



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI

HEKİMLERİN ÖTANAZİ HAKKINDA TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. ALİ İHSAN DİLBER

SAMSUN-2024



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP
ANABİLİM DALI

HEKİMLERİN ÖTANAZİ HAKKINDA TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ali İhsan DİLBER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ahmet TURLA

SAMSUN-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki ve akademik anlamda bilgi ve birikimleriyle yol gösteren, sıcak ve verimli bir çalışma ortamı hazırlayan ve her türlü zorluğumuzda yanımda olduklarını hissettiren, tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ahmet TURLA'ya ve değerli hocam sayın Prof. Dr. Berna AYDIN'a,

Uyumlu bir çalışma süreci geçirdiğimiz, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, aynı zamanda kendilerinden çok şey öğrendiğim asistan arkadaşlarım ve OMÜ Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Tez çalışmamın ve hayatımın her anında bana destek olan sevgili eşim Uzm. Dr. Fatma YEŞİL DİLBER'e ve neşesiyle destek olan oğlum Ege DİLBER'e

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ali İhsan DİLBER

BEYAN

“Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ali İhsan DİLBER



ÖZET

Amaç: Dünya genelinde yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, bireylerin yaşam kalitesini koruma ve hayatlarını onurlu bir şekilde sonlandırma taleplerini artırmaktadır. Şu an bazı ülkelerde ötanazi yasalıdır. Ancak, Türkiye’de ötanazi yasadışı kabul edilmektedir. Ötanazi yasa taslağı hazırlanırken, birçok ülkede halkın, doktorların ve hukukçuların ötanaziye yönelik tutumlarının ve bu uygulamanın sağlık sistemiyle uyumunun araştırıldığı çalışmalar yol gösterici olmaktadır. Bu çalışma; Türkiye’deki hekimlerin ötanazi konusundaki bilgi düzeylerini, görüşlerini ve yaklaşımlarını ortaya çıkararak literatüre katkı sunmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 29.11.2023-30.04.2024 tarihleri arasında Türkiye’deki hekimlere online anket uygulanarak elde edilen yanıtlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 2653 hekim dahil olmuştur. Katılımcıların %50,4’ünün erkek olduğu ve yaş ortalamasının $40,17 \pm 12,33$ yıl olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %53,5’i ötanazi yapılmasını istediğini belirtmiştir. Katılımcıların cinsiyet ile ötanazi yapılmasını istemesi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ötanazi yapılmasını isteyen katılımcıların; %85’i terminal dönem kanser hastalarına, %12’si hasta olmayıp ölmek isteyen kişilere uygulanması gerektiğini, %16,6’sı çocuklara ötanazi yapılmasını kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir. Ötanazi yapılmasını istemeyen katılımcılar; ilk sırada kötüye kullanım olabileceği için, ikinci sırada vicdani rahatsızlık hissetmemek için, üçüncü sırada ise dini sebepler yüzünden ve en son sırada yasa dışı olduğu için ötanazi yapılmasını istemediğini belirtmiştir. Katılımcıların; %51,8’inin ülkemizde pasif ötanazi uygulandığını düşündüğü, %11,3’ünün hastalar veya aileleri tarafından ötanazi talebi aldığı, %75,9’unun ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşündüğü, %75,4’ünün ise ötanazi hakkında tartışmaları yararlı bulduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız, hekimler arasında ötanaziye yönelik belirli bir destek olduğunu ve bazı hekimlerin hastalar veya yakınlarından ötanazi talebi aldıklarını ortaya koymuştur. Terminal hastalar dışında, hasta olmayan bireyler ve çocuklara ötanazinin uygulanmasını kabul edilebilir bulanların varlığı, konunun kapsamlı bir şekilde ele

alınmasını gerektirdiğini göstermektedir. Kötüye kullanım riskine dair yaygın endişeler göz önünde bulundurularak toplumun ve sağlık çalışanlarının katılımıyla yürütülecek yapıcı tartışmaların, Türkiye'de ötanaziye yönelik olası yasal düzenlemelere zemin hazırlaması açısından önemli olduğunu değerlendirmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Türkiye, Ötanazi, Hekim, Tutum, Yaşama hakkı, Anket



ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy and the prevalence of chronic diseases worldwide have heightened the demand for maintaining quality of life and ending life with dignity. Currently, euthanasia is legal in some countries. However, in Turkey, euthanasia is considered illegal. While drafting euthanasia legislation, studies examining the attitudes of the public, doctors, and legal experts towards euthanasia, as well as the compatibility of this practice with the healthcare system in various countries, serve as a guide. This study aims to contribute to the literature by revealing the level of knowledge, opinions, and approaches of physicians in Turkey regarding euthanasia.

Material and Method: Responses obtained from an online survey conducted with physicians in Turkey between 29.11.2023 and 30.04.2024 were evaluated.

Results: Our study included 2,653 physicians. It was found that 50.4% of the participants were male, with an average age of 40.17 ± 12.33 years. 53.5% of the participants stated that they wanted euthanasia to be performed. No significant difference was found between gender and the desire for euthanasia. Among those who supported euthanasia, 85% believed it should be applied to terminal cancer patients, 12% to individuals who are not ill but wish to die, and 16.6% found euthanasia for children to be acceptable. Participants who opposed euthanasia cited the risk of abuse as their primary concern, followed by not wanting to experience moral discomfort, religious reasons in third place, and its illegality as the last reason. It was determined that 51.8% of the participants believed passive euthanasia is practiced in our country, 11.3% had received requests for euthanasia from patients or their families, 75.9% thought euthanasia would be abused if legalized, and 75.4% considered discussions about euthanasia to be useful.

Conclusion: Our study revealed that there is a certain level of support for euthanasia among physicians and that some physicians have received requests for euthanasia from patients or their relatives. The presence of those who find euthanasia acceptable for non-terminal patients and children indicates the need for a comprehensive discussion on the subject. Considering the widespread concerns about the risk of abuse, we believe that constructive debates involving the public and healthcare professionals are crucial for laying the groundwork for potential legal regulations on euthanasia in Turkey.

Keywords: Turkey, Euthanasia, Physician, Attitude, Right to life, Questionnaire

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşama Hakkı	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Kavramın ortaya çıkışı.....	3
2.1.3. Uluslararası sözleşmelerde yaşama hakkı.....	5
2.1.4. Türkiye’de yaşama hakkı.....	9
2.2. Ötanazi.....	11
2.2.1. Tanım	11
2.2.2. Tarihçe	13
2.2.3. Kavramlar	13
2.2.4. Türk hukukunda yasal durum	15
2.2.5. Ülke uygulamaları.....	16
2.2.6. Ötanazi uygulama yöntemleri.....	28
2.3. Ahlakî, Dini, Felsefî ve Sosyal Açısından Ötanazi.....	29
2.3.1. Dini açıdan ötanazi	29
2.3.2. Felsefî açıdan ötanazi.....	30
2.3.3. Sosyal açıdan ötanazi.....	32
2.3.4. Kaygan yokuş argümanı	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM	36
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	97
7. KAYNAKLAR	101
8. EKLER.....	118
8.1. Anket	118
8.2. Etik kurul onayı	121
8.3. Turnitin orijinallik raporu.....	122

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
ALS	: Amyotrofik lateral skleroz
DYİ	: Doktor yardımlı intihar
IQR	: Interquartile Range
İHEB	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
ml	: Mililitre
Mg	: Miligram
SA	: Güney Avustralya
SMA	: Spinal Musküler Atrofi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TCK	: Türk Ceza Kanunu
VAD	: Voluntary Assisted Dying

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Hollanda'da 2002-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayısı ve toplam ölümlere oranı (75).....	20
Şekil 2. Belçika'da 2003-2023 yılları arasında ötanazi vaka sayısı ve toplam ölümlere oranı (81-84).	21
Şekil 3. Lüksemburg'da 2004-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları (85).	22
Şekil 4. Kanada'da 2019-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları ve toplam ölümlere oranı (87).....	23
Şekil 5. Oregon'da 1998-2022 yılları arasında DYİ vaka sayıları (91, 92).	24
Şekil 6. Kolombiya'da 2015-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları (95).	25
Şekil 7. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları.	38
Şekil 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.	38
Şekil 9. Katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre dağılımları.....	39
Şekil 10. Katılımcıların yaşadığı coğrafi bölgelere göre dağılımları.	39
Şekil 11. Katılımcıların unvanlarına göre dağılımı.	40
Şekil 12. Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre dağılımı.	40
Şekil 13. Katılımcıların kendilerini dindar olarak tanımlama durumuna göre dağılımı.	41
Şekil 14. Katılımcıların “Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?” sorusunun cevaplarına göre dağılımları.	42
Şekil 15. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların "Ötanazi hangi durumlarda yapılmalıdır?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.	42
Şekil 16. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmalıdır?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.	43
Şekil 17. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların "Sizce hangi yaş grubu/gruplarına ötanazi yapılması kabul edilebilir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.	43
Şekil 18. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Sizce ötanazi uygulamasını kimler yapmalıdır?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.	44
Şekil 19. Ötanazi yapılmamalı diyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmamalı?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.	44
Şekil 20. Katılımcıların pasif ötanazi yapılmalı/yapılmamalı cevaplarına göre dağılımı.	45
Şekil 21. Katılımcıların “Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?” sorusunun cevaplarına göre dağılımı.	45
Şekil 22. Katılımcıların “Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünüyor musunuz?” sorusunun cevaplarına göre dağılımı.	46
Şekil 23. Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünen katılımcıların “Sizce ötanazi uygulaması hangi konularda kötüye kullanılabilir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.	46
Şekil 24. Katılımcıların kendilerine ötanazi yapılmasını isteme durumlarına göre dağılımı.	47
Şekil 25. Katılımcıların ötanazi hakkındaki tartışmaları yararlı bulup bulmamalarına göre dağılımı.	47

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Sosyodemografik özellikler ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	48
Tablo 2. Yaşanan aile tipi ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	49
Tablo 3. Medeni durum ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	50
Tablo 4. Yaşanan bölge ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	51
Tablo 5. Unvan ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	52
Tablo 6. Uzmanlık alanı ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	53
Tablo 7. Ötanazi yapılmasını isteme durumu ile ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla karşılaşma arasındaki ilişki.	53
Tablo 8. Kendini dindar olarak tanımlama ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	54
Tablo 9. Sosyodemografik özellikler ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	55
Tablo 10. Medeni durum ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	56
Tablo 11. Yaşanan aile tipi ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki. ..	57
Tablo 12. Yaşanan bölge ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	58
Tablo 13. Unvan ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	59
Tablo 14. Uzmanlık alanı ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	60
Tablo 15. Kendini dindar olarak tanımlama ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	61
Tablo 16. Pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu ile ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla karşılaşma arasındaki ilişki.	61
Tablo 17. Ötanazi yapılmasını isteme durumu ile kendine ötanazi yapılmasını isteme arasındaki ilişki.	62
Tablo 18. Bir yakınına ve kendine ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	63
Tablo 19. Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi talebi ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	63
Tablo 20. Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi talebi ile cinsiyet arasındaki ilişki. ...	64
Tablo 21. Hastaların ailesine son günlerini evde geçirmeleri için öneri verilmesi ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.	64
Tablo 22. Ülkemizde Pasif Ötanazinin Uygulanıp Uygulanmadığı Görüşü ile Hastaların Ailesine Son Günlerini Evde Geçirmeleri İçin Öneri Verilmesi Arasındaki İlişki.	65
Tablo 23. Yaş ile ötanaziye yönelik tutumlar arasındaki ilişki.	65

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ötanazi (euthanasia) Yunanca “eu” iyi, güzel, hoş, rahat ve “thanatos” ölüm anlamlarına gelen kelimelerinin birleşmesiyle oluşturulmuş ve Türkçe iyi ölüm, güzel ölüm anlamına gelen bir sözcüktür (1).

