

T²₀₁₄JOBTÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt 12 ◦ Sayı 3 ◦ 2025 Güz

Volume 12 ◦ Issue 3 ◦ Autumn 2025

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından yayımlanan Türkiye Biyoetik Dergisi
Turkish Journal of Bioethics published by Turkish Bioethics Association

e-ISSN: 2148-5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirilerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik

ASCI

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayımlayan dergide, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, yasa incelemesi, kitap incelemesi, sanat ve edebiyat, olgu sunumu, monografi, biyografi niteliğinde çalışmaları da yer almaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Prof. Dr. Selim Kadioğlu
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
turkiyebiyoetikdergisi@gmail.com

Prof. Dr. Gürkan Sert
Marmara Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
drgurkansert@gmail.com

Doç. Dr. M. Kemal Temel
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye
mkemaltemel@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay Halidi
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan Erbay
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik Görkey
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal Güvercin
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Prof. Dr. Mehmet Karataş
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Serap Şahinoğlu
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Murat Aksu
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Rahime Aydın Er
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Doç. Dr. Elif Bıyıklı Gültekin
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rana Can Özdemir
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat Civaner
Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan Demir Karabulut
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Hatun Hanzade Doğan
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder Gün
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İzgi
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Doç. Dr. Selda Okuyaz
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Prof. Dr. Müesser Özcan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin Özçelikay
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Mustafa Levent Özgönül
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran Sevimli
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Doç. Dr. Bilge Sözen Şahne
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Serap Torun
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif Vatanoğlu-Lutz
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım
Ankara Üniversitesi (emekli öğretim üyesi), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülay Yıldırım
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Doç. Dr. Şerife Yılmaz
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

MAKALE ANA METİN DOSYASI YAZIM KURALLARI

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazar Bilgileri

Ana metin dosyasında yazarların adları ve haklarındaki bilgiler bulunmamalıdır.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıklı yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki sayılar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda Roma rakamıyla dipnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak “tırnak içinde” gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9x13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğerleri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ ve YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF ve KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu

Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

Dergiye kabul edilen yazı türleri aşağıda sıralanmış olup ana metin dosyasında başlığın altında köşeli parantez içinde çalışmanın türü belirtilmelidir.

1. Editör Yazısı
2. Editöre Mektup
3. Sistematik Derleme-Meta Analiz
4. Araştırma Makalesi
5. Derleme
6. İnceleme Makalesi
7. Yasa İncelemesi
8. Karar İncelemesi
9. Kitap İncelemesi
10. Sanat ve Edebiyat
11. Görüş Makalesi
12. Düşünce Yazısı

13. Olgu Sunumu
14. Konferans Bildirisi
15. Kısa Bildiri
16. Toplantı Özeti
17. Rapor
18. Haber
19. Monografi
20. Biyografi
21. Bibliyografi
22. Çeviri
23. Not
24. Düzeltme
25. Diğer

MAKALE ANA METİN DOSYASI DIŞINDA SİSTEME YÜKLENMESİ GEREKENLER

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan, gönderilen makalenin amacının ve yönteminin açıklandığı, sonuçlarının derginin okur kitlesi için öneminin özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makalenin türünün, başlığının, kısa başlığının; tüm yazarların isimlerinin akademik unvanlarının, çalıştıkları kurumların, ORCID numaralarının, e-posta adreslerinin, telefon numaralarının, posta adreslerinin; mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümünün; çalışma daha önce bir bilimsel toplantıda sunulması, kongre kitabında basılması hakkında bilgilerin; varsa makaleye ilişkin çıkar çatışmasının belirtilmesinin ve açıklanmasının, yer aldığı kısımlardan oluşur.

Telif Hakkı Formu

Yazının ve dayandığı çalışmanın, araştırma ve yayın etiğine uygun olarak hazırlandığını; başka yerde yayımlanmadığını, yayımlanmak veya değerlendirilmek üzere başka bir yayın ortamına gönderilmediğini (bilimsel toplantılarda sunulmuş olması dışında); telif hakkının Türkiye Biyoetik Dergisi'ne devredildiği bilgilerini içerir.

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya

da teknolojik önlemler uygulayamazsınız. Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazarlara Notlar

- Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Hakem sürecinde yazarlardan çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmeleri istenebilir. Yazarlar, makaleye ilişkin verileri-kaynakları editör tarafından istendiğinde sunmakla yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi

- Orijinalliğı ve alana katkısı
- Akademik standartlar

Ücret Politikası

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖR YAZISI

EDITORIAL

Editörden Güz 2025

1. Editorial Autumn 2025 137
Selim Kadioğlu

ARAŞTIRMA MAKALESİ

RESEARCH ARTICLE

**Autism Awareness of Academicians in a Law School in İstanbul:
A Single Center Pilot Study**

İstanbul'da Bir Hukuk Fakültesi Akademisyenlerinde Otizm Farkındalığı:

2. Tek Merkezli Pilot Çalışma 138-153
Melda Karavuş, Seyhan Hıdıroğlu, Selin Doğan Jamil, Nimet Emel Lülecı, Tarık Emre Gökırmak, Sudenaz Öztürk, Yasin Çiçek, Yusuf Ömer Turan, Celine El Bitar, Şevval Kazez, Özge Hıdıroğlu

DERLEME

REVIEW

**Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurulları:
Mevzuata Dair Sorunlar ve Çözüm Önerileri**

3. Clinical Research Ethics Committees in Turkey: 154-158
Regulatory Framework, Problems and Proposed Solutions
Mehmet Karataş, Engin Burak Selçuk, Turgay Karataş

**Türkiye ve Dünya Geneline Yeniden Canlandırma (DNR) Politikaları ve
Uygulamaları: Hemşirelik Perspektifinden Bir Derleme**

4. Do Not Resuscitate (DNR) Policies and Practices in Turkey and Worldwide: A Review from a 159-170
Nursing Perspective
Simay Ezgi Budak Aşıklı

OLGU SUNUMU

CASE STUDY

**Anayasa Mahkemesi Kararı Işığında Bilgilendirilmiş Rıza Formlarının Hastaya Göre
Özelleştirilmesi: Olgu Analizi**

5. Customization of Informed Consent Forms According to the Patient in Light of Constitutional 171-181
Court Decisions: A Case Analysis
Senanur Işıl Yavuz, Zeynep Reva

SANAT ve EDEBİYAT

ART and LITERATURE

Tıp Tarihi ve Etik Bağlamında Bir Film Okuması: “Something the Lord Made”

6. A Film Analysis in the Context of Medical History and Ethics: “Something the Lord Made” 182-185
Ayşegül Akbay, Gamze Özbek Güven, Özge Zelal Aydın

Editörden Güz 2025

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin Değerli Okurları,

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin 2025 yılı üçüncü sayısını takdim etmeye geçmeden önce dergiye makale gönderme konusunda sınırlı da olsa bir ilgi artışı gerçekleştiği iyi haberini sizinle paylaşmak ve bu bağlamda desteğinizi beklediğimizi hatırlatmak istiyorum.

Geniş bir çalışmacı ekibi oluşturan **Melda Karavuş, Seyhan Hıdıroğlu, Selin Doğan Jamil, Nimet Emel Lülecı, Tarık Emre Gökırmak, Sudenaz Öztürk, Yasin Çiçek, Yusuf Ömer Turan, Celine El Bitar, Şevval Kazez, Özge Hıdıroğlu** tarafından yürütölen bir grup hukuk faköltesi öğretim elemanın otizm farkındalığı hakkındaki ilginç araştırma, medikososyal açıdan önemli bir konuya özellikli bir kesimin yaklaşımını yansıtır.

Mehmet Karataş, Engin Burak Selçuk ve **Turgay Karataş**, konunun hem teorik hem pratik boyutuna hakim bir yaklaşımla, Türkiye'de "Klinik Araştırmalar Etik Kurulları"nın işleyişini belirleyen mevzuatı mercek altına alarak bu hususta yaşanan sorunlara dikkat çekmekte, çözüm arayışında öneriler sunmaktadır.

Günümüzün aktöel-tartışmalı bir konusu olan DNR direktifi verebilmeyi, Dünya genelinde ve Türkiye'de geçerli olan farklı protokollerin ışığında gündeme getiren **Simay Ezgi Budak Aşıklı**, hemşirelerin bu kritik süreçteki rollerine-yükümlölüklerine odaklanmaktadır.

Hastanın özerkliğinin desteklenmesinde ve korunmasında önemli bir unsur olan bilgilendirme sürecini ve buna ilişkin formları, Anayasa Mahkemesi kararları ölçeğinde olgular üzerinden irdeleyen **Senanur Işıl Yavuz** ve **Zeynep Reva**, bilgilendirmenin gerçekleşmesi ve geçerlilik taşıma aşamasını etik-hukuk bileşkesinde önemli bir çözüm önerisiyle ele almaktadır.

Ayşegöl Akbay, Gamze Özbek Güven, Özge Zelal Aydın tarafından hazırlanan makale, tıbbın hem bilimsel ve hem de sosyal tarihi açısından önemli bir sürece odaklanırken düşünsel arka planında dikkate değeri kültörel ve ahlaki temalar barındıran bir sinema eserinin, tıp tarihi ve etik disiplini çerçevesinde yetkinlikle yorumlanmasıyla öretilmiş bir çalışma.

İyi okumalar diliyorum...

Saygılarımla

Selim Kadıoğlu

Autism Awareness of Academicians in a Law School in İstanbul: A Single Center Pilot Study

İstanbul'da Bir Hukuk Fakültesi Akademisyenlerinde Otizm Farkındalığı: Tek Merkezli Pilot Çalışma

Melda Karavuş

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0003-2629-2374 E-posta: meldak@marmara.edu.tr*

Seyhan Hıdıroğlu

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8656-4613 E-posta: seyhanerginh@gmail.com*

Selin Doğan Jamil

*Araştırma Görevlisi Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-9449-4539 E-posta: selindogan@yahoo.com.tr*

Nimet Emel Lüleci

*Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-3435-7214 E-posta: nokcesiz@marmara.edu.tr*

Tarık Emre Gökırmak

*İntörn Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0009-0235-2900 E-posta: tarikemregokirmak@gmail.com*

Sudenaz Öztürk

*Tıp Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0008-8513-1689 E-posta: ozturksudenaz03@gmail.com*

Yasin Çiçek

*Tıp Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0002-7141-2734 E-posta: cicekyasin962@gmail.com*

Yusuf Ömer Turan

*Tıp Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0009-9473-5764 E-posta: yusufomerturan@gmail.com*

Celine El Bitar

*Tıp Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0001-0851-6875 E-posta: albitar.celine@gmail.com*

Şevval Kazez

Araştırma Görevlisi Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0009-6648-6481 E-posta: sevvalkazez@gmail.com

Özge Hıdıroğlu

Doktor, Müzeyyen Keçeli Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul
ORCID: 0009-0001-1687-6109 E-posta: ozgehidiro@gmail.com

Geliş Tarihi: 27 Haziran 2025, Kabul Tarihi: 8 Eylül 2025

ABSTRACT

Aim

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that affects individuals' interaction with others, communication, learning, and behavior (1). Awareness of ASD in the field of law and the literature on this subject is limited. This quantitative study aims to evaluate the awareness and approach towards ASD among law school academicians working at a public university, in İstanbul, Türkiye.

Materials and Methods

The population of this descriptive study consisted of academicians (n=101) working at the law school of a public university in İstanbul, Türkiye. Among the academicians 56 participants who could be reached and who voluntarily accepted to participate were included in our study. Data were collected through face-to-face surveys between December 2023 and April 2024. The survey consisted of 10 questions regarding the participants' sociodemographic characteristics, 44 five-point Likert-type questions evaluating the awareness of ASD and 17 questions assessing their approach towards autism. Data were analyzed using a statistical software package. Pearson's chi-square and Fisher's Exact tests were used, and statistical significance was accepted at $p<0.05$.

Results

Of the participants, 57.1% (n=32) were females and 42.9% (n=24) were males; 44.6% (n=25) worked in public law practice, and 51.8% (n=29) in private law practice. When asked about the types of legal cases most likely to involve ASD individuals, 37 participants (31.6%) identified the "appointment of a legal guardian" and 30 participants (25.6%) cited "abuse". Female participants gave the answer "abuse" (68.6% n=22) significantly more than male participants (33.3% n=8) ($p=0.009$). Among participants 30 (53.6%) expressed willingness to take part in such a case and believed they would be able to communicate effectively with an ASD individual. When asked about the necessity of establishing special courtrooms for ASD individuals, female participants answered "yes" (90.6% n=29) significantly more than male participants (66.7% n=16) ($p=0.021$). More than half of the participants (53.6%, n=30) supported ASD awareness to be added into the school curriculum.

Conclusion

This study is a pilot study examining awareness and approach towards ASD of law school academicians. Most participants supported establishment of autism-friendly regulations. The findings are expected to contribute to the development of an autism awareness scale and inclusive regulations in the legal system in future studies with larger samples.

Keywords: Awareness, autism spectrum disorder (ASD), academicians, law school

ÖZET

Amaç

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), bireylerin diğerleriyle etkileşimini, iletişimini, öğrenmesini ve davranışlarını etkileyen bir nöro gelişimsel bozukluktur (1). Hukuk alanında OSB farkındalığı ve bu konudaki literatür sınırlıdır. Bu nicel çalışma, bir devlet üniversitesinde görev yapan hukuk fakültesi akademisyenlerinin OSB'ye ilişkin farkındalık ve yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini İstanbul, Türkiye'deki bir kamu üniversitesi hukuk fakültesinde görev yapan akademisyenler (n=101) oluşturmaktadır. Çalışmamız kendilerine ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden gönüllü 56 hukukçu akademisyen ile gerçekleştirilmiştir. Aralık 2023 ile Nisan 2024 arasında yürütülen çalışmada, veriler yüz yüze anketlerle toplanmıştır. Bu anket katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin sorulduğu 10 soru, otizm farkındalıklarını değerlendiren 5'li Likert tipinde 44 soru ve otizme ilişkin yaklaşımlarını sorgulayan 17 sorudan oluşmaktadır. Veriler istatistiksel paket program kullanılarak analiz edilmiştir Pearson Ki-kare ve Fisher's Exact testleri yapılmış olup, $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel anlamlılık kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların % 57,1'i (n=32) kadın, % 42,9'u (n=24) erkek olup, % 44,6'sı (n=25) kamu hukuku, % 51,8'i (n=29) özel hukuk alanında çalışmaktadır. Otizmlili bireylerin sık dahil olduğu vakalar sorulduğunda 37 katılımcı (% 31,6) "vasi tayini" ve 30 katılımcı (% 25,6) "istismar" yanıtını vermiştir. İstismar yanıtını veren kadın katılımcılar (% 68,6 n=22), erkek katılımcılardan (% 33,3 n=8) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Katılımcıların (% 63,6 n=30) otizmlili bir bireyin dahil olduğu bir vakada gönüllü olarak yer almak isteyebileceklerini ve otizmlili birey ile yeterli iletişim kurabileceğini bildirirken, Otizmlili bireylere özel mahkeme salonları kurulması gerekliliği sorulduğunda "evet" diyen kadın katılımcılar (% 90,6 n=29), erkek katılımcılardan (% 66,7 n=16) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,021$). Katılımcıların yarısından fazlası (% 53,6 n=30) müfredata otizm farkındalığının eklenmesini desteklemiştir.

Sonuç

Bu çalışma, hukuk fakültesi akademisyenlerinde OSB farkındalık ve yaklaşımlarını inceleyen bir pilot çalışma niteliğindedir. Çalışmada, otizmlili bireylerin yasal hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu bildiren az sayıda katılımcı bulunmaktadır. Bununla birlikte katılımcıların çoğunun otizm dostu yasal düzenlemeleri desteklediği görülmektedir. Elde edilen sonuçların, daha geniş örneklemle yapılacak araştırmalarda bir otizm farkındalık ölçeği geliştirilmesine ve hukuk sisteminde kapsayıcı düzenlemelerin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, otizm spektrum bozukluğu (OSB), akademisyenler, hukuk fakültesi

INTRODUCTION

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition influencing social interaction, communication, learning, and behavior (1).

While some autistic individuals possess advanced speech and communication skills, others may be nonverbal (2). The level of support required in daily life varies widely, ranging from individuals who regularly need assistance for tasks easy to their neurotypical counterparts to those capable of managing their work and daily activities with minimal or no help. Autistic individuals often experience difficulties recognizing and interpreting social cues, which can hinder their ability to adjust their behavior across different social contexts. Many prefer familiar environments characterized by established routines, and the presence of restricted interests, sensory sensitivities, and heightened anxiety can turn even minor changes into highly stressful situations. Consequently, planning and preparation for changes in daily routines and activities are essential.

The relationship between ASD and the criminal justice system has recently attracted increased academic and public attention. As understanding of neurodiversity expands, there is growing recognition of the unique challenges autistic individuals face within legal settings. Autistic individuals may demonstrate a childlike innocence in social skills, rendering them particularly vulnerable to manipulation. Their rigid adherence to routines and obsessive tendencies can, under disruption, contribute to behaviors that may escalate to criminal acts. Moreover, difficulties understanding social situations and limited negotiation skills can further predispose individuals to conflict and aggression (3). In some cases, an obsessive interest may drive behavior that results in a legal offense. These interactions can have consequences for the individual and families, communities, and the justice system at large.

Beyond these vulnerabilities, the core characteristics of ASD, such as communication difficulties, struggles with adaptation to new environments, and emotional confusion, can lead to misunderstandings, fear, and anxiety during arrest, investigation, trial, and incarceration. These challenges highlight the urgent need for increased autism awareness within the field of law to promote a more inclusive and adaptable system for autistic individuals.

A survey conducted between 2015 and 2020 among lawyers who had represented both autistic and non-autistic individuals facing similar charges revealed significant disparities. Only 43% of autistic defendants had been afforded the right to have an accompanying adult during legal proceedings. Furthermore, 59% of opposing lawyers and 46% of judges demonstrated insufficient understanding and awareness of autism through their behaviors and statements. Compared to non-autistic defendants, autistic defendants were associated with a 7.58-fold greater concern regarding passive participation during trial and a 3.83-fold greater concern regarding the risk of self-harm. These findings highlight persistent challenges within the criminal justice system in recognizing and accommodating the needs of autistic individuals. They also point to the necessity of mandatory autism awareness training for police officers and judges to facilitate reasonable adjustments during legal proceedings (4).

Autistic individuals may misunderstand their legal rights and the implications of their statements within the context of criminal justice. When the burden of effectively communicating and presenting evidence under stressful conditions falls entirely on the defendant, autistic individuals may be placed at a considerable disadvantage.

Some research suggests that autistic individuals experience higher rates of interaction with the criminal justice system compared to non-autistic individuals, often through increased reports of victimization and assault (5). It has been proposed that autistic individuals face a higher likelihood of arrest and police detention (6).

Because autistic traits can be subtle, the stages between first police contact and the courtroom are critical. Security and police officers who recognize core signs of ASD can defuse situations and arrange low-stress custody. Without essential knowledge, authorities may misread compliant yet unconventional behavior, such as defiance or theft, leading to wrongful charges. Addressing these issues is vital to protect autistic people from misinterpretation and to secure equity in the justice system.

Aforementioned systemic shortcomings make the justice system fundamentally unequal for autistic individuals, so practical and ethical reforms are urgently needed. Our study aims to provide data for potential training and awareness programs that will correct the lack of equity towards autistic individuals in legal systems.

While numerous studies have explored autism awareness among university students, healthcare professionals, teachers, and the general public, research involving members of law schools remains scarce. Investigating autism awareness within this population represents a critical step toward fostering legal environments that are more just and accommodating for autistic individuals and may guide the development of necessary legislative reforms.

Through this research, we aim to increase awareness of the injustices autistic individuals face within the legal system. By identifying potential gaps in awareness and offering recommendations for enhancing autism sensitivity in legal contexts, this study seeks to contribute meaningfully to efforts toward a more inclusive and fair justice system.

To this end, this quantitative study aims to evaluate the awareness and approach towards among law school academicians working at a public university, in İstanbul, Türkiye.

MATERIALS and METHODS

This descriptive study was conducted through face-to-face surveys among academicians working at the law school of a selected public university in İstanbul province of Türkiye. Before beginning the data collection process, the necessary Institutional Permission (E-70737436-605.01-668576, 23.11.2023) and Ethics Committee Approval were obtained. The study was carried out between December 2023 and April 2024. The completed questionnaires, filled out by the participants and administered by the researchers, were collected at the Department of Public Health of the concerned university for analysis.

The study population consisted of 101 academicians at the law school of a university in İstanbul. The study attempted to reach the entire population without sampling. The study was completed with 56 academicians and the participation rate was 55.4%. Of the academicians contacted during the data collection process, 20 initially agreed to participate but stated that they would like to complete the survey at a later date due to time constraints; however, they did not return the forms. Five academicians declined to participate, citing limited time as the reason. The remaining 20 academicians could not be reached due to scheduling conflicts such as congresses or meetings.

The questionnaire was prepared by researchers who had conducted several autism awareness studies before, furthermore a thorough literature review was carried out and expert opinions were referred to (7-12). A prior testing of the questionnaires was administered with three academicians of a different law school, necessary changes were made, and the final version was created.

The questionnaire consisted of three sections and a total of 71 questions. The first section, the “Sociodemographic Information Form,” included multiple-choice and open-ended questions regarding gender, age, academic title, field of law practiced, years in the profession, marital status, whether they have children, and having acquaintances with autism. The second section, “Autism Awareness,” contained 44 questions in a five-point Likert scale format. The third section, “Approach Towards Autism,” consists of 17 questions evaluating participants’ approach towards autism. The questionnaire does not have any reverse-scored items. Due to the low number of participants, analysis was done after combining results for Definitely Disagree, Don’t Agree, and Not Sure to “Don’t Agree and Not Sure,” and combining results for Definitely Agree and Agree to “Agree.”

