When Your Patient Insists on Chemotherapy That Likely Won't Help. *Oncology Journal* 2008;22(8):881-8.

Medical Futility. Ethics, Committee Opinion. The American College of Obstetricians and Gynecologist. 2015;362.

Misak CJ, White DB, Truog RD. Medically Inappropriate or Futile Treatment: Deliberation and Justification. *J Med Philos* 2016;41(1):90-114.

Meltzer LS, Huckabay LM. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *Am J Crit Care* 2004;13(3):202-8.

Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The Relationship Between Moral Distress and Perception of Futility in The Critical Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007;23(5):256-63.

Nurok M, Sadovnikoff N. Why are We Doing This Case? Can Perioperative Futile Care Be Defined? *Current Opinion in Anaesthesiology* 2013;26(2):176-81.

Paris JJ, Goldsmith JP, Cimperman M. Resuscitation of a Micropremie: The Case of Macdonald V. Milleville. *J. Perinatol* 1998;18(4):302-5.

Peter A, Clark SJ. Medicine and Society Medical Futility: Legal and Ethical Analysis. *American Medical Association Journal of Ethics* 2007;9(5):375-83.

Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. 8nd ed. Missouri : Elseiver; 2013. p.79-110.

Duff RS, Campbell AGM. Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery DOI:10.1007/978-94-011-6621-8_57

Romesberg TL. Futile Care & Neonate. Advances in Neonatal Care 2003;3(5):213-9.

Sayek F. Füsün Sayek TTB Raporları/ Kitapları Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Venedik Bildirgesi Ölümle Sonuçlanacak Hastalık; 2009:33.

Sibbald R, Downar J, Hawryluck L. Perceptions of Futile Care Among Caregivers In Intensive Care Units. Canadian Medical Association 2007;177(10): 1201-8.

Saettele A, Kras J. Current Attitudes of Anesthesiologists Towards Medically Futile Care. Open Journal of Anesthesiology 2013;3(4):207-13.

TDK Büyük Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu Yayınları, 2011.

Tyson J. Evidence-Based Ethics and the Care of Premature Infants. Future Child 1995;5(1):197-213.

Türk Tabibler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporu. Türk Tabibler Birliği. 2008. p.32-3.

Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' Experiences of Futile Care at Intensive Care Units: A Phenomenological Study. Global Journal of Health Science 2015;7(4):235-42.