Ötanazinin farklı tanımları bulunmaktadır. Bu tanımlardan bazıları; ötanazi, iyileşme umudu olmayan hastaların bedensel veya ruhsal, sürekli veya dayanılmaz olan acılarının göreceli olarak kolay, ağrısız ve acısız biçimde dindirilerek, yaşamının sonlandırılması veya ölümlerine izin verilmesidir (2). Ötanazi, tıbben dayanılmaz acılarının ölümüne kadar devam edeceği ve hastalığının iyileşmeyeceği kendisi ve yakınlarının bilinen, bilinci yerinde ve zihinsel olarak yeterli bir kişinin kendi özgür iradesiyle verdiği karar neticesinde hekimi aracılığıyla acısız bir şekilde yaşamının sonlandırılması olarak tanımlanabilir (3).

Ötanazi genel olarak eylemin uygulama türüne göre; aktif ötanazi, pasif ötanazi ve doktor yardımlı intihar, hastanın rızasına göre; istemli ötanazi, istemsiz ötanazi ve istem dışı ötanazi olarak sınıflanabilir. Aktif ötanazi; hekimin ölümcül ilacı uygulayarak hastasının yaşamını sonlandırması, pasif ötanazi; hekimin yaşamı destekleyici tedaviyi keserek veya bu tedaviyi vermeyerek ölümü hızlandırması, hekim yardımlı intihar; hekimin hastasının kendisini öldürebilmesi için gerekli ilacı veya düzeneği sağlaması ve işlemin hasta tarafından gerçekleştirilmesi, istemli ötanazi; ötanazi konusunda bilgilendirilen, temyiz gücü olan hastanın, özgür iradesiyle yaşamının sonlandırılması, istem dışı ötanazi; bitkisel yaşam, koma gibi hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda uygulanan ötanazi, istemsiz ötanazi; ötanazi istemeyen ya da ötanazi isteği sorulmadan kişinin ölümcül hastalığı veya sakatlığı sebebiyle öldürülmesidir (2, 3).

Ötanazi tartışmalı bir konu olup sorun sadece tıbbi etik bir sorun olmayıp, felsefi, hukuki, dini ve politik boyutları da bulunmaktadır (4).

Ötanazinin yasal boyutu, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ülkeler, kendi yasal, kültürel ve etik yapılarına göre ötanazi konusunda farklı kararlar almışlardır (5-7). Yirminci yüzyılın başlarında dünyada ötanazi ve doktor yardımlı intiharı, yasallaştırmaya yönelik birçok girişim başarısızlıkla sonuçlanmıştır (8).

İsviçre’de 1942’de hekim yardımlı intihar serbest bırakılmıştır. ABD’de ise 1997 yılında ilk olarak Oregon eyaletinde hekim yardımlı intihar yasallaşmış ve sonraki yıllarda diğer eyaletlerde de serbest bırakılarak, toplamda 10 eyalette uygulanmaya başlanmıştır (5, 6).

1995 yılında Avustralya’nın Kuzey Bölgesi (Northern Territory) ötanaziye yasallaştırmıştır, ancak 1997 yılında Avustralya Federal Parlamentosu, bu yasağı geçersiz kılarak ötanaziye yasaklamıştır (9).

Günümüzde 9 ülkede aktif ötanazi uygulanmaktadır. Hollanda’da ve Belçika’da 2002 yılında, Lüksemburg’da 2009 yılında, Kolombiya’da 2015 yılında, Kanada’da 2016 yılında, Avustralya’da 2017 yılında, İspanya ve Yeni Zelanda’da 2021, Ekvador’da 2024 yılında ötanazi yasallaşmıştır (7, 10, 11).

Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın 81.- 84. maddeleri kapsamında Türkiye’de ötanazi yasal değildir (12).

Ötanazi yasası taslağı hazırlanmadan önce, birçok ülkede halkın, doktorların ve hukukçuların ötanaziye karşı tutumunu ve sağlık sistemiyle uyumunu inceleyen çalışmalar yapılmaktadır (13, 14).

Ötanaziye en uygun yaklaşımı belirlemek ve Türkiye’deki mevcut koşulları ortaya çıkarmak amacıyla çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma hekimlerin ötanaziye ilişkin bilgi düzeylerini, etik ve yasal bakış açılarını, kişisel ve mesleki deneyimlerini inceleyerek, konuya dair daha kapsamlı ve güncel bir perspektif sunmayı hedeflemektedir. Ayrıca, elde edilen bulgular doğrultusunda, Türkiye’de ötanazi ile ilgili gelecekteki politika ve uygulamalara yönelik önerilerde bulunulması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşama Hakkı

2.1.1. Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre "yaşam," doğumdan ölüme kadar olan süre, ömür, hayat olarak tanımlanırken, "yaşama" canlılığı, hayatı ve varlığı sürdürme, sağlıklı olma, oturup eğleşme anlamına gelir. "Hak" ise adalet ve hukukun gerektirdiği veya bir kişiye tanındığı şey, kazanç olarak tanımlanır (15).

Kavram bazen "yaşam hakkı" bazen de "yaşama hakkı" olarak kullanılmaktadır. Yaşama hakkı, bireyin fiziksel ve zihinsel bütünlüğünü koruyarak varlığını devam ettirmesi, dış etkenlerden korunması ve kamu makamlarının izni ya da emri ile öldürülmemesi, yaşamına yönelik tehlikelere karşı kamu otoritelerince korunması olarak tanımlanabilir (16). Yaşama hakkı, en temelde bir kişinin öldürülmemesini garanti altına alır (17).

Yaşama hakkı, insanın sadece insan olmasından kaynaklanır ve negatif statü haklarından biridir (18). Bu hak kutsal ve vazgeçilmezdir. Yaşama hakkı, insanın varoluşunun en temel değerini temsil eder ve insanla ilişkili her şeyin temelidir. Bu hak, bireyin doğal olarak sahip olduğu en temel hak olarak kabul edilir (19). Bu hak sayesinde diğer insan haklarından yararlanılabilir. Bu nedenle, yaşam hakkından mahrum kalan bir kişinin diğer tüm haklarından da mahrum kalacağı söylenebilir (20).

Yaşama hakkı, ötanazi, kürtaj, ölüm cezası, kayıp vakaları gibi konuları içerir ve sağlık, gıda, tedavi, çevre hakları gibi insanların yaşamlarını sürdürebilmelerine yönelik hakları da kapsar (21).

2.1.2. Kavramın ortaya çıkışı

Yaşama hakkı, insan hakları evriminin önemli bir göstergesidir. Bu hak, yavaş fakat sürekli bir şekilde gelişmiş ve 20. yüzyılın ortasına kadar önemli bir düzeye ulaşmıştır. Bu gelişim süreci, dini, felsefi ve insani görüşlerin etkisi altında şekillenmiştir. Doğal haklar anlayışının benimsenmesi önce anayasal düzeyde, daha sonra da uluslararası alanda yaşama hakkı başta olmak üzere temel insan haklarının tanınmasını cesaretlendirmiştir. Bu hakların anayasal ve uluslararası düzeyde korunması, insanlığın ortak vicdanının bir ifadesi olarak kabul edilir. Her bireyin eşit değerde

olduğu düşüncesi, bu hakların temelini oluşturur ve insanlık için hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, yaşama hakkının yasal olarak korunması ve desteklenmesi, toplumların ortak gayretlerinin bir yansımasıdır (22).

Yaşamın kutsallığı, özellikle dini inançlardan kaynaklanmaktadır. İnsan hayatının dokunulmaz olduğunu vurgulayan dinler, intihar ve cinayeti yasaklar, ancak bazı durumlarda insanların öldürülmesine izin verebilir (23). Günümüzde yaşama hakkı, dini kutsanmışlık ve kavramlarından ayrı olarak ele alınmaktadır (24).

İnsanın, insan olma özelliği dolayısıyla doğuştan bazı haklara ve özgürlüklere sahip olduğu ve bunların dokunulamaz ve devredilemez olduğu düşüncesiyle doğal hukuk doktrini ortaya çıkmıştır. Yaşam hakkı bu hakların başında gelmektedir (24).

Antik Yunan felsefesinde, bireylerin tümünün eşit ve özgür olduğu kavramı henüz tam olarak yerleşmediğinden, herkesin eşit bir şekilde sahip olduğu yaşama hakkından bahsetmemişlerdir. Ancak intiharın meşru olup olmadığı tartışılmaya başlanılmıştır. İntiharın onaylanması eski yunan ve roma felsefecileri arasında yaygın bir görüş olmuştur (22). Ancak 5. yüzyılda Augustine tarafından yazılan “City of God” ile kınanmaya başlamıştır (25).

1215 tarihli Magna Carta, 39. maddesiyle keyfi ölüm cezasını ve keyfi tutuklamaları önlemeyi amaçlamış, böylece kişiye adil yargılanma hakkı gibi usuli güvenceler sağlamıştır. Bu hüküm, doğrudan yaşama hakkından bahsetmese de günümüzde yaşam hakkı ile ilgili kabul edilen temel ilkelere zemin hazırlamıştır. Magna Carta, kralın yetkilerini sınırlayarak hukukun üstünlüğünü ve bireylerin haklarını koruma altına alması açısından büyük öneme sahiptir (22).

1628 yılında İngiliz Haklar Bildirisi ile hukuka aykırı şekilde ölüm cezası verilmemesi hakkında kraldan söz alınması istenilmiştir (26).

1679 yılında “Habeas Corpus Act” ile kişilerin hakim kararı olmadan keyfi olarak öldürülmesi yasaklanmıştır (26).

Thomas Hobbes, 1588 ile 1679 yılları arasında yaşamıştır ve ölüm cezasını reddetmiştir. Doğal hukuk çerçevesinde, insanların kendi yaşam ve beden bütünlüğüne

ilişkin haklarını devredemeyeceğini savunmuştur. Hobbes, insan bedenine ve yaşamına zarar verecek her türlü eylemin yasaklanması gerektiğini ileri sürmüştür (24).

17. yüzyılda İngiliz filozof John Locke, insanın kendisini koruma sorumluluğunu ve kasıtlı olarak yaşamını sona erdiremeyeceğini vurgulamıştır. Locke, insanların diğer insanları da koruma yükümlülüğünü açıkça belirtmiştir. Bu nedenle, yaşama hakkının kurucusu olarak kabul edilir (25).

Jean Jacques Rousseau, 1762'de "Toplum Sözleşmesi"nde doğal hukuk anlayışını benimsemiş ve ölüm cezasının son çare olarak kullanılabileceğini belirtmiştir (25).

