

Yenidoğan Ünitelerinin İşleyişinde Ortaya Çıkan Etik Durumlar*

Ethical Issues Which Arise During The Running of Neonatal Units

Gülvin Kutbayⁱ, Sultan Alanⁱⁱ

ⁱBilim Uzmanı Hemşire, Antalya Devlet Hastanesi

<https://orcid.org/0000-0002-2436-9342>

ⁱⁱDoç.Dr. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı,

<https://orcid.org/0000-0002-5403-3778>

ÖZ

Etik karar verme süreçlerinin layıkıyla gerçekleştirilmemesine neden olan yoğun sirkülasyon ve diğer olumsuz etkenler, etik farkındalık düzeyinde azalma veya körleşme gibi sıkıntılar ortaya çıkarabilmektedir. Aşırı iş yükü ve zaman sıkıntısı sağlık profesyonellerinin bireysel algoritmalar üreterek standart uygulamaları terk etmesi riskini yaratmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri, etikle ilgili sorunlarla çok sık karşılaşmaktadır. En sık karşılaşılan sorunlar hekim görevlerinin hemşirelere devredilmesi, kıdemli çalışanlara “angarya” yüklenmesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılması şeklindedir. En fazla önemsenen sorunlar ise aydınlatılmış onam formlarına imza alınmaması, ailelere açık ve ayrıntılı bilgi verilmemesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılması olarak bildirilmektedir. Hem karşılaşma sıklığı hem de önemseme derecesi bakımından kural ihlalleri, değer çatışmalarının önüne geçmektedir. Bu derleme çalışması, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde ortaya çıkan etik durumları ve bu durumlarla karşılaşan sağlık profesyonellerinin yaşadığı sıkıntıları, karar verme süreçlerini ve çözümünde neler yapabileceklerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Etik durumlar ve çözüm süreçleri hakkında, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi çalışanlarına düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Tıp Etiği, Neonatoloji, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

ABSTRACT

Intense circulation and other negative factors that cause ethical decision-making processes not to be performed properly may cause problems such as decrease in the level of ethical awareness or blindness. Excessive workload and shortage of time creates the risk that health professionals will abandon standard practices by generating individual algorithms. Health professionals working in neonatal intensive care units often face ethical problems. The most common problems are transferring physician duties to nurses, loading “chore a to junior employees and working as long shifts. The most important problems are reported as lack of signed consent forms, lack of clear and detailed information for families and working as long shifts. In terms of both the frequency of the encounter and the degree of importance, violations of the rules prevent conflicts of value. This review was conducted to investigate the ethical issues that emerged in Neonatal Intensive Care Units and the problems experienced by health professionals who faced these situations, decision-making processes and what they could do to solve them. It is recommended that in-service training be given to the Neonatal Intensive Care Unit employees on a regular basis on ethical issues and resolution processes.

Keywords: Medical Ethics, Neonatology, Neonatal Intensive Care Unit

* Lokman Hekim Dergisi, 2020; 10 (1): 37-46

DOI: 10.31020/mutfd.642376

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 04 Kasım 2019; Kabul Tarihi - Accepted: 20 Aralık 2019

İletişim - Correspondence Author: Sultan Alan <tasalan@cu.edu.tr>

GİRİŞ

İlerleyen teknoloji; hizmet kalitesi, artan tıp gelişiminin yanı sıra tıp etiği yönünden değerlendirilecek bir dizi konuyu gündeme getirmektedir. Sağ kalım oranlarının artması olumlu bir sonuç yaratmış olsa da çeşitli uygulamalardan kaynaklanan olumsuzluklardan söz etmek mümkündür.¹

Yaşam kalitesini göz ardı ederek, sadece yaşamı sürdürmeyi amaçlayan ve sağ kalım oranlarını önceleyen pratikler kimi zaman mortalitesi yüksek bebeklerin de yaşam süresini uzatmakta, fakat kalitesiz bir yaşam sürmelerine de neden olabilmektedir. Kimi otoriteler yüksek riskli yenidoğanların, yaşam kalitesine olumlu bir katkısı olmayan palyatif tedavi yöntemlerinin sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir.²⁻⁵ Yaşamla bağdaşmayan anomaliler ve sağ kalım oranı düşük prematürelere gibi yüksek riskli yenidoğanlar için kimi standartlar söz konusu olmakta, yarar sağlama ilkesi bağlamında da “yenidoğanın en iyi yararı”na değinilmektedir.⁶⁻⁸

Söz konusu standartlar çok geniş bir skalayı içermenin yanında, ülkelerin kültürel ve hukuki yaklaşımlarından da beslenmektedir. Standartlar ülkelere göre şekillenmiş olsa bile temel amaç olan yenidoğanın üstün yararına hizmet etmede birleşmektedir.^{4,6,9}

Sağlık politikaları nedeniyle, pahalı olan yoğun bakım hizmetlerinin tümünü karşılamayan ülkelerde, aileler ortaya çıkan ekonomik yükü baş etme sorunları yaşayabilmektedir. Bu durum sınırlı kaynakların adil dağıtımıyla ilgili etik tartışmaları da gündeme getirmektedir.^{2-4,7,9}

Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde işleyiş esnasında ortaya çıkan etik ile ilgili-bağlantılı durumları irdelemek amacıyla yapılmıştır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi, Yapısı, İşlevi

