

# Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya da Sonlandırılmasının Fıkhi Açıdan Değerlendirilmesi

Ülfet Görgülü

Dr., Diyanet İşleri Başkanlığı  
Din İşleri Yüksek Kurulu Uzmanı  
ulfetgorgulu@gmail.com

Öz

20. yy'ın ikinci yarısından itibaren tıp alanında kaydedilen gelişmeler sonucunda uygulanan tedavi yöntemleriyle bir taraftan insan ömrü uzatılırken ve hastalara yaşam desteği vermeye başlanırken diğer taraftan sağlığından ümit kesilmiş, komada olan ya da şiddetli ıstırap çeken hastalara verilen yaşam desteğinin kesilmesi veya tedavinin başlatılmaması yani hastanın ölümüne izin verilmesi konusu tıp etiği, hukuk ve din açısından tartışılmaya başlanmıştır. Biz bu çalışmamızda hastaya uygulanması gereken yaşam desteğinin başlanmaması ya da sonlandırılmasının etik ve hukuki yönüne kısaca temas ederek meselenin fıkhi boyutunu inceleyeceğiz.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam desteğinin kısıtlanması, yaşam desteğinin sonlandırılması, beyin ölümü.

**The Assessment of Withholding and Withdrawing Life Support in Medicine in Fiqh**  
Dating from the second half of the 20th century, much progress has been made in medical science for the sake of extending the human life span. Now, while enabling man to live longer and providing the patients with life support, withholding and withdrawing the life support applied to patients especially those with hopeless case, in coma or those suffering severe pain or even without applying them any treatment by any means which means letting them die are being discussed from the viewpoint of medical ethic, law, and religion. In this study, I'll touch on the subject ethically and as regards Law, itself shortly and then I mainly intend to examine the point in Islamic Law terms.

**Key Words:** Withholding of life support, withdrawing of life support, brain death.

Atıf

Ülfet Görgülü, Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya Da Sonlandırılmasının Fıkhi Açıdan Değerlendirilmesi, Marife, Yaz 2012, ss. 49-66

## I. Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya da Sonlandırılması Nedir?

Yaşamı destekleyen tedaviler/sistemler hastanın ölümünü geciktirmek için uygulanan her türlü tıbbi girişimi ve teknolojinin kullanılmasına yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Bunlar çoğunlukla yoğun bakım ünitelerinde söz konusu olmaktadır.

Yoğun bakım; hastalık, travma, ameliyat vb. nedenlerle yetersiz hale gelen vücut fonksiyonlarının monitörlerden izlenerek, esas neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesinin ve bu süreç içinde hastanın hayatta kalmasının sağlandığı özel bakım üniteleridir<sup>1</sup>.

Yoğun bakım hastası, fizyolojik dengesini yitirmiş, günün 24 saati, haftanın 7 ve yılın 365 günü sürekli ve aynı standartta yoğun izlem, monitörizasyon ve organ destek tedavisi gerektiren hastadır<sup>2</sup>.

Tıpta ve buna paralel olarak yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavi yöntemlerinin hızla gelişmesi daha önceleri ölümlerle sonuçlanacak durumlarda yaşam süresini uzatmayı mümkün hale getirmiştir. Günümüzdeki tıbbi teknoloji ve tedavi imkanları göz önüne alındığında, tedavinin kesilmesi veya uygulanmamasının ölüm sebeplerinin başında geldiği söylenebilir<sup>3</sup>.

Yaşam desteğinin kısıtlanması (withholding of life support) bazı tıbbi tedavilerin hastaya başlanmamasıdır. Yaşam desteğinin kısıtlanmasına örnek olarak, ileri derecede kronik obstrüktif akciğer rahatsızlığı olan hastaya, mekanik ventilasyon (MV) uygulanmaması gösterilebilir. Yaşam desteğinin sonlandırılması (withdrawing of life support) hastaya verilen çeşitli tıbbi tedavilerin durdurulmasıdır. Yaşam desteğinin sonlandırılmasına da, beyin ölümü gelişen bir hastada MV tedavisinin durdurulması örnek verilebilir. Her iki durumda da tedavilerin kısıtlanması ya da sonlandırılması sonrası hastanın öleceği beklentisi vardır. Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması uygulamalarının en sık görüldüğü yerler arasında yoğun bakımlar yer alır<sup>4</sup>.

Yaşam destek tedavilerinin başlanmaması ya da başlanmış tedavilerin kesilmesi uygulamaları öncelikle ABD’de gerçekleşmiştir. American Thoracic Society tarafından 1990 yılında yapılan bir ankete katılan 879 yoğun bakımçı 848’inin (%96) tedavinin başlanmaması ya da kesilmesi yönünde kararlar verdiği görülmüştür<sup>5</sup>. ABD’de 1992-93 yıllarında bu oran % 90 olarak gerçekleşmiştir<sup>6</sup>. Avrupa ülkelerinde yapılan bir anket çalışmasında da hekimlerin büyük çoğunluğunun

<sup>1</sup> Tacir, *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*, s. 135.

<sup>2</sup> İskit, “Yoğun Bakım Hastası”, *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2007, C. 7, S. 1, s. 9.

<sup>3</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, “Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular”, *Türk Toraks Dergisi*, yıl. 2002, C. 3, S. 3, s. 313.

<sup>4</sup> Uysal, “Yoğun Bakımda Yaşam Desteğinin Sonlandırılması”, *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2004, C. 4, S. 4, s. 211.

<sup>5</sup> Dikmen, “Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik-Ötanazi”, *Medikal Etik*, s. 37.

<sup>6</sup> Uysal, *agm.*, s. 212.

(%93) “anamlı bir hayat sürme umudu olmayan hastalarda” bunu uyguladıkları tespit edilmiştir<sup>7</sup>.

Yaşam desteğinin sonlandırılması sırasında sıklıkla durdurulan tedaviler arasında kan ürünleri transfüzyonu, hemodiyaliz, MV, antibiyotikler, intravenöz sıvılar gelmektedir<sup>8</sup>.

Yaşamın son dönemindeki hastaya yaşam desteğinin verilmemesi ya da sonlandırılması uygulamaları konunun etik yönden tartışılmasını da beraberinde getirmiştir. Biz de tıbbi etik açısından konuya ilişkin yaklaşımlara değinmeyi uygun görüyoruz.

## II. Tıbbi Etik Açısından Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya da Sonlandırılması

Günümüzde, hastanın yaşamını idame ettirmek, hastalığı tedavi etmek ve ağrıyı ortadan kaldırmak gibi uygulamaları içeren “yarar sağlamak” tıbbi etiğın en önemli ilkesi olarak belirtilmektedir. Buna paralel olarak “zarar vermemek”, hastanın kendi tıbbi bakımı konusunda daha fazla söz sahibi olma hakkını ifade eden “otonomi”, hastanın tıbbi karara katılımını sağlamak amacıyla tıbbi bilgilerin doğru ve yeterli biçimde açıklanması anlamına gelen “bilgilendirilmiş onay” ve tıbbi kaynakların ihtiyaca göre dürüstçe ve hakça paylaşılmasını öngören “sosyal adalet” gibi ilkeler de belirlenmiştir<sup>9</sup>.

Hayatını yaşam desteği ile sürdürebilen terminal durumdaki (yakın bir sürede ölümü beklenen) hasta için bu desteğın kesilmesi ya da tedavinin başlatılması tıp etiğı açısından tartışılmaktadır. Özellikle son dönemlerde konuyla ilgili yapılmış çalışmaların bir kısmında böyle bir uygulamanın etik açıdan uygun olduğu görüşünün öne çıkarıldığı görülmektedir. Bu görüş sahiplerine göre; “Yaşamı destekleyen tedaviler, hastanın beklenen yaşam kalitesini yükseltme amacının yanı sıra yaşam süresini uzatarak ölümünü erteleyebilmektedir. Bununla birlikte bu tür tedaviler, yaşamının son evresindeki hastanın iyileşmesini sağlamadığı, fizyolojik bir yarar getirmediği gibi ilave ağrı ve acı çekmesine ya da ıstırabının süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu durumda yaşam destek tedavilerinin başlaması etik açıdan uygun bulunmamaktadır. Zira artık yararsız tedavi sınıflaması altına girmektedirler. Ayrıca sınırlı kaynakların nafiye kullanılmasına izin verilmesiyle hekimin diğer hastalara karşı yükümlü bulunduğu yararlı olma, zarar vermemeye ve hatta ölüme neden olmama sorumlulukları ihlal edilmekte böylece adalet ilkesiyle de ters düşülebilmektedir. Olağın dışı tedavilerin psikolojik yarar sağlayacağı gerekçesiyle kullanılması diğer hastaların bu kaynaklardan adil pay almalarını engelleyecektir.”<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Dilmen, *agm.*, s. 39.

<sup>8</sup> Uysal, *agm.*, s. 213.