Modern hukuk anlamında yaşama hakkı kavramının kökeni, 17. yüzyıl sonu ve 18. yüzyıl başına dayanmaktadır (27).

1776 tarihinde Virginia İnsan Hakları Bildirisinin kabul edilmesiyle ilk defa temel hakların çağdaş anlamda topluca ve anayasa gücünde pozitif hukuka geçmiştir. Bildirinin birinci maddesi, her bireyin doğuştan eşit, özgür ve bağımsız olduğunu, yaşama, özgürlük ve mülkiyet gibi haklardan sonradan yoksun bırakılamayacağını belirtmiştir (28).

1776'daki Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi, yaşama hakkı ve insanlık onurunun temel hak ve özgürlüklerin merkezi olduğunu kabul ederek, yaşama hakkının evrensel bir değer olduğunu vurgulamıştır. Bildirinin ilk maddesinde, her insanın doğal, doğuştan ve devredilemez olarak yaşama hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (22).

1789 tarihli Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisinin 1. maddesinde "insanların haklar bakımından özgür ve eşit doğup yaşayacakları" vurgulanmıştır. Yaşam hakkı açıkça olmasa da bildiride yer aldığı söylenebilir (29).

2.1.3. Uluslararası sözleşmelerde yaşama hakkı

İkinci Dünya Savaşı öncesinde ve sırasında, insan haklarına yönelik büyük ihlaller, yaşam hakkının ne kadar önemli olduğunu gözler önüne sermiştir. Bu durum, doğal hukuktaki yaşam hakkının uluslararası düzeyde korunmasına yönelik kuralların geliştirilmesine yol açmıştır. Devletler, yaşam hakkını tehdit eden her türlü

müdahaleyi önlemekle yükümlü hale gelmişlerdir. Bu şekilde, yaşam hakkının korunması uluslararası düzeyde önemli bir ilke haline gelmiş ve hukuk doktrini ile uluslararası yargı kararlarında kabul edilmiştir (30).

İkinci dünya savaşından sonraki belgelerde, yaşama hakkının devlet tarafından verilemeyeceği, sadece tanınması gerektiği görüşü benimsenmiştir (31). Uluslararası insan hakları belgeleri, yaşam hakkının korunmasında büyük öneme sahiptir. Bu hak, uluslararası hukukun temel normlarından biridir. Yaşama hakkı birçok ulusal ve uluslararası belgede ele alınmış, ancak bu belgeler genellikle herkesin yaşama hakkına sahip olduğunu belirtmekle sınırlı kalmıştır. Yaşama hakkının tanımı, kapsamı ve kürtaj ile ötanazi gibi konular genellikle netleştirilmemiş, bu konuların yorumlanması ulusal ve uluslararası kurumlara bırakılmıştır (22).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 10 Aralık 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (İHEB) 3. maddesinde “Herkes, yaşama özgürlük ve kişisel güvenlik hakkına sahiptir” ifadesine yer verilmiştir. Bu bildirge, insan haklarının korunmasını ulusal bir mesele olmaktan çıkarıp uluslararası bir konu haline getirmiştir (22). Bu bildirge, insan haklarının evrenselleşmesi ve uluslararası düzeyde korunması için atılan ilk ciddi adım olmuştur (32).

Birleşmiş Milletler Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi, 23 Mart 1976'da yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin 6. maddesinin 1. fıkrasında, "Her insan doğuştan yaşama hakkına sahiptir. Bu hak yasalarla korunur. Hiç kimse keyfi olarak bu haktan yoksun bırakılamaz" hükmü yer almakta ve böylece yaşama hakkı uluslararası hukukta daha sağlam ve kalıcı temellere oturtulmuştur (33).

1950 yılında imzalanan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS), yaşama hakkını en temel haklardan biri olarak kabul etmektedir. Sözleşme ile koruma altına alınan ilk hak yaşama hakkıdır (34). Sözleşmenin yaşama hakkına ilişkin 2. maddesi şu şekildedir; “1. Herkesin yaşam hakkı yasanın koruması altındadır. Yasanın ölüm cezası ile cezalandırdığı bir suçtan dolayı hakkında mahkemece hükmedilen bu cezanın yerine getirilmesi dışında hiç kimse kasten öldürülemez. 2. Öldürme, aşağıdaki durumlardan birinde kuvvete başvurma kesin zorunluluk haline gelmesi sonucunda meydana gelmişse, bu maddenin ihlali suretiyle yapılmış sayılmaz: (a) Bir

kimsenin yasadışı şiddete karşı korunması için; (b) Usulüne uygun olarak yakalamak için veya usulüne uygun olarak tutuklu bulunan bir kişinin kaçmasını önlemek için; (c) Ayaklanma veya isyanın, yasaya uygun olarak bastırılması için.” (35). AİHS'in 15. maddesinin 1. fıkrası ile savaş veya ülkenin varlığını tehdit eden başka bir genel tehlike halinde, hak ve özgürlüklerin taraf devletlerce askıya alınabilmesine imkan tanınmıştır (36). 2002 yılında sözleşmeye eklenen 13 numaralı ek protokol ile idam cezası yasaklanmıştır. Burada dikkat edilmesi gereken, öldürmenin her durumda değil, sadece kuvvet kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda yaşama hakkının ihlali niteliğinde olmayacağıdır (37).

AİHS, İHEB ve sonraki birçok uluslararası belgeden farklı olarak, sadece hakları belirtmekle kalmamış, aynı zamanda bu hakları güvence altına almak için etkin bir denetim mekanizması oluşturmuştur. Bu anlamda, AİHS, klasik uluslararası hukukun insan haklarına yönelik paradigmasını değiştiren bugüne kadarki en etkili ve önemli sözleşme olarak kabul edilir ve insan haklarının uluslararası düzeyde korunması için geliştirilmiş en kapsamlı sistem olarak nitelendirilebilir (38). Dolayısıyla, AİHS'in en önemli yanı, güvenceye aldığı haklardan ziyade, uluslararası bir yargı denetim prosedürü kurması ve hakların ihlal edilmesi halinde yaptırım öngörmesidir. Böylece, hakların korunması ulusal düzeyden çıkıp uluslararası düzeye taşınarak bireyleri uluslararası hukukta hak sahibi yapmıştır. AİHS sayesinde, hak kaybı durumunda davacı birey, devletin potansiyel bir ihlalcisi olarak görülmesini sağlayabilir. Bu anlaşma, devlete pozitif ve negatif yükümlülükler yükler. Pozitif yükümlülükler, yaşama hakkının ihlal edilmemesi için gereken önlemleri almak ve ihlal edildiğinde etkin soruşturma yapmak şeklinde özetlenebilir. Negatif yükümlülükler ise devletlerin haklı bir neden olmadan kimseyi öldürmemesi olarak özetlenebilir (22).

18 Temmuz 1978 tarihinde yürürlüğe giren Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi'nde “Herkesin yaşama saygı duyulmasını isteme hakkı vardır. Bu hak, genel olarak, anne karnına düştükten itibaren hukuk tarafından korunur. Kimse bu hakkından keyfi olarak yoksun bırakılamaz” maddesi yer almıştır. Bu madde, yaşama hakkının gebede kalmayı takiben korunmasıyla, yaşama hakkının çerçevesini genişletmiştir. Sözleşmenin en önemli yanlarından biri, yaşamın ne zaman başladığını çözmeye çalışan tek uluslararası sözleşme olmasıdır (39).

21 Ekim 1986 tarihinde yürürlüğe giren Afrika İnsan ve Halklarının Şartı (Charter)’nın dördüncü maddesinde yaşama hakkı ile ilgili “Her insan, yaşamına ve kişilik onuruna saygı gösterilmesi hakkına sahiptir. Kimse, keyfi olarak yaşama hakkından yoksun bırakılamaz” düzenlemesi yer almaktadır (39).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin 6. Maddesinin 1. fıkrasıyla “Taraf Devletler, her çocuğun doğuştan yaşama hakkına sahip olduğunu kabul eder” ve 2. fıkrasında “çocuğun hayatta kalmasını ve gelişimini, mümkün olan en geniş şekilde sağlama” görevi devletlere verilmiştir (22).

1998 yılında yayımlanan Asya İnsan Hakları Şartı’nda, yaşama hakkı, “sadece fiziksel ya da bedensel varoluşla sınırlı olmayan” ve “yaşamla ilgili her şeyi kapsayan” bir hak olarak gösterilmiştir (39).

Arap Devletler Birliği Meclisi’nde imzalanan ve 15 Mart 2008 tarihinde yürürlüğe giren Arap İnsan Hakları Şartı’nın 5. maddesi “Her insan doğuştan yaşama hakkına sahiptir. Bu hak hukuk tarafından korunur. Hiç kimse yaşamından keyfi olarak yoksun bırakılamaz” şeklindedir (39).

Yaşama hakkı hem biyomedikal alanda hem de sağlık hizmetleri bağlamında farklı boyutlarla ele alınmıştır ve bir dizi uluslararası sözleşme ile korunmaktadır (40-44).

1997 yılında imzalanan Biyotıp Sözleşmesi, insan hakları ve biyotıp uygulamalarını bütünleştiren en kapsamlı uluslararası metinlerden biridir. Sözleşmenin odak noktası, insanların yaşam hakkını, insan onurunu ve bireysel bütünlüğünü korumaktır. Biyomedikal araştırmalar ve uygulamalar sırasında insan haklarının öncelikli olduğunu ve yaşam hakkının her koşulda korunması gerektiğini vurgular. Bu, hastaların rızası alınmadan ya da etik dışı tıbbi müdahalelerle yaşamlarının riske atılmamasını sağlayan temel bir ilkedir (40).

1966 yılında imzalanan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, bireylerin sağlığa erişim hakkını yaşam hakkının bir parçası olarak ele alır. Herkesin mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkını güvence altına alır. Bu bağlamda, devletler bireylerin sağlıklı yaşam koşullarına erişimini sağlamakla

yükümlüdür. Bu, yaşam hakkının sadece fiziksel varlığın sürdürülmesi değil, aynı zamanda bireylerin sağlıklı, onurlu ve sürdürülebilir bir yaşam sürebilmeleri anlamına gelir. Sağlık hizmetlerine eşit erişim, insan yaşamının korunması için vazgeçilmezdir (41).

1981 yılında Dünya Tabipler Birliği genel kurulunda kabul edilen Lizbon Bildirgesi, hasta haklarını koruyan en önemli belgelerden biridir ve sağlık hizmetleri ile yaşam hakkını doğrudan ilişkilendirir. Onurlu ölüm hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı gibi maddelerle, hastaların yaşamlarının sonunda onurlu bir şekilde yaşamlarına devam edebilmeleri ya da acısız bir ölümle karşılaşmaları sağlanır. Bu bildirgede, yaşamın korunmasının yanı sıra, hastaların sağlık kararlarına saygı duyulması gerektiği vurgulanır. Bildirge, hastaların tedavi sürecinde aktif katılımcı olmalarını ve yaşam haklarının tam olarak korunmasını destekler (42).