İlk 28-30 günlük en hassas dönemini içeren “yenidoğan” dönemi, hayatın en kırılgan dönemine tekabül etmektedir.¹⁰ Gebelik sürecinin sona ermesi ile beraber, bebeğin dış koşullarla ilk temasını takiben veya bebeğin dış koşullara adaptasyon süreci esnasında bazı patolojik durumlar gelişebilmektedir. Söz konusu patolojik durumlar, profesyonel-tıbbi destek ihtiyacını doğurmaktadır. Yenidoğanlar bazen dış yaşam koşullarına adaptasyon süreci haricinde de tıbbi destek ihtiyacı duymaktadırlar. Örneğin; konjenital anomalisi olan bebekler tıbbi tedavi ve izlem amacıyla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine alınabilmektedir. Konjenital anomalilere, çoğu zaman medikal ve cerrahi tedaviden fayda görmeleri adına bazen de yaşam kalitelerine olumlu bir katkı sağlamak ve ailenin sürece adaptasyonunu sağlamak amacıyla tıbbi destek verilmektedir. Bunların dışında prematürite ve postmatürite nedeniyle de yenidoğanlara tıbbi destek verilebilmektedir. Gestasyon yaşı 37 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak tanımlanır.¹⁰ Prematürelilik kendisi bir hastalık olmamakla birlikte yaşamsal organların immatüritesi sebebiyle yakın gözlem, bakım ve yaşam desteğine ihtiyaç duyulmasına yol açmaktadır. Gebelik yaşı 42 haftadan büyük olan bebekler ise, postmatür olarak tanımlanır.^{10,12} Postmatür bebeklerde, yaşamsal organların immatürasyonu sorunu olmasa da, fetal distres, mekonyum aspirasyonu, hipoglisemi, hipoksik-iskemik ensefalopati gibi farklı patolojiler yaşanabilmektedir. Bu nedenle onlar da gözlem, bakım ve tedavi amacıyla tıbbi destek alabilmektedirler.^{1,7}

Tedavi ve bakım ihtiyacı duyan yenidoğanların çeşitliliğine bakıldığında tıbbi destek ihtiyacı olabilecek bebek sayısının da azımsanmayacak düzeyde olacağını söylemek mümkündür. Türkiye’de nüfus kayıtlarından ve alan çalışmalarından elde edilen bilgiler bir yaşını görmeden ölen çocukların yaklaşık yarısının henüz yenidoğan dönemindeyken, bunların neredeyse yarısının ise erken yenidoğan dönemde (ilk hafta içinde) kaybedildiğini göstermektedir.¹³ Bu durum Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine duyulan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır.^{7,14}

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin tarihine bakıldığında, yenidoğanın özel bakımına yönelik yaklaşımların, ilk olarak XIX. yüzyılda Fransa’da yenilikçi bir ebe ve kadın doğum uzmanı grubu tarafından başlatılmış ve Amerika Birleşik Devletleri’nde geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Kuvözün 1898 yılında keşfedilmesi ile başlayan süreçte 1939 yılında prematüre doğan ve prognozu kötü olan yenidoğanların bakımına yönelik standartlar oluşturulmuştur.^{9,15-18} Ülkemizde kuvöz ilk kez 1957 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye’nin ilk Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ise 1960 yılında Dr. Şule Bilir tarafından Hacettepe

Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulmuş, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde işlevsel anlamda önemli bir gereci olan yenidoğana özgü ventilatör ise ilk olarak yine aynı merkezde 1971 yılında kullanılmıştır.²⁰

Yenidoğan ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin özel eğitime sahip olmaları gerektiğinin kabul edilmesi de ünitelerin gelişimine paralel olarak gerçekleşmiştir. Dr. İhsan Hilmi Alantar 1928 yılında yenidoğanın fizyolojisinin ve hastalıklarının farklı olduğu fikrini ortaya atmış olsa da yenidoğanlar uzun yıllar çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından takip edilmiştir.^{16,18} Yenidoğan uzmanlığı 1992 yılında pediatride bir yan dal olarak kabul edilmiştir.^{7,16,18} Yan dal olarak kabulden sonra dernekleşme yoluna gidilmiş ve 12 Aralık 1998 tarihinde Türk Neonatoloji Derneğini kurulmuştur. Derneğin mesleki eğitimin standardizasyonu konusunda önemli katkıları olmuştur. Öte yandan Sağlık Bakanlığı hemşireler, ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri için 2003 yılı itibarıyla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesini de kapsayan, yoğun bakım eğitim programları hazırlamıştır.¹⁹ Yine Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu eğitimin kapsamında sürdürülen yenidoğan canlandırma kursları 2003-2008 döneminde 10.000'nin üzerinde hekime ve hemşireye ulaşmış olup bu eğitimler sürekli güncellenerek devam ettirilmektedir.²⁰ Eğitim programlarının sürdürülmesine paralel olarak son 20 yılda Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde sağlanan tıbbi tedavi ve hemşirelik bakım hizmetlerinin düzeyi yükselmiş, böylelikle riskli yenidoğanların hayatta kalma oranlarında önemli artışlar kaydedilmiştir.¹⁹⁻²¹

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne göre Yoğun bakım hizmeti; "bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür". Yoğun bakım ünitesi ise, "bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin takibi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir".^{22,23} Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri de Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (SBTHGM) belirlediği bu genel çerçevede hizmet veren birimlerdir.