<sup>9</sup> Bk. Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 307; Aydın, Ersoy, “Tıp Etiğı İlkeleri”, *Tıp Etiğı, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1995, C. 2, S. 3, s. 50; Akpir, “Yoğın Bakım Hastalarında Hasta Desteğı ve Devamı ile İlgili Kararların Verilmesi”, *Medikal Etik*, s. 29.

<sup>10</sup> Metin, *Biyotıp Etiğı ve Hukuk*, s. 326; Bk. Dikmen, *agm.*, s. 35.

Yine bu görüşü benimseyenlere göre; terminal dönemdeki hastaya uygulanan testlerin, endoskopi vb. tetkiklerin faydası yoktur. Bu durumdaki bir hastanın yoğun bakıma gönderilmesi de doğru değildir. Zira yoğun bakımın hedefi ciddi derecede hasta olan kişiye mevcut kötü durumu geçinceye dek yoğun destek verip hayatını kurtarmaktır. Oysa yaşama ümidi olmayan bir hasta, ailesiyle olması gereken en önemli dönemde yoğun bakımda yalnız kalmaktadır. Ayrıca yoğun bakımın ciddi maddi yükü de vardır<sup>11</sup>. Yoğun bakım ünitesinden çıkartılabilecek terminal evredeki hastalar; geri dönüşsüz beyin hasarı olanlar, geri dönüşsüz multi organ yetmezliği olanlar, kemoterapi ya da radyoterapiye yanıt vermeyen metastatik kanserli hastalardır<sup>12</sup>. Dolayısıyla bu görüş sahiplerine göre yoğun bakım tedavileri sonlandırılırken ana amaç hastanın kalan ömrünü rahat ve ağrısız bir şekilde geçirmesini sağlamaktır<sup>13</sup>.

1990 yılında Society of Critical Care Medicine (SCMM) tarafından yayınlanan rapora göre; yaşam destek tedavilerinin, hasta veya yakınlarının isteği doğrultusunda ya da hekim tarafından tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olmayacağına görüldüğü durumlarda (futility/boşuna) başlanmaması veya kesilmesinin etik açıdan uygun olduğu bildirilmiştir<sup>14</sup>.

Hangi tedavilerin “boşuna tedavi” kapsamında değerlendirileceği konusundaki belirsizliği gidermek üzere SCCM’ın Etik Komitesi 1997 yılında yeni bir rapor yayınlarak, kesilmesi ya da başlanmaması söz konusu olabilecek yaşam destek tedavilerini; fizyolojik olarak hiçbir yararı olmayacak tedaviler, fizyolojik olarak yararlı olma olasılığı çok düşük olan tedaviler, yararlı olabilecek ancak çok pahalı tedaviler ve sonuçları belirsiz ya da tartışmalı tedaviler olmak üzere dört gruba ayırmıştır<sup>15</sup>.

Yaşam desteğine bağlı bir hastanın tedavisinin sonlandırılması ile tedaviye hiç başlanmaması arasında etik açıdan bir fark bulunup bulunmadığı da üzerinde tartışılan konulardandır.

Teoride her iki durumda etik açıdan fark olmadığı kabul edilse de başlanmış tedavinin kesilmesi, tedaviye hiç başlanmamasına göre genellikle daha zordur<sup>16</sup>. Hekimlerin genel eğilimi tedaviye başlamamanın, başlanmış bir tedaviyi kesmekten daha kolay olduğu yönündedir. Avrupa ülkelerinde yapılan bir anket çalışmasında hekimlerin %93’ünün yaşam destek tedavilerine başlamamak eğiliminde olduğu saptanmıştır<sup>17</sup>.

<sup>11</sup> Ecel, “Hayat Sonu Bakımı”, *Hayat Sağlık Dergisi*, yıl. 2010, S. 3, s. 31.

ABD’de yapılan bir araştırmaya göre günlük masraf 1500 dolar civarındadır. Bk. Değer, “Yoğun Bakım Etiği”, *Medikal Etik*, s. 14.

<sup>12</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 316.

<sup>13</sup> Uysal, *agm.*, s. 213.

<sup>14</sup> Aksoy, Çevik, Edisan, “Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma”, *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2002, S. 10, s. 266-267.

<sup>15</sup> Dilmen, *agm.*, s. 38.

<sup>16</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 313.

<sup>17</sup> Dilmen, *agm.*, s. 38, 39.

Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılmasının tıbbi etik açısından mümkün olduğu görüşünü benimseyenlere göre bu kararı kimin vereceği konusunda belirsizlik söz konusudur. Bu konudaki tartışmalarda özellikle “otonomi ilkesi”nin üzerinde durulduğu görülmektedir. Buna göre hastanın, kendisine uygulanacak tedaviyi reddetme talebinin yasal dayanağının otonomi ilkesi olduğu üzerinde durulmaktadır.

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, vücuduna ne yapılacağını belirlemesini, hastalığı ve tedavisi konusunda kendi inanç, değer ve yargılarına göre seçimde bulunabilmesini gerektirir<sup>18</sup>. Otonomi, kişinin kendi vücudu ve sona erdirilmesi de dahil olmak üzere hayatı üzerindeki kontrol yetkisini ifade eder<sup>19</sup>.

Otonomi ilkesinin bir gereği olarak kişilerin tedavileri ile ilgili karar alma sürecine katılmalarına ilişkin diğer bir tartışma konusunu ise “gelişmiş sağlık direktifleri/yönlendirici direktifler” oluşturmaktadır. Gelişmiş sağlık direktifleri, çok ciddi bir hastalık durumunda ya kişinin kendisine verilecek sağlık hizmeti ile ilgili taleplerini içeren veya hastanın, kendi kararlarını alamayacak duruma geldiğinde yerine karar alacak kişiyi tayin ettiği yazılı belgelerdir<sup>20</sup>. Buna göre yönlendirilmiş direktif kişinin tedaviye ilişkin talebini ortaya koyamayacak derecede ağır hasta olduğu durumlarda yaşam destek tedavisi almak isteyip istemediğine dair talebini içerir.

Bu konudaki ilk yasal düzenleme Kaliforniya eyaletinde gerçekleştirilmiş ve söz konusu düzenlemede yönlendirici direktiflerin ölümcül durumdaki hastalar için tedavide kullanılan yapay desteklerin durdurulmasına ya da devamına ilişkin olabileceği belirtilmiştir. Buna göre hastanın talebi, iyileşmesi mümkün olmayan döneme girmesiyle gerçekleşecek, kısa sürede iyileşmesi bekleniyorsa bu direktifler hükümsüz kalacaktır<sup>21</sup>.

Tedavinin kısıtlanması ya da sonlandırılması için hastanın rızasının gerektiği, bilinci yerinde olmayan bir hasta için ise yakınlarının izninin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Ancak hastanın aynı derecedeki yakınlarının bu konuda farklı görüş beyan edebilecekleri, bu durumun hekimin davranışlarını etkileyip karar vermesini zorlaştıracığı da belirtilmektedir<sup>22</sup>.

Hastaların ve yakınlarının bu karar sürecine dahil edilmesi Kuzey Amerika’da yaygın olarak uygulanmakta iken, bu tür kararların hasta ya da yakınları tarafından verilemeyecek derecede komplike olduğu görüşünden hareketle bu durum Avrupa’da daha az sıklıkla gerçekleşmektedir<sup>23</sup>.

Öte yandan yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması kararını kim verirse versin bu aynı zamanda “yaşama son verme/ölme kararı” anlamına

<sup>18</sup> Tacir, *age.*, s. 312.

<sup>19</sup> Güven, *Kişilik Hakları ve Ötanazi*, s. 128.

<sup>20</sup> Kahveci, “Son Dönem Yaşam Destek Kararlarına Hastaların Katılımı”, *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2007, S. 15, s. 91.

<sup>21</sup> Tacir, *age.*, s. 140, 141.

<sup>22</sup> Değer, *agm.*, s. 12.

<sup>23</sup> Uysal, *agm.*, s. 212.

gelmektedir. Bu itibarla yaşam desteğinin sonlandırılması ile ötanazi arasında bir fark olup olmadığı hususu öteden beri tartışılmaktadır.

### III. Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya da Sonlandırılmasının Ötanazi İle İlişkisi

Ötanazi, ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilmesi imkanı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesidir<sup>24</sup>. Ölümü sağlayan tıbbi yöntemlerin doğrudan doğruya kullanılması aktif ötanaziyi oluştururken, pasif ötanazi hastanın yaşamını sürdürmesi için gerekli olan yaşam desteğinin çekilmesi veya verilmemesi halidir<sup>25</sup>. Hekimin bu uygulamadaki rolü yaşam desteğini sonlandırarak hastalığı doğal seyrine bırakmaktır.