A statistical software package was used for data analysis, and Pearson’s chi-square and Fisher’s Exact tests were applied. Statistical significance was accepted at a level of $p < 0.05$.

LIMITATIONS

The participation rate was 55.4%. Of the academicians contacted during the data collection process, 20 initially agreed to participate but stated that they would like to complete the survey at a later date due to time constraints; however, they did not return the forms. Five academicians declined to participate, citing limited time as the reason. The remaining 20 academicians could not be reached due to scheduling conflicts such as congresses or meetings.

The sample size and demographic distribution of participants in this study limited the ability to make statistical comparisons between certain sociodemographic subgroups.

RESULTS

Among the 56 participants, 32 were females (57%) and 24 were males (43%). Five participants had a bachelor's degree, 18 had a master's degree, and 33 had a doctoral degree. The mean age was 35.3 ± 8.2 years, ranging from 24 to 54. Among the participants, 22 (60.0%) were under 35 years old. Thirty-one participants (56.4%) reported having encountered an individual with autism in their social circle, and seven (12.7%) reported that either they or a close relative had a child with autism.

Regarding autism awareness, gender-based response distributions and chi-square test p-values for the 44-item Likert scale are presented in Table 1. The statements that received the highest number of "agree" responses were: "An autistic individual may sometimes appear as if they cannot hear you," agreed upon by 46 participants (82.1%); "An autistic person may stare off at objects such as a falling item or flashing colored lights," and "An autistic person may have restricted or obsessive interests (e.g., zebras, trains, pigeons)," both agreed upon by 45 participants (80.4%). The items with the fewest "agree" responses were: "An autistic individual may misuse the words 'yes,' 'no,' personal pronouns, or first-person language," agreed upon by 21 participants (37.5%); "An autistic person may have difficulty following verbal commands such as 'Sit!' or 'Stand up!'" (26 participants, 46.4%); and "An autistic individual may interpret a fictional story as if it were real" (27 participants, 48.2%).

Certain awareness items showed statistically significant differences based on sociodemographic characteristics (all $p < 0.05$). Female participants were significantly more likely than males to agree with items concerning difficulty following verbal commands ($p = 0.003$, Pearson chi-square), echolalia (echoed or repetitive speech) ($p = 0.023$, Fisher's exact), restricted or obsessive interests ($p = 0.010$, Fisher's exact), and meltdowns triggered by sensory changes or disruption of routines ($p = 0.030$ – 0.045 , Fisher's exact). Participants with a family history of autism were significantly more likely to agree with the statements "loud auditory stimuli can trigger meltdowns" ($p = 0.044$, Fisher's exact) and "an autistic individual may suddenly shout or make abrupt movements" ($p = 0.036$, Fisher's exact).

Table 1. Assessment of Autism Awareness Among Academicians of a Public Law School

	Women (n=32)		Men (n=24)		p value
	*Don't Agree and Not Sure n (%)	**Agree n (%)	*Don't Agree and Not Sure n (%)	**Agree n (%)	
1) An individual with autism has difficulty maintaining eye contact.	5 (15.6)	27 (84.4)	9 (37.5)	15 (62.5)	0.172
2) Calling by name might not be enough to draw an individual with autism's attention.	10 (31.3)	22 (68.8)	10 (41.7)	14 (58.3)	0.323
3) An individual with autism may seem as if they do not hear you at all.	5 (15.6)	27 (84.4)	5 (20.8)	19 (79.2)	0.764
4) An autistic individual's gaze may become fixed on objects such as a falling item or a flashing colored light.	4 (12.5)	28 (87.5)	7 (29.2)	17 (70.8)	0.284
5) An autistic individual may experience difficulties with language skills and self-expression (for example, they may be unable to communicate that they are hungry or thirsty).	9 (28.1)	23 (71.9)	10 (41.7)	14 (58.3)	0.487
6) A person with autism may have difficulty following verbal prompts such as "Sit!" or "Stand up!"***	11 (34.4)	21 (65.6)	19 (79.2)	5 (20.8)	0.003
7) An autistic individual may reverse the use of words like "Yes!" and "No!", as well as personal pronouns and self-referential language.	17 (53.1)	15 (46.9)	18 (75.0)	6 (25.0)	0.87

8) An autistic individual may respond to questions by repeating the question itself, a behavior known as parrotting or echolalia.***	7 (21.9)	25 (78.1)	12 (50.0)	12 (50.0)	0.023
9) An autistic individual's speech may sometimes be difficult to understand (for example, they may sound robotic, skip syllables, be excessively fast or slow, have incorrect intonation, or speak in a whisper).	13 (40.6)	19 (59.4)	5 (20.8)	19 (79.2)	0.349
10) An autistic individual may speak with pre-formed phrases like a machine would instead of forming their own sentences.	17 (53.1)	15 (46.9)	13 (54.2)	11 (45.8)	1.000
11) An autistic individual may sometimes spontaneously recite a long book, script, advertisement, or similar content from memory in inappropriate situations.	9 (28.1)	23 (71.9)	10 (41.7)	14 (58.3)	0.116
12) An autistic individual may sometimes make sounds such as murmuring to themselves.	6 (18.8)	26 (81.3)	6 (25.0)	18 (75.0)	0.360
13) An autistic individual may have difficulty understanding abstract concepts, such as jokes, metaphors, or idioms. For example, when hearing the phrase "Don't cut me off," they may not understand its meaning because there is no actual pair of scissors involved.	13 (40.6)	19 (59.4)	12 (50.0)	12 (50.0)	0.805
14) An autistic individual has difficulty reading body language, facial expressions, and gestures.	11 (34.4)	21 (65.6)	14 (58.3)	10 (41.7)	0.228
15) An autistic individual may have social skill difficulties such as reading the intentions of others, imitating their behavior, or understanding the thoughts underlying behavior.	10 (31.3)	22 (68.8)	9 (37.5)	15 (62.5)	0.703
16) An autistic individual may have difficulty with balance, and their posture may appear slightly hunched or uneven.	20 (62.5)	12 (37.5)	17 (70.8)	7 (29.2)	0.832
17) An autistic individual may walk with small steps and knees bent.	23 (71.9)	9 (28.1)	16 (66.7)	8 (33.3)	0.882
18) An autistic individual may have restricted or obsessive interests such as zebras, trains, or pigeons.***	2 (6.3)	30 (93.8)	9 (37.5)	15 (62.5)	0.010
19) An autistic person may have tics such as shaking their hands, clapping, snapping their fingers, chewing their hair, or biting their nails.	9 (28.1)	23 (71.9)	13 (54.2)	11 (45.8)	0.113
20) They may exhibit repetitive behaviors like opening and closing a book or pressing the tip of a pen again and again.	9 (28.1)	23 (71.9)	9 (37.5)	15 (62.5)	0.553
21) They may have their own rules, like always eating at the same time, sitting in the same place, watching the same movie, or wearing the same shirt. Changes to these routines can trigger meltdowns.***	8 (25.0)	24 (75.0)	12 (50.0)	12 (50.0)	0.045
22) An autistic person often likes to stick to daily routines, such as doing things in a certain order, at a certain time, or a certain number of times. Changes to these routines can lead to aggression or meltdown episodes.***	5 (15.6)	27 (84.4)	13 (54.2)	11 (45.8)	0.030
23) Interrupting an activity they are focused on can also trigger a meltdown.***	10 (31.3)	22 (68.8)	15 (62.5)	9 (37.5)	0.022
24) They may be perfectionists and have certain habits or rituals, like tapping their foot once before entering a room.	11 (34.4)	21 (65.6)	11 (45.8)	13 (54.2)	0.266

25) Autistic individuals might have an object they always want to carry with them, such as a prayer bead, keychain, wallet, or watch. Losing this item can make them very upset or cause a meltdown.	12 (37.5)	20 (62.5)	14 (58.8)	10 (41.7)	0.309
26) New environments can make them feel nervous or uncomfortable.	8 (25.0)	24 (75.0)	9 (37.5)	15 (62.5)	0.519
27) Certain visual stimuli, like fluorescent lights, specific colors, or dark spaces, can trigger a meltdown. ***	13 (40.6)	19 (59.4)	18 (75.0)	6 (25.0)	0.026
28) Loud sounds such as ambulance sirens, a baby's cry, teeth grinding, vacuum cleaners, or other noisy environments can also cause distress.***	11 (34.4)	21 (65.6)	17 (70.8)	7 (29.2)	0.019
29) Some smells, tastes, or food textures can lead to aggression.	17 (53.1)	15 (46.9)	19 (79.2)	5 (20.8)	0.092
30) They may dislike being touched or touching others.	7 (21.9)	25 (78.1)	10 (41.7)	14 (58.3)	0.149
31) They might suddenly shout or make quick, unexpected movements.***	5 (15.6)	27 (84.4)	11 (45.8)	13 (54.2)	0.046
32) They can be hyperactive and insist on doing things their own way.	17 (53.1)	15 (46.9)	14 (58.3)	10 (41.7)	0.934
33) Sometimes they may seem uninterested in their surroundings and may not recognize dangers like fire or earthquakes.	17 (53.1)	15 (46.9)	11 (45.8)	13 (54.2)	0.928
34) During a meltdown, they usually dislike being touched or held back.***	10 (31.3)	22 (68.8)	16 (66.7)	8 (33.3)	0.013
35) Helping them calm down by quietly moving them to a peaceful room can help the meltdown end more quickly.	23 (71.9)	9 (28.1)	19 (79.2)	5 (20.8)	0.641
36) An autistic person may have difficulty with impulse control. For example, they might lick toothpaste, smell soap, or turn lights off.	17 (53.1)	15 (46.9)	14 (58.3)	10 (41.7)	0.930
37) They may struggle with abstract thinking and imagination. They often cannot "pretend" and tend to act exactly as they feel.	10 (31.3)	22 (68.8)	13 (54.2)	11 (45.8)	0.127
38) They may have trouble putting themselves in someone else's place. For example, they might not realize if the person they are talking to is getting bored.	13 (40.6)	19 (59.4)	11 (45.8)	13 (54.2)	0.754
39) They might interpret a story as if it were real.	20 (62.5)	12 (37.5)	17 (70.8)	7 (29.2)	0.645
40) They may find it hard to follow when several people are talking at the same time.	19 (59.4)	13 (40.6)	14 (58.3)	10 (41.7)	0.934
41) They can understand better when others speak in short, clear, and slow sentences.	13 (40.6)	19 (59.4)	14 (58.3)	10 (41.7)	0.091
42) They might easily believe what others say and are prone to being tricked or misled.	17 (53.1)	15 (46.9)	11 (45.8)	13 (54.2)	0.528
43) They do not grasp concepts such as deceiving, scheming, gossiping, stealing, or harming others.***	10 (31.3)	22 (68.8)	17 (70.8)	7 (29.2)	0.008
44) An autistic person may sometimes use tactless, inappropriate, or vulgar language without understanding the implications.	21 (65.6)	11 (34.4)	17 (70.8)	7 (29.2)	0.878

* Combined results for Definitely Disagree, Don't Agree, and Not Sure.

** Combined results for Definitely Agree and Agree.

*** $p < 0.05$, Pearson Chi-square test or Fisher's Chi-square test used for analysis.

Attitudes and approaches regarding autism are summarized in Tables 2 and 3. When asked about the types of legal cases most likely to involve ASD individuals, 37 participants (31.6%) identified the appointment of a legal guardian and 30 participants (25.6%) cited abuse. In cases where the ASD individual is the victim, 42 participants (75.0%) supported increasing penalties for the defendant. Additionally, a considerable portion of the participants (34

participants, 60.7%) expressed the opinion that specific legal regulations should be established for ASD individuals within the legal system.

Only 10 participants (17.9%) declared that he / she was familiar with the legal rights and accommodations currently available for individuals having autism. Only one participant (1.8%) had previously worked on a legal case involving an individual having autism. However, 30 participants (53.6%) expressed willingness to take part in such a case and believed they would be able to communicate effectively with an autistic individual. Meanwhile, 20 participants (35.7%) were unsure about their willingness to participate in such cases, and 14 (25.0%) were uncertain of their ability to communicate effectively.

Thirty participants (53.6%) supported the inclusion of autism awareness in the law school curriculum, with this support being significantly higher among women ($p = 0.011$, Pearson chi-square). Additionally, 45 participants (80.4%) supported the establishment of special courtrooms with reduced sensory stimuli system for autistic individuals such as courtrooms with noise/sound isolation, minimal visual stimuli, support from companions, psychologists, social workers, special education experts, or legal professionals trained in autism.

This support was significantly more common among women (29 participants, 90.0%) than men (16 participants, 66.0%) ($p = 0.021$, Fisher's exact).

Participants who had an autistic individual in their social circle were significantly more likely to cite "neighbor/relative/friend" as their source of information on autism ($p < 0.001$, Fisher's exact). Among this subgroup, only four (12.9%) felt adequately informed about autism-related legal regulations, but 19 (63.3%) expressed willingness to participate in a legal case involving an autistic individual. Thirteen (41.9%) of them, however, stated that they might not be able to communicate effectively with an autistic person in such a case. Moreover, 19 participants (61.3%) in this subgroup supported the inclusion of autism awareness in legal education programs. None of the attitude items showed a statistically significant association with whether the participant had an autistic individual in their close environment ($p > 0.05$).

Table 2. Assessment of Autism Attitude Among Academicians of a Public Law School

	n (%)
What do you think could be the most common types of legal cases involving autistic individuals? *	117 (100)
A) Appointment of a legal guardian	37 (31.6)
B) Inheritance	8 (6.8)
C) Abuse	30 (25.6)
D) Deception/Manipulation	19 (16.2)
E) Being exploited to commit a crime	18 (15.3)
F) Other (specify.....)	2 (1.7)
G) I don't know	3 (2.5)
In your opinion, in a case where an autistic individual is the victim, should any sentence reduction or increase be applied to the offender? **	56 (100)
A) Sentence reduction should be applied.	2 (3.6)
B) Sentence increase should be applied.	42 (75.0)
C) The approach should be the same as non-autistic individuals.	5 (8.9)
D) Other (specify.....)	5 (8.9)
E) I don't know	2 (3.6)

* Questions with multiple answers.

** Questions with a single answer.

Table 3. Assessment of Autism Approach Among Academicians of a Public Law School

	YES n (%)	NO n (%)	NOT SURE n (%)
1. Are you familiar with the legal rights and accommodations currently available for autistic students/individuals?	10 (17.9)	33 (58.9)	13 (23.2)
2. Do you think there should be special courtrooms for autistic individuals in the legal system (for example, with noise/sound isolation, minimal visual stimuli, support from companions, psychologists, social workers, special education experts, or legal professionals trained in autism)?	45 (80.4)	1 (1.8)	10 (17.8)
3. Do you think there should be special laws specifically for autistic individuals in the legal system?	34 (60.7)	9 (16.1)	13 (23.2)
4. Have you ever been involved in a legal case that included an autistic individual?	1 (1.8)	55 (98.2)	0 (0.0)
5. Would you be willing to participate in a legal case involving an autistic individual?	30 (53.6)	5 (8.9)	20 (35.7)
6. If you were involved in such a case, do you think you would be able to communicate effectively with the autistic individual?	30 (53.6)	12 (21.4)	14 (25.0)
7. Do you believe that autistic individuals can succeed as students in legal education?	30 (53.6)	10 (17.9)	16 (28.6)
8. Are there any specific approaches or strategies you currently apply or have observed to support autistic students?	1 (1.8)	38 (67.9)	16 (28.6)
9. Do you think autism awareness in law is sufficient?	0 (0.0)	44 (78.6)	11 (19.6)
10. Do you think autism awareness should be included in the curriculum of law faculties?	30 (53.6)	9 (16.1)	17 (30.4)

DISCUSSION

This descriptive study aims to evaluate the awareness and approach towards among law school academicians working at a public university, in İstanbul, Türkiye. The research is particularly significant as it is one of the limited studies on autism awareness in law. It is compared to broader studies on autism awareness conducted among other professional groups, such as those in health, education, and law enforcement.

Through this research, we aim to increase awareness of the injustices individuals with autism face within the legal system. By identifying potential gaps in awareness and offering recommendations built from our findings and referenced research for enhancing autism sensitivity in legal contexts, this study seeks to contribute meaningfully to efforts toward a more inclusive and fair justice system.

In our survey, the question that received the highest number of agree responses was about whether an autistic individual may appear as if they cannot hear the person addressing them.

In a cross-sectional study on childhood autism awareness of otorhinolaryngology residents in research and training hospitals in İstanbul, the top-recognized signs reported in the survey were difficulty making eye contact and language delay (11). The participating residents also reported that they have observed children with autism having hypersensitivity and showing signs of not hearing despite normal hearing test results (11).

In a study on autism awareness of security officers, one of the highest-scoring questions in the conducted survey was the irresponsiveness of an autistic individual when they are called by their name in public (9).

Among many others, these elements show potential to be integrated into brief autism screening tools provided to professionals through training.

The second question receiving the highest "agree" answers was about whether an autistic individual may have their vision fixed on objects, such as "staring off" at things that are falling or flashing with colored lights.

A study comparing ASD and non-ASD children's visual exploration using an eye-tracker reports that children with ASD fixate on objects more frequently and have more difficulty disengaging compared to their non-ASD peers (13).

The third most-agreed-upon question is about whether an individual with autism may have restricted or obsessive interests.

On the matter of restricted interests with obsessive properties, a study compared high-functioning autistic individuals with controls on the quality and quantity of their interests. The study shows that the type and intensity of interests are better predictors than the number of interests (14).

The least-endorsed survey item was whether an autistic individual might misuse "yes," "no," personal pronouns, or first-person language. Studies on long-term speech sampling show that pronoun reversals are infrequent, so this sign could be used as a possible red flag rather than a universal diagnostic clue for ASD (15).

Fewer than half of the participants agreed that an autistic person may struggle to follow simple verbal commands. American Academy of Pediatrics notes that many autistic toddlers cannot perform even the 12-14-month developmental skill of one-step requests despite seemingly advanced expressive capacity and vocabulary. This data warrants the inclusion of early receptive-language gaps in practitioner training (16).

Roughly the same percentage of participants believed autistic individuals might interpret fictional stories as real. Eye-tracking experiments show that adults with ASD detect "reality-violating" fantasy words as quickly as non-autistic readers, indicating intact counterfactual understanding once basic reading and IQ thresholds are met (17).

Although autistic youth are three-to-six times more likely than peers to develop schizophrenia, the elevated risk does not make psychosis a routine feature of autism, and according to the eye-tracking study on distinguishing reality-fiction, confusing fictional stories as real (18). The task of constructing an autism awareness tool on reality perception should avoid framing delusional thinking as typical for ASD individuals (18).

In our study, female legal professionals recognized command-following difficulties, echolalia, obsessive interests, and sensory-triggered meltdowns more reliably than male legal professionals. However, a 35-study review of healthcare staff found no consistent gender effect (19). Knowledge and self-efficacy varied with training exposure, not sex. A teacher survey in Germany showed only moderate knowledge and self-confidence across both genders (20). These findings create an environment for discussion on shaping training courses targeting potential deficiencies in knowledge based on demographics.

When asked about legal contexts, participants most often linked autism to guardianship and abuse, and overwhelmingly supported harsher penalties when autistic people are victims. A recent criminal law review confirms the prominence of victimization. These prevalence figures in the review support the ideas of the participants of our study to prioritize safeguarding and enhancing victim-protection laws (21).

In our study, only one in six legal professionals felt they knew the legal protections available to autistic people, and only one participant had ever worked on an autism-related case. However, more than half believed they could do so successfully. This finding contrasts with a study in England and Wales, where family-court practitioners scored high on factual knowledge but averaged low for self-efficacy, attributing their uncertainty to the absence of formal autism training (22). This difference in attitude and enthusiasm to take on cases that they must adapt to their circumstances could be attributed to an overall personality trait difference between the study samples.

Over half of our sample wanted autism content added to the law school curriculum, and four-fifths favored sensory-friendly courtrooms, making the willingness to bridge that gap apparent. These results compare to British practitioners' recommendations for plain-language guidance and courtroom adjustments (22).

Participants who knew an autistic neighbor, friend, or relative cited that social contact is their primary information source. Our findings mirror data from a study in Australia that reports word-of-mouth and social media are more dominant sources than professional education (23).

In our study, social contact did not significantly relate to attitude scores. In contrast, a meta-analysis shows that only sustained, high-quality contact improves non-autistic people's attitudes toward autism (24). This data highlights that goodwill alone will not translate into competent, bias-free practice without structured education.

The existing literature on the relationship between autism and criminal behavior presents mixed findings. Some studies suggest that autistic individuals have higher rates of criminal behavior. In contrast, others show that people with ASD are less likely to engage in criminal activities compared to their neurotypical peers (25). These inconsistencies can be attributed to various limitations such as small sample sizes, lack of appropriate tools, and absence of control groups, which make it difficult to draw definitive conclusions about the relationship between ASD and the criminal justice system (25). Furthermore, there is a significant gap in research examining the cognitive differences between autistic individuals who commit crimes and those who do not (25).

Communication difficulties and unusual behavior lead to misunderstandings when interacting with law enforcement. Approximately a fifth of autistic individuals reported that they encountered at least one law enforcement officer before they reached their mid-twenties (26). The frequency of contact happens due to the likelihood of misinterpretation of behaviors naturally seen in autistic individuals, such as wandering, "stimming," poor eye contact, and repetitive behaviors (27). Escalation is common in situations where these behaviors are interpreted as suspicious activity, defiance, or disrespect, and can lead to restraint, arrest, or death (27).

In a survey study with 372 practitioners and caregivers, 60% of participants reported that they were fearful of law enforcement officer encounters for their autistic relatives or clients (27).

A nationwide U.S. survey found that almost three-quarters of police officers reported receiving no formal instruction on how to assist people with autism (28).