SBTHGM tarafından 13 Ağustos 2007 tarihli ve 17086 sayılı "yoğun bakım ünitelerinin standartları" konulu bir genelge yayımlanmış, kimi maddeleri yenilenerek günümüze kadar varlığını sürdürmüştür.^{22,23} Genelge çerçevesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri alana özgü bir bölümlendirme ile birinci, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti veren kurumlar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri durumu daha hafif olan vakalara hizmet sunmakta ve her beş hasta için bir hemşire bulundurmaları gerekmektedir. İkinci basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ise tek organ yetmezliği olan, daha yoğun gözlem ve tedavi ihtiyacı olan bebekler içindir. Tedavisine üçüncü basamakta başlanan düzelme yoluna girmiş hastalara da hizmet veren ikinci basamak birimlerinde her dört hasta için bir hemşire görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne göre üçüncü basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri; "çoklu organ işlev bozukluğu gibi komplike vakaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde bakım ve tedavi yapılabilen birimlerdir". Her üç hasta için en az bir hemşire olacak şekilde tanımlanmıştır.^{22,23}

SBTHGM anılan genelgede birimlerin tanımına ek olarak "hasta özellikleri", "yatak sayısı", "hastanenin ve birimin personel durumu", "tıbbi cihaz ve donanım standartları", "yoğun bakımda asgari olarak yapılması gereken işlemler" ve "diğer özellikler" başlıkları altında ayrıntılı düzenlemeler içermektedir.^{19,21-24} Öte yandan standart hizmetin devamlılığı esası ile SBTHGM'nin 3 Nisan 2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı genelgesi kapsamında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin alana özgü sertifika almış olması zorunlu hale getirilmiştir. Ancak yasada belirtilen standartlarda yoğun bakım hizmetlerinin sunumu için ihtiyaç duyulan yenidoğana özgü sağlık profesyoneli sayısı henüz yeterli düzeyde değildir.²²⁻²⁴

Yenidoğan ünitesine getirilen bebeğin, birime alınması ile başlayan süreç onun yaşamını ailenin desteği ile sürdürülebilir düzeye gelmesine kadar devam eder. Dezavantajlı-incinebilir grupların başında gelen çocuklar, özellikle de bebekler, destek olmaksızın yaşamlarını sürdüremezler.²⁵ Sağlıklı bir yenidoğanın beslenme ve bakım ihtiyaçları anne-baba ve yakın çevresinin desteğiyle giderilebilir düzeydedir. Bunun için basit beceri ve deneyimler yeterli olabilmektedir ancak hasta yenidoğan için profesyonel tedavi ve bakım hizmetleri gerekmektedir. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri bebeğin sağlık sorununu giderirken, eşgüdümlü

bir ekip çalışması ile bunu sağlamaktadır. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ekibinde, yenidoğan yan dal uzmanının yanında sertifikalı-deneyimli sağlık profesyonelleri (ebe, hemşire, sağlık memuru) ve yeterli temizlik personeli olmalıdır. İnsan unsurunun yanı sıra yeterli teknik donanım, özellikleri yasal olarak belirtilmiş şekilde fiziksel ortam, sarf malzemesi, ilaç gibi bileşenler birimi tamamlamaktadır.²²⁻²⁴

Dinamik bir süreç olarak yenidoğanın tedavisi ve bakımı, bir yandan sürekli güncel bilimsel bilgilerle yenilenirken diğer yandan ekibin deneyimsel katkısıyla da beslenmektedir. Yenidoğanın kendini ifade edemez ve incinebilir durumda oluşu, onun adına etik ve hukuki düzeyde sürdürülen hasta savunuculuğu etkinliklerinin duygusal bir boyut da kazanmasını gündeme getirmektedir. Duygusal etkilenme ailenin yanı sıra belli ölçüde sağlık profesyonelleri için de söz konusu olmaktadır.^{25,26} Bebek ile ayrılık süreci yaşayan ailenin bebekle ilişkilerinin devamının sağlanması, onlara taburculuk sonrası bebeğin bakım ihtiyacını karşılayacak bilgi-beceri eğitimi verilerek geri bildirim alınması ise Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin medikososyal görevleri arasında yer almaktadır.²⁷

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik

Modern tıp, geniş bir alanda ve karmaşık formda hizmet sunarken çeşitli değerlendirmelere konu olmaktadır. Sağlık hizmetleri bilimsel, teknolojik, ekonomik, yönetsel ve hukuki değerlendirmelerin yanı sıra hizmet süreci içerisinde gelişen etik sorunlarla da gündeme gelebilmektedir.¹ Bu genel çerçevede Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi özelinde yaşanan ve yaşanması olası etik sorunlar, bu başlık altında etik ilkeler doğrultusunda irdelenecektir.

Özerklik ve Aydınlatılmış Onam

Özerklik ve aydınlatılmış onam, tıp etiğinin temel ilkelerindedir. Bu ilkeler hukuki olarak da çeşitli yasalar ve bildirgeler ile güvence altına alınmıştır.²⁶⁻³¹ Özerklik veya özerk olma hali genelde kişinin kendisiyle ilgili konularda karar süreçlerine dahil olmasını ve tıbbi ilişki çerçevesinde ise hastanın kendisine yönelik uygulamalar üzerinde söz sahibi olabilmesini ifade etmektedir.²⁹ Özerk birey kendisine uygulanacak tıbbi işlemlerle ilgili, kabul etme veya reddetme yönünde irade beyan edebilmektedir.³⁰⁻³² Bunun için öncelikle karar oluşturma konusunda zihinsel yeterliliği ve hakkı olması; velayet-vesayet altında bulunmaması gerekmektedir.^{28,33}

Yenidoğan döneminde gelişmemiş benlik, muhakeme etme ve yargılama yetisinde eksiklik, seçme eylemine temel oluşturan bilgide yetersizlik ve tercihte bulunmaya yönelik karar yetisinin yokluğu nedeniyle özerklik söz konusu değildir.^{34,35} Öte yandan çoğu zaman hızla yapılması gereken uygulamalar dolayısıyla kısa süre içinde alınması gereken kararlar bulunması da hasta adına yakınlarının özerk yaklaşımlarda bulunmasına engel olmaktadır. Bu gibi olumsuzluklara rağmen yenidoğan, birey olarak haklarının güvence altına alınmasını ve saygı görmeyi hak etmekte,^{33,36-38} onunla ilgili durumlarda onun yerine-adına karar veren tıbbi ekibin veya ailenin hasta yararını gözetmesi, yaşam kalitesini öncelikle değerlendirmeye alması gerekmektedir.^{1,29,38}