1964 tarihli Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi, tıbbi araştırmalar sırasında yaşam hakkının korunması için katı etik ilkeler koymuştur. Bu bildirgeye göre, her türlü tıbbi araştırma ve uygulama, insan yaşamına saygı gösterilerek ve bireyin onuru korunarak yapılmalıdır. Bildirgenin temel amacı, bilimsel ilerlemeler yapılırken hastaların yaşam hakkının ihlal edilmemesini sağlamaktır (43).

Dünya Tabipler Birliği Madrid Bildirgesi, özellikle yaşam hakkının korunmasını ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini öncelik haline getirir. Bu bildirge, hastaların yaşamının korunması gerektiğini ve yaşam sonu kararlarının etik sınırlar içinde yapılması gerektiğini savunur. Yaşam hakkı, her tıbbi kararın temelini oluşturmalıdır ve bu hak, bireyin onurunu korumak amacıyla en üst düzeyde gözetilmelidir (44).

2.1.4. Türkiye’de yaşama hakkı

Osmanlı tarihine bakıldığında batılılaşma yöneliminin etkisiyle 1800’lü yıllardan itibaren çeşitli anayasalar ve fermanların düzenlenmiş olduğu ve bu metinlerde yaşama hakkına yer verildiği görülmektedir. 1808 yılında imzalanan Sened-i İttifak’ın beşinci şartında; suçun teyit edilmesi, haksızlık yapılmaması ve işkence yasağı gibi ifadeler bulunmakta olup, bu bağlamda dolaylı olarak yaşam hakkıyla ilgili ifadeler yer almaktadır (45). 1839 yılında imzalanan Tanzimat Fermanı’nda “ırz ve namusa saldırı ile can güvenliğinin korunması” gerektiği ve devletin buna uyacağı belirtilmiştir.

Ayrıca, zehirlemelerin yasaklandığı ifade edilmiştir. Bu bağlamda Tanzimat Fermanı'nda batı tarzında yaşam hakkından bahsedilmiştir (20, 22). 1856 yılında imzalanan Islahat Fermanı'nda da benzer ifadeler yer almakta ve Osmanlı toplumunun bu hakkı benimsemesi amaçlanmaktadır (20). 1876 yılında imzalanan Osmanlı Devleti'nin ilk anayasası olan Kanun-i Esasi'de, cana ve ırza hiçbir şekilde dokunulmayacağı belirtilmiş ve işkence ile her türlü eziyet yasaklanmıştır (22).

Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasının ardından, 1924 Anayasası'nın 71. maddesinde “Can, mal, ırz, mesken her türlü taarruzdan masundur” denilerek yaşama hakkı koruma altına alınmıştır (46).

1961 Anayasası doğal hukuk anlayışının bir sonucu olarak 14. maddesinde “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahip” olduğu kuralına yer verilmiş ve maddenin gerekçesi olarak “yaşam korunmadıkça ve beden fiziki güvenliği sağlanmadıkça kişinin iç huzura kavuşmasının ve diğer özgürlüklerini fiilen gerçekleştirmesinin mümkün olmadığı” ifade edilmiştir (47). 64. maddeyle ölüm cezası kararı yasama organının yetkileri arasında sayılmıştır. Bu hükümle bütün hakların temeli olarak kabul ettiği yaşama hakkının kişinin elinden alınabileceğinin düzenleyerek kendisiyle çelişkiye düştüğü öne sürülmüştür (48).

1982 Anayasası'nda, yaşama hakkı ve sınırları konusunda Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesi ile benzer düzenlemelere yer verilmiştir (49). 1982 Anayasasının 17. maddesinin metnine göre “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz. Mahkemelerce verilen ölüm cezalarının yerine getirilmesi hali ile meşru müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir tutuklu veya hükümlünün kaçmasının önlenmesi, bir ayaklanma veya isyanın bastırılması veya olağanüstü hallerde yetkili merciin verdiği emirlerin uygulanması sırasında silah kullanılmasına kanunun cevaz verdiği zorunlu durumlarda meydana gelen öldürme fiilleri, birinci fıkra hükmü dışındadır”. Maddenin ilk halinde yer alan ve yaşama hakkına müdahalenin istisnalarını düzenleyen “Mahkemelerce verilen ölüm cezalarının yerine getirilmesi

hali ile” ifadesi, 7/5/2004 tarihli ve 5170 sayılı Kanunun 3. maddesiyle ve “sıkıyönetim” ibaresi de 21/1/2017 tarihli ve 6771 sayılı Kanunun 16. maddesiyle çıkarılmıştır (50). Ayrıca, Anayasa Mahkemesi kararlarında yaşam hakkının vazgeçilmezliği istikrarlı bir şekilde savunulmaktadır (51).

Türk Medeni Kanunu’nun 23. maddesinin 1. fıkrasında “kimse hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez” denilerek, kişinin yaşamı üzerinde tasarruf yetkisi olmadığı ortaya konulmuştur (52).

13.01.1960 tarihli ve 4/12578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnamesi ile yürürlüğe konulan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 2. maddesinin 1. fıkrasında hekimin görevinin insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine özen ve hürmet göstermek olduğu belirtilmiştir. Nizamname’nin 13. maddesinin 3. fıkrasında hekimin teşhis, tedavi veya koruma amacı olmaksızın hastasının arzusuna uyarak ya da başka bir nedenle hastasının akli ve bedeni direncini azaltacak herhangi bir şey yapamayacağı ifade edilmiştir (53).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesinin 7. fıkrası, hastanın hayati tehlikesi bulunduğu durumlarda tıbbi müdahale için rıza şartı aramamaktadır (54).

2.2. Ötanazi

2.2.1. Tanım

Ötanazi, Yunan dilinde "eu" yani "iyi" ve "thanatos" yani "ölüm" kelimelerinin birleşiminden türemiş olup, Türkçe’de "iyi ölüm" veya "güzel ölüm" olarak adlandırılır (1). Türk Dil Kurumu’na göre ötanazi, "ölme hakkı" olarak tanımlanmıştır (15). Sağlık Bilimleri Sözlüğü’nde ise, "Dayanılmaz acı çeken bir hastanın, isteği üzerine sakin bir şekilde ölümü sağlamak için sakinleştirici veya uyuşturucu ilaçlar kullanılması" şeklinde açıklanmaktadır (55).

Ötanazi, iyileşme umudu olmayan hastaların bedensel veya ruhsal, sürekli veya dayanılmaz olan acılarının göreceli olarak kolay, ağrısız ve acısız biçimde dindirilerek, yaşamının sonlandırılması veya ölümlerine izin verilmesidir (2). Bir başka tanıma göre; ötanazi, tıbbi olarak, tedavisi mümkün olmayan ve acılarının ölümüne kadar süreceği bilinen, zihinsel olarak yetkin ve bilinçli bir kişinin özgür iradesi ile hayatını

sonlandırma kararı alması ve bu karar doğrultusunda hekimin acısız bir şekilde hayatını sonlandırması olarak ifade edilebilir (3).

Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda 2019 yılında kabul edilen tanıma göre, ötanazi; “karar verme yetisi olan hastanın bizzat ve gönüllü talebi ile hekimin ölümcül madde ya da girişimi uygulaması” olarak ve doktor yardımlı intihar; “karar verme yetisi olan hastanın gönüllü talebi ile hekimin hastanın kendi yaşamına son verecek medikal maddeyi reçete ederek ya da sağlayarak yardım etmesi” olarak tanımlanmaktadır (56).

Literatürde ötanazinin dar, geniş ve en geniş anlamda olmak üçlü bir ayrımla incelenmesine de rastlanılmaktadır. Dar anlamda ötanazi, acı içindeki bir bireyin acılarını yaşamını kısaltarak azaltmayı içerir. Geniş anlamda ötanazi ise, tedavi imkanı olmayan hastalıklara sahip bireylerin acılarını sona erdirmeye amacıyla yapılan müdahalelerdir; bu iki tür arasındaki ayrım, beklenen yaşam süresine bağlıdır. Dar anlamda ötanazi, hastanın ölümünün yakın olduğu durumları kapsarken, geniş anlamda ötanazi daha uzun bir süreyi kapsar. En geniş anlamda ötanazi, genellikle "gerçek olmayan ötanazi" olarak adlandırılır ve yaşamın değerini yitirdiği düşünülen bireylerin yok edilmesini ifade eder. Nazi Almanyası'nda zihinsel hastalıkları olan bireylerin öldürülmesi bu kategoriye örnek olarak verilebilir (57).

Ötanazi ve hekim yardımlı intihar tanımları ülkeler arasında farklılık göstermektedir ve tartışmalıdır (58).

İntihar ötanaziyle sıklıkla karşılaştırılır. İntihar, bireyin kendi yaşamına son verme eylemidir ve genellikle depresyon, umutsuzluk veya şiddetli duygusal sıkıntı gibi psikolojik faktörlere dayanır. Bireyler, kişisel ve sosyal sorunlar nedeniyle bunalmış hissederek bu kararı alabilirler. İntihar genellikle bireysel bir karar olup, kişinin kendi başına gerçekleştirdiği bir eylemdir (59).

Ötanazi, intihardan farklı olarak, bireyin ölüm arzusunun bir hekim tarafından yerine getirilmesi durumudur. Bu süreçte ölüm, kişinin kendisi tarafından değil, profesyonel yardım ile gerçekleşir. Ötanazi uygulanabilmesi için hastanın iyileşmesi mümkün

olmayan bir hastalığa sahip olması, ölümü gerçekleştirecek hekimin kişisel bir çıkarının bulunmaması ve ölüm işleminin acısız olması gerekmektedir (23).

2.2.2. Tarihçe

Ötanazi kavramı eski Yunan kültürü ile başlayıp Roma dönemiyle devam edip günümüze kadar uzanan bir tarihe sahiptir (23).

Antik çağda Platon, Sokrates, Hipokrat, Pisagorcular, Aristotelesçiler ve Epikuroşçular gibi filozofların ötanazinin yapılıp yapılmaması gerektiğini tartıştıkları görülmüştür (60).

Orta Çağ'da, ötanaziye Antik Yunan'da olduğundan daha tarafsız bir bakış açısıyla yaklaşılmışken, Hristiyanlığın yayılması ve kilisenin etkinliğinin artmasıyla birlikte ötanazi reddedilmiştir (61).

Modern çağda, ötanazi kavramı daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. Ötanazi, ilk kez 1623 yılında Francis Bacon tarafından günümüze yakın bir anlamda kullanılmıştır; Bacon, bir doktorun görevini hastasının sağlığını iyileştirmek, acılarını hafifletmek ve bunun mümkün olmadığı durumlarda "kolay ve adil" bir ölüm sağlamak olarak tanımlamıştır (8). 1870 yılında Samuel Williams, hastanın yaşamına kasıtlı olarak son vermek amacıyla anestezi ve morfin kullanımını önermiştir (8).

20. yüzyılda hem Avrupa'da hem de Amerika'da ötanazinin yasal düzenlemeler içine alınması yönünde çabalar artmış, ötanazi dernekleri kurulmuş ancak İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla bu çabalar sekteye uğramıştır (61). 20. yüzyılın ikinci yarısında yapılan girişimler daha başarılı olmuş ve ötanazi hem yasal düzenlemelere hem de içtihatlarla dahil edilmiştir (60).