Autistic individuals often present a more nuanced, less immediately recognizable profile than individuals with many other neurodevelopmental or psychiatric conditions. Therefore, the "in-between" stages of one's experience with the law system, from the initial police contact and security screening to transport and pre-hearing holding areas, are critical. Officers who can spot hallmark signs of autism (e.g., flat or convoluted speech, purposeless roaming, hypersensitivity to noise or touch, or seemingly indifferent responses to questions) are better equipped to de-escalate incidents and ensure the person reaches the courtroom under suitable, low-stress conditions without unnecessary conflict. Without such awareness, an autistic suspect might be subject to misinterpretation. An adult with Asperger's syndrome who has fluent speech yet has behavior and mannerisms considered inappropriate may be branded uncooperative, or a young person who takes an item through misunderstanding of the situation may be charged with theft. Building autism training and screening tools for security staff and police is, therefore, essential to prevent unjust criminalization and ensure a safe environment for an individual with autism from first contact to the final stages of court proceedings.

Since law school academicians play a critical role in the criminal justice system, their understanding of autism can significantly affect the treatment and outcomes of autistic individuals within this system. The observed gender differences in recognizing the need for special courtrooms highlight the importance of adopting a more inclusive

approach in legal education and practice. We recommend that autism awareness and sensitivity training be incorporated into the curricula of law schools. Furthermore, there is a need to develop more tools and methods to examine differences between autistic individuals who have committed crimes and those who have not, as behavioral elements that are a part of cases become more nuanced in people with autism and other neurodevelopmental conditions. Such a goal will create an environment of understanding autism within the context of the legal system.

In an interdisciplinary study on autism spectrum disorder and the criminal justice system, a survey was conducted on law students before a session, giving information to the participants about the questions (21). The study reports that a post-survey showed an increase of about a fifth of their previous accuracy in knowledge on autism (21).

These results suggest that surveys could help assess legal professionals' knowledge as part of training programs. We believe current literature provides ample sources to construct education-oriented questionnaires, and using these tools to target gaps in knowledge will allow for an adaptive and evolving model that can be shaped to suit different demographics and levels of knowledge.

We recommend developing scenario-based training with realistic case examples and interactive exercises, such as recognizing lower capacity for abstract thought compared to peers, rigidity in thinking, coexisting neuropsychiatric and medical conditions, and testing or assessing orientation. Practical workshops could train legal professionals to identify signs such as echolalia or other non-verbal signals that may indicate autism or other neurocognitive conditions, preparing the legal worker for various issues unique to cases involving individuals with such disorders. Participants should be trained to adjust their questioning strategies, for example, by asking two-way or rephrased questions, to avoid being misled by echolalia or other communication difficulties. Early interpretation of these signs during legal procedures may help prevent miscommunication or misinterpretation of intent, ultimately promoting fairer legal outcomes.

Strengthening the connection between law and psychiatry education is critical to building autism-aware legal environments. Law school curricula could benefit significantly from interdisciplinary collaboration with psychiatry departments, particularly by integrating content on psychiatric and neurodevelopmental disorders, including autism spectrum disorder (ASD). Exposure to mandatory seminars or short courses on common psychiatric conditions could equip future legal professionals with the basic knowledge needed to recognize signs of cognitive and communication differences in legal contexts.

Legal education could incorporate clinical exposure through mandatory observational work in pediatric and adult psychiatry clinics, allowing law students to develop a practical understanding of psychiatric presentations. Given the increasing prevalence of autism and other neurodevelopmental and mental health conditions, legal professionals are increasingly likely to encounter individuals with such challenges, whether as defendants, witnesses, or victims.

The scope of autism awareness efforts should not be limited to judges and lawyers alone. Similar additions to educational programs and training courses could be extended to law enforcers, security officers, pharmacists, hospital security staff, nurses, and other frontline service providers, all likely to interact with individuals on the autism spectrum in their professional roles (9).

Raising awareness about autistic individuals' responses to physical contact, environmental dangers (such as earthquakes), and other atypical behavioral responses should be an essential part of these educational efforts. Increasing sensitivity to these issues could reduce misunderstandings and improve interactions in both legal, healthcare, and emergency settings.

Additionally, our findings point to the need for environmental adjustments to create autism-friendly courtroom designs. Such practice would minimize sensory stressors such as fluorescent lighting, loud noises, and other

overstimulating environmental factors. Creating quieter, less stimulating courtroom settings could help individuals with sensory sensitivities feel more comfortable and able to participate meaningfully in legal proceedings. Literature on autism-friendly homes and sensory-friendly environments could provide applicable models for such adaptations in legal spaces (29).

We believe that further studies on the topic of autism awareness in legal professionals are needed, with larger samples that span multiple law schools. Creating and conducting surveys to gain more generalizable data would help clarify gaps in knowledge and the changes that are needed in the legal education and justice systems.

An individual with autism dealing with the legal justice system, from the initial police encounter to the courtroom, is prone to experiencing unfair situations due to the gaps in awareness, knowledge, and attitude of the professionals involved. The nuanced and variable elements in unsupportive environments during such processes may cause misunderstandings, harsher penalties, failure to access due process, unjust legalistic treatment, and ethical harm. The deficiencies of the systems' capacity to deal with the needs of individuals with neuropsychiatric conditions create an inequitable world for autistic individuals. Steps to make the change needed to correct this imbalance are crucial, both for the sake of ethicality and practicality.

This study revealed that law school academicians have limited knowledge about certain aspects of ASD, particularly its social and communicative dimensions. Only a small proportion of participants indicated that they were sufficiently knowledgeable about the legal rights and protections of autistic individuals, while most supported concrete measures to improve their experiences within the justice system. Most participants supported autism-friendly court arrangements, the inclusion of autism awareness in legal education, and the introduction of legal regulations specifically designed to meet the needs of autistic individuals. A significant portion of participants believed that cases involving autistic individuals often involve issues such as guardianship and abuse, indicating that perceptions of autism-related legal issues are focused more on protection and representation. Additionally, a large majority supported increased penalties in cases where autistic individuals are victims, demonstrating a strong sense of justice and protection for vulnerable groups. These findings indicate a positive trend toward inclusive legal reform among legal scholars, despite gaps in knowledge. In this context, integrating autism awareness into the legal curriculum would be an important step toward promoting equal access to justice.

Following this pilot study, validity and reliability studies are planned to further develop and standardize the measurement tool. In addition, to conduct multivariate analyses and better understand the determinants of autism awareness in a legal context, future research with larger and more diverse academic samples is recommended. Furthermore, as the direct experiences of legal professionals involved in cases concerning individuals with ASD may provide new perspectives and help uncover practical challenges, conducting qualitative research with this group is recommended for future studies.

REFERENCES

1. Autism spectrum Disorder [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [cited 2025 Jun 15]. Available from: (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd>).
2. Lolke A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 2013. Available from: (<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>).
3. King C, Murphy GH. A systematic review of people with autism spectrum disorder and the criminal justice system. *J Autism Dev Disord*, 2014; 44 (11): 2717-2733.

4. Slavny-Cross R, Allison C, Griffiths S, Baron-Cohen S. Autism and the criminal justice system: An analysis of 93 cases. *Autism Res*, 2022; 15 (5): 904-914.
5. Kushner D. Gary McKinnon: The autistic Hacker. *IEEE Spectrum* [Internet]. 2024 Jul 3; Available from: (<https://spectrum.ieee.org/the-autistic-hacker>).
6. Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. *J Autism Dev Disord*, 2005; 35 (3): 323-330.
7. Hıdıroğlu S, Luleci NE, Karavus M, Gocin Karaketir S, Karavus A. A study exploring the autism awareness of students attending the department of pre-school teacher education of a public University in İstanbul. Turkey. *Marmara Med J*, 2020; 33 (2): 90-96.
8. Luleci NE, Hıdıroğlu S, Karavus M, Karavus A, Sanver FF, Ozgur F, et al. The pharmacists' awareness, knowledge and attitude about childhood autism in İstanbul. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 2016; 38 (6): 1477-1482.
9. Karavuş M, Hıdıroğlu S, Sarısaltık A, Iğın C, Yüksel GH, Şeker A, Kumru P, Save D, Lüleci NE. Autism Awareness Scale for Security Officers Working in Hospitals: A Study of Validity and Reliability. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2021; 11 (1): 14-19.
10. Hıdıroğlu S, Lüleci NE, Karavus M, Tanrıover O, Bayar ES, Karavus A. The awareness of childhood autism among residents of neuropsychiatric and other disciplines of a research and training hospital in İstanbul, Turkey. *J Pak Med Assoc*, 2018; 68 (2): 247-251.
11. Karavuş M, Karaketir ŞG, Hıdıroğlu S, Lüleci NE, Çetinkaya CY, Hoşgör EB, et al. A Cross-sectional study evaluating childhood autism awareness of residents otorhinolaryngology department in İstanbul. *İstanbul Medical Journal*, 2019; 20 (5): 450-457.
12. Lüleci NE, Hıdıroğlu S, Karavus M, Celik S, Cetiner D, Koc E, et al. A study exploring the autism awareness of first grade nursing and medical students in İstanbul, Turkey. *J Pak Med Assoc*, 2016; 66 (8): 916-921.
13. Yurkovic JR, Lisandrelli G, Shaffer RC, Dominick KC, Pedapati EV, Erickson CA, et al. Using head-mounted eye tracking to examine visual and manual exploration during naturalistic toy play in children with and without autism spectrum disorder. *Sci Rep*, 2021; 11 (1): 3578.
14. Anthony LG, Kenworthy L, Yerys BE, Jankowski KF, James JD, Harms MB, et al. Interests in high-functioning autism are more intense, interfering, and idiosyncratic than those in neurotypical development. *Dev Psychopathol*, 2013; 25 (3): 643-652.
15. Naigles LR, Cheng M, Rattansone NX, Tek S, Khetrpal N, Fein D, et al. "You're telling me!" The Prevalence and Predictors of Pronoun Reversals in Children with Autism Spectrum Disorders and Typical Development. *Res Autism Spectr Disord*, 2016; 27: 11-20.
16. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 2007; 120 (5): 1183-1215.
17. Ferguson HJ, Black J, Williams D. Distinguishing reality from fantasy in adults with autism spectrum disorder: Evidence from eye movements and reading. *Journal of Memory and Language*, 2019; 106: 95-107.

18. Jutla A, Foss-Feig J, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder and schizophrenia: An updated conceptual review. *Autism Res*, 2022; 15 (3): 384-412.
19. Corden K, Brewer R, Cage E. A Systematic Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Self-Efficacy and Attitudes Towards Working with Autistic People. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2022; 9 (3): 386-399.
20. Wittwer J, Hans S, Voss T. Inclusion of autistic students in schools: Knowledge, self-efficacy, and attitude of teachers in Germany. *Autism*, 2024; 28 (8): 2040-2052.
21. Brown ET. Autism Spectrum Disorder and the Criminal Justice System: an interdisciplinary study [Internet]. OpenSIUC. [cited 2025 Jun 15]. Available from: (https://opensiuc.lib.siu.edu/uhp_theses/409/).
22. George R, Crane L, Bingham A, Pophale C, Remington A. Legal professionals' knowledge and experience of autistic adults in the family justice system. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 2018; 40 (1): 78-97.
23. Jones SC, Akram M, Gordon CS, Murphy N, Sharkie F. Autism in Australia: Community Knowledge and Autistic People's Experiences. *J Autism Dev Disord*, 2021; 51 (10): 3677-3689.
24. Kim SY, Song DY, Bottema-Beutel K, Gillespie-Lynch K, Cage E. A systematic review and meta-analysis of associations between primarily non-autistic people's characteristics and attitudes toward autistic people. *Autism Res*, 2023; 16 (2): 441-457.
25. Collins J, Horton K, Gale-St Ives E, Murphy G, Barnoux M. A Systematic Review of Autistic People and the Criminal Justice System: An Update of King and Murphy (2014). *J Autism Dev Disord*, 2023; 53 (8): 3151-3179.
26. Sreckovic MA, Kenney CK, Wallace M. Autism Training for Law Enforcement Officers: A Scoping Review. *J Autism Dev Disord*, 2023; 53 (10): 3835-3846.
27. Wallace D, Herbert J, Tyler D, McGee-Hassrick E. Interactions between Individuals on the Autism Spectrum and the Police: The Fears of Parents, Caregivers, and Professionals. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 2020; 15 (2): 950-964.
28. Gardner L, Campbell JM, Westdal J. Brief Report: Descriptive Analysis of Law Enforcement Officers' Experiences with and Knowledge of Autism. *J Autism Dev Disord*, 2019; 49 (3): 1278-1283.
29. Karavuş A, Tiryakioğlu A, Kılıç ÇO, Demir D, Seçgin E, Lüleci E ve ark. Ebeveynlerin Otizm Dostu Ev Ortamı Hakkında Bilgi ve Görüşlerini İnceleyen Niteliksel Bir Çalışma. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2019; 10 (2): 78-88.

Türkiye’de Klinik Araştırmalar Etik Kurulları: Mevzuata Dair Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Clinical Research Ethics Committees in Turkey: Regulatory Framework, Problems and Proposed Solutions

Mehmet Karataş

Profesör Doktor, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-9093-6456 E-posta: drkaratas@hotmail.com

Engin Burak Selçuk

Profesör Doktor, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8484-0223 E-posta: engin.selcuk@inonu.edu.tr

Turgay Karataş

Doçent Doktor, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-1480-606X E-posta: turgay.karatas@inonu.edu.tr

Geliş Tarihi: 1 Temmuz 2025, Kabul Tarihi: 25 Temmuz 2025

“Bir dirhem bilim bir okka edebe muhtaçtır”

Razi

ÖZET

Bu derleme çalışma ile ülkemizde sağlık bilimleri alanında faaliyet gösteren Klinik Araştırmalar Etik Kurulları ile araştırmacıların ve kurulda yer alan üyelerin yaşadığı sorunlar ele alınarak, bazı çözüm önerileri sunulmaya çalışılacaktır.

Mevcut yasal düzenlemeler çerçevesinde kurulmuş olan etik kurulların kapsamı nedeniyle Klinik Araştırmalar Etik Kurulları'na sağlık bilimleri alanında yapılacak her çalışma için başvuru yapılamamaktadır. Bu nedenle akademik faaliyetlerde etik kurul izni gereken çalışmaların bir kısmı araştırmacıların etik kurul arayışına neden olmaktadır.

Bu çalışma ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulları'nın kapsamına girmeyen bilimsel araştırmalar için oluşturulması gereken Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulları'ndan ve bazı önerilerden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Klinik Araştırmalar Etik Kurulları, yaşanan sorunlar, çözüm önerileri

ABSTRACT

This compilation study will address the problems experienced by researchers and board members with Clinical Research Ethics Committees operating in the field of Health Sciences in our country, and some solution suggestions will be presented.

Due to the scope of the ethics committees established within the framework of current legal regulations, applications cannot be made to Clinical Research Ethics Committees for every study to be conducted in the field of Health Sciences. For this reason, some studies requiring ethics committee permission in academic activities cause researchers to seek ethics committees.

This study will discuss Scientific Research Ethics Committees that should be established for scientific research that does not fall within the scope of Clinical Research Ethics Committees and some suggestions.

Keywords: Clinical Research Ethics Committees, problems experienced, solution suggestions

GİRİŞ

Bilim insanlarının çalışmaları, antik çağ ve hatta karanlık çağ dediğimiz tarihin yazılı kayıtlarının olmadığı döneme kadar gitmektedir. Bu çalışmaların etik, ahlak, yasal çerçeve içerisinde olması insanların, hayvanların ve çevrenin en büyük fayda ve en az zarara maruz kalmasına sebep olmuştur (1).

Günümüzde en iyi olanın sağlanabilmesi için sağlık bilimleri alanında yapılacak olan klinik araştırmaların bilimsel ve etik açıdan değerlendirilebilmesini sağlamak üzere etik kurullar teşekkül ettirilmiştir. Bu kurullara yüklenen rol, bulundukları ülkenin yasal düzenlemelerine uygun ve aynı zamanda uluslararası etik ile ilgili normlarla çelişmemesi şeklindedir (2-5).

Etik Kurulların kuruluş, görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek amacıyla ülkemizde ilk olarak 1993 yılında “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ile mevzuat düzenlenmesi yapılmıştır. 2011 yılı ve sonrasında ise peş peşe birçok yönetmelik yayımlanmıştır. Etik kurulların bu mevzuat hükümleri doğrultusunda araştırmacıların yaptığı başvuruları değerlendirmesi ve etik karara bağlaması Sağlık Bilimleri için önem arz etmektedir.

Bu çalışma ile Ülkemizde Sağlık Bilimleri alanında faaliyet gösteren Klinik Araştırmalar Etik Kurulları ile pratikte yaşanan sorunlar ele alınarak, diğer bilimsel araştırmalar için oluşturulması gereken Bilimsel Araştırmalar Etik Kurullarından bahsedilecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” insanlar üzerinde yapılacak ilaç klinik araştırmalarını, gözlemsel ilaç çalışmalarını, gözlemsel tıbbi cihaz çalışmalarını, ileri tedavi tıbbi ürünleri ile geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve kozmetik ürünlerle yapılacak klinik araştırmaları, biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik çalışmalarını, kök hücre nakli araştırmalarını, organ ve doku nakli araştırmalarını, cerrahi araştırmalarını, gen tedavisi araştırmalarını kapsamaktaydı. Gözlemsel ilaç çalışmaları ve gözlemsel tıbbi cihaz çalışmaları hariç, girişimsel olmayan tüm klinik araştırmalar bu yönetmeliğin kapsamı dışında yer almaktaydı (6).

Sağlık Bakanlığı 2013 yılına gelindiğinde yeni bir yönetmelik daha yayımladı. Bu “Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” kapsamına ise biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik çalışmaları dâhil, insanlar üzerinde yapılacak olan ilaç, tıbbi ürünler ve bitkisel tıbbi ürünler ile ilaç dışı klinik araştırmaları alınmıştı. Retrospektif çalışmalar bu yönetmeliğin kapsamı dışına alınmıştı (7).

Her iki yönetmelikte de etik kurulların teşekkül ettirilmesinde “varsa deontoloji uzmanı” şeklinde bir düzenlemeye yer verilmişti. Etik kurulların oluşumunda Deontoloji Uzmanlarının yer alması kurulların işleyişine önemli katkı sağlayabilir.

“Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” adı ile 2023 yılında yürürlüğe giren mevzuatta ise “varsa deontoloji uzmanı” ibaresine yer verilmemiştir. Bu yönetmelik biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik çalışmalarını, beşeri tıbbi ürünlerin klinik araştırmalarını, düşük riskli bilimsel çalışmaları, tıbbi cihaz klinik araştırmalarını, kök hücreler ile yapılan klinik araştırmaları kapsamaktadır. Beşeri tıbbi ürünlerin gözlemsel çalışmaları dahil tüm müdahalesiz çalışmalar ve retrospektif çalışmalar bu yönetmeliğin kapsamına girmemektedir (8).

Ülkemizde sağlık bilimleri alanında bulunan mevcut etik kurullar; Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Etik Kurulu, Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurulu, Kozmetik Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Hayvan Deneyleri Etik Kurulu isimlerinde görevlerini yerine getirmektedir.

UYGULAMADA YAŞANAN SORUNLAR

Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılında yayımlanan yönetmelikten sonra klinik araştırmalarda etik kurulların kapsamı, teşekkülü, görev ve sorumlulukları ile ilgili olarak gerek araştırmacılar açısından gerekse etik kurullar bakımından bazı sorunlar ortaya çıkmıştır.

Mevzuat hükümlerine uyularak etik kurulların teşekkül ettirilmesi araştırmacıların hangi etik kurula başvuracağı sorununa neden olmuştur. Üniversitelerin bünyelerinde oluşturduğu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları ile birçok klinik araştırma çalışmasının etik kurul izinleri verilmeye çalışılmıştır. Bu oluşturulan etik kurulların da hangi çalışmaları kabul edip etmeyeceği sorunu önemli derecede karmaşaya neden olmuştur (9).

TİTCK (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu)’e bağlı olarak faaliyet gösteren Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının kapsamına girmeyen bu bilimsel araştırmalar “Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları”nın yönergeleriyle çelişen ve insan üzerinde müdahaleyi gerektiren çalışmalar olunca, araştırmacıların etik kurul arayışı söz konusu olmuştur.

Mevcut yönetmelik kapsamı, klinik araştırma yapmak isteyen bilim insanlarının etik kurul arayışının sebebidir. “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin” kapsamı gereği oluşturulan etik kurullar beşeri tıbbi ürünlerin klinik araştırmaları ve bilimsel çalışmalarını, 8/7/2022 tarihli ve 31890 sayılı “Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği” kapsamındaki piyasa arz sonrası çalışmaları ve tıbbi cihaz klinik araştırmalarını, 2/6/2021 tarih ve 31499 sayılı “İn Vitro Tanı Amaçlı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği” kapsamındaki, in vitro tanı amaçlı tıbbi cihazlar ile yürütülen performans değerlendirme çalışmaları ve piyasaya arz sonrası performans takibi çalışmalarını, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 5/4/2018 tarihinde yayımladığı 2018/10 sayılı Genelge kapsamında yer alan kök hücreler ile yapılan klinik araştırmaları ve beşeri tıbbi ürünler ile yapılan gözlemsel çalışmaları, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 10 uncu maddesi gereğince geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin araştırmalar dışındaki tedavi yöntemlerine ilişkin çalışmaların ve özel tıbbi amaçlı gıdalarda kullanım amacı ile gıda ve takviye edici gıdalarda sağlık beyanı kullanımına ilişkin bilimsel çalışmaları bilimsel ve etik yönden değerlendirmektedir (8,10-14).

Araştırmaların hangi etik kurulun kapsamına girip girmediği tartışması araştırmacılar için olduğu kadar etik kurul üyeleri için de geçerlidir. Başvurusu yapılan çalışmaların mevcut etik kurul kapsamına uygun olup olmadığı önemli bir sorun olarak halen uygulamada yerini muhafaza etmektedir.