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde yaşanması olası etik sorun kategorilerinden biri, takip tedavi süreci konusunda tıbbi ekip ile aile arasında görüş ayrılığı yaşanmasıdır. Tıbbi ekibin daha fazla bilgi aktarması ve önerisini daha net biçimde gerekçelendirmesi; ailenin koşullarını, olanaklarını, kaygılarını açıkça ifade etmesi tarafların uzlaşması yolunda ilk olarak başvurulacak yaklaşımlardır. Görüş ayrılığının sürmesi durumunda ise farklı tıbbi veya toplumsal otoritelerin devreye sokulması, nihayet konunun yargıya taşınması gündeme gelebilmektedir.^{30,33,37,39,40}

Yenidoğan ekibi idealde en iyi kararı verme konusunda hasta adına görüş bildirenleri yeterince bilgilendirmeli-aydınlatmalı ve onamlarını alarak onlarla mutabakat halinde karar vermelidir. Ancak koşullar zaman zaman bu hareket tarzına olanak vermemekte; kimi klinik uygulamalar bağlamında paternalist yaklaşımlar gündeme gelmektedir.^{29,33} Paternalizm tıbbi etik çerçevesinde çok takdir gören bir yaklaşım olmamakla birlikte sınırları yasa ve bildirgeler ile de güvence altına alındığı üzere acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın yararını gözetmek adına zorunlu olarak tercih edilebilmektedir.^{30,41,43} Yasalar ve bildirgeler ile de güvence altına alınan özerkliğe saygı göstermenin paternalizmin karşıtı bir yaklaşım olması nedeniyle özerklik ilkesinin klinikteki işlevselliği arttıkça paternalist yaklaşımların işlevselliği ise zayıflamaktadır.^{33,36,42,44,45}

Paternalizm kuramsal düzeyde şiddetle reddedilmekle birlikte sağlık profesyonellerinin özellikle hekimlerin davranışları bağlamında varlığını-etkisini sürdürmektedir.^{33,46} Tıbbi ilişkinin asimetric doğası ve meslek geleneği bu davranış tarzını desteklemektedir. Toplumun bir kesiminin bu davranış tarzına muhatap olmaktan memnuniyet duyması diğer bir kesiminin ise özerkliğine saygı beklemesi paternalizmin kimi zaman işlevsel olmasına kimi zaman ise çatışma yaratmasına yol açmaktadır.^{28,29,36,37,46}

Aydınlatılmış onam mevcut klinik durumun ve yapılacak tıbbi uygulamaların tam olarak anlatılmasını; beklenen yararlar ve olası riskler, seçenekler, önerilen işlemi reddetme-terk etme durumunda olabilecekler hakkında yeterli bilgilendirmeyi yapıp geri bildirim almayı kapsamalıdır.^{29,31,47,48} Bu şartı sağlamamış bir onamın, aydınlatılmış onam olarak adlandırılması mümkün değildir. Aydınlatılmış onamın her bir tıbbi işlem için ayrı alınması, özellikle invaziv uygulamalar söz konusu olduğunda yazılı olması gerekmektedir.¹¹ Kliniğe yatış sırasında yapılacak uygulamalar henüz netleşmeden genel-toplu onam alınması, etik ve hukuki açıdan anlam taşımamaktadır.^{30,40,47,49,50}

Aydınlatılmış onamın düşünsel arka planından koparılarak basit bir formalite düzeyine indirgenmesi; onama odaklanarak aydınlatmanın ihmal edilmesi, aydınlatılmış onamla ilgili-bağlantılı sorunların genel çerçevesini çizmektedir. Aydınlatılmış onam sürecinin tıp etiğinin konusu olmasının yanında sağlık hukukunun da konusu olması bakımından içeriğinin yanı sıra biçimsel yönüne de önem verilmesi gerekmekte; aydınlatma metninin dili, tarih atma ve imzalama gibi konular sorun yaratabilmektedir.^{11,29,42,47-52}

Yarar-Zarar Dengesinin Oluşturulması

Temel tıp etiği ilkelerinin en önemlilerinden olan yarar sağlama ve zarar vermeme çoğu zaman birbiriyle çatışmakta; tıbbi eylemi belirleyen karar sürecinde bu ikisinin dengelenmesi hemen hemen daima gündemde bulunmakta, hangi seçenekte hastanın en fazla çıkarı olduğunu belirleme çabası süreklilik göstermektedir. Kimi zaman bu iki ilkedan birine bağlı kalmakla hastanın özerkliğine saygı gösterme arasında da ikilemler ortaya çıkabilmektedir. Güçlü etkiye sahip tıbbi uygulamaların hem yarar sağlama hem de zarar verme potansiyelinin yüksek olması, gereksinim duyulan durumlarda bunların kullanılması-kullanılmaması konusunda tereddüt uyandırmaktadır. Eski tıbbın zarar vermemeyi önlemesine (primum non nocere) karşılık günümüzde yarar sağlama eğilimi ağır basmakta (primum utilis esse), telafi etme olanakları göz önünde tutularak sıklıkla yüksek riskli uygulamalar yapılmaktadır.^{28-31,42}