2.2.3. Kavramlar

a. Uygulama türüne göre

Aktif ötanazi: Ölümü sağlayan tıbbi yöntemin direkt olarak kullanılmasıdır. Ani ve hızlı bir ölümü meydana getirecek ilaç hekim tarafından uygulanır (57, 62).

Pasif ötanazi (ortotanezi): Hastanın yaşamının devam edebilmesi için zorunlu olan yaşam destekleyici tedavinin verilmemesi ya da geri çekilmesi halidir. Kişinin ölüme

terkedilmesidir. Hastanın içinde bulunduğu durumun doğal sonucu ölümdür. Yaşam destek ünitesine bağlı kişinin bu cihazlardan ayrılması, kişinin yaşamı devam ettirebilmesi için gerekli olan beslenmenin kesilmesi örnek verilebilir (57, 62).

Doktor yardımlı intihar (DYİ): Otonomi hakkı olan hastanın açık istemi sonucunda hekimin hastanın kendini acısız bir şekilde öldürmesi için gerekli olan tıbbi yolu göstermesidir. Hekim pasif bir rol izler. Gerekli ilacı reçete eder ya da düzeneği hazırlar, işlemi fiilen hasta uygular (3, 57).

b. Hastanın rızası ile gerçekleşmesine göre

İstemli (voluntary) ötanazi: Hastalığıyla ilgili durumu kendisine açıkça anlatılan, bu durumu kavrayabilme becerisine sahip olan hastanın baskı altında kalmadan isteği doğrultusunda yaşamının sonlandırılmasıdır (3).

İstemdişi (non voluntary) ötanazi: Hastanın rızasının alınmadığı durumlarda yakınının veya kanuni temsilcisinin rızasına bağlı olarak hastanın yaşamının sonlandırılmasıdır. Bilincin kapalı olduğu koma, bitkisel yaşam gibi durumlarda uygulanan ötanazidir (3).

İstemsiz (unvoluntary) ötanazi: Kişinin iradesine başvurmada, ölümcül hasta ya da sakat olması nedeniyle öldürülmesidir. Bu terim ötanazi olarak adlandırılırsa, aslında ötanazi kavramıyla tam olarak örtüşmez. Çünkü hasta ya ölmek istememiştir ya da ne istediği hiç sorulmamıştır. Bu tür ölümlerin tek ortak noktası, öldürülen kişinin hasta olmasıdır. Örneğin, Nazi Almanya'sında "ari ırk" oluşturmak amacıyla kronik hastalar, sakatlar, yaşlılar ve Yahudi ve Çingene gibi yaşamları "değersiz" görülen gruplara mensup kişiler gaz odalarında katledilmiştir. Bu tür cinayetler, ötanazinin bir türü olarak sınıflandırılmamalıdır, çünkü bunlar aslında kitlesel cinayetlerdir (3).

c. Diğer

Erken (pediatrik) ötanazi: Yeni doğan bebeklerde ciddi anomalilerle ilgili ötanazi uygulamaları, özellikle merkezi sinir sistemi veya sistemik bozukluklarla doğan bebeklerde yaygın olarak görülmektedir. Bu tür durumlarda karar verme süreci oldukça karmaşıktır ve etik açıdan büyük tartışmalar yaratır. Bazı ülkelerde pediatrik

ötanazi yasal olarak kabul edilmiş olmasına rağmen ahlaki ve etik boyutları hakkında ciddi tartışmalar sürmektedir (62).

Dolaylı ötanazi: Hayati tehlikesi bulunan bir hastanın, ağrılarının hafifletilmesi amacıyla uygulanan tedavinin yan etkisi olarak yaşamını yitirmesidir. Bu tedavinin esas amacı, hastanın çektiği acıları azaltmaktır, ancak bu süreçte yaşam süresini uzatıcı başka bir tedavi uygulanmaz. Bu durum, "çift etki doktrini" olarak da adlandırılmaktadır (57).

2.2.4. Türk hukukunda yasal durum

Türk hukuk sistemi içinde ötanazi, özellikle hekimlerin yasal sorumlulukları açısından önemli bir konudur. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda ve TCK'da ötanaziye ilişkin doğrudan bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak, mevcut kanunlar çerçevesinde ötanazinin uygulanması, çeşitli suç kategorileri altında değerlendirilebilir (12, 50).

TCK'nın 81. maddesi, kasten öldürme suçunu tanımlar ve aktif ötanazi bu kapsamda değerlendirilebilir. Özellikle TCK'nın 82. maddesine göre savunmasız kişilere yönelik ötanazi uygulamaları daha ağır cezai yaptırımlara tabi olabilir (12).

TCK'nın 83. maddesi, ihmali davranışla kasten öldürme suçunu tanımlar. Pasif ötanazi, yaşamı destekleyici tedavilerin kesilmesi şeklinde gerçekleşebilir ve yine cezai sorumluluk doğurabilir (12). Ancak, hasta hakları çerçevesinde hastanın tedaviyi reddetme hakkı pasif ötanaziye bazı hukuki zeminler sağlayabilir (54).

Türk Ceza Kanunu'nun 84. maddesi, intihara yardım suçunu tanımlar. Hekimin, hastanın ölümüne yönelik yardım etmesi bu kategori altında değerlendirilebilir (12).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 2. maddesinde, hekimin görevinin insan sağlığına, yaşamına ve kişiliğine özen göstermek ve saygı duymak olduğu ifade edilmektedir. 13. maddenin 3. fıkrasında ise hekimin, hastanın isteği üzerine ya da başka bir nedenle, teşhis, tedavi veya koruma amacı olmaksızın, hastanın zihinsel ve fiziksel direncini azaltacak herhangi bir işlem yapamayacağı belirtilmiştir. Bu düzenleme, ötanaziye açıkça yasaklamakta ve hekimlerin hasta sağlığına saygı gösterme, yaşamı koruma ve acıyı hafifletme yükümlülüklerini vurgulamaktadır (53).

Ötanazi, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesinde ise açıkça yasaklanmıştır. Yönetmelikte, "Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dâhil, kimsenin hayatına son verilemez." şeklinde düzenlenmiştir (54).

2.2.5. Ülke uygulamaları

Hollanda

Hollanda'da ötanaziye ilişkin toplumsal tartışma 1973'te "Postma vakası" olarak adlandırılan olayla tetiklenmiştir. Bu olayda bir doktor, tekrarlanan ve açık ötanazi talepleri üzerine, ölmekte olan annesinin kendi hayatına son vermesine yardım etmiş ve sonucunda kısa ve ertelenmiş bir ceza almıştır. Mahkeme onun cinayet işlediğini onaylasa da bir doktorun anlamsız acılarla karşı karşıya kalan bir hastayı her zaman kendi iradesi dışında hayatta tutmak zorunda olmadığını kabul ederek ötanazi düzenlemesi için bir fırsat sunmuş, aynı zamanda birçok genç tıp uzmanı arasında tıbbi bakımın sınırları ve hastaların kendi kararlarını verme konusundaki farkındalığını da yansıtmıştır (63).

Hollanda Yüksek Mahkemesi tarafından karara bağlanan ilk ötanazi davası 1984'teki Schoonheim davasıdır. Görme, işitme ve konuşma bozukluklarının yanı sıra yatalak durumda olan ve genel olarak kötüleşen ve onurunu kaybeden 95 yaşındaki bir hastanın açık isteği üzerine ötanazi uygulanmıştır. Mahkeme, hekimin bir zorunluluk durumunda hareket ettiği, yani hekimin acıyı dindirme görevi ve zarar vermeme görevi arasında bir görev çatışmasıyla karşı karşıya olduğu sonucuna varmıştır. Doktor davadan beraat etmiştir (64).

1980'lerde ötanazi tartışmaları hız kazanmış ve sonucunda resmi bir boyut kazanmıştır. 1980 yılında Başsavcılar Komitesi doktorların yaşam sonu kararlarıyla özel olarak ilgilenmiş ve politikada tekdüzelik sağlamak için her ötanazi vakasının incelenmesi ve ilgili hekimin dava edilip edilmeyeceğine karar verilmesi gerektiğine karar vermiştir. 1982 yılında Sağlık Konseyi, ötanazinin tanımını ve buna izin verilmesi gereken kriterleri ele alacak bir Devlet Komisyonu kurulmasını tavsiye etmiştir. 1985 yılında Komisyon, ötanaziyi "kişinin isteği üzerine başka bir kişinin

yaşamının kasıtlı olarak sonlandırılması" olarak tanımlamış ve gerekli özenin gösterilmesi için kriterler belirlemiştir (65).

1984 yılında Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği, ötanazi ve kürtaj gibi konularda ortak bir mutabakatın mümkün olmadığını, ancak belirli şartlar altında ötanazinin kabul edilebileceğini belirten bir bildiri yayımlamıştır. Bu bildirinin kriterleri şu şekildedir:

- a) Ötanazi talep eden hastanın akli durumu yerinde olmalıdır.
- b) Ötanazi talebi iyice düşünülmüş, istemli, ısrarlı ve aydınlatılmış olmalı ve herhangi bir şüpheye yer bırakmayacak şekilde açık olmalıdır.
- c) Hastanın acısı katlanılmaz ve dindirilemez olmalıdır.
- d) Ötanazi kararı başka bir hekime danışılarak alınmalı ve ötanaziyi bir hekim gerçekleştirmelidir (66).

1990 yılında, Hollanda Hükümeti tarafından ötanazi ve yaşam sonu kararlarını incelemek üzere Remmelink Komisyonu kurulmuştur. Yapılan mülakatlar sonucunda hekimlerin %54'ünün en az bir kez ötanazi veya DYİ gerçekleştirdiği, şimdiye kadar bu tür bir karar vermemiş hekimlerin %34'ünün ise bazı durumlarda DYİ ve ötanaziyi kabul edebilecekleri belirlenmiştir. Raporda, raporlanan ötanazi ve DYİ vakalarının, toplam uygulanan vakaların dörtte biri olduğu görülmüştür. 1990 yılında Hollanda'da 2300 ötanazi ve 400 DYİ vakası gerçekleşmiştir. Bu araştırma, gerçek ötanazi talebi ve raporlama eksikliklerini ortaya koymuş ve 1994'teki yasa değişikliğine ön ayak olmuştur (23).

1 Haziran 1994'te yürürlüğe giren yasa, ötanazi eyleminin bildirim prosedürünü belirleyerek ve bildirim zorunluluğu getirerek ötanaziyi hukuki hale getirmiştir. Mahkemelerin belirlediği ve Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği'nin de katkıda bulunduğu kriterler yasaya geçirilmiştir. Bu kriterlere uygun bir şekilde ötanazi uygulandığında dava açılmayacağı yasal olarak koruma altına alınmıştır (23).

Hollanda Parlamentosu 2001 yılında DYİ ve ötanaziyi yasalaştırmaya karar vermiştir ve 1 Nisan 2002'de, ötanazi yasası yürürlüğe girmiştir (67). Bu yasa ile Ceza Kanunu'nun 293. ve 294. maddelerine eklenen fıkralarla, doktorların belirli kriterlere

uygun olarak ötanazi yapmaları durumunda ceza almayacakları hükme bağlanmıştır. Bu kriterler şunlardır (57, 68).