Ayrıca, Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının teşekkül ettirilmesi sadece asil üyelerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda yedek üyelerin de olmasını gerektirmektedir. Bu yeterli sayıda öğretim üyesi ve istenen niteliklere sahip üyesi olmayan üniversiteler için soruna neden olmaktadır. Asil üyelerini tamamlayan bir üniversite aynı nitelik ve sayıda yedek üye bulamadığı takdirde etik kurul oluşturamamaktadır. Bu durum araştırmacıların başka illerdeki etik kurullara başvurmalarına ve araştırma süreçlerinin uzamasına neden olabilmektedir. Yedek üyelerin sürece ve işleyişe asil üyeler kadar hakim olmasını beklemek de başka bir sorun kaynağıdır.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ve SONUÇ

Kapsamı 2023 yılında çıkarılan yönetmelikle sınırlandırılan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları nedeniyle araştırmacıların çoğunun etik kurul başvurularına cevap veremediği için mevcut etik kurulların kapsamına girmeyen başvuruları kabul edebilecek etik kurullara ihtiyaç bulunmaktadır. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulları mevcut halleriyle araştırmacıların müdahale içeren çalışmalarına cevap veremez duruma gelmiştir.

Örneğin, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Üniversite Senatosunun 2025 yılında çıkarttığı yönerge ile kurulmuştur. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun görevi sonlandırılmış olup, İnönü Üniversitesi çatısı altında kurulan bu etik kurul ile araştırmacıların Klinik Araştırmalar Etik Kurulu kapsamına girmeyen çalışmalarını;

- Sağlık Bilimleri alanında insana doğrudan müdahaleyi gerektirmeden yapılacak olan araştırmaları,
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamı dışındaki çalışmaları,
- Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği kapsamındaki piyasa arz sonrası çalışmaları ve tıbbi cihaz klinik araştırmaları dışındaki araştırmaları,
- Kök hücreler ile yapılan klinik araştırmaları ve beşeri tıbbi ürünler ile yapılan gözlemsel çalışmaları dışındaki çalışmaları,
- Biyoyararlanım/bioeşdeğerlik çalışmaları dışındaki araştırmaları,
- Kozmetik klinik araştırmaları ve geleneksel/tamamlayıcı tıp uygulama klinik araştırmalarının dışındaki çalışmalar ile sağlık bilimleri alanında yapılacak olan klinik araştırmaları kapsamaktadır (15).

Klinik Araştırmalar Etik Kurullarına başvuru süreçleri TİTCK web sayfasında paylaşılan formlar, kılavuzlar ve mevzuat hükümleri doğrultusunda yapılmaktadır. Bu kapsamda olmayan çalışmaların kabul edilebileceği etik kurulların ise mevcut mevzuat hükümlerine ve etik kurallara ters düşmeyecek şekilde oluşturulmaları gerekmektedir. Yaşanan etik kurul başvuru karmaşasını önlemek amacıyla araştırmacıların etik kurula başvururken bir dilekçe ve araştırma protokolü ile başvurularının sağlanması süreçleri kolaylaştırıp hızlandıracaktır.

Sağlık Bakanlığı yapacağı mevzuat değişikliği ile taşrada Üniversite veya ilgili kurumlarda oluşturacağı kapsamı daraltılmamış, yetkileri artırılmış ve içinde Deontoloji Uzmanlarının yer aldığı tek bir etik kurul ile daha az sorunun yaşanmasına neden olabilir.

KAYNAKLAR

1. Özbek H. Tıptaki Araştırmaların Ahlaki Arka Planı. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 2017; 43: 6-11.
2. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, 2020.
3. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Etik Kurullara Yapılan Klinik Araştırma Başvurularına İlişkin Kılavuz, 04.12.2020.
4. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, 2024. Erişim: (https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/dtb_helsinki_bildirgesi_2024.pdf) Erişim Tarihi: 10.05.2025
5. Avrupa Konseyi çerçevesinde 04.04.1997 tarihinde imzaya açılmış olan “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. TBMM: 5013 Sayılı Kanun, 3.12.2003
6. Sağlık Bakanlığı. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 28030, 2011.

7. Sağlık Bakanlığı. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 28617, 2013.
8. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 32203, 2023.
9. Karataş M, Selçuk EB, Karataş T. Etik Kurulların Kapsamı Yaşanan Sorunlar ve Tıp Tarihi Etik Anabilim Dalı. XIV. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Bildiri Özetleri. Sakarya, 15-17 Mayıs 2025: 36.
10. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları, 22.03.2024.
11. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği. Resmi Gazete, Sayı: 31890, 2022.
12. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Kozmetik Ürün veya Hammaddelerinin Etkinlik ve Güvenlilik Çalışmaları ile Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 29481, 2015.
13. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. İn Vitro Tanı Amaçlı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği. Resmi Gazete, Sayı: 32635, 2024.
14. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Resmi Gazete, Sayı: 3359, 1987.
15. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi, 2025. Erişim: (<https://www.inonu.edu.tr/sagbilgiretik/menu/30336/yonerge>) Erişim Tarihi: 10.05.2025

Türkiye ve Dünya Geneline Yeniden Canlandırma (DNR) Politikaları ve Uygulamaları: Hemşirelik Perspektifinden Bir Derleme

Do Not Resuscitate (DNR) Policies and Practices in Turkey and Worldwide: A Review from a Nursing Perspective

Simay Ezgi Budak Aşıklı

Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

ORCID: 0000-0001-6914-1635 E-posta: simaybudak@hacettepe.edu.tr

Geliş Tarihi: 18 Haziran 2025, Kabul Tarihi: 30 Ağustos 2025

ÖZET

Yaşamın son dönemine ilişkin kararlar, etik, hukuki ve kültürel boyutlarıyla sağlık profesyonelleri, hastalar ve aileler için karmaşık süreçler içermektedir. Bu kararlar arasında yer alan "Do Not Resuscitate (DNR – Yeniden Canlandırma)" talimatı, hastanın kalp veya solunum durması halinde resüsitasyon uygulanmamasını ifade eder. DNR uygulamaları dünya genelinde farklı yasal düzenlemelere tabidir; bazı ülkelerde yasal olarak tanınırken, bazılarında hukuki çerçevesi belirsizdir ya da yasaklanmıştır. Türkiye'de ise DNR'ye ilişkin açık bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Hemşireler DNR talimatları konusunda; hastalara, ailelere, vekil karar vericilere ve sağlık ekibi üyelerine karar verme süreçlerinde yardımcı olma, hasta savunuculuğu yapma, sürecin sorunsuz bir şekilde uygulanmasına katkı sağlama, konuyla ilgili eğitim, araştırma ve politika oluşturma faaliyetlerine katılma gibi pek çok rol üstlenmektedir. Buna karşın, yasal belirsizlikler, etik ikilemler ve mesleki özerklik konusundaki sınırlamalar, hemşirelerin bu sürece ilişkin tutumlarını etkilemektedir. DNR kararlarının hasta merkezli bir yaklaşımla ele alınabilmesi için hemşirelerin karar alma süreçlerine daha aktif katılımı gereklidir. Ek olarak, Türkiye'de konuyla ilişkili yasal düzenlemelerin ve etik kılavuzların netleştirilmesi, hemşirelerin görev ve sorumluluklarının belirlenmesi, karar süreçlerine dahil edilmesi ve DNR konusunda hemşirelere yönelik kapsamlı eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Bu derleme, dünyada ve Türkiye'de DNR talimatlarına ilişkin yasal düzenlemeleri ele almakta; bunun yanı sıra hemşirelerin DNR talimatlarındaki rol ve sorumluluklarını ve DNR konusuna ilişkin algı ve tutumlarını inceleyerek mevcut durumu değerlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: DNR, hemşirelik, yaşam sonu bakım, etik, politika

ABSTRACT

End-of-life decisions involve complex processes with ethical, legal, and cultural dimensions for healthcare professionals, patients, and families. Among these decisions, the "Do Not Resuscitate" (DNR) order indicates that no resuscitation should be performed in the event of cardiac or respiratory arrest. DNR practices are subject to varying legal regulations worldwide; in some countries, they are legally recognized, while in others, their legal framework is either unclear or prohibited. In Turkey, however, there is no explicit legal regulation regarding DNR. Nurses play a significant role in relation to DNR orders, assisting patients, families, surrogate decision-makers, and healthcare team members in the decision-making process, advocating for patients, contributing to the seamless implementation of the process, and participating in education, research, and policy development activities. However, legal uncertainties, ethical dilemmas, and limitations regarding professional autonomy influence nurses' attitudes toward this process. For DNR decisions to be approached with a patient-centered perspective, it is

essential for nurses to be more actively involved in decision-making processes. Additionally, clarifying related legal regulations and ethical guidelines, defining nurses' duties and responsibilities, including them in decision-making processes, and developing comprehensive education programs on DNR for nurses in Turkey are recommended. This review addresses the legal regulations related to DNR orders both worldwide and in Turkey, and further evaluates the current situation by examining nurses' roles and responsibilities in DNR orders, as well as their perceptions and attitudes toward DNR.

Keywords: DNR, nursing, end-of-life care, ethic, policy

GİRİŞ

Yaşamın son dönemine ilişkin alınan kararlar, bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının yanı sıra etik, kültürel ve yasal boyutları da içeren karmaşık bir süreçtir. Yaşam sonu ile ilişkili ele alınan kararlardan biri DNR (Do Not Resuscitate) kararıdır. DNR terimi Türkçeye genellikle "yeniden canlandırma komutu" şeklinde çevrilmekte ve kişinin kalp veya solunumunun durması halinde canlandırma müdahalelerinin uygulanmaması anlamına gelmektedir (1). Hasta, hastanın yasal temsilcisi veya hekim tarafından verilen DNR talimatı, bu uygulamanın yasal olduğu ülkelerde hastanın ya da vekilinin hekim tarafından hazırlanan bir belgeyi imzalamasıyla resmileşebilir (1). Hastanın isteğinin yanı sıra sağlık ekipleri, hastanın genel durumu, yaşı, prognozu, altta yatan hastalıklar gibi faktörleri değerlendirerek resüsitasyonun faydalı olmayacağı sonucuna varabilirler. DNR talimatının temel nedenleri arasında, hastanın acılarının gereksiz yere uzatılmasını önlemek, onurlu ölümü sağlamak ve hasta özerkliğini korumak bulunmaktadır (2).

Yaşam ve ölümün her anında hastalara kesintisiz bakım veren hemşireler, DNR talimatının her aşamasında önemli roller oynamaktadır. Hemşireler DNR talimatlarında karar verme, uygulama, hasta savunuculuğu, eğitim, araştırma ve politika süreçlerinde etkili rol alma potansiyeline sahiptir (3,4). Bu süreçte hasta ve aile merkezli holistik bakım sürdüren hemşireler etik açıdan pek çok yükümlülük üstlenmektedir. DNR talimatının ülkeler arası değişiklik gösterdiği bilinmekte ve buna paralel şekilde hemşirelerin DNR uygulamalarındaki rolleri, sorumlulukları, algı ve tutumları farklılaşmaktadır (5). Bu derlemede, DNR talimatıyla ilişkili dünyada ve Türkiye’de yasal düzenlemelerden ve uygulamalardan, hemşirelerin DNR uygulamasındaki rol ve sorumluluklarından ve DNR uygulamasına yönelik tutumlarından bahsedilecektir.

DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE DNR: UYGULAMALAR ve YASAL DÜZENLEMELER

DNR talimatlarının hukuki geçerliliği ülkeden ülkeye önemli ölçüde farklılık göstermektedir; bazı ülkelerde yasal düzenlemelerle tanımlanmışken, bazı ülkelerde yasal bir zemine sahip değildir. Bu başlıkta çeşitli ülkelerdeki uygulamalar ve yasal düzenlemelerden bahsedilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD’de DNR yasal olarak kabul edilmektedir ve New York gibi bazı eyaletlerde DNR talimatına ilişkin mevzuat bulunmaktadır. ABD’de 1991 yılında yürürlüğe giren ve uyulması zorunlu bir federal yasası olan “Hastanın Kendi Kaderini Tayin Yasası” (The Patient Self Determination Act), DNR talimatlarına olan yaklaşımları etkilemiştir. Bu yasanın amacı, bir hastanın sağlığına ilişkin kararlarında kendi geleceğini tayin etme hakkının ve bu bağlamda tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkının korunmasını sağlamaktır (6). Bu çerçevede, DNR talimatları genellikle ileri direktifler (advance directives) kapsamında değerlendirilmektedir. İleri direktifler, bireylerin tıbbi bakım tercihlerini önceden belirleyerek sağlık durumlarının kötüleşmesi halinde uygulanmasını sağlayan yasal belgelerdir ve DNR talimatı da bu belgelerden biri olarak kabul edilmektedir (7).

ABD federal bir hükümet olduğundan, tüm sağlık bakım sistemi için standartlaştırılmış bir DNR politikası yoktur (8). ABD’de DNR talimatlarına ilişkin standart bir form bulunmamakta, DNR talimatını tanıyan eyaletlerde kendine özgü formlar bulunmaktadır. Ancak formlarda yer alan ibareler benzerlik göstermektedir (9). Örneğin, New York eyaletinde DNR talimatları, New York Kamu Sağlığı Yasası (New York Public Health Law) kapsamında düzenlenmektedir ve uygulamalar genellikle Yaşamı Sürdürmeye Yönelik Tıbbi Emirler Formu (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment – MOLST) üzerinden yürütülmektedir. Bu form, hem hasta (veya yasal temsilcisi) hem de hekim tarafından doldurulmaktadır (10). California eyaletinde ise DNR talimatları, California Düzenlemeler Kanunu (California Code of Regulations) kapsamında tanınmakta ve Yaşamı Sürdürmeye Yönelik Hekim Emirleri Formu (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment – POLST) kapsamında hekim ve hasta/vekil imzasıyla düzenlenmektedir (11). Florida eyaletinde ise DNR talimatları, Florida İdari Kanunu (Florida Administrative Code Rule) kapsamında yürütülmektedir. Bu eyalet özelinde sadece Florida Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sarı renkli formlar geçerli olarak kabul edilmektedir. Form hem hasta (veya vekili) hem de hekimin imzasını içermelidir (12).

Birleşik Krallık: Birleşik Krallık’ta DNR talimatları, 2005 tarihli Mental Kapasite Yasası (The Mental Capacity Act) ve Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service – NHS) tarafından düzenlenen yasal çerçeveye dayanmaktadır ve sıkı şekilde uygulanmaktadır (13). Bu yönergeler, hekimlerin ve sağlık personelinin bu uygulamaları tutarlı bir şekilde takip etmesini sağlamak için DNR talimatına ilişkin politika prosedürlerini açıkça belirtmektedir. Hastalar veya onların yasal temsilcileri ile DNR hakkında kurulan iletişim ve gerçekleştirilen danışma süreçleri açık bir şekilde yürütülmekte ve hastalar sağlık durumları, tedavi seçenekleri, prognozları ve bakım bağlamında DNR talimatının sonuçları hakkında şeffaf bilgiler almaktadır. Ek olarak, alınan kararlar hasta kayıtlarında resmi formlarla belgelenerek şeffaflık ve hesap verebilirlik sağlanmaktadır (14). DNR kararları periyodik olarak gözden geçirilmekte, beklenmedik iyileşmelerde iptal edilebilmektedir. Mental Kapasite Yasası çerçevesinde düzenlenen DNR yönergeleri, hasta özerkliğini desteklerken sağlık çalışanlarını yasal ve etik olarak korumakta, kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlamaktadır (15). Bunların yanı sıra, DNR ile ilişkili kamuoyunu bilgilendirme çabalarıyla toplumdaki farkındalık artırılmaktadır. NHS web sitesi, DNR süreçleri, CPR başarı oranları ve ilgili prosedürler hakkında ayrıntılı bilgi sunmaktadır (16).

Birleşik Krallık

Birleşik Krallık’ta DNR talimatları, 2005 tarihli Mental Kapasite Yasası (The Mental Capacity Act) ve Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service – NHS) tarafından düzenlenen yasal çerçeveye dayanmaktadır ve sıkı şekilde uygulanmaktadır (13). Bu yönergeler, hekimlerin ve sağlık personelinin bu uygulamaları tutarlı bir şekilde takip etmesini sağlamak için DNR talimatına ilişkin politika prosedürlerini açıkça belirtmektedir. Hastalar veya onların yasal temsilcileri ile DNR hakkında kurulan iletişim ve gerçekleştirilen danışma süreçleri açık bir şekilde yürütülmekte ve hastalar sağlık durumları, tedavi seçenekleri, prognozları ve bakım bağlamında DNR talimatının sonuçları hakkında şeffaf bilgiler almaktadır. Ek olarak, alınan kararlar hasta kayıtlarında resmi formlarla belgelenerek şeffaflık ve hesap verebilirlik sağlanmaktadır (14). DNR kararları periyodik olarak gözden geçirilmekte, beklenmedik iyileşmelerde iptal edilebilmektedir. Mental Kapasite Yasası çerçevesinde düzenlenen DNR yönergeleri, hasta özerkliğini desteklerken sağlık çalışanlarını yasal ve etik olarak korumakta, kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlamaktadır (15). Bunların yanı sıra, DNR ile ilişkili kamuoyunu bilgilendirme çabalarıyla toplumdaki farkındalık artırılmaktadır. NHS web sitesi, DNR süreçleri, CPR başarı oranları ve ilgili prosedürler hakkında ayrıntılı bilgi sunmaktadır (16).

Fransa

2005 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları ve Yaşam Sonu Bakımı Yasası (Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie), Fransa’da yaşam sonu bakımına ilişkin etik ve yasal çerçeveyi belirlemiştir. Bu yasa, DNR talimatını açıkça tanımlamamakla birlikte, yaşam destek tedavisinin durdurulmasına veya sonlandırılmasına ve bazı durumlarda ölüm sürecini hızlandırabilecek ilaçların kullanımının artırılmasına yasal zemin oluşturmaktadır. Yasa üç temel prensibi benimser: Gereksiz ve orantısız tıbbi müdahalelerin sürdürülmesini yasaklar, palyatif bakım hakkını tanıyarak belirli ilaçların dozlarının artırılmasına izin verir ve hasta özerkliğini ön planda tutarak bireyin yaşam sonu kararlarına saygı gösterilmesini sağlar. Hastanın karar veremeyecek durumda olması hâlinde, karar süreci, hasta tarafından önceden belirlenmiş olan güvenilir bir kişi aracılığıyla yürütülebilir (17). 2016 yılında çıkarılan Claeys-Leonetti Yasası ise bu düzenlemeleri daha da güçlendirerek, ileri direktiflerin bağlayıcılığını tanımış ve sürekli derin sedasyon hakkını yasalaştırmıştır (18).

Norveç

Norveç’te kardiyak arrest durumunda kardiyopulmoner resüsitasyonun yapılmaması konusunda bakım ekibi içinde bir anlaşmaya varılmışsa da DNR klinik vaka notlarına kaydedilerek uygulanabilmektedir. Norveç Sağlık Müdürlüğü tarafından yayımlanan “Yaşamı uzatan tedavinin sınırlandırılmasında karar verme süreçleri” isimli kılavuza göre DNR kararı, CPR uygulamasının faydasız olacağı durumlarda hekim tarafından ya da hasta yaşamı uzatıcı tedavi istemediğinde hasta tarafından verilebilir. Tedaviyi durdurma bilgisi verilmeden önce kalp veya solunum durması meydana gelirse, hastaya saygının öncelikli olduğu ve tıbbi olarak endike olmayan CPR başlatılmaması gerektiği Norveç Sağlık Müdürlüğü tarafından belirtilmiştir (19).

İtalya

İtalya’da DNR, 2017 yılında kabul edilen ve 2018 yılında yürürlüğe giren 219 sayılı İtalyan İleri Tedavi Hükümleri (Disposizioni Anticipate di Trattamento – DAT) yasası kapsamında tartışılmaktadır. “Yaşam vasiyeti” veya “önceden verilmiş sağlık talimatı” olarak adlandırılan “biotestamento” DAT yasasına tabidir. Bu yasa, reşit olan ve anlama ile isteme yetisine sahip her bireyin, gelecekte kendi kendine karar verme yetisinin kaybı durumunda belirli tanı testlerini, tedavi seçeneklerini veya bireysel sağlık tedavilerini önceden kabul veya reddetme beyanlarını içerir. DNR talimatlarına ilişkin özel bir yasa olmamasına karşın kararlar bu yasa kapsamında alınmaktadır (20,21).

İsveç

İsveç’te DNR talimatları, hasta hakları yasası kapsamında hekim sorumluluğunda yürütülmektedir. DNR talimatının yasal olarak geçerli sayılabilmesi için, karar öncesinde hastaya, mümkünse hasta yakınlarına ve en az bir başka sağlık çalışanına (tercihen deneyimli bir hekime) danışılması zorunludur (22,23). Bununla birlikte, karar için hastadan onam alınması yasal olarak şart koşulmaz; ancak kararın hastanın özerkliğine aykırı olmaması esastır. Eğer hasta DNR talimatı verilmesini istiyorsa, hekim hastaya kararın sonuçları hakkında net bilgi vermek ve hastanın bunları anladığından emin olmakla yükümlüdür. Hastaya konuyla ilgili danışmanlık vermek mümkün değilse, nedeni belgelenmeli ve mümkün olduğunca yakınlarına danışılmalıdır. Bununla beraber İsveç’te DNR talimatına ilişkin standardize edilmiş formlar bulunmamaktadır. Ayrıca DNR kararları yalnızca bulundukları sağlık ortamında (örneğin hastane, bakım evi) geçerlidir; hasta başka bir kuruma nakledildiğinde karar otomatik olarak geçersiz hale gelir ve yeniden değerlendirme yapılması gerekir (22). İsveç’te hastanede yaşamını yitiren bireylerin büyük çoğunluğunda DNR kararı bulunduğu bildirilmektedir (23).