Yenidoğan özelinde, bir yandan sağlık sorunlarının atlatılabilmesi halinde beklenen yaşam süresinin uzun olması diğer yandan sorunlarla mücadele şeklinin gelecekteki olası uzun yaşamın kalitesini derinden etkilemesi söz konusudur.^{42,53,54} Bu nedenle yarar-zarar dengesini kurma çabası diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha kritik bir öneme sahiptir. Nitekim bu dengenin hasta çıkarı gözetilerek kurulmasını sağlamaya yönelik olarak uluslararası bildirgeler ve mesleki etik kodlar bunmakta; en az zararı göze alarak en fazla yararı sağlama çabası ahlaki bir zorunluluk olarak klinik uygulamalarda yaşam bulmaktadır.^{26,53-47}

Yaşamla bağdaşmayan ağır konjenital anomaliler yenidoğan tıbbi özelinde yarar sağlama ve zarar vermeme arayışlarını büsbütün karmaşık hale getirmektedir. Böyle kökten çözümü olmayan ağır sorunlarla sürdürülecek kısa ve kalitesiz bir yaşamın sağlanmasına yönelik uygulamaların ne ölçüde yarar sağlama ne ölçüde zarar verme esprisi taşıdığını değerlendirmek kolay değildir.^{42,58,59} Çağdaş tıpta yarar sağlama temel referans edilmiş olsa bile, zarar vermeme kaygısının da en az onun kadar önemli olduğunu hatırd tutmak bu bağlamda özellikle önemlidir. Kimi sağlık sorunlarını gidermeye çalışırken doğası gereği hasara yol açan uygulamalar, sağladıkları yararın yanı sıra yaşam kalitesini düşüren ciddi zarara da yol açabilmektedirler.⁵⁸⁻⁶⁰

Klinik tablo bakımından yarar sağlamanın olanaklı olmadığı durumlarda zarar vermeme ilkesine bağlılık yol gösterici olarak önem kazanmaktadır.^{10,61,62} Bu tür vakalarda palyatif bakımın derecesinin belirlenmesi, ileri incelemelerin yapılması-yapılmaması, ikincil sorunlarla etkili mücadele edilmesi-edilmemesi, değerlendirilirken öncelikle göz önüne alınan zarar vermeme ilkesi olmaktadır.^{25,53,60-63}

Adil Olma

Tıp etiği temel ilkesi olarak adil olma sadece sağlık alanında değil genel olarak etikte evrensel ölçekte değer taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde adalet herkese eşit, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmayı esas almakta, sağlık hizmeti sunumunda imtiyazlı grup veya kişilerin olamayacağını ifade etmektedir.^{28,42,44,53} Bu ilkenin ön plana

geçişi özellikle tıbbi olanakların-kaynakların sınırlı ve bunlara yönelik talebin yüksek olduğu durumlarda gerçekleşmektedir. Adalet ilkesi çerçevesinde dezavantajlı-incinebilir grupların negatif ayrımcılığa uğrama konusunda risk altında olması, sağlık profesyonellerine hem hasta savunuculuğu rolü hem de daha adil ve eşit davranış geliştirme sorumluluğu yüklemektedir.^{1,7,10,25,26,57,64}

Adalet ilkesinin temel konusu olan sınırlı kaynakların adil paylaşımı, ülkelerin benimsediği sağlık politikalarından doğrudan etkilenmekte, sağlık politikaları da sağlık hizmetlerinin sunum kültürünü şekillendirmektedir. Kaynakların adil paylaşımı konusundaki modellere bakıldığında, bunların ülkelerin sosyoekonomik ve politik koşullarına göre şekillendiği görülmektedir.^{42,66} Birçok ülkede benimsenen model, kaynakların en fazla kişi için en fazla yararı sağlayacak şekilde dağıtılmasını öngören yararçı (utilitarian) anlayışa dayanmaktadır. İsveç'te gereksinime göre ve eşitlikçi bir politika (egalitarian) uygulanırken, Güney Afrika Cumhuriyeti'nin, gerektiği zaman haksızlığa uğramış olanların lehine olan onarıcı (restorative) kaynak paylaşımını benimsediği görülmektedir. Sağlık hizmetinin alım gücüne göre şekillendiği, alım gücü yeterli olmayanların ise yardımseverlerin etkinliklerine yönlendirildiği özgürlükçü (libertarian) yaklaşım ise kaynakların pazar ilkelerine göre dağıtılması gerektiğini savunan Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanmaktadır.^{66,67} Bunların dışında, her topluma uygulanabilecek tek bir adalet kuramı olamayacağını savunan ve her ahlaki toplumun farklı "iyi" anlayışından şekillenen çoğul adalet ilkelerini içeren toplulukçu (communitarian) kuramdan söz etmek mümkündür.^{66,67} Bu modellere bakıldığında, Türkiye'de sağlık politikası olarak daha çok "yararçı" yaklaşımın benimsendiği, ancak son yıllarda reform olarak ifade edilen "sağlıkta dönüşüm programı" ile "özgürlükçü" yaklaşımın etkileri daha fazla görülmektedir. Ülkede yaşayanların sosyoekonomik düzeyi düşünüldüğünde bu yönelime karşı çıkararak dezavantajlı grupların lehine düzenlemeler yapılması için sosyal devlet ihtiyacını vurgulamak yerinde olacaktır.⁶⁶