- a) Doktor, hastanın talebinin gönüllü ve iyice düşünülerek verilen rızasını almalıdır.
- b) Doktor, hastanın ağrı ve acılarının dayanılmaz nitelikte olduğunu saptamalıdır.
- c) Doktor, hastayı içinde bulunduğu durum ve hastalığının prognozu hakkında aydınlatmalıdır.
- d) Doktor ve hasta, hastanın durumuyla ilgili daha makul bir çözüm olmadığı sonucunda hemfikir olmalılardır.
- e) Hasta bağımsız 2. bir doktor tarafından değerlendirilmeli ve a-d maddelerinde yer alan hususlar yönünden yazılı bir rapor sunulmalıdır.
- f) Doktor hastanın yaşamını sonlandırırken veya intiharına yardım ederken tıbbi açıdan gereken tıbbi özen ve dikkati göstermelidir.

16 yaş ve üzerinde, artık iradesini ifade edemeyecek durumda olan ancak bu noktaya gelmeden önce kendi çıkarlarını makul bir şekilde değerlendirme yeteneğine sahip görülen ve yaşamına son verilmesini talep eden yazılı beyanda bulunan hastalarda hekim bu onama bağlıdır (68).

Aynı kanunda çocuklarda ötanazi ile ilgili aşağıdaki maddelere değinilmiştir (68):

- a) 16-18 yaşları arasında kendi çıkarlarını makul bir şekilde değerlendirme yeteneğine sahip görülen hastalarda yasal temsilci görüşü alınması gerekmektedir, ancak bu görüşün bir bağlayıcılığı yoktur.
- b) 12-16 yaş arasında kendi çıkarlarını makul bir şekilde değerlendirme yeteneğine sahip görülen hastalarda aile izninin alınması gerekmektedir, ailenin kararı bağlayıcıdır, ancak hekim hastanın yararını düşünerek ailenin kararına uymayabilir.
- c) 12 yaşından küçüklere ötanazi uygulanamaz.

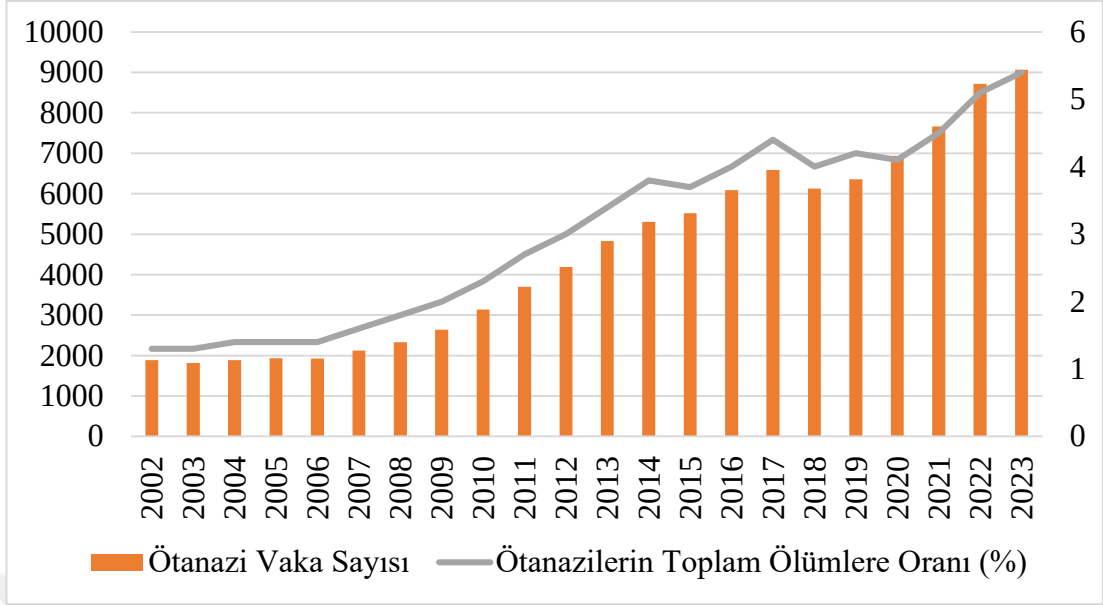
Kanun, ötanaziyi resmi olarak yasallaştırmış gibi görülmekte, aslında mevcut uygulamayı yasallaştırmıştır. Tek büyük değişiklik, kanun uyarınca, inceleme komitelerinin yalnızca gerekli özen kriterlerinin karşılanmadığı davaları savcıya iletmesinin gerekmesidir (67).

Groningen Protokolü, 0-1 yaş arasındaki bebeklere uygulanacak ötanazi ile ilgili 2004 yılında Groningen Üniversitesi'nde geliştirilmiş bir tıbbi prosedürdür. Protokol, yaşam kalitesi düşük, dayanılmaz acılar çeken ve iyileşme umudu olmayan bebekler için aktif ötanazi uygulanmasına izin verir. Protokolün uygulanabilmesi için tanı ve prognozun kesin olması, bebeğin acılarının umutsuz ve dayanılmaz olması, bağımsız bir doktorun teşhis ve prognozu doğrulaması, ebeveynlerin bilgilendirilmiş onam vermesi ve işlemin kabul edilen tıbbi standartlara uygun olarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Protokolün kriterleri, karar verme sürecini kolaylaştırmak ve değerlendirilmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ancak, protokolün ahlaki ve yasal yönleri sürekli olarak tartışılmaktadır (69).

Groningen Protokolü, tartışmalı bir meseledir. Protokolün örneklerinde spina bifidalı hastalar verilse de hasta seçimi bu hastalarla sınırlandırılmamıştır. Protokolün hiçbir yerinde ölümcül hasta bebekler direk olarak ele alınmazken, aksine, protokolün bebeklerin ilerideki yaşam kalitesini göz önünde bulundurması bu tartışmaları körüklemiştir. Bazıları, protokolün ötanaziyi meşrulaştırdığını ve bunun bebeklerin öldürülmesine yol açabileceğinden endişe etmektedir. Diğerleri ise protokolün, bebeklerin çektiği dayanılmaz acıyı engellemenin bir yolu olduğunu ve ötanazinin bebeklerin iyiliği için olduğunu savunmaktadır. Bu sebeple, protokolün ahlaki ve yasal yönleri sürekli olarak tartışılmaktadır ve toplumun çeşitli kesimleri arasında geniş çapta farklı görüşler bulunmaktadır (69-72).

Hollanda hükümeti 1-12 yaş arası çocuklara ötanazi uygulanması ile ilgili yasa üzerinde çalışmaktadır (73). Bununla birlikte yaşamaktan yorulmuş veya hayatlarının tamamlandığını ve artık yaşamaya değmediğini düşünen bireylere ötanazi uygulamasının yapılmasının yasalaştırılmasıyla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (74).

Hollanda'da, 2002 yılında 1882 olan ötanazi vakası sayısı, 2023 yılında 9068'e yükselmiştir. Ötanazinin toplam ölümler içindeki oranı ise 2002 yılında % 1,3 iken, 2023 yılında % 5,4 olmuştur (Şekil 1) (75).



Şekil 1. Hollanda'da 2002-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayısı ve toplam ölümlere oranı (75).

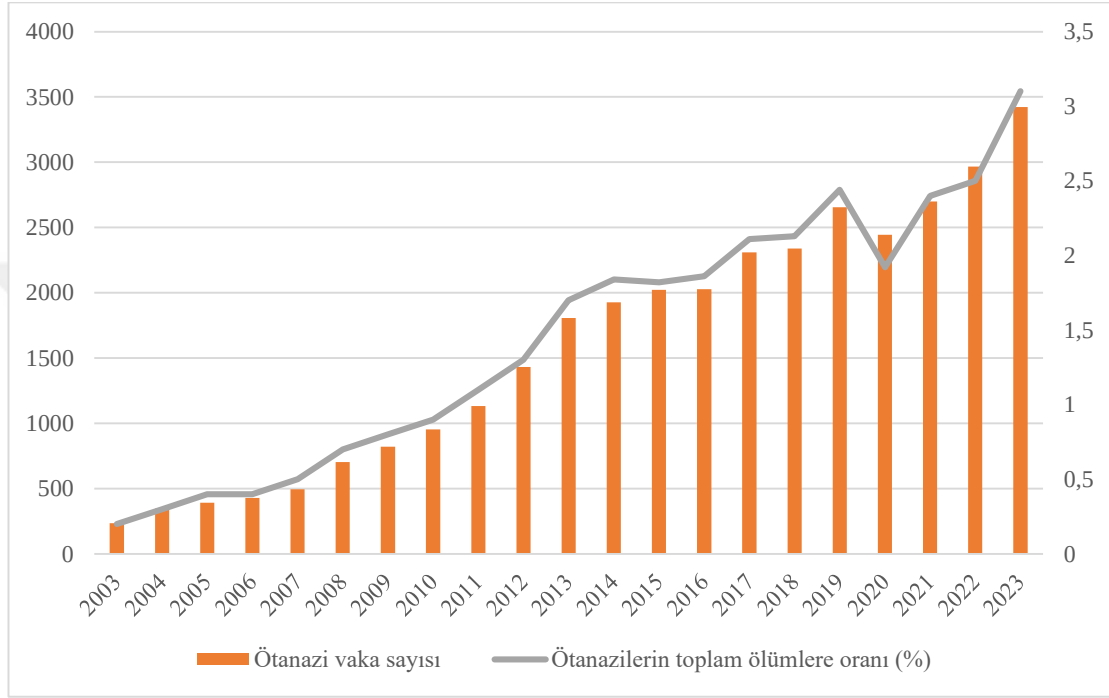
Belçika

2002 yılı itibarıyla Belçika'da gönüllü ötanazi, dayanılmaz fiziksel veya psikolojik acıya neden olan tedavisi mümkün olmayan hastalıklardan muzdarip, zihinsel olarak yeterli bireyler için yasallaştırılmıştır; bu kapsama akıl hastalıkları da dahildir. DYİ kanunla açıkça düzenlenmemiş olmakla birlikte, Federal Ötanazi Değerlendirme ve Kontrol Komisyonu bildirilen vakaları ötanazi olarak değerlendirmektedir (76, 77).

Belçika mevzuatı, Hollanda mevzuatına benzer şekilde düzenlenmiştir. Ancak, hastanın durumu ölümcül değilse, doktor bağımsız bir üçüncü taraf uzmana başvurmalı ve hastanın talebi ile ötanazi prosedürü arasında en az bir ay geçmelidir (76, 78).

2002 yılındaki mevzuata göre, kanun hükmünde kararnameyle özgürleştirilen 15 yaş üstü çocuklara ötanazi uygulanabilirken, 2014 yılında yapılan değişiklikle yaş sınırlaması kaldırılmıştır (79). Çocuk ötanazisinin koşulları ise; bir çocuk psikoloğu veya psikiyatristi tarafından onaylanmak, çocuğun kararlarının sonuçlarını anlayabilmesi, sürekli ve dayanılmaz fiziksel acı çekmesi, hafifletilemeyen ölümcül bir durumda olması ve kararın ebeveynler veya yasal vasiler tarafından onaylanmasıdır (80).