İnsan haklarının bir uzantısı olarak ele alınan hasta hakları konusunda “onuru ile ölme hakkı”ndan söz edilmektedir. Tıptaki ve teknolojiadaki gelişmeler yaşamın cihazlara bağlı olarak devamına imkan sağlamıştır. Bu durum beraberinde böyle bir yaşamın gerekip gerekmediği sorununu gündeme getirmiştir. Hastanın yaşamının aktif ya da pasif bir tutumla sonlandırılmasının hastanın onuru ile ölme hakkı çerçevesinde bir hak olup olmadığı tartışması güncelliğini korumaktadır<sup>26</sup>.

Yaşam desteğinin kısıtlanması ya da kesilmesi konusunda genel olarak iki yaklaşım öne çıkmaktadır. Konuyu yaşamın kutsallığı ve kişi hakkı bağlamında ele alanlara göre tedaviyi reddetme ya da sonlandırma yaşam hakkının ihlali anlamına gelmektedir. Oysa kişinin aksi yöndeki iradesi ve rızasına rağmen bu hakkın korunması gereklidir. Kişinin kendisi de dahil herkes bu hakka saygı göstermek, onu ihlal etmemek, ortadan kaldırmamakla yükümlü tutulmuştur<sup>27</sup>.

Konuyu otonomi/kişi özerkliği kapsamında değerlendirenlere göre ise ölüme istemek de dahil olmak üzere kişinin kendi vücudu üzerinde söz hakkı vardır. Her türlü tedaviyi kabul ya da reddetmesi kişinin iradesine bağlıdır.

Dolayısıyla tedavinin reddini bir insan hakkı olarak nitelendirenler vardır<sup>28</sup>. Bir kimse hayatının cihazlara bağlı tutularak haftalarca devam ettirilmesini ya da yıllarca biyolojik olarak canlı tutulmayı yaşamı için çok kötü olarak nitelendiriyorsa, bu durumdan kaçınmak için önceden direktif hazırlaması ve diğer insanların da buna uyması onun yaşamının kutsallığına daha fazla saygı göstermek demektir<sup>29</sup>.

Otonomiyi belli sınırlar içinde kabul edenler öldürme ile ölüme terk etme arasındaki farka değinerek bir ayırım yapma gereği üzerinde dururlar. Esasen ötanazi tartışmasının temeli de buna dayanır. Öldürme, bir kimsenin ölümünü amaçlayan kasdi veya ihmali davranıştır. Ölüme terk etme ise yararsız veya uygunluğu tartışmalı olan bir tedaviden kaçınma ya da başlanan tedavinin sonlandırıl-

<sup>24</sup> Güven, *age.*, s. 11; Kaya, “İslam Hukukuna Göre Ötanazi”, *UÜİFD*, yıl. 1994, C. 6, S. 6, s. 133.

<sup>25</sup> Güven, *age.*, s. 15; İnceoğlu, *Ölme Hakkı*, s. 135.

<sup>26</sup> Sert, *Hasta Hakları*, s. 240.

<sup>27</sup> MK madde 23. Bk. Güven, *age.*, s. 3-5.

<sup>28</sup> Aksoy, Çevik, Edisan, *agm.*, s. 267.

<sup>29</sup> Metin, *age.*, s. 316, 317.

masıdır<sup>30</sup>. Birinci durumda hasta hekim tarafından başlatılan olay nedeniyle ölmekte, ikinci durumda ise hasta, hastalığın neden olduğu olayların akışına müdahale edilmediği için ölmektedir<sup>31</sup>.

Pasif ötanaziye taraftar olanlar bu görüşlerini yaşamın kalitesiyle gerekçelendirmişlerdir. Yaşamada kantititenin (sürenin) değil kalitenin önemli olduğu, pasif ötanaziyi haklı kılan vakalarda ise yaşam kalitesinden bahsedilemeyeceği ileri sürülmektedir. Bu durumdaki bir hastanın iyileşmesini beklemenin mucize beklemek anlamına geleceği ve tıbbın işinin bu olmadığı belirtilmektedir<sup>32</sup>. Örneğin; multi organ yetmezliği olan, ancak tam olarak beyin ölümü ölçütlerine uymayan, bilinci kapalı bir hasta için ölümün gerçekleşmiş olduğunun söylenebileceği, kognitif yaşamın sona ermesinin beyin ölümüyle eşdeğer olduğu öne sürülmüştür<sup>33</sup>.

Pasif ötanazinin, tedavinin sonlandırılması anlamında, hukuka aykırı olmasına rağmen sıkça uygulandığı iddia edilmektedir<sup>34</sup>. Ankara'da 1007 hekim üzerinde yapılan bir anket çalışmasında; "Ölümcül hastaların bakımında, bazı durumlarda yaşamı sürdürme uygulamalarının endike olmadığına karar verilebilir" biçimindeki maddeye 814 hekim (%80.8) katıldığını bildirmiştir. "Bence yaşam kalitesini artıramadığınız bir hastayı canlı tutmak, ona acı çektirmektir" biçimindeki maddeye ise 556 hekim (%44.8) katılmıştır. Görüldüğü gibi hekimlerin önemli bir çoğunluğu yaşam desteklerinin kesilmesini kabul edilebilir bulmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada da 308 deneğin 276'sı (%91,1) pasif ötanaziye olumlu baktığını ve bunu uygulayabileceğini bildirmiştir<sup>35</sup>.

Yaşam desteğinin sonlandırılmasının pasif ötanazi olarak nitelendirilmesine karşı çıkanlara göre; bir kalp-akciğer cihazının kapatılması, hastaya zehir enjekte etmekten daha az bir aktiflik gerektirmemektedir<sup>36</sup>. "Bir hastayı mekanik ventilatörden ayırmak ile mekanik ventilatörde iken sedatif dozunu artırmak arasında etik açıdan bir fark var mıdır?" sorusunda olduğu gibi. Her iki durumda da hasta açısından sonuç benzerdir. Bu noktada ötanaziye karşı olan görüşlerin yanı sıra, hasta açısından bakıldığında yaşam desteğini kesmenin ötanaziye kıyasla daha acı verici ve daha az etik olduğunu savunan gruplar da vardır<sup>37</sup>.

Konunun hukuki boyutuna bakıldığında ötanazi ile ilgili tartışmanın özünde, temel hak ve özgürlükler kapsamında değerlendirilen "yaşama hakkı" yer almaktadır. Anayasanın 15. maddesinde yaşama hakkına sadece kanuni istisna hallerin-

<sup>30</sup> Güven, *age.*, s. 130; İnceoğlu, *age.*, s. 141.

<sup>31</sup> İnceoğlu, *age.*, s. 145.

<sup>32</sup> Güven, *age.*, s. 60; Bk. Sert, *age.*, s. 247-250.

<sup>33</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 313.

<sup>34</sup> İnceoğlu, *age.*, s. 136.

<sup>35</sup> Oğuz, Şenol, Özgüven, Ankazan, Özen, Ünal, Şencan, "Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötanazi ile İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması", *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, yıl. 1996, S. 4, (Ek. 3). s. 46.

<sup>36</sup> Rosenau, "Ötanazinin Kabul Edilmiş Formları Bağlamında Aktif Ötanazi", *V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu*, s. 112.

<sup>37</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 313-314.

de dokunulabileceği öngörülmüştür. Yaşama hakkının dokunulmazlığını ortadan kaldıran istisnai haller meşru müdafaa, savaş hukukuna uygun filler sonucu meydana gelen ölümler ile ölüm cezalarının infazı olarak belirlenmiştir<sup>38</sup>. Yine Anayasanın 17. maddesinde herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu vurgulanarak tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı hallerin bunun dışında olduğu bildirilmiştir<sup>39</sup>.

Buradan hareketle yaşamın dokunulmazlığının mutlak bir dokunulmazlık olmadığı ve yaşam desteğinin sonlandırılması anlamında pasif ötanazinin tıbbi zorunluluk kapsamında değerlendirilebileceği yorumu yapılmıştır. Yine “hastanın rızası”nın tıbbi müdahaleleri hukuka uygun hale getirdiği, bu sebeple rızanın bulunması durumunda pasif ötanazinin hukuken kabul edilebilir olduğu üzerinde durulmuştur<sup>40</sup>.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesinde ötanazi kesinlikle yasaklanırken, 25. maddede tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı tanınmıştır<sup>41</sup>. 24. maddede ise rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartıyla kayıtlanmıştır. Böylece tedavinin baştan reddedilmesi ile başladıktan sonra rızanın geri alınması farklı hükümlere bağlanmış olmaktadır. Yasada, terminal dönemdeki hastalara yaşam desteğinin başlatılmaması ya da kesilmesine ilişkin açık bir hüküm bulunmamaktadır.

İHAM ise içtihatlarıyla yaşam hakkının ölme hakkını kapsar şekilde bir yorumuna izin vermemiş ve kişi özerkliğini değil, yaşamın kutsallığı tezini öne çıkarmıştır<sup>42</sup>.