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi özelinde klinik dinamiklerini düzenlerken her bebeğin sağlık hizmetinden faydalanma konusunda eşit haklara sahip olduğu, imtiyazlı grupların olamayacağı bilinmelidir. Kuvöz ve ventilatör gibi özellikli cihazların ihtiyacı olan hastaya ulaştırılması sağlık profesyonelinin sorumluluğundadır. Dolayısıyla sağlık profesyonelinin, süreci yönetirken adil olma konusunda sorumluluk alması gerekmekte; birimde yürütülen bakım-tedavi sürecinin her aşamasında hastaların lehinde ve mağduriyet yaratmayan düzenlemeler yapılması önem kazanmaktadır.⁶⁷ Hizmetten faydalanan hastanın hakları korunurken hizmetten faydalanma ihtiyacı hasıl olabilecek yenidoğanların da gözetilmesi önem taşımaktadır.^{54,64,66}

Sağlık hizmetlerinin adil sunumu sadece ihtiyacı olana hizmeti ulaştırmaktan ibaret olmayıp ihtiyacın bittiği anda başkalarına tahsis edilmek üzere hizmetin kesilmesini de kapsamaktadır.^{31,42} Aksi halde kuvöz gibi hayati araçların tek hastaya gereğinden fazla süre tahsis edilmesi, ihtiyacı olan başka bir hastanın ondan yoksun kalmasına; taburcu olabilecek durumda olan hastanın lüzumundan uzun süre yatak işgal etmesi, ihtiyacı olan yenidoğanın klinikte yer olmaması gerekçesiyle reddedilmesine neden olabilmektedir. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ekibinin çeşitli bildirgelerde de ifade edilen "herkes sağlık bakımı hakkından eşit düzeyde faydalanma hakkına sahiptir" ilkesini rehber edinmesi doğru olacaktır.^{25,47,50,55,66} Yenidoğanın doğal savunmasızlığı ve incinebilirliği, adalet ilkesinin uygulanması konusunda sağlık profesyonellerine ayrıca bir sorumluluk yüklemektedir.^{45,54}

Yönetimsel Süreçler ve Kural İhlalleri

Klinik işleyiş esnasında ortaya çıkan kural ihlalleri her zaman etik sorun niteliği taşımamakla birlikte etik ile ilgili çağrışımlar uyandırabilmekte ve etik sorunların doğmasına yatkın ortamlar yaratabilmektedir. Hem uygun olmayan kurallar hem de kural ihlalleri malpraktis gibi hastaya yansıyan sonuçların yanı sıra mobbing ve angarya gibi çalışanlar arası ilişkileri zedeleyen durumlara da yol açabilmektedir. Ayrıca iş barışını olumsuz yönde etkilemeleri nedeniyle ekip çalışmasının ciddi önem taşıdığı yoğun bakım kliniklerinde yarattıkları olumsuzluklar ileri düzeyde olabilmektedir. Görev tanımlarının yeterince açık olmayışı veya görev tanımlarının açık olmasına rağmen, pratikte angarya olarak tanımlanabilecek nitelikteki işlerin, hiyerarşinin alt basamaklarına daha fazla yansımaları, klinikte türlü sorunlara yol açmaktadır.^{46,56,65} Görevi dışındaki sorumlulukları yüklenmeme konusunda direnç gösteren kimi ekip üyelerine, açık veya dolaylı mobbing uygulamaları söz konusu olabilmektedir. Öte yandan görevi dışındaki sorumlulukları yüklenmek zorunda bırakılan sağlık profesyonelinin asli görevlerini aksatması, malpraktis riskini gündeme

getirmektedir. Malpraktis davalarının güncelliği, tıbbi aksaklık ve hataların, kayıtlara olduğu hali ile yansıtılmaması gibi bir risk yaratabilmektedir. Bunlara ek olarak tükenmişlik sendromu, mesleki otonomi kaybı gibi bir dizi sorun da gündeme gelebilmektedir.^{46,65}

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde kimi zaman hekim tarafından yapılması gereken işlerin diğer sağlık profesyonellerine devredilmesi; tıbbi bakım ve tedavi ile ilgili dikkat edilmesi gereken inceliklerin yoğun bakım kliniklerinin iş yükü arasında kimi zaman aksaması; multidisipliner tedavi ve teşhis ihtiyacı olan hastaya gereken özenin gösterilmeyişi; mesai ve nöbet sürelerinin uzun olması söz konusudur. Tüm bunlara bağlı olarak ortaya çıkan diğer aksaklıklar, hem kendi adlarına hem de yol açabilecekleri etik sorunlar üzerinden tıp etiğinin ilgi alanına girmektedir. Yoğun bakım birimleri, doğaları gereği daima yoğun ve dikkatli çalışma düzeni içinde olmayı gerektirmektedir. Sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olarak uygulanmaya başlanan performans sisteminin olumsuz yansımaları olarak, hekimin “performans” odaklı hizmet üretme kaygısı, gereksiz uygulamalar ortaya çıkararak ekipteki diğer sağlık profesyonellerinin iş yükünü artırabilmektedir. Oysa yoğun bakım kliniklerinde etkin sonuçlar ancak ekibin verimli çalışması ile gerçekleştirilebilir; ekibin herhangi bir üyesinin kendi temel görevlerini bir diğerine yükleyerek onu asli görevlerinden alıkoymaması gerekir. En sağlıklı yaklaşımın eşgüdümlü ve hasta merkezli ekip çalışması, olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır.⁶⁵