Belçika’da 2002 yılında 24 kişiye ötanazi uygulanmıştır. 2003 yılında 235 olan ötanazi vakası sayısı, 2023 yılında 3423’e yükselmiştir. Ötanazinin toplam ölümler içindeki oranı ise 2003 yılında %0,2 iken, 2023 yılında %3,1 olmuştur (Şekil 2). 2016 yılında iki, 2017 yılında bir, 2019 yılında bir ve 2023 yılında bir olmak üzere toplamda beş çocuğa ötanazi uygulanmıştır (81-84).

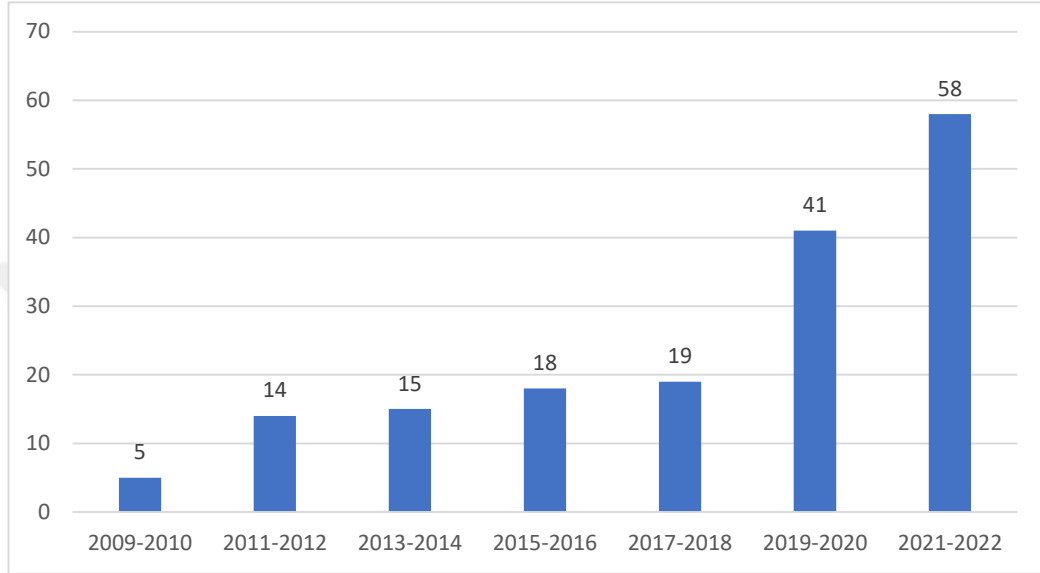


Şekil 2. Belçika'da 2003-2023 yılları arasında ötanazi vaka sayısı ve toplam ölümlere oranı (81-84).

Lüksemburg

Lüksemburg'da ötanazi ve yardımcı intihar 2009 yılında yasallaştırılmıştır. Bu uygulamalardan yalnızca ciddi ve tedavisi mümkün olmayan ölümcül bir durumu olan, iyileşme ihtimali olmaksızın sürekli ve dayanılmaz fiziksel veya psikolojik acıya maruz kalan, zihinsel yeterliliğe sahip yetişkinler yararlanabilmektedir. Doktorların, başka bir bağımsız tıbbi uzmanın yanı sıra hastanın tıbbi ekibi ve hasta tarafından atanan bir "güvenilen kişi" ile de danışma zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca, doktorların Ulusal Kontrol ve Değerlendirme Komisyonu ile iletişime geçerek hastanın yaşam sonu hükümlerinin kaydedilip kaydedilmediğini kontrol etmesi ve sekiz gün içinde ölümü komisyona bildirmesi gerekmektedir. Yurt dışında yaşayanlar da yardım talep edebilirler ancak mevzuat, yakın bir doktor-hasta ilişkisini şart

koşmaktadır (77). Tıbbi yardımlı intihar vakalarının çoğunluğu tiyopental enjeksiyonuyla gerçekleştirilmiş olup, sadece dört vaka bir barbitüratın oral yutulması ile gerçekleştirilmiştir. 2021 yılında 24 ötanazi vakası ve 2022 yılında 34 vaka rapor edilmiştir. 2009-2022 yılları arasındaki toplam ötanazi vaka sayısı 170'e ulaşmıştır (Şekil 3) (85).



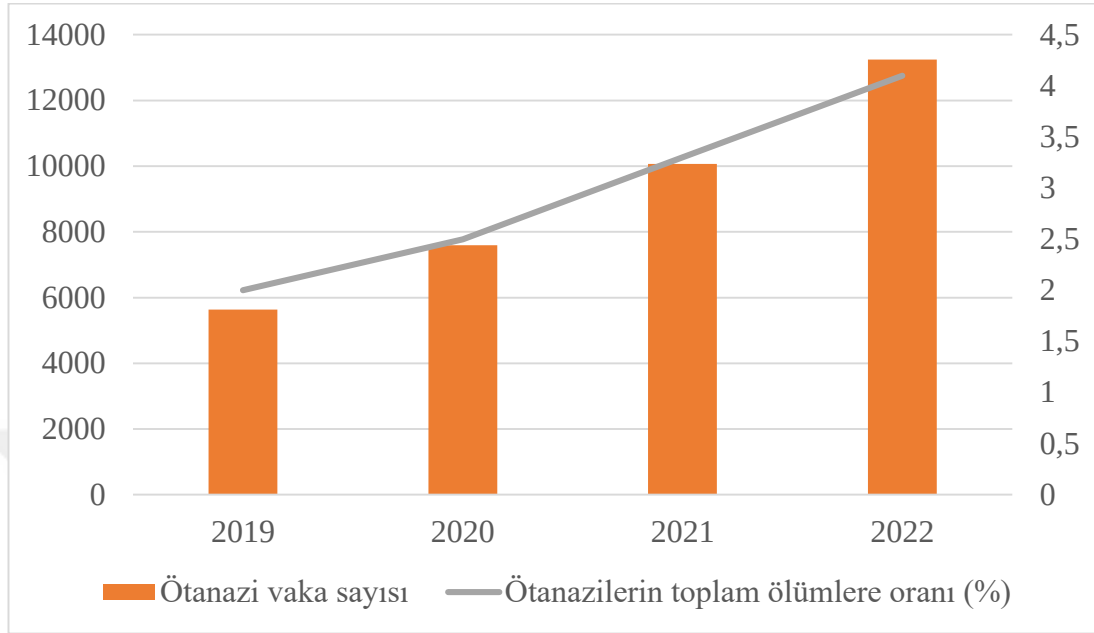
Şekil 3. Lüksemburg'da 2004-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları (85).

Kanada

2015 yılında Kanada Yüksek Mahkemesi, Ceza Kanunu'ndaki yardımlı intihar ve ötanaziye ilişkin mutlak yasağın anayasaya aykırı olduğuna hükmetmiştir. Buna cevaben, Kanada Parlamentosu 2016 yılında "Ölümde Tıbbi Yardım" adıyla yardımlı intihar ve yaşamın sonu bağlamında ötanaziye izin veren tasarısını yürürlüğe koymuştur. 2021'de doğal ölümlerine yaklaşmayan engelli kişileri, 2023 itibarıyla, yalnızca zihinsel bozukluğu olan kişileri de içerecek şekilde genişletilmiştir (86). Ancak sadece zihinsel bozukluğu olan kişilerin ölümde tıbbi yardım almaya hak kazanması 17 Mart 2027 tarihine ertelenmiştir (87).

2016'dan itibaren, ötanazi uygulamaları nedeniyle ölümler yıllık olarak artmıştır (86). 2016-2022 yılları arasında toplam 44.958 ötanazi uygulaması yapılmıştır. 2019 yılında 5.631 olan ötanazi vakası sayısı, 2022 yılında 13.241'e yükselmiştir. Ötanazinin

toplam ölümler içindeki oranı ise 2019 yılında %2 iken, 2022 yılında %4,1 olmuştur (Şekil 4) (87).



Şekil 4. Kanada'da 2019-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları ve toplam ölümlere oranı (87).

İsviçre

Doktor yardımlı intihar, 1942'den bu yana İsviçre'deki ceza kanununda yer almaktadır (58). Ancak aktif ötanazi yasal değildir. İsviçre Ceza Kanunu'nun 115. maddesi, yardım eden kişinin bunu "bencil olmayan nedenlerle" yapması durumunda yardımlı intihara izin vermektedir ve bir doktorun dahil olması gerekmez. Yardımlı intihar, ölümcül hastalığı olan kişilerle veya İsviçre'de ikamet edenlerle sınırlı değildir. 2006 yılında Federal Mahkeme, ruhsal bozukluklarda yardımlı intihara yalnızca dikkatli bir şekilde izin verilmesi gerektiğini ve bir psikiyatri uzmanının görüşünün zorunlu olduğunu belirlemiştir. Ayrıca, kişisel muayene, hastanın kararının sağlam olup olmadığının kontrol edilmesi, teşhis ve endikasyonların belirlenmesi ve hekim tarafından bilgi ve eğitim verilmesini şart koşturmuştur (88).

2012 yılında Vaud Kantonu, huzurevleri ve hastanelerin kendi tesislerinde yardımlı intihar gerçekleştirmesine izin vermiştir. İsviçre'deki altı ölüm hakkı örgütünden dördü yabancı uyrukluların hizmetlerinden yararlanmasına izin vermektedir (77). Yardımlı intihara başka ülkelerden İsviçre'ye seyahat eden kişiler için de izin verildiğinden,

İsviçre, uluslararası alanda intihar yoluyla ölmek isteyen kişilerin varış noktası haline gelmiştir (89). İsviçre'de, 2022 yılında DYİ vakaları, toplam ölümlerin yaklaşık % 2.1'ini oluşturmuştur (90).

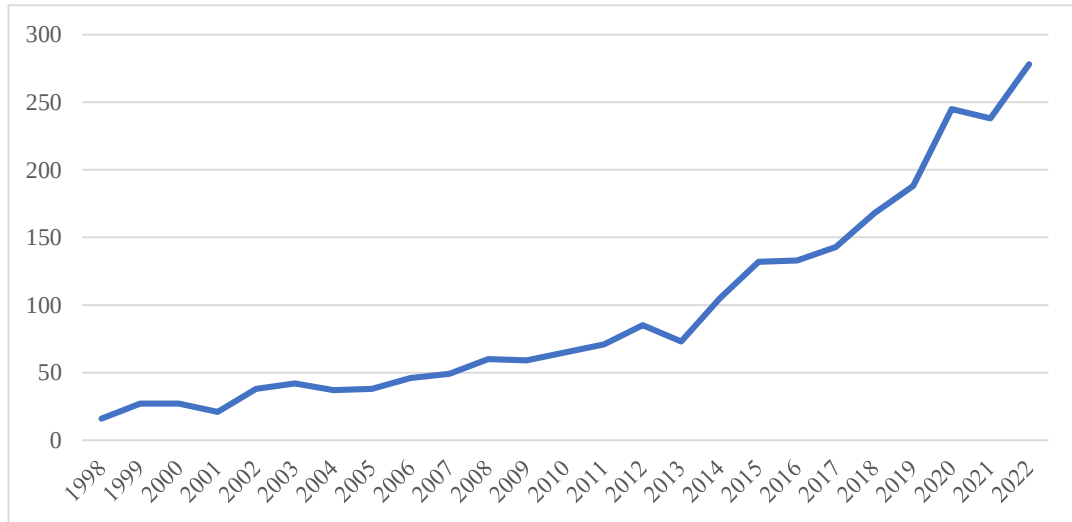
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde aktif ötanazi tüm eyaletlerde yasa dışıdır (6).