İsviçre

Kardiyak arrest gibi acil durumlarda, İsviçre Medeni Kanunu'nun 379. maddesi uyarınca, hasta bilinçsiz olduğunda hekim hastanın önceden beyan ettiği isteklerini ve tıbbi yarar ve zarar dengesini göz önüne alarak hastaya müdahale etme veya DNR talimatı verme kararını vermekle yükümlüdür. Ayrıca bilinci yerinde ve karar verme yetisine sahip bir hasta, Medeni Kanun'un 370–373. maddelerinin tanıdığı özerklik doğrultusunda ister önceden yazılı direktif hazırlayarak ister o anda sözlü beyanla DNR talebinde bulunabilmektedir. Hekim bu talebe, hastayı sonuçları konusunda bilgilendirip kararı tıbbi kayıtlara geçirerek saygı göstermek zorundadır (24). 2021'deki SAMS (Swiss Academy of Medical Sciences) kılavuzları, DNR kararlarının “önceden planlanarak, hasta-hekim diyaloguyla ele alınmasını” önermektedir (25).

Avustralya

Avustralya'da DNR uygulamaları ayrı bir yasal düzenleme olarak değil, ileri direktifler kapsamında ele alınmaktadır. Avustralya sistemi, hastanın özerkliğini merkez alan ancak eyaletler arasında biçimsel çeşitlilik gösteren bir hukuki çerçeveye DNR kararını düzenlemektedir. New South Wales'te yalnızca yazılı veya sözlü direktifler geçerli sayılırken, Queensland'de sadece resmi olarak düzenlenmiş formlar kabul edilmektedir. Victoria, Güney Avustralya, Batı Avustralya ve diğer bölgelerde ise her iki tür direktif de geçerlidir. Hastanelerde verilen DNR emirleri, hekim tarafından imzalanıp hasta dosyasına işlenir; ancak bu emirlerin geçerliliği genellikle sadece düzenlendikleri kurumla sınırlıdır (26). Avustralya'da hastaların çoğu DNR'nin ne anlama geldiğini anlamakta ve bunu özerk hakları olarak görmektedirler. Hastaların çoğu yazılı talimatları tercih etmektedir. Ancak Avustralya eyaletleri ve bölgeleri arasındaki görüş ve uygulama çerçevelerindeki farklılıklar nedeniyle yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (8).

Hollanda

Hollanda'da DNR talimatı doğrudan yasal bir düzenleme olarak ele alınmamış olsa da neredeyse tüm hastanelerde DNR talimatlarına ilişkin kılavuzlar bulunmaktadır. Kılavuzlarda resüsitasyonun tanımı, karar sürecine katılan kişilerin rolleri, ileri direktifler ve DNR kararının ne zaman tartışılmaya başlanması gerektiği gibi unsurlar yer almaktadır. Hasta tarafından hazırlanmış yazılı bir DNR bildirimi varsa bu belgeye uyulması zorunludur (27-29). Buna ek olarak Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği (KNMG) tarafından yayımlanan kılavuzlara göre hekim, resüsitasyonun tıbben faydasız veya orantısız zarar vereceğine karar verirse, hasta ile kararı paylaşmak koşuluyla hasta onayı gerekmeden DNR kararı verebilmektedir (29).

Danimarka

2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yönetmeliğe göre; hekim, hastanın ciddi bir hastalığının olması veya terminal dönemde olması ve daha fazla tedavinin yarar sağlamayacağının öngörülmesi durumlarında resüsitasyon uygulanmamasına karar verebilmektedir. Hekim DNR kararı aldığında bu kararı hasta, yakınları, vasileri ve tüm sağlık ekibine bildirmekle ve gerekli olduğu takdirde kararı yeniden değerlendirmekle yükümlüdür. Hekim kararının yanı sıra hasta da DNR talebinde bulunabilmekte; bu durumda hekim hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek ve yeterince bilgilendirildiğinden emin olarak bu talebi onaylayabilmektedir. Hasta tarafından alınan DNR kararı, mevcut tıbbi durumda bir gelişme olmadığı ve hasta kararını geri çekmediği sürece geçerlidir. Hastanın başka bir tedavi kuruluşuna sevk edilmesi durumunda sağlık personelleri, hastanın DNR kararını sevk alan kuruluşa bildirmek zorundadır. Böylelikle hastanın DNR kararı, sağlık hizmeti aldığı kurumlar değişse bile geçerliliğini korumaktadır (30).

İran

İran hukuk sistemi içinde yazılı veya yasal tanınması olan bir DNR düzenlemesi mevcut değildir. DNR kararlarına veya ileri direktiflere ilişkin herhangi bir yasal çerçeve geliştirilmemiştir. Yasal düzenlemelerin eksikliği ve dini kuralların ülke politikaları üzerinde etkisi göz önünde bulundurularak, hastanın rızası bulunsa bile DNR uygulanmasının yasadışı olduğu belirtilmektedir (31,32). Herhangi bir yasal düzenleme ve etik rehberler bulunmaması nedeniyle DNR talimatının hekim tarafından sözlü olarak ve gayriresmî biçimde verilebildiği; bu durumun da hekimleri etik ve yasal açıdan önemli sorunlarla karşı karşıya bırakabildiği bildirilmektedir (32).

Suudi Arabistan

Dini kuralların politikadaki rolüne karşın Suudi Arabistan’da DNR ile ilişkili yönetmelik oluşturulmuş ve hastaların veya ailelerinin tercihleri ne olursa olsun, DNR’ye yönelik profesyonel kararın kabul edilebilir olduğu söylenmiştir. İslami Araştırma ve İfta İdaresi Başkanlığı (General Presidency of Islamic Research and Ifta) tarafından 1988 yılında yayımlanan 12086 sayılı Fetva’da “üç bilgili ve güvenilir hekimin, tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktan muzdarip olduğu ve ölümün kaçınılmaz olduğu aşikâr olan bir hastayı yeniden canlandırmanın uygun olmadığı konusunda hemfikir olması halinde, canlandırıcıların veya yaşam destek makinelerinin kullanılmasına gerek yoktur” şeklinde ifade edilmiştir (33).

Türkiye

Türkiye’de DNR uygulaması ile ilgili fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Bazı uzmanlar, DNR talimatını görev ihmalî şeklinde tanımlamaktadır. Türk Ceza Kanunu (TCK) “Kasten öldürmenin ihmalî davranışla işlenmesi” başlıklı 83. maddesinde; “Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.” şeklinde belirtilmektedir (34,35). Bununla beraber, Hasta Hakları Yönetmeliği’nde yer alan “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.” şeklinde belirtilen Madde 13 kapsamında DNR talimatının ötanazi sayıldığına ilişkin görüşler bulunmaktadır (37). Bu maddeler uyarınca DNR kararının verilemeyeceği düşünülmektedir; ancak TCK’de DNR talimatına ilişkin özel bir hüküm bulunmamaktadır (36).

Bir diğer görüş ise DNR talimatının tedaviyi ret kapsamında değerlendirilebileceği, dolayısıyla Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 25 doğrultusunda uygulanabileceğidir: “Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir” (37). Bu madde uyarınca DNR talimatı aydınlatılmış onam süreçleri ile yürütüldüğünde, yasal bir sorun teşkil etmeyeceği düşünülmektedir (36).

Türk Tabipler Birliği tarafından yayımlanan Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge’de, DNR isteminin uygulanabilirliği “Hastanın yaşamsal işlevleri geri dönüşsüz olarak bozulmuş ise, kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) boşuna tedavi olarak değerlendirilebilir ve hasta için “Canlandırma Uygulamayınız” istemi verilebilir. Bu karar tıbbi bir karar olup hekim tarafından alınır.” şeklinde açıklanmıştır (38). Ancak Türkiye’de DNR talimatlarının hangi şartlarda geçerli olduğuna ilişkin yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle, konuya ilişkin yasal çerçevenin oluşturulması, etik bildirgeler ve klinik kılavuzların geliştirilmesi önerilmektedir (9,39,40).

DNR TALİMATINDA HEMŞİRELERİN ROLLERİ ve SORUMLULUKLARI

DNR talimatı gibi yaşam sonu süreçlerle ilişkili alınan kararlarda kararı hekimin tek başına vereceği düşüncesine karşın literatürde hasta, yakınları ve hemşirenin de içinde bulunduğu tüm sağlık ekibinin karar verme süreçlerine dahil olması gerektiği bildirilmektedir (41,42). Dolayısıyla hastalara kesintisiz bakım hizmeti sunan hemşirelerin DNR kararı sürecinin her aşamasında önemli sorumlulukları vardır. Hemşireler DNR sürecinde; hastalara, ailelere, vekil karar vericilere ve sağlık ekibi üyelerine DNR talimatlarına ilişkin bilinçli seçimler yapma sürecinde rehber olma, hasta savunuculuğu yapma, alınan kararın sorunsuz bir şekilde uygulanmasına katkı sağlama, konuyla ilgili eğitim, araştırma ve politika oluşturma faaliyetlerine katılma gibi pek çok rol üstlenmektedir (3,4). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yayımlanan kılavuza göre hemşireler, DNR sürecinde hastaların karar alma haklarını desteklemeli, bakımda insan onuruna saygı göstermeli, DNR talimatı olan ve olmayan hastalara eşdeğer bakım sağlamalı, kurumsal politikaların uygulanmasına katkıda bulunmalı, hasta ve aileleri bilgilendirmeli ve disiplinlerarası iş birliğini sağlamalıdır. DNR kararı, yalnızca CPR yapılmamasını kapsadığından diğer tüm hemşirelik bakımları (ağrı kontrolü, hijyen, psikolojik destek vb.) devam etmelidir. Bu noktada hemşirelik bakımı yaşam kalitesini sürdürmeye odaklanmaktadır (42). Kardiyopulmoner arrest durumunda sağlık ekibiyle iş birliği yapılması, alınan DNR kararının uygulanması, insan onuruna yakışır bir ölümün sağlanması ve ölüm sonrası bedenin hazırlanması gibi süreçlerde hemşireler görev almaktadır (3,43). ANA aynı zamanda DNR sürecinde hemşirelerin etik çatışmalar veya ahlaki sıkıntı yaşayabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle böyle durumlarda rehber olması için ulaşabileceği etik kaynaklar olması gerektiğini; gerektiğinde DNR talimatı olan hastaya bakmaya yetkin başka bir hemşireye devredilmesine olanak tanıyan mekanizmaların oluşturulmasını ve hemşirelerin de DNR ile ilişkili karar verme ve politika üretme süreçlerinde aktif rol almalarını önermektedir (42).

DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE HEMŞİRELERİN DNR UYGULAMASINA İLİŞKİN

ALGILARI ve TUTUMLARI

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre, DNR kararına yönelik sağlık profesyonellerinin farklı tutumları vardır ve bu tutumlar politikalara, dini konulara, hastaların kararlarına ve sağlık profesyonellerinin mesleki değerleri, kültürel özellikleri gibi pek çok faktöre bağlıdır (44).

ABD, Japonya, Suudi Arabistan ve Türkiye’deki hasta, aile ve hekimlerin yaşam sonu kararlarıyla ilgili yapılan çalışmalarda, hekimlerin görüşlerinin ve kararlarının kültürel ve dini özelliklerden önemli ölçüde etkilendiği belirlenmiştir (39,45-47). Hemşirelerle yapılan çalışmalarda da benzer sonuçların olduğu görülmektedir. DNR talimatının yasal olduğu ülkelerde, hemşirelerin bu uygulamaya karşı olumlu bir yaklaşıma sahip oldukları belirlenmiştir. Aksine DNR talimatı verilmediğinde, hemşireler genellikle rahatsızlık hissetmekte ve hastanın acı çekmesine neden olduklarına inanmaktadırlar (48-50). DNR uygulamalarının dini nedenlerle yasak olduğu İran gibi ülkelerde, hemşireler bu uygulamaya karşı genellikle olumsuz tutumlar sergilemektedir (51). Bu bulgular, DNR talimatına yönelik tutumların hemşirelerin sosyokültürel özelliklerinden etkilenebildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, DNR’nin yasal olarak uygulanabilir olduğu Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada, tüm hemşireler DNR talimatları ile ilgili olarak hastaların özerkliği hakkında bilgi sahibi olmak istediklerini ve DNR konusunda temel belirleyicinin bu olması gerektiğini ifade etmişlerdir (52). Bu bağlamda, dini inançların yanı sıra ülkedeki yasal düzenlemelerin DNR talimatına ilişkin görüşler konusunda belirleyici olabildiği söylenebilir.

ABD’de yürütülen bir çalışmada, hemşireler arasında DNR kavramının tanımı ve uygulanış biçimiyle ilişkili anlam karmaşası olduğu bildirilmiştir. Bazı hemşireler DNR’yi “canlandırma yapılmaması,” bazıları ise “tedavi edilmeme” olarak yorumlamış; bu farklılıklar bakım uygulamalarında uyumsuzlıklara ve hemşirelerin DNR talimatı olan

hastaları arka planda bıraktıkları hissine kapılmalarına neden olmuştur (3). Bu bulgu, ülkede yasal zeminin yeterli olmasına rağmen konuyla ilgili hemşirelerin bilgi eksikliği yaşamalarının DNR ile ilgili algılarını etkileyebileceğini göstermektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin bu konuda eğitime ihtiyaç duyduğu bulunmuştur (3).

Türkiye’de ise DNR uygulamasının yasal olarak uygulanabilirliği konusunda sağlık profesyonelleri arasında önemli bir belirsizlik bulunmaktadır. Bir çalışmada, hekimlerin %27.3’ünün ve hemşirelerin %65.6’sının DNR uygulamasının Türkiye’de yasal olup olmadığını bilmediği bildirilmiştir (53). Yapılan çalışmalarda Türkiye’deki hemşirelerin DNR talimatına olumlu yaklaştığı, uygulamanın yasal olarak hayata geçirilmesini istedikleri ve DNR uygulamasının mesleki eğitimin bir parçası olması gerektiğini düşündükleri gösterilmiştir (53, 54). Ancak Türkiye’de DNR ile ilgili etik ve yasal çerçevenin olmaması ve eğitim süreçlerinin yetersiz olması, hemşirelerin bu konuda görev, rol ve sorumluluklarıyla ilgili sorun yaşamalarına yol açabilmektedir. Yasal açıdan rolleri belirsiz olan ve karar süreçlerine dahil edilmeyen hemşireler, hasta savunuculuğu ve profesyonel özerklik rollerini yerine getirememekte; bu durum ahlaki sıkıntıyı artırmakta ve mesleki kimlik algısını zedeleyebilmektedir. Atlı Özbaş ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’de DNR uygulamasına ilişkin yasal düzenlemenin olmaması nedeniyle resüsitasyon uygulaması durumunda hemşirelerin hastaların acılarını artırdıklarına ve onurlu bir ölüm gerçekleştiremediklerine inandıkları bulunmuştur. DNR uygulanması halinde ise dava edilme korkusu ve tıbbi kayıt bütünlüğünün ihlali, hemşirelerde ahlaki sıkıntıya yol açmaktadır (55). Bu durum, hemşirelerin yalnızca yasal değil, uygulama düzeyinde de desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Literatür incelendiğinde, bu tür sorunların önüne geçilmesi için hemşirelerin; DNR uygulamalarına ilişkin politikaların, etik kılavuzların geliştirilmesini, karar verme süreçlerine dahil edilmeyi ve DNR ile ilgili bilgi ve becerilerini artırmak için daha fazla eğitim almayı talep ettikleri görülmektedir (3,44,56,57). Bu bağlamda, Türkiye’de DNR’ye ilişkin ulusal etik ve yasal yönergeler hazırlanırken hemşirelerin karar süreçlerine katılımını teşvik eden açık rollerin tanımlanması önemlidir. Böylece hemşirelik bakım kalitesinin DNR sürecinde olumlu yönde etkilenmesi ve hemşirelerin belirsizlik ve ahlaki sıkıntı gibi sorunları yaşama olasılıklarının azalması öngörülebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşam sonu kararlarıyla ilişkili kararlardan biri olan DNR, hastanın özerkliğine saygı gösteren, etik, kültürel ve yasal boyutları içeren bir süreci ifade etmektedir. Bu uygulama, gereksiz tıbbi müdahaleleri önlemeyi hedeflerken, hasta, aile ve sağlık ekibi için karmaşık ve hassas bir karar alma sürecini beraberinde getirmektedir. Dünyada ve Türkiye’deki DNR uygulamaları incelendiğinde, yasal düzenlemelerin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde bu süreçlerin yapılandırılmış ve standartlaştırılmış bir şekilde yönetildiği ancak buna rağmen hala eksiklikler olduğu görülmektedir. Ayrıca ülkelerin DNR’ye ilişkin politikalarında dini inanç ve kültürel özelliklerinin de etkili olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ise DNR kararlarına ilişkin yasal düzenlemelerin ve sağlık profesyonelleri için kılavuzların yeterince açık olmadığı görülmektedir.

DNR uygulamasında hemşirelerin karar verme süreçlerine dahil olma, hasta ve aileyle etkili iletişim kurma, hastaların bakım ihtiyaçlarını anlama ve onurlu bir yaşam sonu sürecine katkıda bulunma gibi kritik rolleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, yasal düzenlemelerin yeterince açık olmaması, kurum içi prosedürlerin eksikliği, hemşirelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin yetersiz olması gibi faktörler; hemşirelerin DNR uygulamalarındaki yükümlülüklerini yerine getirmelerini ve DNR’ye ilişkin algı ve tutumlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle Türkiye’de DNR uygulamalarına ilişkin etik yönergeler ve kodlar netleştirilmeli ve hemşirelere rehberlik edecek kapsamlı kılavuzlar geliştirilmelidir. Ayrıca, hemşirelerin DNR süreçleriyle ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmek amacıyla eğitim programlarına öncelik verilmesi gereklidir. Bu kapsamda, hemşirelik lisans eğitiminde yaşam sonu dönemdeki hasta ve ailelerinin fiziksel ve psikososyal bakımı ile bu döneme ilişkin etik ve yasal süreçlerin ele alındığı

derslere, DNR uygulamalarına yönelik konular da dâhil edilmelidir. Ek olarak, hemşirelere DNR süreci ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.

TEŞEKKÜR

Bu makalenin geliştirilmesine değerli önerileriyle katkı sunan başta Dr. Öğr. Üyesi Müge Demir olmak üzere Hacettepe Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı kıymetli öğretim üyelerine ve elemanlarına teşekkürlerimi sunarım.

KAYNAKLAR

1. Baştürk E. Do-Not-Resuscitate (DNR) Talimatının Temel Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 2003; 11(1): 12-21.
2. Fan S-Y, Wang Y-W, Lin I-M. Allow Natural Death Versus Do-Not-Resuscitate: Titles, Information Contents, Outcomes, and the Considerations Related to Do-Not-Resuscitate Decision. *BMC Palliat Care*, 2018; 17: 1-7.
3. Kelly PA, Baker KA, Hodges KM, Vuong EY, Lee JC, Lockwood SW. Original Research: Nurses' Perspectives on Caring for Patients with Do-Not-Resuscitate Orders. *AJN The American Journal of Nursing*, 2021; 121(1): 26-36.
4. Engels R, Graziani C, Higgins I, Thompson J, Kaplow R, Vettese TE, et al. Impact of Do-Not-Resuscitate Orders on Nursing Clinical Decision Making. *South Med J*, 2020; 113(7): 330-336.
5. Saltbæk L, Michelsen HM, Nelausen KM, Theile S, Dehlendorff C, Dalton SO, et al. Cancer Patients, Physicians, and Nurses Differ in their Attitudes toward the Decisional Role in Do-Not-Resuscitate Decision-Making. *Support Care Cancer*, 2020; 28(12): 6057-6066.
6. Teno J, Lynn J, Wenger N, Phillips RS, Murphy DP, Connors Jr AF, et al. Advance Directives for Seriously Ill Hospitalized Patients: Effectiveness with the Patient Self-Determination Act and the SUPPORT Intervention. *J Am Geriatr Soc*, 1997; 45(4): 500-507.
7. Sudore RL, Fried TR. Redefining the "Planning" in Advance Care Planning: Preparing for End-of-Life Decision Making. *Ann Intern Med*, 2010; 153(4): 256-261.
8. Santonocito C, Ristagno G, Gullo A, Weil MH. Do-Not-Resuscitate Order: A View Throughout the World. *J Crit Care*, 2013; 28(1): 14-21.
9. Çavdar P. Türk ve Amerikan Hukuklarında Canlandırma Talimatının (DNR) Hukuki Açısından Değerlendirilmesi. *Yıldırım Beyazıt Hukuk Dergisi*, 2024; 9(1): 197-239.
10. Health NYSDo. DNR and Medical Orders for Life- Sustaining Treatment (MOLST) 2010. Erişim: (<https://www.health.ny.gov/professionals/ems/pdf/10-05.pdf>.) Erişim Tarihi: 05.04.2025
11. Agency EMS. Guidelines for Ems and Public Safety Personnel Regarding Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders 2024. Erişim: (https://www.countyofmerced.com/DocumentCenter/View/37465/EMS-Policy-535---Guidelines-for-EMS-and-Public-Safety-Personal-Regarding-Do-Not-Resuscitate-DNR-Orders?utm_source=chatgpt.com.) Erişim Tarihi: 05.04.2025
12. Health FDo. Do Not Resuscitate Order 2024. Erişim: (https://www.floridahealth.gov/about/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html?utm_source=chatgpt.com.) Erişim Tarihi: 06.04.2025
13. Freeman K, Field RA, Perkins GD. Variation in Local Trust Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Policies: A Review of 48 English Healthcare Trusts. *BMJ open*, 2015; 5(1): 1-8.