Etik karar verme süreçlerinin layıkıyla gerçekleştirilmemesine neden olan yoğun sirkülasyon ve diğer olumsuz etkenler, etik farkındalık düzeyinde azalma veya körleşme gibi sıkıntılar ortaya çıkarabilmektedir. Aşırı iş yükü ve zaman sıkıntısı sağlık profesyonellerinin bireysel algoritmalar üreterek standart uygulamaları terk etmesi riskini yaratmaktadır. Bu durum, yasal sorumluluk bakımından ilk olarak sorgulanmaya tabi olan hekimlerin, hukuki sorun yaşama olasılığını artırmaktadır. Hekimin malpraktis davaları ile ilgili endişeleri ise çoğu zaman diğer ekip üyelerine baskı ve stres olarak yansyabilmektedir. Yine hekimin sorumluluk ve yetkisinin daha geniş olması, hasta ile teması daha fazla olan diğer ekip üyelerinin söz hakkını kısıtlayabilmektedir.⁴⁵ Bu durum sağlık profesyonellerini katılımcı olmaktan uzaklaştırdığı gibi sessizleştirilmekte ve kendilerini tıbbi ekibin bir üyesi olarak hissetmelerine engel olabilmektedir.⁶⁵ Benzer sorunlar ve ekip içi iletişimin zayıflaması hasta ile ilgili süreçlerde aksama riskini de taşımaktadır.^{45,62}

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık bakım profesyonellerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde; hekim görevlerinin hemşirelere devredilmesi, kıdemsiz çalışanlara “angarya” yüklenmesi ve uzun vardiyalar şeklinde çalışılması gibi sorunlar sıklıkla yaşanmaktadır. Bu nedenle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi çalışanlarının çalışma saatleri ve görev tanımlarının düzenlenmesi, etik durumlar ve çözüm süreçleri hakkında düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ersoy N, Özcan M. Yenidoğan Etiği. 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2012.
2. Wyatt J. Neonatal Ethics. Erişim adresi: (<http://www.cmf.org.uk/publications/content.asp?context=article&id=143>) 2015. Erişim Tarihi: 13.01.2015.
3. Pinter AB. End-Of-Life Decision Before and After Birth: Changing Ethical Considerations. Journal of Pediatric Surger. 2008; 43 (3): 430-436.
4. Wyatt J. Matters of Life and Death. 2nd ed. Leicester: Inter-Varsity Press, 1998: 119-122.
5. Kültürsay N, Satar M, Arsan S. Gelişmekte Olan Bölgeler için En Uygun Ventilatör ve Diğer Cihazların Belirlenmesindeki İlkeler ve Öneriler. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, 2013; (25): 10-12.
6. Singer P. Practical Ethics: Second Edition. Australia: Cambridge University Press, 1993: 175-217.
7. Yiğit R. Fetus-Yenidoğan Hakları ve Hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6 (2): 50-56.
8. Atasay B, Arslan S. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted) 2001; 10 (12): 457-459.
9. Spence K. The Best Interest Principle as a Standard for Decision Making in the Care of Neonates. Journal of Advanced Nursing 2000; 31(6): 1286-1292.
10. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Ders Kitabı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2002: 25-31.

11. Etik Bildirgeler Çalıştay Raporu, Türk Tabipler Birliği. Erişim adresi: (http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bildirgeler). Erişim Tarihi: 15.11.2008.
12. Lowdermilk DL, Lerry SE. Nursing Care of the Newborn. Editors Lowdermilk DL, Lerry SE. Maternity&Women's Health Care. Ninth Edition, St Louis-Missouri: Elsevier, 2007: 662-665.
13. Neonatal Mortalitenin Daha da Azaltılması için Geliştirilecek Stratejiler Konusunda Öneriler. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 2013; (25): 13-19.
14. Ülkemizde Yenidoğan Sağlığı Sorunları Çalıştay. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, 2013; (25): 8-10.
15. The History of Neonatology. Erişim adresi:(<http://neonatology.org/history/history.html>) Erişim Tarihi: 10.11.2014.
16. Hacettepe Üniversitesi'nin Yarım Asırlık Neonatoloji Öyküsü. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 2013; (25): 43-44.
17. Origins of Neonatal Intensive Care in the UK. Erişim adresi: (<http://neonatology.org/pdf/WellcomeVolume9NeoUK.pdf>) Erişim Tarihi: 10.03.2015
18. Baker JP. Historical Perspective: The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant. Journal of Perinatology 2000; 5: 321-328.
19. Neonatoloji Yan-Dal Akreditasyon Standartları. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni 2006; (13): 7-10.
20. Arsan S. Ülkemizde Neonatolojinin Dünü, Bugünü. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kayseri-Türkiye, 13-17 Nisan 2005.
21. Çobanoğlu N, Tanır G. Yenidoğan Alanı Özelinde, Pediatri'de Etik Sorunlar. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi 1996; 4 (2): 71-73.
22. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53), Sayı: B.10.0.THG.0.10.00.15-251-18. Erişim adresi: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7063/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>). Erişim Tarihi: 5.12.2014
23. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinin Denetimi Genelgesi (2009/22), Sayı: B.10.0.THG.0.12.00.03-216/99/30-12286. Erişim adresi: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8345/yenidogan-yogun-bakim-unitelerinin-denetimi-genelegesii.html>). Erişim Tarihi: 10.05.2015
24. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 27910. Erişim adresi: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y.html>). Erişim Tarihi: 10.05.2015
25. İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi: UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi (IBC) Raporu. Londra: UNESCO, 2013.
26. Ay FA. Mesleki Temel Kavramlar. Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Editör Ay FA. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007: 47-55.
27. Özdoğan T. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakım Kılavuzu. İş Ahlakı Dergisi 2014; 7(2): 161-167.
28. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Third Edition, Oxford (NY): Oxford University Press, 1989.
29. Kara A. Özerkliğe Saygı Prensiplerinin Uygulanabilirliği. Uluslararası Birleşik Biyoetik Kongresi Kültürler Arası Biyoetik: Asya ve Batı Kongre Kitabı. Şanlıurfa-Türkiye, 14-18 Kasım 2005: 134-135.
30. Çoltu A. Türkiye'de Geçerli Yasal Düzenlemeler Açısından Hekim Sorumluluğu. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukuksal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2009: 140-141.
31. Aydın E, Ersoy N. Tıp Etiği İlkeleri. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1995; 3 (2): 48-52.
32. Akan H. Klinik Araştırmalarda Etik İhlaller. Tıp Etiğinden Biyoetiğe. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadioğlu F, Yıldırım G, Edison Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2009: 416-421.
33. Alan S. Adana'da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkinlikleri. Danışman Uzel İ. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2005.
34. Harris J. Hayatın Değeri; Tıp Etiğine Giriş. Çeviren: Sertabipoğlu S. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999.
35. Namal A. Yaşatma Çabasının Sınırları Bağlamında Ölmeye Yardım Türleri ve Etik Açısından Tartışılması. Editörler Erdemir A, Atıcı E, Civaner M, Erer S, Öncel Ö. Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşım Etik ve Hukuksal Boyutlar: III. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2009: 14-69.
36. Veatch RM. Biyoetiğin Temelleri. Çeviren Güven T. İstanbul: HAYAD Yayınları, 2010: 71-75.
37. Çalışıcı E, ve ark. Adli Karar Yetkililerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta İzlemindeki Rolü: Bir Vaka Takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2012; 55: 35-36.