Yaşam desteğinin başlatılmaması ya da çekilmesi anlamına gelen pasif ötanazinin kamu ve bireysel vicdanı rahatsız etmediği, bu nedenle ahlaki ve kabul edilebilir ötanazi sıfatıyla hukuk açısından önerilebileceği üzerinde durulmuştur. Bu görüşe göre hastaya verilen yaşam desteğinin çekilmesi hastanın ömrünü normal şartlarda noktalaması anlamı taşır. Ölüm sebebi tedavinin verilmemesi veya sonlandırılması değil hastanın bizzat kötü olan sağlık durumudur<sup>43</sup>. Dolayısıyla yaşam desteğinin çekilmesinin amacı hastanın ölüme terk edilmesi değil, insan haysiyetine uygun biçimde ölmesinin sağlanmasıdır<sup>44</sup>.

<sup>38</sup> Güven, *age.*, s. 99.

<sup>39</sup> <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>

<sup>40</sup> Tacir, *age.*, s. 288.

<sup>41</sup> Madde 13: Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.

Madde 25: Kanunen zorunlu 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. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. (Resmi Gazete, tarih 01.08.1998.)

<sup>42</sup> Metin, *age.*, s. 322.

<sup>43</sup> Güven, *age.*, s. 141, 142; Tacir, *age.*, s. 289.

<sup>44</sup> Tacir, *age.*, s. 142.



Bu görüşü benimseyen hukukçulara göre fail insancıl düşüncelerle ve merhamet hissiyle hareket etmekte ve mağdurun acılarını sonlandırma amacı taşımaktadır. Failde zarar verme kastı bulunmadığından manevi unsurdaki farklılık nedeniyle failin cezalandırılmaması daha uygundur<sup>45</sup>.

Terminal dönemdeki hastaya yaşam desteğinin verilmemesi ya da kesilmesi ile ilgili olarak öne sürülen etik ve hukuki görüşlerin bir kısmına böylece değindikten sonra İslam hukuku açısından konuyu incelemeye çalışacağız.

#### IV. Yaşam Desteğinin Kısıtlanması Ya da Sonlandırılmasının Fikhi Boyutu

İyileşmesinden ümit kesilmiş hastaya yaşam desteğinin verilmemesi ya da verilmekte olan desteğin sonlandırılması kararında hasta, yakınları ve sağlık çalışanlarının dini inanışları etkin rol oynayan faktörlerin başında yer almaktadır. Bu itibarla konunun dini açıdan incelenmesi de önem arz etmektedir. Konunun fikhi yönünü incelerken; canın korunması ilkesi, tedavi olmanın dindeki yeri ve ölümün tespiti konuları üzerinde duracağız.

##### 1. Canın Korunması İlkesi

İslam'da insan hayatına büyük önem verilmiş ve korunması için gereken önlemler üzerinde dikkatle durulmuştur. İslam'ın, korumasını hedeflediği temel değerlerin başında "canın korunması" gelmektedir<sup>46</sup>. Darda kalan ve yiyecek bir şey bulamayan kimsenin ölmeyecek ölçüde dinen yasak kılınmış maddeleri yemesi<sup>47</sup>, yemeyip ölmesi durumunda dinen sorumlu tutulması<sup>48</sup>, ikrah halinde Allah'ı inkara izin verilmiş olması<sup>49</sup>, farzları ifa sırasında hayati tehlikenin söz konusu olması durumunda ruhsatla amel etme kolaylığının tanınması<sup>50</sup> gibi hususlar canın korunmasına verilen önemi ortaya koymaktadır.

Bunun yanı sıra savaş<sup>51</sup>, meşru müdafaa<sup>52</sup> ve yetkili kurumların onayladığı cezanın infazı<sup>53</sup> gibi hukuki bir gerekçe olmadıkça bir kimsenin hayatına son verilmesinin yasaklanmış olması, intiharın büyük günahlardan sayılması<sup>54</sup> ve kişilerin hayatına yönelik haksız saldırılara karşı cezai müeyyide belirlenmiş olması<sup>55</sup> canın korunmasına yönelik getirilmiş düzenlemelerdir. Bu bağlamda Kur'an-ı Ke-

<sup>45</sup> Metin, *age.*, s. 446.

<sup>46</sup> "Zarûriyyât/zarurî maksatlar" da denilen bu beş ilke; 1- Canın korunması, 2- Neslin korunması, 3- Aklın korunması, 4- Malın korunması, 5- Dinin korunmasıdır. Gazzâlî, *el-Mustasfâ min 'ilmi'l-'usûl*, I, 287; Şâtîbî, *el-Muvâfakât fî usûli'l-ahkâm*, II, 4.

<sup>47</sup> Bakara, 2/173.

<sup>48</sup> Serahsî, *el-Mebsût*, XXIV, 48; Kâsânî, *Bedâiu's-sanâî*, X, 105; Abdulkâdir Üdeh, *et-Teşrîu'l-cinâiyi'l-İslâmî*, I, 570.

<sup>49</sup> Mâide, 6/3; Nahl, 16/106.

<sup>50</sup> Bakara, 2/267; Nisa, 4/43; bk. Görgülü, *İslam Hukukunda Kolaylık Prensibi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi).

<sup>51</sup> Bakara, 2/190-191.

<sup>52</sup> Nahl, 16/126.

<sup>53</sup> Mâide, 6/32.

<sup>54</sup> Nisa, 4/29.

<sup>55</sup> Bakara, 2/178; Mâide, 5/45; Nisa, 4/92.

rim'de; "Allah'ın yasakladığı cana haksız yere kıymayın. Meşru bir hak karşılığı olmadıkça Allah'ın haram kıldığı canı öldürmeyin."<sup>56</sup>, "...Kim bir insanı bir can karşılığı veya yeryüzünde bozgunculuk çıkarmak karşılığı olmaksızın öldürürse o sanki bütün insanları öldürmüştür. Her kim de birini yaşatırsa o sanki bütün insanları yaşatmıştır."<sup>57</sup>, "Ey İman edenler! Öldürenler hakkında size kısas farz kılındı."<sup>58</sup> buyurulmaktadır. Hz. Peygamber de; "Kim kasten bir cana kıyarsa (cezası) kısastır."<sup>59</sup> ve "Dünyanın yok olması Allah nezdinde bir Müslüman'ın öldürülmesinden daha değerlidir."<sup>60</sup> şeklindeki ifadeleriyle canın korunmasının önemine dikkat çekmiştir. Böylece yaşam hakkına yönelik tecavüz fiilinin büyük günah olduğu<sup>61</sup> ve ebedi cehennemde kalmayı gerektireceği<sup>62</sup> belirtilerek manevi, kısas<sup>63</sup> ya da diyet<sup>64</sup> gibi maddi cezai müeyyidelerle kişi dokunulmazlığı teminat altına alınmıştır.

Canın korunmasıyla öncelikle kişinin kendisi sorumludur. "Kendi elinizle kendinizi tehlikeye atmayın."<sup>65</sup> ve "...kendinizi öldürmeyin"<sup>66</sup> ayetleriyle kişinin kendi canına kıyması veya buna teşebbüs etmesi yasaklandığı gibi, herhangi bir hastalık ya da çekilen sıkıntı nedeniyle ölümü temenni etmesi de yasaklanmıştır. Nitekim Hz. Peygamber; "Hiç biriniz başına gelen bir musibet sebebiyle sakın ölümü temenni etmesin."<sup>67</sup> buyurmakta, vücudundaki yaranın acısına dayanamayıp kendini öldüren kimse hakkında Allah Teala'nın; "Kulum ölüme teşebbüsle benim önüme geçti. Ben de ona cenneti haram kıldım." buyurduğunu bildirmektedir<sup>68</sup>.

Söz konusu ayet ve hadislerden hareketle tıbbi etikte önemli bir yeri olan ve yaşam destek tedavilerinin kısıtlanması ya da sonlandırılmasının etik olduğuna dair görüşün kendisiyle temellendirildiği otonomi/özerklik ilkesinin dinen kabul edilemez olduğu söylenebilir. Zira İslam inancında can kişiye emanettir. Dolayısıyla kişi bu emaneti korumakla yükümlü olup canı üzerinde tasarrufta bulunma yetkisine sahip değildir. Öte yandan var olmak insanın elinde olmadığı gibi, yaşamına son verme ya da ölme hakkı da yoktur. Kişi kendisi böyle bir hakka sahip olmadığı gibi, kanuni temsilcisinin de böyle bir hakkı bulunmamaktadır. Bir başkasının hayatı üzerinde tasarruf hukuken yok hükmündedir<sup>69</sup>.

Canın korunmasının insan/lar için dini bir sorumluluk olduğu belirlendiğine göre hastalık durumunda tedavi cihetine gidilmesinin bu kapsamda değerlendirilip değerlendirilmeyeceği üzerinde de durulması gerekir.

<sup>56</sup> En'am, 6/151.

<sup>57</sup> Mâide, 6/32.

<sup>58</sup> Bakara, 2/178.

<sup>59</sup> İbn Mâce, Diyât, 8.

<sup>60</sup> Tirmizî, Diyât, 7.