14. Mockford C, Fritz Z, George R, Court R, Grove A, Clarke B, et al. Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR) Orders: A Systematic Review of the Barriers and Facilitators of Decision-Making and Implementation. *Resuscitation*, 2015; 88: 99-113.
15. Anggra P. The Urgency of Legal Regulation for Do Not Resuscitate Orders in the Indonesian Healthcare System: A Comparative Study with the United Kingdom. *Journal of Law, Politic and Humanities*, 2024; 5(1): 592-600.
16. Michalowski S, Martin W. DNACPR Decisions: Aligning Law, Guidance, and Practice. *Med Law Rev.* 2022; 30(3): 434-456.
17. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-Life Medical Decisions in France: A Death Certificate Follow-up Survey 5 years after the 2005 Act of Parliament on Patients' Rights and End of Life. *BMC Palliat Care*, 2012;11:1-13.
18. de Nonneville A, Marin A, Chabal T, Tuzzolino V, Fichaux M, Salas S. End-of-Life Practices in France under the Claeys-Leonetti Law: Report of Three Cases in the Oncology Unit. *Case Rep Oncol*, 2016; 9(3): 650-654.
19. Norwegian Directorate of Health. Decision-Making Processes in the Limitation of Life-Prolonging Treatment. Norwegian Directorate of Health Oslo; 2013. Erişim: (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Decision-making%20processes%20in%20the%20limitation%20of%20life-prolonging%20treatment.pdf>) Erişim Tarihi: 06.04.2025
20. Santonocito C, Sanfilippo F, Gullo A. Etica e Rianimazione. L'ordine di non Rianimare in Italia: Mito o Realtà? *Pratica Medica & Aspetti Legali*, 2013; 7(1): 11-15.
21. Di Paolo M, Gori F, Papi L, Turillazzi E. A Review and Analysis of New Italian Law 219/2017: 'Provisions for Informed Consent and Advance Directives Treatment'. *BMC Med Ethics*, 2019; 20(1): 17.
22. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-Not-Attempt-Resuscitation Orders: Attitudes, Perceptions and Practices of Swedish Physicians and Nurses. *BMC Med Ethics*, 2021; 22(1): 34.
23. Piscator E, Djarv T. To withhold Resuscitation-The Swedish System's Rules and Challenges. *Resuscitation Plus*, 2023; 16: 1-4.
24. Swiss Federal Authorities. Swiss Civil Code 2025. Erişim: (https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/en?utm_source=chatgpt.com) Erişim Tarihi: 07.04.2025
25. SAMS. Decisions on cardiopulmonary resuscitation 2021. Erişim: (<https://www.samw.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Decisions-on-cardiopulmonary-resuscitation.html>) Erişim Tarihi: 07.04.2025
26. Carter RZ, Detering KM, Silvester W, Sutton E. Advance Care Planning in Australia: What Does the Law Say? *Aust Health Rev*, 2016; 40(4): 405-414.
27. Geijteman EC, Brinkman-Stoppelenburg A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van Delden JJ. Two Decades of Do-Not-Resuscitate Decisions in the Netherlands. *Resuscitation*, 2015; 94: e7-e8.
28. Haverkate I, van Delden JJ, van Nijen AB, van der Wal G. Guidelines for the Use of Do-Not-Resuscitate Orders in Dutch Hospitals. *Crit Care Med*, 2000; 28(8): 3039-3043.
29. Vezzoni C. The Legal Status and Social Practice of Treatment Directives in the Netherlands. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005. Erişim: (https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/2928665/06_c6.pdf) Erişim Tarihi: 07.04.2025
30. The Danish Ministry of Health. Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg 2019. Erişim: (<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2019/9934>) Erişim Tarihi: 07.04.2025
31. Mirhosseini S, Aghayan SS, Basirinezhad MH, Ebrahimi H. Health Care Providers' Attitudes toward Do-Not-Resuscitate Order in COVID-19 Patients: An Ethical Dilemma in Iran. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2024; 88(3): 908-918.

32. Fallahi M, Banaderakhshan H, Abdi A, Borhani F, Kaviannezhad R, Karimpour HA. The Iranian Physicians attitude toward the Do Not Resuscitate Order. *J Multidiscip Healthc*, 2016; 9: 279-284.
33. Qutob RA, Aljarba NK, Alhusaini BA, Alzaid ON, Alghamdi AH, Alaryni AA, et al. The Perspective of the General Population in Saudi Arabia towards Do-Not-Resuscitate (DNR) Orders: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 2023; 11(14): 1-11.
34. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. Türk Ceza Kanunu, 2004. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5.>) Erişim Tarihi: 07.04.2025
35. Demirörs Ö, Hızal SA. Türk Ceza Hukuku Açısından Ötanazi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2016; 65(4): 1481-1516.
36. Demir M. Palyatif Bakım Etiği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2016; 7(2): 62-66.
37. Mevzuat Bilgi Sistemi [Internet]. Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.>) Erişim Tarihi: 07.04.2025
38. Türk Tabipleri Birliği. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2020.
39. Balseven Odabaşı A, Örnek Büken N. Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2009; 29(5): 1041-1054.
40. Guven T, Sert G. Advance Directives in Turkey's Cultural Context: Examining the Potential Benefits for the Implementation of Patient Rights. *Bioethics*, 2010; 24(3): 127-133.
41. Örnek Büken N. Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi*, 2016; 2(3): 24-33.
42. ANA. Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements: Silver Spring, MD; 2015. Erişim: (<http://nursingworld.org/code-of-ethics.>) Erişim Tarihi: 09.04.2025
43. Bloomer MJ, Ranse K, Adams L, Brooks L, Coventry A. "Time and Life is Fragile": An Integrative Review of Nurses' Experiences after Patient Death in Adult Critical Care. *Aust Crit Care*, 2023; 36(5): 872-888.
44. Raoofi N, Raoofi S, Jalali R, Abdi A, Salari N. The Worldwide Investigating Nurses' Attitudes towards Do-Not-Resuscitate Order: A Review. *Philos Ethics Humanit Med*, 2021; 16: 1-10.
45. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK, et al. Ethical Decision Making and Patient Autonomy: A Comparison of Physicians and Patients in Japan and the United States. *Chest*, 2000; 118(4): 1172-1182.
46. Mobeireek AF, Al-Kassimi F, Al-Zahrani K, Al-Shimemeri A, al-Damegh S, Al-Amoudi O, et al. Information Disclosure and Decision-Making: The Middle East Versus the Far East and the West. *J Med Ethics*, 2008; 34(4): 225-229.
47. Örnek Büken N, Balseven Odabaşı A. Physicians' Attitudes at the End-of-Life: A Cross-Cultural Evaluation. *Med Law*, 2013; 32: 549-565.
48. Bellini S, Damato EG. Nurses' Knowledge, Attitudes/Beliefs, and Care Practices Concerning Do Not Resuscitate Status for Hospitalized Neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009; 38(2): 195-205.
49. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral Distress within Neonatal and Paediatric Intensive Care Units: A Systematic Review. *Arch Dis Child*, 2016; 101(8): 701-708.
50. Adams SY, Redford K, Li R, Malfa A, Tucker R, Lechner BE. Utility of Do-Not-Resuscitate Orders for Critically Ill Infants in the NICU. *Pediatr Res*, 2024; 97:707-713.

51. Iranmanesh S, Banazadeh M, Forozy MA. Nursing Staff's Perception of Barriers in Providing End-of-Life Care to Terminally Ill Pediatric Patients in Southeast Iran. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2016; 33(2): 115-23.
52. AbuYahya O, Abuhammad S, Hamoudi B, Reuben R, Yaqub M. The Do Not Resuscitate Order (DNR) from the Perspective of Oncology Nurses: A Study in Saudi Arabia. *Int J Clin Pract*, 2021; 75(8): 1-8.
53. Çuvalcı B, Akbal Y, Hintistan S. Turkish Muslim Physicians' and Nurses' Views About the Do Not Resuscitate Order: A Cross-Sectional Two Center Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 2023; 88(2): 690-708.
54. Gül Ş, Bağcivan G, Aksu M. Nurses' Opinions on Do-Not-Resuscitate Orders. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2022; 86(1): 271-283.
55. Atli Özbaş A, Kovanci MS, Köken AH. Moral Distress in Oncology Nurses: A Qualitative Study. *Eur J Oncol Nurs*, 2021; 54: 1-7.
56. Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. Striving for Good Nursing Care: Nurses' Experiences of Do Not Resuscitate Orders within Oncology and Hematology Care. *Nurs Ethics*, 2014; 21(8): 902-915.
57. Brysiewicz P, Nankundwa E. Lived Experiences of Rwandan ICU Nurses Caring for Patients with a Do-Not-Resuscitate Order. *Southern African Journal of Critical Care*, 2017; 33(1): 19-22.

Anayasa Mahkemesi Kararı Işığında Bilgilendirilmiş Rıza Formlarının Hastaya Göre Özelleştirilmesi: Olgu Analizi*

Customization of Informed Consent Forms According to the Patient in Light of Constitutional Court Decisions: A Case Analysis

Senanur Işıl Yavuz

Lisans Öğrencisi, Özyeğin Üniversitesi Hukuk Fakültesi

ORCID: 0009-0001-5810-1133 E-posta: isil.yavuz@ozu.edu.tr

Zeynep Reva

Doktor Öğretim Üyesi, Özyeğin Üniversitesi Hukuk Fakültesi İnsan Hakları Hukuku Anabilim Dalı

ORCID: 0000-0003-0719-2175 E-posta: zeynep.reva@ozyegin.edu.tr

Geliş Tarihi: 1 Eylül 2025, Kabul Tarihi: 24 Eylül 2025

ÖZET

Amaç: Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınması ön koşuldur. Aydınlatma yapılırken özellikle hastanın sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyi, eğitimi, mesleği, kişisel özellikleri ve somut durum gibi hususlar analiz edilmelidir. Bu detaylar ışığında her hastaya özgü olacak şekilde bilgilendirilme yapılması ve bilgilendirilmiş rıza formlarının hasta özelinde özelleşmesi önem arz etmektedir. Bu çalışma, emsal bir Anayasa Mahkemesi (AYM) kararı ışığında bilgilendirilmiş rıza formlarının hasta özelinde özelleşmesi gerekliliğini incelemeyi amaçlamaktadır.

Metodoloji: Çalışma, literatürdeki araştırma ve veriler ile AYM kararlarının sistematik bir incelemesine ve analizine dayanmaktadır. Literatür taraması Anayasa Mahkemesi karar veri tabanında 1 Mart 2025 - 1 Nisan 2025 tarihleri arasında “bilgilendirilmiş rıza”, “aydınlatılmış onam” kelimeleri kullanılarak yapılmıştır. Bu bağlamda, bilgilendirilmiş rıza formlarının hasta özelinde özelleşmesine ilişkin emsal nitelikte bir AYM kararı saptanarak bu karar olgu analizi şeklinde incelenmiştir.

Bulgular: İncelenen AYM kararında bilgilendirilmiş rıza alınması ve bilgilendirilmiş rıza formunun hazırlanıp imzalatılması konularında uyumsuzluklar söz konusudur. Özellikle kişiye özgü formların hazırlanmaması ve matbu denilebilecek formların imzalatılması konularında detaylı bir inceleme yapılması gerekmektedir.

Sonuç: Hastalara bilgilendirilmiş rıza formları imzalatılması süreçlerinde formalite olarak matbu formların imzalatılması yerine bu formların hastaya özel hazırlanması önem arz etmektedir. Bilgilendirme yapılmasının akabinde formların hazırlanması süreçlerinde hastanın eğitimi, tıbbi geçmişi, mesleği, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyi gibi hususlar dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bilgilendirilmiş rıza, aydınlatılmış onam, özelleştirilmiş bilgilendirilmiş rıza, hasta özerkliği, rıza formları

*Bu çalışma 13-14 Mayıs 2025 tarihleri arasında Sakarya’da düzenlenen XI. Biyoetik Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Objective: For a medical intervention to be deemed lawful, obtaining the patient's informed consent is a prerequisite. During the information process, factors such as the patient's socio-cultural and socio-economic background, level of education, occupation, personal characteristics, and the specific circumstances must be taken into account. In this respect, it is crucial that the information provided be tailored to each patient and that informed consent forms be individualized accordingly. This study aims to examine the necessity of customizing informed consent forms in light of a precedent-setting decision of the Constitutional Court of Türkiye.

Methodology: The study is based on a systematic review and analysis of relevant literature, empirical data, and Constitutional Court decisions. A literature review was conducted in the Constitutional Court decision database between March 1, 2025, and April 1, 2025, using the keywords "bilgilendirilmiş rıza" and "aydınlatılmış onam". Within this framework, a landmark Constitutional Court ruling addressing the individualization of informed consent forms was identified and analyzed through a case study approach.

Findings: The Constitutional Court decision under review revealed disputes regarding both the process of obtaining informed consent and the preparation and signing of the informed consent form. In particular, the absence of patient-specific forms and the widespread use of standardized, template-like forms highlight the need for more in-depth scrutiny.

Conclusion: In the process of obtaining informed consent, it is essential to move beyond the mere formality of signing standardized forms and instead prepare consent forms tailored to the individual patient. During the preparation of these forms following the provision of information, considerations such as the patient's education, medical history, occupation, and socio-cultural and socio-economic status must be taken into account.

Keywords: Informed consent, individualized informed consent, patient autonomy, informed consent forms

GİRİŞ

Tıp etiği, tarihsel süreç içerisinde yalnızca hekimlik mesleğinin teknik yönleriyle değil, aynı zamanda insan ilişkilerinde olduğu gibi etik değerler ve ilkelerle şekillenmiştir. Günümüzde farklı yaklaşımlar öne sürülse de çağdaş tıp etiğinin genel kabul gören dört temel ilkesinden söz etmek mümkündür: yararlılık (beneficence), zarar vermeme (nonmaleficence), özerkliğe saygı (respect for autonomy) ve adalet (justice) (1,2). Bu ilkeler arasında özellikle özerklik ilkesi, modern tıp etiğinin yönünü belirleyen en kritik unsurlardan birisi niteliğindedir. Zira tarihsel olarak hekim-hasta ilişkisi uzun süre "paternalist" bir çerçevede şekillenmiştir. Paternalizm, hekimin hastanın iyiliğini gözettiği varsayımıyla, onun yerine karar vermesini ve hastanın iradesini ikincil konuma düşürmesini ifade etmektedir (2). Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren özellikle insan hakları hareketlerinin güçlenmesi ve bireyin kendi yaşamı üzerinde söz hakkının öne çıkmasıyla, tıp pratiğinde de özerklik kavramı merkezi bir rol üstlenmiştir. Özerklik, bireyin kendi bedeni ve geleceği hakkında karar verme hakkına sahip olduğunu; başka bir deyişle, hastanın yalnızca tedavinin nesnesi değil, aynı zamanda öznesi olduğunu ortaya koymaktadır (3). Etimolojik açıdan bakıldığında da "özerklik" kavramı Eski Yunanca autos (kendi) ve nomos (kural, yasa) kelimelerinden türemekte olup, bireyin kendi yaşamına dair "kendi yasasını koyabilmesi" anlamına gelmektedir. (1,2,4)

Özerklik ilkesinin uygulamaya yansımaları, "bilgilendirilmiş rıza / aydınlatılmış onam" kavramıyla somutlaşmaktadır. Hastanın tedaviye ilişkin bilgilendirilmiş bir şekilde rıza göstermesi, hem etik açıdan bireyin iradesine saygı göstermeyi hem de hukuki açıdan olası sorumlulukları önlemeyi sağlamaktadır. Bu noktada paternalizm-özerklik çatışması, günümüz tıp etiği tartışmalarının merkezinde yer almakta; hekimlerin mesleki bilgi ve deneyimi ile hastaların kendi yaşamlarına yön verme hakkı arasında hassas bir denge kurulmasını gerektirmektedir.

Yargı kararları da bu doğrultuda gelişmiş; aydınlatılmış onam alınmamasını ya da usule uygun alınmamasını tıbbi malpraktis olarak değerlendirmiştir. Nitekim 2012–2022 yılları arasında Yargıtay içtihatları üzerinde yapılan araştırma “bilgilendirilmiş onam” ve “bilgilendirilmiş rıza” terimlerinin kullanıldığı 160 karar tespit ederek; onam formunun alınmamasının veya şeklen alınmış olmasının tıbbi malpraktis olarak değerlendirilerek hekim aleyhine hüküm edildiğini belirtmektedir (5). Bu durum, onam formlarının kişiselleştirilmesi gerekliliğini gündeme getirmektedir. Zira standart basılı formların tüm hastalara aynı içerikle imzalatılması, sürecin şekli bir prosedüre indirgenmesi eleştirilmekte; hastanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, tıbbi öyküsü gibi bireysel özelliklerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (5).

Çalışmamız kapsamında öncelikle kavramsal çerçeve ve aydınlatılmış onamın işlevleri tartışılmakta; ardından Yargıtay kararlarının analizi yapılmaktadır. Sonraki bölümlerde onam formlarının kişiselleştirilmesi ihtiyacı ve yapay zekanın bu süreçteki rolü incelenmekte, iyi uygulama örneklerine yer verilmektedir. Genel değerlendirme ve önerilerle çalışma sonuçlandırılmaktadır.

METODOLOJİ

Çalışma, literatürdeki araştırma ve veriler ile Anayasa Mahkemesi (AYM) kararlarının sistematik bir incelemesine ve analizine dayanmaktadır. Literatür taraması Anayasa Mahkemesi karar veri tabanında 1 Mart 2025 - 1 Nisan 2025 tarihleri arasında “bilgilendirilmiş rıza”, “aydınlatılmış onam” kelimeleri kullanılarak yapılmıştır. Bu bağlamda, bilgilendirilmiş rıza formlarının hasta özelinde özelleşmesine ilişkin emsal nitelikte bir AYM kararı saptanarak bu karar olgu analizi şeklinde incelenmiştir.

BULGULAR

Kuramsal Çerçeve

Bilgilendirilmiş rızanın tanımı

Bilgilendirilmiş rıza, hukuken düzenlenen, her sağlık kurumunda günlük uygulamanın bir parçası olan etik bir kavramdır (6). Merriam-Webster sözlüğüne göre bilgilendirilmiş onam, “*bir hastanın ameliyata ya da bir deneyin tıbbi bir deneye katılımına, neyin söz konusu olduğunu anladıktan sonra verdiği onam*”dır (7). Bir başka tanıma göre bilgilendirilmiş rıza, “*tedaviyi yapan sağlık hizmeti sağlayıcısının, yetkin bir hastaya uygun bilgileri açıklaması ve böylece hastanın tedaviyi kabul etme veya reddetme konusunda gönüllü bir seçim yapabilmesi süreci*”dir (8). Çalışmamızın konusu olan bilgilendirilmiş rıza kavramı çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklarda düzenlenmiştir. Bu bağlamda ulusal mevzuatımızda Hasta Hakları Yönetmeliği (9), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (10), Türk Medeni Kanunu (11), Türk Ceza Kanunu (12), Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (13), Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (14), Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında (15) düzenlemeler mevcuttur. Uluslararası kaynaklar olarak ise Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesi (16), Siyasi ve Medeni Haklar Uluslararası Sözleşmesi (17), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (18) örnek gösterilebilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin dördüncü maddesine göre bilgilendirme, yapılacak tıbbi müdahale öncesinde ilgili müdahaleyi yapacak olan sağlık mensubunca hastaya bilgi verilmesidir (9). Rıza ise hastanın bu bilgilendirme doğrultusunda ve bilgilendirme sonrasında hür bir şekilde müdahaleyi kabul etmesidir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nde bahsedilmiş olan bu tanımlamalar doğrultusunda bilgilendirilmiş rıza ise hastaya söz konusu işlem, işlemin pozitif ve negatif yanları, tedavi seçenekleri ve tedavilerin reddi durumunda gerçekleşmesi muhtemel

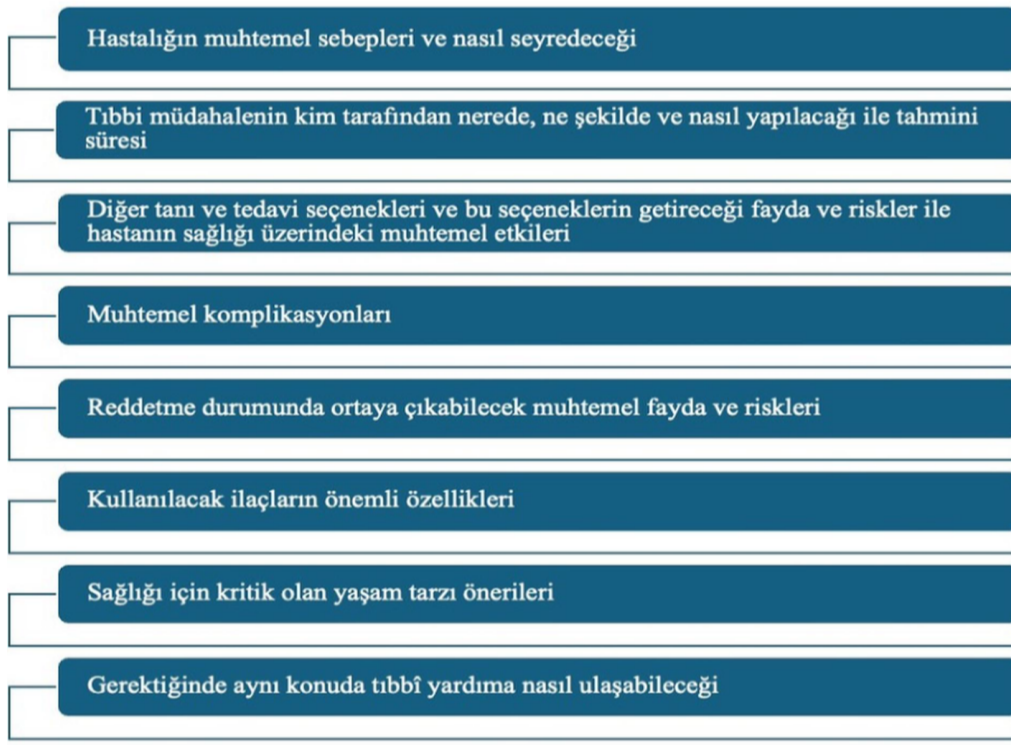
senaryolar hakkında bilgi verilmesinden sonra hasta tarafından rıza gösterilmesidir (9). Ancak dikkat edilmelidir ki bu, hastanın her koşulda rıza göstermesi demek değildir. “... hasta herhangi bir şeye deyim yerindeyse, ‘boynunu büküp’ razı olmamakta, kendi değerleri ve yaşam planları açısından bir değerlendirme yaparak, seçenekler arasından birine kendisi için ‘uygundur’ demek; hekimi yalnızca bunu yapmak için yetkilendirmektedir.” (19). Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Biyotıp Sözleşmesi) beşinci maddesinde de ilgili müdahalenin hasta tarafından bilgilendirilmiş rızanın özgürce verilmesinden sonra gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir (16).