38. Öztürk H. Çocukların Tıbbi Kararlara Katılımı. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. Yaşama Dair Etik Bir Bakış. Ankara: Tabip Odası Yayınları, 2002: 164-176.
39. Aydın E. Tıp Etiğine Giriş. Ankara: Pegem A, 2001.
40. Frenkel DA. Focus: Current Issues in Medical Ethics. Journal of Medical Ethics 1979; 5: 53-56.
41. Lim LS. Medical Paternalism Serves the Patient Best. Singapore Medical Journal 2002; 43 (3): 143-147.
42. Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çeviri Editörleri Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. Üçüncü Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2013.
43. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Kabul Tarihi: 11.04.1928, Kanun Numarası: 1219. Erişim adresi: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>). Erişim Tarihi: 13.07.2014
44. Jones SR. Ethics in Midwifery. Second Edition, Toronto: Elsevier Limited, 2000.
45. Demirhan Erdemir A, Karakaya H. Klinik Uygulamalarda Hemşire-Hasta İlişkileri. Klinik Etik. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 85-98.
46. Halidi G. Tıpta Otorite Unsuru: Otorite Figürleri ve Otoriter İlişkiler. Danışman Kadioğlu S. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2015.
47. İncedere A, Öztürk S, Er R. İnsan Onuruna Saygılı Hemşirelik Bakımı: Hemşirelerin Bakış Açısıyla Bir Değerlendirme. Değişen Dünyada Biyoetik. İstanbul, 2012: 200-205.
48. Yıldırım G, Alan S, Kadioğlu S. Tıbbi Bilgi Verme Bağlamında Uzun ve Kısa Metinlerin Karşılaştırılması. TAF Prev Med Bull 2011; 10 (6): 707-714.
49. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Bölüm 2, Madde 17. Erişim adresi: (https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf). Erişim Tarihi: 16.09.2014.
50. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420. Erişim adresi:(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>)Erişim Tarihi: 10. 04. 2015.
51. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (2): 7-12.
52. Demirhan Erdemir A. Tıpta Etik ve Deontoloji. İstanbul: Nobel Tıp, 2011.
53. Tepe H. Etik ve Meslek Etikleri. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 2000: 40.
54. Çavuşoğlu H. Neonatology and Ethics: A Word from Turkey. Journal of Clinical Ethics 2001; 12 (3): 315.
55. Akşit MA, Tekin N. Çocuk Hekimliği ve Etik. Klinik Etik. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:165-223.
56. Öztürk H, ve ark. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009; 13(2): 77-84.
57. Demirhan Erdemir A. Klinik Uygulamalarda Hekim-Hasta İlişkileri. Klinik Etik. Editörler Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 65-83.
58. Fletcher JC, Spencer E, Lombardo P. Newborns, Infants and Children. Fletcher's Introduction to Clinical Ethics. Third Edition, Maryland: University Publication Group, 2005: 235-261.
59. Nuffield Council on Bioethics, Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues. London: Latimer Trend & Company Ltd, 2006: 12-26.
60. Ersoy N. Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular (I): Yaşamı Destekleyen Tedavilerin Esirgenmesi ve Çekilmesi. Çağdaş Tıp Etiği. Editörler Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 328-357.
61. Jacobs BB, Taylor C. Medical Futility in the Natural Attitude. Advances in Nursing Science 2005; 28 (4): 288-305.
62. Cerit B. Hemşirelik Etik İnkilem Testi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 47-67.
63. Niebrój LT, Jadamus-Niebrój D. Do Not Resuscitate Order in Neonatology: Authority Rules. Journal of Physiology and Pharmacology 2007; 58 (5): 485-492.
64. Kutbay G, ve ark. Uluslararası Ebelik Etik Kodları. Tıp Etiğinden Biyoetiğe. Editörler Ülman YI, Başağaç Gül T, Kadioğlu F, Yıldırım G, Edisan Z. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2009: 223-231.
65. Babadağ K. Yoğun Bakım Birimlerinde Etik Sorunlar ve Yaklaşımlar. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Dergisi 1997; 1 (1): 13-15.

66. Can Ş, Acarođlu R. Hemşirelerin Mesleki Deđerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23 (1): 32-40.
67. Dünya Hekimler Birliği, Tıp Etiği Elkitabı. Çeviren Civaner M. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005.