<sup>61</sup> Buhârî, Hudûd, 44; Nesâî, Tahrîm, 3; Dârimî, Diyât, 9.

<sup>62</sup> Nisa, 4/93.

<sup>63</sup> Bakara, 2/178; Mâide, 5/45.

<sup>64</sup> Nisa, 4/92.

<sup>65</sup> Bakara, 2/195.

<sup>66</sup> Nisa, 4/29.

<sup>67</sup> Buhârî, Merdâ, 19; Temennî, 6.

<sup>68</sup> Buhârî, Enbiya, 50.

<sup>69</sup> Kâsânî, *age.*, X, 247.

## 2. Tedavi Olmanın Hükümü

Kur'an-ı Kerim'de çeşitli vesilelerle hastalıktan söz edilmiş olmasına rağmen<sup>70</sup> tedavi olmaya ilişkin herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Bununla birlikte bazı ayetler tedavinin meşruiyetine delil olarak gösterilmiştir<sup>71</sup>.

Kur'an'da hastalıkların tedavilerinden söz edilmemesi tedaviye başvurmanın tabii bir ihtiyaç ve akli bir yöntem olması ve meşruiyetinin dinin genel amaç ve ilkelerinden kolayca anlaşılabilmesi ile açıklanabilir<sup>72</sup>.

Hadislerde ise tedavi olmaya ilişkin açık ifadeler yer verilmiştir. "Tedavi olun. Zira Allah şifasını var etmediği hiçbir hastalık yaratmamıştır."<sup>73</sup> ve "Her hastalığın bir ilacı vardır. İlaç bulunduğu hastalık iyileşir."<sup>74</sup> buyuran Hz. Peygamber'in, vefatından önce yakalandığı hastalık süresince dönemin hekimlerince tedavisi için çaba harcadığı bildirilmektedir<sup>75</sup>.

Fakihler hastanın tedavi olmasının gerekli olup olmadığı hususunda farklı görüşler öne sürmüşlerdir. Fakihlerin çoğuna göre tedavi olmak farz olmayıp mübahtır ve tevekkül anlayışına aykırı değildir<sup>76</sup>. Tedavi olmayı teşvik eden hadislerden hareketle tedavinin mendup olduğu belirtildiği gibi<sup>77</sup>, müstehap olduğu da ifade edilmiştir<sup>78</sup>. Bazı fakihler ise tevekkül anlayışına daha uygun olduğu için tedavinin terk edilmesini efdal kabul etmişlerdir<sup>79</sup>.

İbn Kayyim, tedavinin tevekkül ile bağdaşmadığı görüşüne karşı çıkararak, tedavinin hadislerle emredildiğini ve tevekküle aykırı olmadığını belirtmektedir. Aksine tedavinin Allah'ın koyduğu sebeplere sarılmak anlamına geldiğini, bu itibarla tedavi olmamanın tevekküle aykırı olduğunu ifade etmekte, Hz. Peygamber'in her hastalığın bir ilacı olduğuna dair hadisinin hastaları tedavi olmaya, hekimleri de araştırma yapmaya teşvik ettiğini öne sürmektedir<sup>80</sup>.

Karadavi, şiddetli ıstırap duyulması, tedavinin sonuç vermesi ve iyileşme ümidinin olması durumunda tedaviyi gerekli görenlerle aynı kanaatte olduğunu belirtmiştir. İyileşme ümidi olmayan durumlarda hasta ve yakınlarını düşünerek doktorun tedaviyi başlatmaması ya da durdurmasını caiz ve meşru görmektedir. Ona göre cihaz, ilaç vb. yollarla tedaviyi sürdürmek hastalığı uzatmak ve hastanın uzun süre acı çekmesi anlamına gelmektedir. Hasta fiilen ölmüş olsa da yaşam destek ünitesine bağlı olarak solunum ve kan dolaşımı devam etmektedir. Ancak hasta bunun bilincinde değildir. Hastanın bu durumda kalması büyük masraf gerektirdiği

<sup>70</sup> Bakara, 2/184, 185; Nisa, 4/43; Mâide, 5/6; Tevbe, 9/91; Nûr, 24/61; Müzzemmil, 73/20.

<sup>71</sup> Bakara, 2/195; Nisa, 4/29; Nahl, 16/69.

<sup>72</sup> Kahraman, "Tedavi", *DİA*, XXXX, 255.

<sup>73</sup> Ebû Dâvud, Tıp, 1; İbn Mâce, Tıp, 1; Buhârî, Tıp, 1.

<sup>74</sup> Müslim, Selam, 69.

<sup>75</sup> İbn Hanbel, *Müsned*, VI, 67.

<sup>76</sup> Buhûtî, *Keşşâfu'l-kana'*, II, 76; İbn Teymiyye, *Fetâvâ*, XXIV, 149.

<sup>77</sup> Kâsânî, *age.*, XI, 14.

<sup>78</sup> Nevevî, *Ravzatu't-tâlibîn*, II, 96; *Mecmu'*, V, 97; *Mevsûatu'l-fikhiyye*, XXI, 117.

<sup>79</sup> Nevevî, *Mecmu'*, V, 97; *Mevsûatu'l-fikhiyye*, XXI, 117. Tedavinin hükmü hakkında farklı görüşler ve değerlendirmeleri için bk. Abdulfettah Mahmud İdris, *Hükmü't-tedâvî bi'l-muharramât*, yy, 1993.

<sup>80</sup> İbn Kayyim, *Zâdu'l-meâd*, IV, 13-14.

gibi, yaşam desteğine muhtaç diğer hastaların cihazdan mahrum kalmasına neden olur. Bu durumda doktorun cihazı durdurması tedavinin terk edilmesi anlamına gelir ki bu caizdir<sup>81</sup>.

İslam Fıkıh Akademisi'nin tedavinin hükmü hakkındaki kararında; kişilere göre tedavinin hükmünün farklılık arz edeceği belirtilerek, terki halinde can veya organ kaybı yahut hastalığın başkasına bulaşması söz konusu ise tedavinin vacip olduğu ifade edilmiştir<sup>82</sup>.

Biz de Akademi'nin bu kararının isabetli olduğunu düşünmekteyiz. Fakihlerin çoğunluğunun tedaviyi mübah görmelerinin sebebinin dönemlerinde uygulanan tedavi yöntemi ve ilaçlarla ilgili olduğu söylenebilir. Fayda verip vermeyeceği belli olmayan uygulamaların ve ilaçların kullanılmasını gerekli görmeyip tedaviyi kişinin tercihinin bırakmaları anlaşılır bir yaklaşımdır. Hatta hastalanan ve ilaç kullanmayı reddeden bir kimsenin bu yüzden ölmesi durumunda günahkar olmayacağına belirtilmesi de bu algıya dayandırılmıştır<sup>83</sup>. Dolayısıyla o günkü tıp bilgisi ve uygulamalarından hareketle verilmiş olan hükmü bugüne aynen taşımak doğru olmasa gerektir. Günümüzde tıp ve teknolojiye elde edilen gelişmeler sonucunda özellikle kritik durumdaki hastalara yaşam desteği uygulanmasını mübah olarak değerlendirip, bilhassa maddi boyutunu gerekçe göstererek tedavinin terk edilmesini meşru olarak nitelendirmenin canın korunması ilkesiyle bağdaşmayacağı kanaatindeyiz.

İyileşme ümidi olmayan hastadan yaşam desteğinin kesilmesi hastayı ölüme terk etmekle aynı anlama gelmektedir. Bu konuda hastanın yönlendirilmiş direktifinin bulunması, hasta rızasının bulunmadığı durumlarda yakınlarının izni ya da hekimin kararı uygulamanın sonucu değiştirmez. Hastanın rızasının, ölümle sonuçlanacak bir uygulamayı yasal hale getirmeyeceği kanaatindeyiz. Bu görüşü, klasik fıkıh eserlerinde üzerinde durulan "suça rıza" hususuyla ilintilendirmek mümkündür. İslam hukukunda prensip olarak mağdurun suçun işlenmesine rıza göstermesi, suçun unsurlarından birini ortadan kaldırmadıkça, o suçu mübah/işlenebilir hale getirmez. Şer'î bir nass bulunmadıkça canın dokunulmazlığı genel ilkedir. Kişinin öldürülmesine rızasının fiil üzerinde etkisi olmadığı için yok hükmündedir. Dolayısıyla öldürmeye rıza, fiili yasaklıktan çıkarmaz<sup>84</sup>.

Öte yandan hasta yakınları ya da doktorun kararıyla yaşam desteğinin başlatılmaması ya da sonlandırılması uygulaması klasik fıkıh literatüründe yer alan ihmal ile ölüme sebebiyet verme bağlamında da değerlendirilebilir. Bir kimsenin, hapsedilip aç ve susuz bırakılarak ya da yola açılan bir çukura düşmesiyle ölümüne sebebiyet verilmesi, cezai müeyyideyi gerektiren bir suç olarak kabul edilmiştir<sup>85</sup>. Buradan hareketle hastaya gerekli olan yaşam desteğini vermeyerek ölümüne se-

<sup>81</sup> Yusuf Karadâvî, *Fetâva'l-muâsıra*, II, 525-529.