Literatürde aydınlatılmış rıza, bilgilendirilmiş rıza, aydınlatılmış onam, bilgilendirilmiş onam gibi şekillerde isimlendirilmesine rağmen bu terimler aynı manada kullanılmaktadır.

Bilgilendirmenin kapsamı

Bilgilendirme yapılmasının asıl nedeni, ilgili tedaviyi kabul edip etmeme veya operasyonun yapılmasına rıza gösterip göstermeme ile ilgili karar verme aşamasındayken hastanın aklındaki şüphelerin giderilmesinin sağlanmasıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 15’e göre bilgilendirmenin kapsamının ne şekilde olması gerektiği düzenlenmiştir (9). Müdahaleyi yapacak olan hekim, hastalığın olası nedenlerini ve ne şekilde seyredeceğini, müdahalenin ne kadar süreceğini, kim tarafından, ne şekilde ve nerede yapılacağını, olası komplikasyonlarını, eğer tedavi reddedilirse doğuracağı sonuçlarını, tedavi seçeneklerinin muhtemel fayda ve zararlarını, önemli yaşam tarzı tavsiyelerini, lazım olması halinde nasıl tıbbî desteğe erişebileceğini ve kullanılacak ilaçların elzem yönlerini içeren bir bilgilendirme yapmalıdır (Şekil 1).

Şekil 1. Bilgilendirmenin Kapsamı



Aynı şekilde Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 26'da da bilgilendirilmiş rızanın kapsamının yukarıda bahsedilen hususları içermesi gerektiğinden bahsedilmiştir (15). Bilgilendirmenin kapsamının ve sınırının ne olacağı ile ilgili Anglo-Amerikan öğretisinde birtakım ölçütler belirlenmiştir. Mesleki uygulama ölçütüne göre, geleneksel mesleki uygulamadaki ölçütler kapsamı belirlerler. Bu anlayışa göre hekimlerin uzun yıllar boyunca elde ettikleri tecrübelerle göre bilgilendirmenin kapsamının ne olması gerektiğini bildikleri kabul edilir. Makul hasta ölçütünde hasta ön plana çıkar. Makul standartlarda bir hastanın bilmesinin yeterli kabul edileceği şekilde bilgilendirme yapılır (20). Sübjektif ölçüt ise kişinin idiyosenkratik özelliklerinin dikkate alınarak bilgilendirme yapılmasıdır (20). Yani hekimin, karşısındaki hasta özelinde bilgilendirme yapmasıdır. Ülkemizdeki kabul edilen uygulama ise hem Hasta Hakları Yönetmeliği (9) madde 15 hem de Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (15) madde 26'dan da çıkarılacağı üzere somut olayın değerlendirilerek ilgili maddelerde sayılan unsurların hastaya aktarılması ile sübjektif ölçütün benimsendiğini gözlemlemekteyiz.

Bilgi verme usulü

Hekim tarafından bilgilendirme yapılırken bu bilgilendirmenin hangi usulde yapılması gerektiği ile ilgili Hasta Hakları Yönetmeliği madde 18 mevcuttur (9). Bu maddeye göre bilgilendirme yapılırken hastanın sosyokültürel düzeyinin dikkate alınması gerekmektedir. Sosyokültürel seviye, hastanın yaşayış tarzı, eğitimi, mesleği, sağlığı, yaşı gibi bilgilerdir. Edinilen bu bilgiler doğrultusunda özellikle hastanın gündelik yaşantısını etkileyecek hususlara dikkat edilerek bilgilendirme gerçekleştirilmelidir. Bu bilgilendirme hastanın anlayabileceği bir biçimde olmalı ve hastanın aklında tereddüt ve şüpheye yer vermeyecek biçimde en sade şekilde yapılmalıdır.

Her ne kadar Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (9) madde 70'te bazı özel durumlar (21) için yazılı şekil şartı öngörülmüş olsa da prensip olarak bilgilendirmenin ne şekilde yapılması gerektiği ile ilgili şekil şartı öngörülmemiştir. Bu bilgilendirme somut olayın ve hastanın kendine has özelliklerine dikkat edilerek sözlü bir iletişim ile gerçekleştirilebilmektedir. Bilgilendirmenin yazılı şekilde yapılması şekil değil ispat şartı niteliğindedir. Bilgilendirmenin yazılı olarak yapılması, söz konusu bilgilendirmenin yapıp yapılmadığının ispatı açısından önem arz etmektedir. Yazılı olarak düzenlenen bu form somut olayın ve hastanın kişisel özelliklerine göre düzenlenmiş olmalıdır ve herkes için aynı ifadeleri içeren matbu bir form olmamalıdır. Aksi takdirde işbu form geçersiz kabul edilecektir ve bilgilendirme yapılmamış sayılacaktır (22). Bunun yanı sıra sözlü bir bilgilendirme yapılmadan sadece yazılı bir formun imzalanması suretiyle yapılan bilgilendirmeler geçerli kabul edilmemektedir (23).

Hastaya Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. Maddesinin beşinci fıkrasına göre bilgilendirme, hastanın sağlıklı karar verebilmesi için müdahalenin gerçekleştirilmesinden önce makul bir süre tanınarak yapılmalıdır. Bu makul süre operasyonun türüne ve boyutuna göre değişiklik gösterecektir (9). Ancak bu sürenin ne kadar olacağının belirlenmesinde dikkatli davranılmalıdır. Bu süre ne çok uzun tutularak hastanın sıkça karar değiştirip ızdırap çekmesine yol açmalı ne de aşırı kısa tutularak hastanın özensizce bir karar almasına yol açmalıdır (21,24). Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. Maddesinin altıncı fıkrasına göre yapılacak olan bu bilgilendirmenin uygun ortamda yapılması ve hastanın mahremiyetinin korunması da gerekmektedir (9). Örneğin ameliyatın az öncesinde ameliyathanede bilgilendirme yapılması hastanın sağlıklı karar verebilmesini olanaksız kılarak hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını engelleyecektir (25).

Bilgilendirilmiş Rızanın Kişiselleştirilmesi

Hekim ile hasta arasındaki özel ilişkinin temelinde güven ile bireyin kendi geleceğini belirleme hakkı ve özerkliğine saygı talebi bulunmaktadır (26). Bu çerçevede bilgilendirilmiş rıza, yalnızca bir hukuki zorunluluk değil, aynı zamanda hastanın özne olarak karar sürecine katılımını sağlayan bir etik yükümlülüktür. Kavram, ilk defa Amerikan hukukunda 1957 tarihli Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees davasında kullanılmış ve hekimin, hastaya tedaviye ilişkin bilgi verme yükümlülüğünün bir parçası olarak tanımlanmıştır (5,27).

Geleneksel olarak yazılı onam formları, tıbbi müdahalelerin hukuki güvenceye kavuşturulması amacıyla kullanılmaktadır. Ancak bu süreç çoğu zaman şekli bir prosedüre indirgenmekte, standart basılı belgelerin imzalatılmasıyla sınırlı kalmaktadır. Literatürde, formların uzun, tıbbi terimlerle yüklü, okunması ve anlaşılması güç metinler içerdiği, bu nedenle hastaların çoğu zaman imzayı metni tam anlamadan attığı belirtilmektedir (5,28). Ayrıca yoğun klinik ortamlar, zaman baskısı, iletişim yetersizlikleri ve kaygı gibi unsurlar hastaların sağlıklı bir karar vermesini engellemektedir. Bu sebeplerle yazılı onam, çoğu durumda hastanın gerçek anlamda aydınlatılması yerine sembolik bir uygulama olarak kalmaktadır (5,29).

Modern tıp etiğinde özerklik ilkesinin güçlenmesi, hastanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, dil yetkinliği, kültürel arka planı ve tıbbi öyküsü gibi bireysel özelliklerinin dikkate alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu durum, “tek tip” onam formu uygulamasının yetersizliğini ortaya koymaktadır. Örneğin, düşük eğitim düzeyine sahip bir hasta için sadeleştirilmiş dil kullanımı gerekirken; ileri düzey sağlık bilgisine sahip bir hasta için ayrıntılı bilimsel açıklamalar tercih edilebilmektedir. Bu bağlamda, kişiselleştirilmiş bilgilendirilmiş rıza uygulamaları, hem etik hem de hukuki açıdan daha uygun bir model olarak ortaya çıkmaktadır. Klasik, standart onam formlarının yetersizlikleri, bilgilendirilmiş onamın kişiselleştirilmesi gerekliliğini açıkça göstermektedir. Kişiselleştirilmiş bilgilendirilmiş rıza formları, geleceğin hasta hakları ve tıp etiği tartışmalarında merkezi bir konumda yer alacaktır.

Bilgilendirilmiş Rızasın Kişiselleştirilmesi İle İlgili Anayasa Mahkemesi Kararı

Uyuşmazlık konusu olay

Bu çalışmamızda Anayasa Mahkemesi’nin 06/11/2019 başvuru tarihli, 23/11/2022 karar tarihli ve 2019/36858 başvuru numaralı İlker Arslan kararı ele alınacaktır (30). Söz konusu başvurunun konusu, doktorun tıbbi ihmali neticesinde hastanın maddi ve manevi zarara uğraması ile yargılamanın makul sürede gerçekleşmemesi iddialarına dairdir. Bu sebeplerden dolayı 06/11/2019 tarihinde Anayasa Mahkemesine bireysel başvuru yapılmıştır. Başvuruda beyan edilen hususlara göre uyuşmazlık konusu olay şu şekildedir:

Başvurucu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesine horlama şikayeti ile başvurmuştur ve 25/03/2009’da burun ameliyatı gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sırasında ve sonraki süreçte gerçekleştirilen hatalı tıbbi uygulamalar neticesinde başvuru, boş burun isimli sendroma yakalandığını iddia ederek zararlarının tazmini için ilgili idare müracaat etmiş ancak cevap alamamıştır. Sonrasında 26/08/2013’te İstanbul dördüncü İdare Mahkemesinde tam yargı davası açmıştır. Dava dilekçesinden edinilen bilgilere göre başvuru usta öğretici seviyesinde öğretici olup pek çok ulusal, uluslararası organizasyonda görev alan birisi olduğu belirtilmiştir. Başvurucu, ameliyat sonrasında mevcut olan şikayetleri için pek çok kez yukarıda adı geçen hastaneye başvurduğunu ancak şikayetlerinin dinlenmediğini ve ilgili operasyon için onamının alınmadığını ileri sürmüştür. Ek olarak başka bir sağlık kuruluşunca boş burun adlı sendroma yakalandığının tespit edildiğini beyan etmiştir. Bu nedenlerden ötürü fazlaya dair haklarını saklı tutarak 1.000 TL maddi, 200.000 TL manevi tazminat talep etmiştir. Mahkeme davanın reddine karar vermiştir. Bunun üzerine başvuru istinafa başvurmuştur ancak istinaf mahkemesi kısmen kabul ile maddi tazminatın reddine ve 20.000 TL manevi tazminata hükmetmiştir. Kararın gerekçesinde idarenin kusuru olmadığına, hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınmadığına ve matbu bir belge düzenlendiğine değinilmiştir. Daha sonrasında başvuru temyize başvurmuştur ancak talebi reddedilmiştir.

Anayasa Mahkemesi kararı

Cerrahi tedavinin yöntemi hakkında derece mahkemelerinin bilirkişi raporu ışığında gerekli değerlendirmeleri yaptığına ve müdahalenin yöntemi ile ilgili hekimin kusuru olmadığına karar verilmiştir. Ancak sadece bu

değerlendirmenin yeterli olmadığı, bilgilendirme ve bu doğrultuda rızanın alınmasının da ayrıca değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Hukukumuzda hastaların bilgilendirilmesi, hasta hakları, Sağlık Bakanlığı'nın denetim görevi hakkında ayrıntılı düzenlemelerin mevcut olduğu ancak bunun teorik olarak var olmasının yeterli olmadığı ve pratiğe de yansımaları gerektiği dile getirilmiştir (31).

Mevzuata atıf yapılarak hastanın, tıbbi müdahalenin şekli, çerçevesi ve riski ile ilgili bilgilendirilmesi ve bilgilendirilmiş rızasının alınması gerektiğine değinilmiştir. Hastanın öncelikle neye rıza verdiğini biliyor olmasının gerektiği ki bunun da hastanın mevcut duruma göre makul bir derecede bilgilendirilmesi ile mümkün olacağı söylenmiştir. Doktor hasta ilişkisinin dayanağı olarak güven unsuru göz önüne alındığı zaman doktorun yükümlülükleri olan bilgi verme, bilgiyi anlaşılır hale getirme ve süreci idare etme vurgulanmıştır (32).

Yapılacak olan bu bilgilendirmenin hastanın kendi geleceği ile ilgili doğru karar verebilmesi için yeterli yetkinlikte olması gerektiği ve her mevcut olayda ve hastalıkta yapılacak olan bilgilendirmenin kapsam ve içeriğinin farklılaşmasının doğal olduğuna değinilmiştir. İlgili kişinin yeterli derecede bilgilendirilmesinden bahsedilebilmesi için yapılacak olan bilgilendirmenin tıbbi operasyonları, bunların muhtemel zarar ve yararlarını, alternatif uygulamaları, tedavinin reddi halinde oluşacak muhtemel senaryoları ile hastalığın seyrini içermesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Aynı zamanda bilgilendirme ile tıbbi işlem arasında hastanın sağlıklı bir karara varması için makul bir süre bırakılması gerektiği vurgulanmıştır (33).

Somut olayda, operasyon öncesinde hazırlanan belgenin tüm cerrahi operasyonlara uygulanan ve genel hükümler içeren matbu bir belge özelliği gösterdiği, hastanın cerrahi operasyon ve operasyonun olası riskleri ve yan etkileri ile ilgili bilgilendirilmediğinin derece mahkemesince saptandığı belirtilmiştir.

Sonuç olarak yukarıda açıklanan gerekçeler göz önünde tutularak mahkemelerce karar verilen 20.000 TL manevi tazminat tutarı ile dava koşulları ve başvurunun zararları arasında büyük bir orantısızlık olduğu değerlendirilmiştir. Bu söz konusu tutarın Anayasa Mahkemesinin aynı tipteki davalarında hükmettiği tazminat tutarlarına göre oldukça düşük olduğuna karar verilmiştir. Hem manevi tazminat tutarının düşük olması hem de maddi tazminat talebinin reddedilmesinden dolayı devletin pozitif yükümlülüğünün yerine getirilmediğine dair karar verilmiştir. Aynı zamanda Anayasa Mahkemesinin bu olaya benzeyen başvurulardaki verdiği kararlara göre somut olaydaki beş yıl dokuz aya yakın olan yargılama süresi makul görülmemiş, başvurunun makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiğine karar verilmiş ve 6.750 TL manevi tazminat ödenmesine karar verilmesi gerektiğine değinilmiştir. Ek olarak ihlal tespiti, yargılama yenilenmesi gibi giderler bakımından başvurunun maddi ve manevi varlığının korunması hakkı ihlal edildiği için bu durumun sonuçlarının ortadan kaldırılabilmesi amacıyla yeniden yargılama yapılması konusunda hukuki yarar olduğu tespit edilmiştir.

Anayasa Mahkemesi kararının değerlendirilmesi

Yukarıda detayları mevcut olan 2019/36858 başvuru numaralı Anayasa Mahkemesi kararını (30) incelediğimizde gerçekleştirilen tıbbi uygulama her ne kadar kusursuz olsa dahi bilgilendirilmiş rızanın alınma aşamasında hata mevcut ise gerçekleştirilen bu tıbbi uygulamanın hukuka aykırı olduğunu gözlemlemekteyiz. Ulusal ve uluslararası mevzuatlarımızda teorik olarak yer alan bu bilgilendirme ve bilgilendirme ışığında alınan rızanın günlük hayatımızda pratiğe yansıtılmasının önemini incelemiş bulunmaktayız. Yapılacak olan bilgilendirmenin geçerli sayılabilmesi için kararda da bahsedildiği üzere bazı koşullar mevcuttur. Öncelikle hastanın neye rıza gösterdiğini bilmesi gerekmektedir. Bu da ancak müdahaleyi gerçekleştirecek olan hekim tarafından Hasta Hakları Yönetmeliği (9) madde 15'te bahsedilen hususlar ışığında somut olayın şartlarına göre yapılacak olan bilgilendirme ile mümkün olabilecektir. Bilgilendirme, hastanın sağlıklı bir karar verebilmesi açısından uygun ortamda ve hastaya

düşünebilmesi için makul bir zaman tanınarak yapılmalıdır. Yapılacak olan bu bilgilendirme herkes için aynı özellik göstermez. Somut olaya ve hastanın özelliklerine göre şekillenmektedir. Yapılan bu bilgilendirme sonrasında hazırlanan belge ise hastanın kişisel özellikleri ve somut olayın koşulları analiz edilerek hazırlanıp her hasta için biricik olmalıdır. Her hasta için aynı içeriğe sahip olan bir matbu belgenin imzalatılması sureti ile gerçekleştirilen bilgilendirme ve sonucunda alınan rıza geçersiz kabul edilecektir ve bu rıza sonucu gerçekleştirilen operasyon da hukuka aykırı sayılacaktır. Bilgilendirilmiş rızanın alınmaması veya alınsa bile geçersiz sayılması durumlarında hekimin sorumluluğu gündeme gelecektir. Özetle incelemiş olduğumuz AYM kararında (30) bilgi verme usulüne dikkat edilmeyerek bilgilendirme yapılması ve imzalatılan formun matbu bir belge olması nedenleri sebebi ile manevi tazminata hükmedilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Klasik, standart onam formlarının yetersizlikleri, bilgilendirilmiş onamın kişiselleştirilmesi gerekliliğini açıkça göstermektedir. Dijital araçlar ve yapay zekâ temelli çözümler, bu sürecin daha anlaşılır, şeffaf ve hasta odaklı hale gelmesini sağlayabilir. Bununla birlikte, yeni teknolojilerin beraberinde getirdiği veri güvenliği, etik sorumluluk ve hukuki denetim mekanizmalarının da titizlikle ele alınması gerekmektedir. Kişiselleştirilmiş bilgilendirilmiş onam, geleceğin hasta hakları ve tıp etiği tartışmalarında merkezi bir konumda yer alacaktır.

Elde edilen bulgular göstermektedir ki, bilgilendirilmiş rıza yalnızca teorik bir kavram ya da prosedürel bir zorunluluk olmayıp, sağlık hizmetlerinin etik ve hukuki temellerini doğrudan ilgilendiren bir süreçtir. Her şeyden önce bilgilendirilmiş rıza, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı anlamına gelen hastanın özerkliği ilkesinin en önemli yansımasıdır. Hasta, yapılacak olan tıbbi müdahale hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi sahibi olmadan özgür bir karar veremez. Bu sebeple bilgilendirilmiş rıza süreci, yalnızca hastanın formel bir imza atmasından ibaret değildir. Aksine, hekim ile hasta arasında kurulan güven ilişkisinin en somut göstergesidir. Çalışmamızda da görüldüğü üzere, yalnızca matbu bir formun imzalatılması, bilgilendirilmiş rızanın varlığı için yeterli değildir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. maddesi, bilgilendirme yapılırken hastanın sosyokültürel düzeyi, yaşı, mesleği, eğitim durumu ve yaşam tarzı gibi kişisel özelliklerinin dikkate alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu düzenleme, bilgilendirmenin standardize edilmiş genel ifadelerle değil, her hasta için somut olaya uygun biçimde yapılması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Nitekim AYM kararında da görüldüğü üzere, standart ve genel ifadeler içeren matbu formlar, hastanın bilgilendirilmiş rızasının geçerli kabul edilmesi için yeterli değildir. Bu tür formlar, hastaların bireysel farklılıklarını görmezden gelmekte, onları yalnızca imzalanacak bir belgeye indirgemektedir.

Dolayısıyla hazırlanacak olan bilgilendirilmiş rıza formları, hasta özelinde kişiselleştirilmelidir. Hekim, bilgilendirme sürecinde elde ettiği hasta bilgilerini (yaş, meslek, eğitim, yaşam tarzı vb.) dikkate alarak, formu bu bağlamda şekillendirmelidir. Bu kişiselleştirme yalnızca formun içeriğinde değil, bilgilendirme sürecinin yürütülüşünde de kendisini göstermelidir. Bilgilendirme yapılırken hastaya makul bir süre tanınmalı, uygun bir ortamda ve en sade, anlaşılır şekilde bilgilendirme gerçekleştirilmelidir.

Çalışmada ortaya konulan bir diğer önemli nokta ise, bilgilendirmenin yazılı yapılmasının şekil şartı değil, ispat şartı olduğudur. Yani bilgilendirmenin esasen sözlü olarak yapılması mümkündür; ancak uyuşmazlık hâlinde hekim, bu bilgilendirmeyi yaptığını ispatlamak zorundadır. İşte bu noktada yazılı bilgilendirilmiş rıza formu devreye girmektedir. Bu form, hem hasta için verilen bilgilerin bir teyidi hem de hekim için hukuki bir güvence niteliği taşır. Ancak formun geçerli olabilmesi için mutlaka bilgilendirmenin ardından imzalatılması, hastaya makul düşünme süresi verilmesi ve formun matbu nitelikte olmaması gerekir. Aksi hâlde imzalatılan form geçersiz sayılacak ve

gerçekleştirilen operasyon hukuka aykırı hâle gelecektir. Bu durumda hekimin hukuki sorumluluğu doğacak, hasta ise tazminat talep etme hakkına sahip olacaktır.