<sup>82</sup> *Mecelletü'l-mecma'*, S. 7, C. 3, s. 563.

<sup>83</sup> *Fetâvâ Hindîyye*, V, 355.

<sup>84</sup> Kâsânî, *age.*, X, 109, 247; Üdeh, *age.*, I, 439-441.

<sup>85</sup> Kâsânî, *age.*, X, 238; Nevevî, *Ravzatü't-tâlibîn*, IX, 127.

bebiyet verilmesinin cezai sorumluluğu gerektirecek bir uygulama olduğu söylenebilir.

Değindiğimiz bu fıkhi yaklaşımlardan hareketle hastanın ölümü gerçekleşmedikçe yaşam desteğinin kesilmesinin dinen mümkün görünmediğini söyleyebiliriz. Burada üzerinde durulması gereken husus hangi durumda hastanın ölümüne hükmedileceği meselesidir. Diğer bir deyişle tıbben beyin ölümü hakiki anlamda ölüm kabul edilebilir mi?

### 3. Beyin Ölümünün Mahiyeti ve Hakiki Anlamda Ölüm Kabul Edilip Edilemeyeceği

XX. yy'a gelinceye dek ölüm denilince kalbin ve solunumun geri dönüşsüz bir şekilde durması anlaşılmiştir.

1950'lerde Byorn Ibsen'in respiratörü icadıyla birlikte durum "geri dönüşmez" bir biçimde değişmiştir. Zira derin komadaki hastalarda bile solunumun ve dolaşımın dışarıdan destekle sürdürülmesi imkanı ortaya çıkmıştır. 1959'da Mollaret ve Goulon "beyin ölümü" olarak bilinen kavramı tanımlamışlardır<sup>86</sup>. 1967'de gerçekleştirilen ilk başarılı kalp nakli ile birlikte beyin ölümü daha çok konuşulur olmuştur.

1968'de Harvard Tıp Fakültesinde oluşturulan özel bir organ nakli komitesi beyin ölümü için kriterler belirlemiştir<sup>87</sup>.

Günümüzde ölüm, total veya geri dönüşsüz olarak kardiyopulmoner fonksiyonların veya beyin fonksiyonlarının kaybı olarak tanımlanmaktadır<sup>88</sup>. Beyin ölümü, şiddetli bir beyin hasarının yol açtığı geri dönüşsüz koma, beyin sapı reflekslerinin olmaması ve apne, yani kendiliğinden solunumun olmaması biçiminde tanımlanan klinik bir tablodur. Kafa içi basıncının artması, beyin ölümünün temel fizyopatolojik mekanizmasıdır. Bu basınç artışı ile beyin içine doğru olan ve onu hayatta tutan kan akımı yavaşlar ve nihayet durur. Bu durumda bir yandan devam etmekte olan beyin dokusunun yıkımına (nekroz) rağmen, gerektiğinde bedendeki (sistemik) kan basıncının devamını sağlayan ilaçlar ve mekanik solunum cihazı ile bedenin ve organların hayatta kalmaları sağlanır<sup>89</sup>.

Beyin ölümünde beyin sapı fonksiyonları geri dönüşsüz olarak kaybolmuştur. Günümüzde beyin sapı ölümünün, yasal ölüme eşdeğer, tanımlayıcı bir kriter olarak kullanılması tercih edilmektedir. 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri

<sup>86</sup> Hanoğlu, "Ölürse Beyinle Ölür Organlar Ölesi Değil", *Hayat Sağlık Dergisi*, yıl. 2010, S. 3, s. 34.

<sup>87</sup> Steineck, "Brain Death, Death and Personel Identity", *KronoScope*3:2, yıl. 2003, s. 232; Belkin, "Brain Death and The Historical Understanding of Bioethics, vol. 58, July 2003, s. 325.

2238 sayılı organ ve doku alınması, saklanması ve nakli hakkındaki kanununun 11. maddesinde; tıbbi ölüm hali, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulanmak suretiyle, biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır, denilmektedir.

Beyin ölümü kriterleri ise 1 Şubat 2012 tarihli organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliğinde yer almaktadır.

<sup>88</sup> Erkekol, Numanoğlu, Gürkan, Kaya, *agm.*, s. 312.

<sup>89</sup> Hanoğlu, *agm.*, s. 36; bk. Gürkanlar, Keskil, "Yoğun Bakımda Geri Dönüşsüz Beyin Hasarı", *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2007, C. 7, S. 4, s. 434.

Tıbbi ve Biomedikal Etik Araştırma komitesi beyin ölümünü bir sonuca bağlamıştır. Bu komiteye göre ölüm;

1. Dolaşım ve solunum fonksiyonlarının irreversibl kaybı,
2. Tüm beyin (Korteks, spinal kord, beyin sapı) fonksiyonlarının irreversibl kaybıdır.

Bu tanımlamalar nedeniyle "Gerçek ölüm, beyin ölümünün tanımlandığı zamandır" kavramı ortaya çıkmış ve "Gerçek ölüm, beyin ölümüdür" tezi tartışılmaya başlamıştır<sup>90</sup>. Üst beyin fonksiyonlarının ölüm için kriter olarak gösterilmesinin sonraki yoğun bakım hizmetlerini ve sonucu belli olan olayın geciktirilmesini ortadan kaldıracacağı belirtilmektedir<sup>91</sup>.

Beyin ölümü gerçekleşmiş ancak bedeninin canlılığı yaşam desteğiyle sürdürülen bir hastaya ne yapılacağına dair sağlık ekibinin ve hasta yakınlarının karar vermesi gerekmektedir. Bu durumda yaşam desteği çekilmeli mi yoksa sürdürülmesi midir?

Beyin ölümü ile ölümü eşdeğer kabul edenlerin temel dayanaklarından birisi mümkün olan en üst düzeyde tedaviye rağmen kalbin kısa sürede durmasının kaçınılmaz olduğu düşüncesidir. Nitekim İngiltere’de üç beyin cerrahi kliniğinde takip edilen beyin ölümü tanısı almış 609 hastanın hiç birinin düzelmediği ve makinaya bağlı oldukları halde kalplerinin durmasına kadar geçen sürenin dört gün olduğuna dair araştırma sonucunun<sup>92</sup> bu düşüncüyü doğruladığı görülmektedir.

Taiwan kaynaklı benzer bir çalışmada da beyin ölümlü 73 vakanın tümünün verilen tam kardiyopulmoner desteğe rağmen kalp durması ile sonuçlandığı, bunun hastaların % 97’sinde bir hafta içinde gerçekleştiği bildirilmektedir. Tüm bu bulgulara göre, beyin sapının klinik kriterler çerçevesinde tespit edilen ağır ve geri dönüşsüz hasarı, dışarıdan kalp ve akciğer işlevleri ikame edilmeye çalışılsa bile sonuçta kalbin durmasına yol açmaktadır<sup>93</sup>.

1993 tarihli Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği’nde “Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra organ bağıışı izni alınmadığında, hastaya uygulanan tıbbi destek kesilir” ifadesi bulunmaktaydı. Buna göre; beyin ölümü gerçekleşen bir hastada organ bağıışı yapılmadığında, hastaya verilen tıbbi destek hekimin kararıyla kesilebilmekteydi. 2000 tarihli Organ Hizmetleri Yönetmeliği ile beyin ölümü tanısı konan hastalarda tıbbi desteği kesme kararındaki yetki, hekimlerden alınıp hasta yakınlarına devredilmiştir. Böylece hasta yakınları kabul etmediği sürece beyin ölümlü hastaya uygulanan tıbbi destek kesilememektedir<sup>94</sup>. 1 Şubat

<sup>90</sup> Salaçın, Gülmen, Erkol, Dönbak, “Beyin Ölümü Kavramına Sosyal Yaklaşım”, *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1996, S. 4, s. 85.

<sup>91</sup> Bükey, “Organ Aktarımlarında Beyin Ölümünün Tıbbi, Felsefi ve Teolojik Yönleri”, *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1996, S. 4, s. 84.

<sup>92</sup> Hanoğlu, *agm.*, s. 38.

<sup>93</sup> Hanoğlu, *agm.*, s. 38-39.

<sup>94</sup> Hot, Ahmet Dirican, Hanzade Doğan, “Hemşirelerin Beyin Ölümüne Yaklaşımı”, *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2009, S. 17 (2), s. 99.

2012 tarihli ve 28191 sayılı Resmi gazetede yayınlanan organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliğinde ise bu konuya hiç değinilmemiştir.