AYM kararında da görüldüğü gibi, bilgilendirme yapılmadan ya da yalnızca matbu bir form imzalatılarak yapılan müdahaleler, hasta haklarının ihlali anlamına gelmektedir. Mahkeme, yalnızca operasyonun tıbbi açıdan doğru yürütülmüş olmasını yeterli görmemiş; aynı zamanda bilgilendirme ve rıza süreçlerinin de usulüne uygun işletilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu yaklaşım, bilgilendirilmiş rızanın, tıbbi uygulamanın özünden ayrı düşünülemeyeceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, bilgilendirilmiş rıza, hem etik hem de hukuki açıdan sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biridir. Bu sürecin kişiselleştirilmesi, yalnızca mevzuatın bir gereği değil, aynı zamanda hasta merkezli sağlık anlayışının da zorunlu bir sonucudur. Her hasta farklıdır; bu nedenle bilgilendirme ve rıza süreçleri de farklılaşmak zorundadır. Hekimler tarafından yapılacak bilgilendirme, hastaların kişisel özellikleri göz önünde bulundurularak, anlaşılır ve şeffaf bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu bilgilendirme süreci sonrasında hazırlanacak formlar ise, hastaya özgü nitelikte olmalı, somut olayın koşullarını yansıtmalı ve her bir hasta için ayrı bir değer taşımalıdır.

Böylelikle bilgilendirilmiş rıza, hasta için yalnızca bir imza süreci olmaktan çıkarak, bireyin kendi geleceğini belirleme hakkının gerçek anlamda bir güvencesine dönüşecektir. Aynı zamanda hekimler için de hukuki güvence sağlayacak, sağlık hizmetlerinin etik, şeffaf ve güven temelli yürütülmesine katkıda bulunacaktır. Bu bağlamda, bilgilendirilmiş rızanın kişiselleştirilmesi hem hastaların haklarını koruyacak hem de sağlık sisteminde daha adil ve insan onuruna saygılı bir uygulamanın gelişmesine hizmet edecektir.

KAYNAKLAR

1. Ersoy N, Aydın E. Tıbbi Etikte Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1994; (2): 71-74.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1989: 24-35.
3. Gert B, Culver CM. The Justification of Paternalism. *Ethics*, 1979; 89(2): 199-210.
4. Aydın E. Tıp Etiğinde Temel İlkeler. I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı. 12-13 Kasım 2001, ODTÜ, Ankara. Erişim: (<https://deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/doc/ilkeler.doc>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
5. Reva Z, İnanç Şenses Ö. The Role of Artificial Intelligence-Based Methods in Personalizing Informed Consent Forms. Editors Bozbuğa N, Gülseçen S. *Medical Informatics IV*. İstanbul: İstanbul University Press, 2024: 205-228.
6. Cocanour CS. Informed Consent-It's more than a Signature on a Piece of Paper. *The American Journal of Surgery*, 2017; 214(6): 993-997.
7. Informed Consent. Merriam-Webster. Erişim: (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/informed%20consent>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
8. Appelbaum PS. Assessment of Patient's Competence to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine*, 2007; 357: 1834-1840.
9. Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, Sayı:23420, 01.08.1998. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
10. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 17863 (Mükerrer), 18.10.1982. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>) Erişim Tarihi: 01.07.2025

11. Türk Medeni Kanunu. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 24607, 22.11.2001. Erişim: (<https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>) Erişim tarihi: 01.07.2025
12. Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25611, 26.09.2004. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
13. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. T.C. Resmi Gazete, Sayı: 10436, 19.02.1960. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
14. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete, Sayı:863, 11/04/1928. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219-20141119.pdf>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
15. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği Mevzuatı, 01.02.1999. Erişim: (https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5755966a-a285-11e7-9205-300896da83fe) Erişim Tarihi: 01.07.2025
16. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. T.C. Resmi Gazete, Sayı:25439, 20.04.2004. Erişim: (<https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/2812020083957164.tur.pdf>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
17. T.C. Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanlığı, Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme Bilgilendirme Metni. Erişim: (https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/2312020093321bm_05.pdf) Erişim Tarihi: 01.07.2025
18. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. Erişim: (https://www.anayasa.gov.tr/media/3542/aihs_tr.pdf) Erişim Tarihi: 01.07.2025
19. Bağçeci H. Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı. 2. Baskı. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2023: 147.
20. Yenisey F. Tedavi Açısından İlgilinin Rızası. Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2008: 870.
21. Doğan Ç. Tıbbi Müdahalelerde Hastanın Aydınlatılması ve Rıza Kavramı. Danışman Nart S. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2023: 25.
22. Kahraman, Z. Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2016; 7(1): 479-510.
23. Zeytin Z, Yeğin A, Cebeci F, Korkmaz A, Öztürk Türkmen H. Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Onam Formları. TÜBİTAK Proje No: 110K595. İstanbul, 2013: 147. Erişim: (file:///C:/Users/HP/Downloads/110K595_Zafer_Zeytin.pdf) Erişim Tarihi: 04.07.2025
24. Hakeri H. Tıp Hukuku. 11. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2026: 23.
25. Çavdar P. Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. *Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 2016; 22(3): 735-764.
26. Yenerer Çakmut Ö. Sağlık Hukukunun Temel Esasları ve Özellikle Aydınlatılmış Onam. Mersin Barosu Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk Sempozyumu, Bildiri Kitabı, Mersin, 2009: 7.
27. Meisel A. Patient's Rights in the US: A New Vision of Informed Consent. Uluslararası II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, 13-14 Kasım 2009, İstanbul. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 2011: 433.
28. Shome D, Doshi K, Vadera S, Kumar V, Vyavahare S, Kapoor R. Personalized Video Consent in Blepharoplasty: A New Paradigm in the Preoperative Consent Giving Process. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2021; 20(7): 2211-2223.
29. St John ER, Ezzat A, Holford N, Rizki H, Hogben K, Leff DR. Digital Consent to Improve Patient Perception of Shared Decision-Making: Comparative Study between Paper and Digital Consent Processes in Patients Undergoing Breast Surgery. *British Journal of Surgery*, 2022; 109(11): 1172-1173.

30. Anayasa Mahkemesi, İlker Arslan Kararı, Başvuru No: 2019/36858, Başvuru Tarihi: 06.11.2019, Karar Tarihi: 23/11/2022. Anayasa Mahkemesi Kararlar Bilgi Bankası. Erişim: (<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
31. Anayasa Mahkemesi, Mehmet Çolakoğlu Kararı, Başvuru No: 2014/15355, Karar Tarihi: 21.02.2018. Anayasa Mahkemesi Kararlar Bilgi Bankası. Erişim: (<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
32. Anayasa Mahkemesi, Sultan Bulut Kararı, Başvuru No: 2017/37430, Karar Tarihi: 20.10.2021. Anayasa Mahkemesi Kararlar Bilgi Bankası. Erişim: (<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/>) Erişim Tarihi: 01.07.2025
33. Anayasa Mahkemesi, Fındık Kılıçaslan Kararı, Başvuru No: 2015/97, Karar Tarihi: 11.10.2018. Anayasa Mahkemesi Kararlar Bilgi Bankası. Erişim: (<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/>) Erişim Tarihi: 01.07.2025

Tıp Tarihi ve Etik Bağlamında Bir Film Okuması: “Something the Lord Made”

A Film Analysis in the Context of Medical History and Ethics: “Something the Lord Made”

Ayşegül Akbay

Profesör Doktor, Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı
ORCID: 0009-0003-6793-4887 E-posta: aysegulakbay@yiu.edu.tr

Gamze Özbek Güven

Doçent Doktor, Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-5391-8873 E-posta: gamzeozbekguven@gmail.com

Özge Zelal Aydın

Doktor Öğretim Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-6181-8231 E-posta: ozgeaydin@yiu.edu.tr

Geliş Tarihi: 17 Temmuz 2025, Kabul Tarihi: 6 Eylül 2025

ÖZET

Makale, 2004 yapımı *Something the Lord Made* (Tanrı'yı Oynayanlar) filmini Tıp Tarihi ve Etik perspektifinden eleştirel bir biçimde incelemektedir. Film 1940'larda Fallot Tetralojisi olarak bilinen “mavi bebek sendromu”nun cerrahi tedavisinde öncü olan Dr. Alfred Blalock ile Cerrahi Teknisyen Vivien Thomas arasındaki tarihi ortaklığı ve bu süreçteki ırksal eşitsizlikleri dramatize etmektedir. Filmdeki tarihsel olaylar, karakter ilişkileri ve dramatizasyonlar nitel içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Film, tıbbi yeniliklerin tarihsel olarak yalnızca bilimsel başarılarla açıklanamayacağını, sosyal, kültürel ve etik bağlamlarda değerlendirilmesi gerektiğini, tıp pratiğinde ve sağlık hizmetlerinde var olan ırksal ayrımcılık ile görünmez emeğin önemini vurgulamaktadır. Bu yönüyle, *Something the Lord Made* filmi, tıp tarihi ve etik eğitimi için değerli bir kaynak olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Something the Lord Made, tıp etiği, tıp tarihi, ırksal eşitsizlik, Fallot Tetralojisi, Blalock-Thomas-Taussig Şantı, eleştirel anlatı

ABSTRACT

The article critically examines the 2004 film *Something the Lord Made* from the perspective of the History of Medicine and Medical Ethics. The film dramatizes the historical partnership between Dr. Alfred Blalock and surgical technician Vivien Thomas in the 1940s, who pioneered the surgical treatment of Tetralogy of Fallot, commonly known as “blue baby syndrome,” while also exposing the racial inequalities of the period. Historical events, character relationships, and dramatizations in the film are analyzed using the qualitative content analysis method. The film highlights that medical innovations cannot be explained solely through scientific achievements but must also be evaluated within social, cultural, and ethical contexts, emphasizing both the racial discrimination embedded in medical practice and healthcare, as well as the significance of invisible labor. In this respect, *Something the Lord Made* is regarded as a valuable resource for education in medical history and ethics.

Keywords: Something the Lord Made, medical ethics, medical history, racial inequality, Tetralogy of Fallot, Blalock-Thomas-Taussig Shunt, critical narrative

GİRİŞ

Something the Lord Made (Tanrı'yı Oynayanlar, 2004), Dr. Alfred Blalock ile Vivien Thomas arasındaki tarihi iş birliğini konu alan HBO yapımı bir filmidir. Fallot Tetralojisi (Mavi Bebek Sendromu) için geliştirilen cerrahi tedavi sürecini konu alan film, yalnızca tıp tarihindeki devrim niteliğinde buluşu değil, aynı zamanda bu başarının ardında görünmez kılınan emek ve sistematik dışlanmayı da gözler önüne sermektedir.

Vivien Thomas, tıp eğitimi alabilmek için para biriktirmeye çalışan Afro-Amerikalı bir genç ve yetenekli bir marangozdur. Vanderbilt Üniversitesi'nde Dr. Alfred Blalock'un sorumlu olduğu deneysel araştırma laboratuvarında çalışmaya başlar. Başlangıçta basit görevler üstlenmesine rağmen, Thomas'ın teknik becerileri, el yatkınlığı ve tıbbi aletlere olan ilgisi kısa sürede Dr. Blalock'un dikkatini çeker. Johns Hopkins Üniversitesi'ne geçen Dr. Blalock, Thomas'ı laboratuvar teknisyeni olarak görevlendirir. Böylece Dr. Blalock, Thomas'ı yalnızca laboratuvar teknisyeni olarak değil, aynı zamanda kalp cerrahisi araştırmalarının ayrılmaz bir parçası haline getirir. İkisi birlikte öncelikle hemorajik şok tedavisine odaklanan bir dizi çığır açıcı deney yürüterek bir dizi yeni hayvan modeli geliştirirler. Bu iş birliği, Thomas'ın cerrahi teknikleri geliştirmesinde ve nihayetinde Blalock-Thomas-Taussig Şantı'nın uygulanabilir hale gelmesinde merkezi bir rol üstlenmesine zemin hazırlar.

Thomas, Fallot Tetralojisi için anastomotik modellemeyi mükemmelleştirmekten, tekniği Dr. Blalock'a öğretmekten ve hatta gerekli cerrahi aletleri geliştirmekten sorumludur. Fallot Tetralojisi'ni düzeltmek için bir bebekte yapılan ilk ameliyat, Thomas'ın rehberliğinde Dr. Blalock tarafından başarıyla gerçekleştirilir ve tıp dünyasında önemli bir dönüm noktası olur. Thomas Hopkins'teki laboratuvarında, aralarında Dr. Denton Cooley ve Dr. William Longmire'in da bulunduğu bir nesil kalp cerrahisi asistanını eğitir. Dr. Blalock'un Thomas'a duyduğu özel saygıya rağmen, Thomas'ın katkıları görünür kılınmaz. Dr. Blalock'un ölümünden tam on iki yıl sonra, Thomasa Johns Hopkins Üniversitesi fahri doktora unvanı verilir. (1,2).

Bu çalışma, Something the Lord Made filmi tıp tarihi ve etik perspektifleriyle inceleyen nitel bir analiz niteliğindedir. Eleştirel anlatı yaklaşımıyla filmdeki dramatik anlatı, tarihsel gerçeklik, görünmez emek, ırksal eşitsizlik ve tarihsel adalet bağlamında yorumlanmaktadır.

TARİHSEL GERÇEKLİK

Filmdeki merkezî anlatı, doğuştan kalp kusurlarının cerrahi olarak düzeltilmesi amacıyla geliştirilen deneysel tekniklere odaklanmaktadır. Blalock-Thomas-Taussig Şantı'nın ortaya çıkış süreci tarihsel gerçeklerle uyumlu biçimde aktarılmaktadır. Blalock-Thomas-Taussig Şantı'nın uygulanışı kardiyovasküler cerrahinin bağımsız ve uygulanabilir bir uzmanlık alanı olarak gelişmesinde devrim niteliğindedir (3). Film, bu devrim niteliğindeki buluşta formal tıp eğitimi olmaksızın laboratuvarla olağanüstü teknik yetenek ve bilimsel sezgi gösteren Vivien Thomas'ın katkılarını titizlikle görünür kılar.

Vivien Thomas'ın kardiyovasküler cerrahinin gelişimindeki rolü, tarihsel bağlam açısından özel bir önem taşımaktadır. Vanderbilt Üniversitesi ve Johns Hopkins Üniversitesi'nde Dr. Alfred Blalock'un laboratuvarında çalışan Thomas; cerrahi aletlerin tasarımı, hayvan modellerinde dikiş tekniklerinin mükemmelleştirilmesi ve yeni ameliyat prosedürlerinin uygulanabilir hale getirilmesinde önemli katkılar sunmuştur (1,2,3). Dr. Blalock'un cerrahi becerisi ve kararlılığı ile birleşen Thomas'ın katkıları, pediatrik kardiyolog Dr. Helen Taussig'in klinik gözlemleriyle bütünleşmiş; böylece Blalock-Thomas-Taussig Şantı, doğumsal kalp hastalıklarının tedavisinde çığır açan bir yaklaşım olarak tıp tarihine geçmiştir.

CERRAHİ EĞİTİMİN ve UYGULAMANIN EVRİMİ

Film, cerrahi eğitimin tarihsel gelişimini anlamak açısından önemli bir kaynak işlevi görmektedir. Özellikle hayvan modelleri üzerinde yapılan deneylerin yoğun olduğu bu dönemde, uygulamalı beceriler teorik bilgi kadar ön planda tutulmuştur. Vivien Thomas'ın cerrahi asistanlara teknik ayrıntıları ve pratik becerileri öğretmesi, tıp alanında deneyimsel bilginin ve ustalıkla kazanılmış becerilerin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Nitekim Dr. Alfred Blalock'un, Thomas'ın yönlendirmesi olmaksızın ameliyatlara girmekten çekinmesi, bu görünmez emeğin ne denli kritik olduğunu dramatik biçimde ortaya koyar. Bu durum, modern tıp eğitiminin doğasını ve bilgi-beceri dengesini sorgulamak için anlamlı olmaktadır.

ETİK BOYUTLAR ve TIP TARİHİNE KATKILARI

Blalock-Thomas-Taussig Şantı'nın uygulanmasıyla "mavi bebek sendromu"na cerrahi bir çözüm bulunması, tıp tarihinde bir dönüm noktası olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte, bu başarının kutlanma sürecinde tüm övgüler Dr. Alfred Blalock ve ekibine yöneltilmiş, Thomas ise görünmez kılınmıştır. Thomas'ın tıp diplomasına sahip olmaması ve dönemin ırksal ayrımcılık koşulları, onu bu tarihsel tıbbi ilerlemenin meşru bir paydaşı olarak tanınmasını engellemiştir. Böylece bilimsel emeğin adil biçimde paylaşılmaması, modern kalp cerrahisinin en kritik katkılarından birinin uzun süre gölgede kalmasına yol açmıştır.

Vivien Thomas'ın yaşam öyküsü, bilimsel katkıların yeterince tanınmadığı "görünmez emek" olgusunun çarpıcı bir örneğini sunar. Film, Thomas'a geç de olsa sembolik bir takdir sunarken, tarihsel olarak beyaz doktorların Afro-Amerikalı sağlık çalışanlarının bilgi ve emeğini görünmez kılması, epistemik adaletsizliğin somut bir göstergesi olarak öne çıkar (4,5). Thomas'ın laboratuvarındaki hayati katkılarının uzun süre göz ardı edilmesi, bilimsel bilginin üretiminde ve takdirinde katkı sahiplerinin adil biçimde tanınmasının önemini günümüze taşımaktadır; bu durum, araştırma ortamlarında epistemik adaletin sağlanmasının yalnızca etik bir zorunluluk değil, aynı zamanda bilimsel bilginin doğruluğu ve ilerlemesi için de temel bir gereklilik olduğunu göstermektedir.

Thomas'ın deneyimi, yalnızca bireysel adaletsizlik ve akademik hiyerarşi ile değil, aynı zamanda dönemin yapısal ırksal eşitsizlikleriyle de yakından ilişkilidir (6,7). Tuskegee çalışmaları gibi tarihsel vakalar, tıp alanında sistematik ırksal ayrımcılığın geniş boyutlarını anlamak açısından önem taşır (8). Filmde, geliştirilen cerrahi yöntemin uygulanmasında Afro-Amerikalı bebeklere öncelik verilmemesi, ırksal eşitsizliklerin yalnızca bilimsel üretime değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunumuna da nasıl yansıdığını açık biçimde gösterir.

Thomas'ın katkılarının yeniden hatırlanması ve görünür kılınması, bireysel takdirin ötesinde tarihsel adaletin bir gereği olarak değerlendirilmelidir. Filmde Alan Rickman ve Mos Def'in performansları da bu tarihsel ve sosyal bağlamı derinleştirmektedir. Rickman'ın Dr. Blalock yorumu, liderlik ile sınıfsal ve ırksal üstünlük dinamiklerini bir arada yansıtırken; Mos Def'in Thomas karakterine getirdiği yorum, sessiz direniş, sabır ve kararlılığın güçlü bir temsildir. Bu açıdan film, tıbbi ilerlemelerin yalnızca hekimlerin başarısı olmadığını, teknisyenler, hemşireler ve araştırma asistanlarının da bu sürecin vazgeçilmez aktörleri olduğunu vurgulayarak geleneksel "büyük adam" merkezli tarih anlatısını sorgular (9).

SONUÇ

Sonuç olarak Something the Lord Made filmi, 1940'lar Amerika'sındaki ırksal ayrımcılık ve sağlık hizmetlerindeki yapısal eşitsizliklerin tıp pratiğine yansımalarını ve Vivien Thomas gibi "görünmez kahramanların" emeklerinin sistematik biçimde göz ardı edilmesini etkileyici bir şekilde aktarmaktadır. Yalnızca tarihsel bir olay anlatımı sunmakla kalmamakta, aynı zamanda tıp etiği, sosyal ve tarihsel adalet bağlamlarında çıkarımlar yapmamıza imkân

tanımlanmaktadır. Yapıt, tıbbi yeniliklerin yalnızca bilimsel başarılarla ölçülemeyeceğini, arkasındaki sosyal, kültürel ve etik dinamiklerin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bu yönüyle, görünmez emeğin tanınması, etik sorumlulukların hatırlanması ve tarihsel bilginin doğru aktarılması açısından Tıp Tarihi ve Etik eğitime katkı sağlayabilecek bir kaynak niteliği taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Murphy AM, Cameron DE. The Blalock-Taussig-Thomas collaboration: A model for medical progress. JAMA. 2008; 16; 300 (3): 328-330.
2. Soyulu E, Athanasiou T, Jarrah OA. Vivien Theodore Thomas (1910-1985): An African-American laboratory technician who went on to become an innovator in cardiac surgery. J Med Biogr, 2017; 25 (2): 106-113.
3. Treasure T. Turning blue babies pink: Alfred Blalock's shunt for Fallot's Tetralogy. J R Soc Med, 2017; 110 (9): 376-379.
4. Anderson N, Nguyen M, Marcotte K, Ramos M, Gruppen LD, Boatright D. The Long Shadow: A historical perspective on racism in medical education. Acad Med, 2023; 98 (8S): S28-S36.
5. Kılınç Y. Politik Epistemolojide Epistemik Adaletsizlik ve Hibrit Kötülük. İnönü Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2022; 11 (1): 71-94.
6. Byrd WM, Clayton LA. Race, medicine, and health care in the United States: a historical survey. J Natl Med Assoc, 2001; 93 (3 Suppl): 11S-34S.
7. Shapin, S. (1989). The invisible technician. American Scientist, 1989; 77 (6): 554-563.
8. Gamble VN. Under the shadow of Tuskegee: African Americans and health care. Am J Public Health, 1997; 87 (11): 1773-1778.
9. Spector BA. The GreatMan and the Beginning of Contemporary Discourse. In: Discourse on Leadership: A Critical Appraisal. Cambridge: Cambridge University Press; 2016: 18-32.