Buna karşılık beyin ölümünün gerçek ölüm sayılmasına itiraz edenlerin öne sürdükleri ilk ve en temel argüman, beyin ölümünün insanın bedensel bütünlüğünün bozulmasına yol açmaması ve sindirim, boşaltım gibi biyolojik fonksiyonlarının devamını engellemesidir. Ayrıca beyin ölümü gerçekleşen bazı kişilerin organlarının alınması sırasında genel anestezi uygulanmadığında kalp hızı ve kan basıncında artış olduğu da ileri sürülmektedir. Ancak bu argümana söz konusu reaksiyonların beyin sapı değil omurilik kaynaklı olduğu şeklinde açıklama getirilmektedir<sup>95</sup>.

Görüldüğü gibi beyin ölümünün gerçek ölüm olarak kabulü konusunda tıp camiasında tam bir görüş birliğine ulaşılamamıştır. Bununla birlikte uygulamada beyin ölümünün genel bir kabul gördüğü de vakıadır. Konunun dini yönü ise tıbbi bilgiler çerçevesinde ele alınmaktadır.

Konunun fıkhi yönünün ortaya konmasında önemli bir nokta koma ile beyin ölümü halinin ayırt edilmesidir. Tıbben, şuurun gitmesinden beyin ölümü denen safhaya kadar, koma, derin koma ve bitkisel hayat denen aşamalar mevcut olup bu durumların tamamında geri dönüş, yani hastanın iyileşmesi mümkündür. Bitkisel hayattaki bir kişinin mucizevi olarak iyileşebildiği vakalar dahi bildirilmiştir. Bitkisel hayattaki insanda beynin korteks (kabuk) denen kısmı ölmüş olup, bu kısım hafıza, zeka, kişilik vb. özelliklerin kontrol edildiği kısımdır. Bitkisel hayattaki hastalarda beyin sapı denilen ve hayati organların kendi kendine çalışmalarını, birtakım hayati refleks fonksiyonları yürüten kısmı ise ölmemiş, çalışmaya devam etmektedir. Bu nedenle bitkisel hayattaki kişiler ölü kabul edilmez. Ancak beyin ölümü denen durumda beynin korteks tabakasının haricinde beyin sapı bölümü de tamamen ölmüş olup iyileşme kesinlikle mümkün değildir ve bu kavram beyin fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak kaybını ifade etmektedir. Nitekim bugüne kadar beyin ölümü tanısı konmuş hiç kimse geri dönmemiş yani iyileşmemiştir<sup>96</sup>.

Konuyla ilgili fıkhi çalışmalarda beyin ölümünün gerçek ölüm olarak kabul edildiği, dolaşım ve solunum cihaza bağlı olarak sürdürülse de geri dönüşün mümkün olmadığı fikrinin benimsendiği görülmektedir.

İslam Fıkıh Akademisinin yaşam desteğinin sonlandırılmasına ilişkin kararında; "Bir insanda şu iki durum meydana geldiğinde dinen ölüm vaki olmuş sayılır. O insan için, bir cenaze için yapılması lazım gelen ne ise onun yerine getirilmesi gerekir:

1) Beyin fonksiyonlarının tamamen durması ve ihtisas sahibi seçkin doktorların bundan geriye dönüşün imkansız olduğuna ve beyinde çözülmenin başladığına karar vermiş olmaları,

<sup>95</sup> Bk. Hanoğlu, *agm.*, s. 36, 37.

<sup>96</sup> <http://www.hayrettinkaraman.net/sc/00216.htm>.

2) Kalbin ve solunum sisteminin tamamen durması ve doktorların da kalbin ve solunum sisteminin tamamen durduğuna, hastanın bir daha hayata dönemeyeceğine karar vermiş bulunmaları. Bu iki durum kesinleştikten sonra her ne kadar hastanın solunum sistemi ve kan dolaşımı bağlanan aletler sayesinde çalışmasını devam ettirse de dinen ölmüş sayılan bu kimseye bağlı olan cihazın kaldırılması mümkündür.”denilmektedir<sup>97</sup>.

Rabıtatü'l-Alemi'l-İslami'ye bağlı olarak çalışan Mecmau'l-Fıkhı'l-İslâmî'nin konuyla ilgili kararında da; beyin ölümünün üç uzman doktorun kararıyla tespit edileceği, dolaşım ve solunumun yaşam destek cihazına bağlı olarak devam etmesine rağmen beyin ölümünün geri dönüşümü olmadığı belirtilmekte ancak cihazın durdurulmasının ardından kalp ve solunum durmadıkça şer'an hastanın ölümüne hükmedilemeyeceği ifade edilmektedir<sup>98</sup>.

Karaman'a göre de tıbben beyin ölümü gerçek ölüm olarak kabul edildiğinden tıbbın ölü dediği dinen de ölüdür ve beyin ölümü gerçekleşmiş olan kişinin yaşam desteğine son verilir<sup>99</sup>.

Din İşleri Yüksek Kurulu'nun konuya ilişkin 14.12.2006 tarihli mütalaası ise şöyledir: “Yaşam destek ünitesine bağlı bir kişi;

a) Beynin kesin olarak bütün fonksiyonlarını yitirdiğine,

b) Bu durumdan geri dönüşün artık imkansız olduğuna uzman tabiplerce karar verilmesi şartıyla yaşam destek ünitesinden çıkarılabilir.”<sup>100</sup>

Biz de beyin ölümünün beynin tüm fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak sona ermesi anlamına geldiği ve beyin ölümü gerçekleşmiş olan kimselerin kısa süre içinde kalp ve dolaşımının da durduğuna ilişkin tıbbi bilgi ve verileri esas alarak beyin ölümü gerçekleşen bir hastanın yaşam desteğinin sonlandırılabilceği görüşünü isabetli bulmaktayız.

## Sonuç

Terminal dönemdeki bir hastaya yaşam desteğinin başlatılmaması, derin koma ya da bitkisel hayatta bulunan bir hastanın yaşam desteğinin sonlandırılması uygulamaları gün geçtikçe yaygınlık kazanmaktadır. Bilinci kapalı bir hastanın yaşamından söz edilemeyeceği, cihazlarla yaşatmaya çalışmanın hem hasta hem yakınları için zor bir sürecin uzatılmasından başka bir anlam ifade etmediği ayrıca maliyeti yüksek olan fakat sonuç vermeyecek bir tedaviyi sürdürmenin tıbbi imkanların adil paylaşımı ilkesiyle bağdaşmadığı dolayısıyla yaşam desteğinin sonlandırılmasının tıbbi etik açısından doğru bir uygulama olduğu kanaati gittikçe kabul görmeye başlamıştır. Ayrıca hastanın kendi geleceğini belirlemesi anlamına gelen otonominin üzerinde önemle durulmakta, pasif ötanazi olarak da nitelenen

<sup>97</sup> *Mecelletü'l-mecma'*, S. 3, C. 2, s. 523.

<sup>98</sup> *Karârâtü Mecma'i'l-Fıkhı'l-İslâmî* (1977-2002), s. 216.

<sup>99</sup> <http://www.hayrettinkaraman.net/sc/00216.htm>.

<sup>100</sup> <http://www.diyagnet.gov.tr/turkish/dy/KurulDetay.aspx?ID=1170>.



yaşam desteğinin kısıtlanması ya da sonlandırılması uygulamalarına yasal zemin teşkil edeceği görüşü ağırlık kazanmaktadır.

Söz konusu görüş ve uygulamalar İslam hukuku açısından değerlendirildiğinde öncelikle İslam'da insan hayatına büyük önem verildiği ve kişi dokunulmazlığının naslarla teminat altına alındığı vurgulanmalıdır. Hastalık durumunda tedavi olunması canın korunması ilkesinin bir gereğidir. Ölümü istemek dinen meşru olmadığına göre başlanmaması ya da sonlandırılmasının ölümle sonuçlanacağı yaşam destek tedavilerini hastanın ya da yakınlarının reddetme, diğer bir ifadeyle kişinin "ölme hakkı"nın bulunmadığı ifade edilebilir. Ölümü gerçekleşmedikçe, bir kimsenin mevcut tıbbi imkanlar kullanılarak yaşamının devamının sağlanması hem hasta yakınları hem sağlık çalışanları hem de toplumun sorumluluğundadır.

Bitkisel hayat ya da derin koma halinde olan fakat henüz son nefesini vermemiş bir kimsenin yeniden iyileşip hayata dönmesi mümkündür. Üstelik böyle bir hastanın halen yaşamakta olduğu gerçek /yakîn, ölüm ihtimali ise galip zandan ibarettir. Yakîne itibar etmeyip zanna göre karar vermek caiz görülemez<sup>101</sup>. Öte yandan maliyetinin yüksek olması gerekçesiyle yaşam destek tedavilerinin başlatılmaması ya da sonlandırılmasını tasvip etmek de mümkün değildir. Zira İslam hukukunda canın korunması malın korunması ilkesine öncelenmiştir. Hiçbir tedavi insan canından daha pahalı ve değerli olamaz.

İslam hukuku açısından söz konusu uygulamalara ancak hastanın ölümü durumunda cevaz verilebilir. Özellikle yoğun bakım servislerinde koma halindeki hastalarda mekanik vantilatör (solunum cihazı) vasıtasıyla akciğerlerin şişirilmeyle solunum sağlanmaktadır. Hasta cihazdan çekildiğinde solunum ve kalp durur. Beyin fonksiyonları devam ettiği sürece vantilatör desteğiyle solunumu sağlanan ve kalbi çalışmakta olan bu hastalarda yaşam desteği sonlandırılmaz. Ancak yasal kriterlere uygun olarak beyin ölümü tanısı konmuş, geri dönüşsüz şekilde beynin tüm fonksiyonları yitirilmiş, omuriliğe bağlı basit refleksler dışında başka hiçbir tepkinin alınmadığı hastalarda yaşam desteği sonlandırılabilir. Zira tıbben beyin ölümü gerçek ölüm olarak kabul edilmektedir. Kanaatimizce makul olan, tıbben ölümüne hükmedilen bir kimsenin dinen de ölmüş olarak kabul edilmesidir.

## Kaynakça

- Abdulfettah Mahmud İdris, *Hükmü't-tedâvî bi'l-muharramât*, yy, 1993.  
Ahmed b. Hanbel (ö. 241/855), *el-Müsned*, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.  
Akpır, Kutay, "Yoğun Bakım Hastalarında Hasta Desteği ve Devamı İle İlgili Kararların Verilmesi", *Medikal Etik*, İstanbul 2001.  
Aksoy, Şahin-Çevik, Ebru-Edisan, Zehra, "Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2002, S. 10.  
Aydın, Erdem-Ersoy, Nermin, "Tıp Etiği İlkeleri", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1995, C. 2, S. 3.  
Belkin, Gary, "Brain Death and The Historical Understanding of Bioethics", Vol. 58, July 2003.  
Buhârî, Ebû Abdillah Muhammed b. İsmail (ö. 256/870), *el-Câmiu's-sahîh*, Çağrı Yayın., İstanbul 1992.  
Buhûti, Mansûr b. Yûnûs b. İdrîs (ö. 1051/1641), *Keşşâfu'l-kınâ' an metni'l-İknâ*, Beyrut 1402.

<sup>101</sup> Yücel, "Tedavisinin İmkansızlığı Sebebiyle Öldürülmesini İsteyen Hasta Doktor Tarafından Öldürülemez", *Diyanet Gazetesi*, yıl. 1982, S. 281, s. 5, 8.

- Bükey, Nûkê Örneke, "Organ Aktarımlarında Beyin Ölüminün Tıbbî, Felsefî ve Teolojik Yönleri", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1996, S. 4.
- Dârimî, Ebû Muhammed Abdullâh b. Abdîrrahman (ö. 255/868), *es-Sünen*, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.
- Değer, Mebrure, "Yoğun Bakım Etiği", *Medikal Etik*, İstanbul 2001.
- Dikmen, Yalım, "Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik-Ötanazi", *Medikal Etik*, İstanbul 2001.
- Ebû Dâvud, Süleyman b. el-Eş'as es-Sicistânî (ö. 275/888), *es-Sünen*, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.
- Ece, Sharon, "Hayat Sonu Bakımı", *Hayat Sağlık Dergisi*, yıl. 2010, S. 3.
- Erkekol, Ferda Öner-Numanoğlu, Numan-Gürkan, Özlem Ural-Kaya, Akın, "Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular", *Türk Toraks Dergisi*, yıl. 2002, C. 3, S. 3.
- Fetâvâ Hindiyeye*, Mısır 1310.
- Gazzâlî, Ebu Hamid Muhammed b. Muhammed, (ö. 505/1111), *el-Mustasfâ min 'ilmi'l-usûl*, Mısır 1322.
- Göngürlü, Ülfet, *İslam Hukukunda Kolaylık Prensipleri*, İzmir 1995 (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Gürkanlar, Keskil-Doğa, İ. Semih, "Yoğun Bakımda Geri Dönüşsüz Beyin Hasarı", *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2007, C. 7, S. 4.
- Güven, Kudret, *Kişilik Hakları ve Ötanazi*, Ankara 2000.
- Hanoğlu, Lütfü, "Ölürse Beyinler Ölür Organlar Ölesi Değil", *Hayat Sağlık Dergisi*, yıl. Kasım 2010, S. 3.
- Hot, İnci-Dirican, Ahmet-Doğan, Hanzade, "Hemşirelerin Beyin Ölümüne Yaklaşımı", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2009, S. 17 (2).
- İbn Kayyim, Muhammed b. Ebî Bekr el-Cevziyye (ö. 751/1350), *Zâdu'l-meâd fi hedyi' huyeri'l-ibâd*, Beyrut 1988.
- İbn Mâce, Ebû Abdillâh Muhammed b. Yezîd el-Kazvîni (ö. 273/886), *es-Sünen*, thk. Muhammed Fuâd Abdalbâkî, Çağrı Yayınları, İstanbul, 1992.
- İbn Teymiyye, Takıyyüddin Ahmed b. Abdulhalîm, *Mecmû'u fetâvâ*, Riyad 1381.
- İnceoğlu, Sibel, *Ölme Hakkı*, İstanbul 1999.
- İskit, Arzu Topeli, "Yoğun Bakım Hastası", *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2007, C. 7, S. 1.
- Kahraman, Abdullah, "Tedavi", *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi (DİA)*, İstanbul 2011, XXXX, 255-256.
- Kahveci, Rabia, "Son Dönem Yaşam Destek Kararlarına Hastaların Katılımı", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 2007, S. 15.
- Karadâvî, Yusuf, *Fetâvâ'l-muâsıra*, Kuveyt 1996.
- Karârâtü Mecma'i'l-Fikhi'l-İslâmî (1977-2002)*.
- Kâsânî, Alâuddîn Ebû Bekr b. Mes'ûd (ö. 587/1191), *Bedâiu's-sanâi fi tertîbi's-serâi*, Beyrut 1974.
- Kaya, Ali, "İslam Hukukuna Göre Ötanazi", *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, yıl. 1994, C. 6, S. 6.
- Mecelletü Mecma'i'l-Fikhi'l-İslami*, Cidde, C. 2, S. 3.
- Metin, Sevta, *Biyotıp Etiği ve Hukuk*, Levha Yayınları, yy., ts.
- Mevsûatu'l-fikhiyye*, Kuveyt 1992.
- Müslim b. el-Haccâc (ö. 261/874), *el-Câmiu's-sahîh*, thk. Muhammed Fuad Abdalbâkî, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.
- Nesâî, Ebû Abdîrrahman Ahmed b. Şuayb (ö. 303/915), *es-Sünen*, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.
- Nevevî, Muhyiddîn (ö. 676/1277), *el-Mecmû' şerhu'l-Mühezzeb*, thk. Muhammed Necib Mutî, Beyrut 1995.
- , *Ravzatü't-tâlibîn ve 'umdetü'l-müttekîn*, Beyrut ts.
- Oğuz, Yasemin-Şenol, Selahattin-Özgülven, Halise Devrimci-Ankazan, Meryem- Özen, Ünal-Şencan, Ali Rıza, "Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötanazi İle İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması", *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, yıl. 1996, S. 4, (Ek. 3).
- Rosenau, Henning, "Ötanazinin Kabul Edilmiş Formları Bağlamında Aktif Ötanazi", *V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu*, Ankara 2008.
- Salaçin, S., Gülmen-Erkol, M.K-Dönbak, Z. L., "Beyin Ölümü Kavramına Sosyal Yaklaşım", *Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, yıl. 1996, S. 4.
- Serahsî, Ebû Bekr Muhammed b. Ahmed (ö. 483/1090), *el-Mebsût*, Beyrut 1990.
- Sert, Gürkan, *Hasta Hakları*, İstanbul 2004.
- Steineck, Christian, "Brain Death, Death and Personel Identity", *Krono Scope* 3:2, Leiden 2003.
- Şâtübî, Ebû İshak İbrâhîm b. Mûsâ (ö. 790/1388), *el-Muvâfakât fi usûli'l-ahkâm*, Beyrut ts.
- Tacir, Hamide, *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*, Levha Yayınları, yy. ts.
- Tirmizî, Ebû İ'sâ Muhammed b. İ'sâ (ö. 279/892), *el-Câmiu's-sahîh*, Çağrı Yayınları, İstanbul 1992.
- Üdeh, Abdulkâdir, *et-Teşrîu'l-cinâiyyi'l-İslâmî*, Beyrut ts.
- Uysal, Nevin, "Yoğun Bakımda Yaşam Desteğinin Sonlandırılması", *Yoğun Bakım Dergisi*, yıl. 2004, C. 4, S. 4.
- Yücel, İrfan, "Tedavisinin İmkansızlığı Sebebiyle Öldürülmesini İsteyen Hasta Doktor Tarafından Öldürülemez", *Diyanet Gazetesi*, yıl. 1982, S. 281.