DYİ'a izin veren Oregon yasası, ölümcül olduğu değerlendirilen bir hastalığa sahip, yaşam beklentisi altı ay veya daha az olan, akli başında yetişkin eyalet sakinlerine öldürücü ilaçların reçete edilmesine olanak tanır. Reçeteyi yazan hekim, bu tanının doğrulanması için hastayı bir konsültan hekime sevk etmelidir. Eğer depresyon gibi psikiyatrik bir durumun hastanın muhakemesini olumsuz etkilediği sonucuna varılırsa süreç durdurulur ve hasta danışmanlığa yönlendirilir. Reçeteyi yazan hekim, ölüme katılıp katılmamakta özgürdür (77).

Oregon'dan sonra Kaliforniya, Colorado, Columbia Bölgesi (Washington DC), Hawaii, Maine, New Jersey, Vermont ve Washington eyaletlerinde DYİ intihar yasalaştırılmış, Montana eyaletinde ise mahkeme kararıyla serbest bırakılmıştır (6).

Oregon'da 1998 yılında 16 kişiye ve 2022 yılında 278 kişiye DYİ uygulanmıştır (Şekil 5) (91, 92).



Şekil 5. Oregon'da 1998-2022 yılları arasında DYİ vaka sayıları (91, 92).

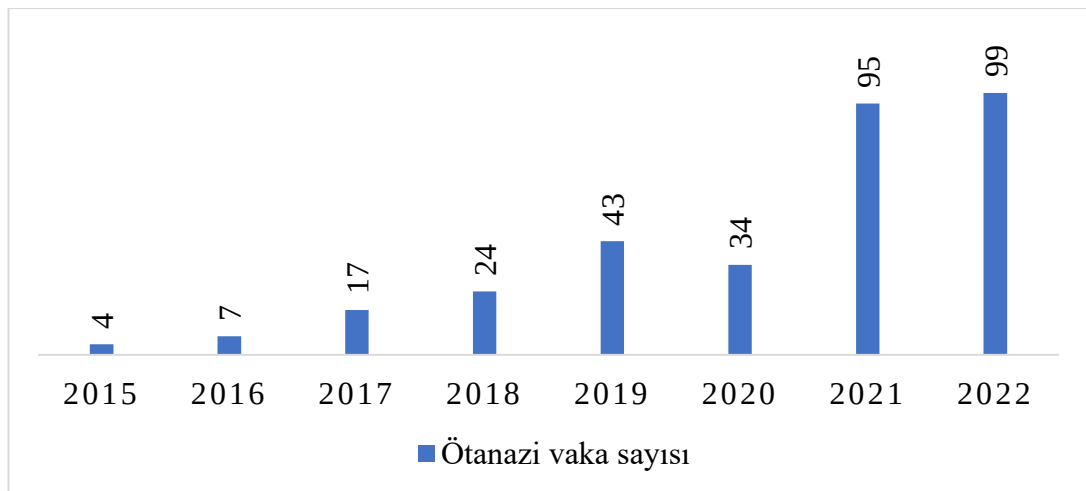
Kolombiya

Ötanaziyle ilgili kanuni bir düzenleme olmamakla birlikte, Kolombiya Anayasa Mahkemesi 1997 yılında, Ceza Kanunu'nda "merhamet amaçlı adam öldürme" olarak tanımlanan ötanazi uygulamasının koşullarını açıklamış ve bu koşullar altında herhangi bir ceza verilmeyeceğine hükmetmiştir. Tıbbi olarak doğrulanmış ilerlemiş, ilerleyici ve kontrol edilemeyen hastalığı olan, makul tedavi seçeneklerinin bulunmadığı, mevcut en iyi tedaviyi almasına rağmen fiziksel ve psikolojik acı çeken ve yaşam beklentisi 6 ay olan, karar verme kapasitesi yerinde olan hastalara, ikinci bir hekim görüşü alınarak ötanazi uygulanmasına izin verilmektedir (93-95).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yapılan yönetmelik düzenlemesi sonrasında ilk ötanazi yapılmıştır. 2017 yılında Anayasa Mahkemesi, ötanazi hakkını 6 yaş ve üzeri çocuklara genişletmiştir. 6-12 yaş arası çocuklar için psikiyatrik veya psikolojik bir değerlendirme ve ebeveyn onayı gereklidir (95, 96).

2021 yılında Anayasa Mahkemesi, ötanazi hakkının tedavi edilemez yaralanma veya hastalığı olan ve ölümcül hasta olmayan kişilere de genişletilmesine karar vermiştir. Bu karar, ötanaziye erişim kriterlerini daha da genişleterek daha fazla kişinin bu haktan yararlanmasını sağlamıştır (95, 97).

2015 yılında 4 ötanazi vakası ve 2022 yılında 99 vaka rapor edilmiştir (Şekil 6) (95).



Şekil 6. Kolombiya'da 2015-2022 yılları arasında ötanazi vaka sayıları (95).

Avustralya

1995 yılında Avustralya'nın Kuzey Bölgesi'nde ötanazi yasallaştırılmıştır, ancak 1997 yılında Avustralya parlamentosu ötanaziye yasaklamıştır. Dünyada ölme hakkıyla ilgili özel bir yasayla ölen ilk kişi 1995 yılında Kuzey Avustralya'nın Darwin kentinde yaşayan Bob Denttir (98). Avustralya da halen geçerli olan ötanazi ve DYİ (Voluntary Assisted Dying, VAD) ilk olarak 2017 yılında Victoria eyaletinde kabul edilmiştir (99, 100).

Devamında DYİ yasaları tüm eyaletlerde kabul edilmiştir. DYİ uygulaması Avustralya Başkent Bölgesi hariç başlamıştır. Avustralya Başkent Bölgesi'nde DYİ uygulaması 3 Kasım 2025'te başlayacaktır (11, 101).

Avustralya'da yasaları eyalet bazında düzenlenmiştir ve her eyalet kendi yasalarını uygulamaktadır. Mevcut yasallaştırılmış DYİ'a sahip tüm eyaletler ve bölgeler için bazı ortak gereklilikler ve süreçler bulunmaktadır. Uygun kişilerin 18 yaşında veya daha büyük olması, karar verme kapasitesine sahip olması, gönüllü olarak hareket etmesi ve 6 veya 12 ay içinde ölüme neden olabilecek terminal bir tıbbi duruma sahip olması gerekmektedir. Nörodejeneratif koşullar, altı aylık kuralın istisnasıdır ve 12 ay içinde ölmesi beklenen tüm hastaların başvurmasına izin veren Queensland hariç tutulur. Victoria, Güney Avustralya (SA) ve Tazmania'da hastalığın tedavi edilemez olması gerekmektedir ve Tazmania'da hastalığın geri döndürülemez olması şartı bulunmaktadır (11, 101).

Bir kişinin DYİ'ı en az üç kez talep etmesi ve en az iki yetkili uygulayıcı tarafından uygunluk için değerlendirilmesi gerekmektedir. Yalnızca Avustralya vatandaşları veya daimi ikamet edenler uygundur. Tazmania, Queensland ve Yeni Güney Galler istisnalar sunar. Çoğu eyalet en az 12 aylık eyalet ikameti gerektirir. DYİ kendi kendine veya uygulayıcı tarafından yönetilebilir. Victoria, Güney Avustralya ve Tazmania'da DYİ, kişi aciz olmadığı sürece kendi kendine yönetilmelidir. Queensland, Batı Avustralya ve Yeni Güney Galler'de hangi sürecin kullanılacağı hastanın kararıdır (11, 101).

Süreç eyaletler arasında biraz farklılık gösterse de, genel olarak benzer kalmaktadır. Bir kişi uygun bir tıbbi uygulayıcıdan DYİ talep eder. Aynı uygulayıcı, DYİ için

uygunluk değerlendirmesi yapar. İkinci bir tıbbi uygulayıcıda uygunluk değerlendirmesi yapar. Kişi, DYİ talebini yazılı olarak yineler. Kişi, DYİ için son talebini yapar. Yetkililer, DYİ'ı onaylar. Uygun bir sağlık uygulayıcısı, DYİ ilacını reçete eder ve dağıtır. Kişi, DYİ ilacını kendisi alabilir veya bir sağlık uygulayıcısı tarafından verilir (11, 101).

Sağlık alışanlarının hak ve yükümlölükleri eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Victoria ve Güney Avustralya 'da tıp doktorları DYİ konuşması başlatamazken, Batı Avustralya, Tazmania, Queensland ve Yeni Güney Galler uygulayıcıların konuşmayı başlatmasına izin verir, ancak diğer tedavi seçeneklerini de tartışmaları gerekmektedir. Tazmania ve Yeni Güney Galler'de diğer kayıtlı sağlık uygulayıcıları da konuşmayı başlatabilir, ancak hastanın daha fazla ayrıntı için bir tıp doktoruyla konuşması gerektiğini belirtmelidirler. Tüm sağlık profesyonelleri, DYİ hizmetlerine katılmaya vicdani olarak itiraz edebilir. Ancak Batı Avustralya, Queensland ve Tazmania'da hizmetlerin nerede aranabileceğine dair iletişim bilgilerini sağlamaları gerekmektedir (11, 101).

Victoria, Avustralya'da hala geçerli olan DYİ yasasını başarıyla geçen ve yürürlüğe koyan ilk eyalettir. Yasa 19 Haziran 2019'da yürürlüğe girmiştir. Uygulamanın ilk 3 yılında 604 kişinin ölümüne yardım edilmiştir (102).

Batı Avustralya'da DYİ mevzuatı Temmuz 2021'de yürürlüğe girmiştir. 12 aylık dönemde, 190 kişi DYİ ilacını uygulanmıştır ve Batı Avustralya'daki tüm ölümünün toplam %1,1'ini oluşturmuştur (101).

İspanya

İspanya Kongresi 2021 yılında Organik Kanun ile 18 yaşından büyük hastalarda DYİ ve ötanaziyi yasalaştırmıştır. Bu yasa, ciddi ve tedavi edilemez hastalıklar veya dayanılmaz acılar çeken hastaların talebi üzerine uygulanmaktadır (93).

2021 Haziran'dan 2022 Aralık'a kadar toplam 370 ötanazi gerçekleştirilmiş olup, bu ölümünler 2022 yılındaki tüm ölümünün %0,64'ünü oluşturmuştur (103).

Yeni Zelanda

Yeni Zelanda'da ötanazi, 7 Kasım 2021'de yürürlüğe giren Yaşam Sonu Tercih Yasası (End of Life Choice Act 2019) ile yasal hale gelmiştir. Bu yasa, ölümcül bir hastalık nedeniyle dayanılmaz acı çeken ve hayatlarına son vermek isteyen bireyleri kapsar. Yardımlı ölüme erişim için belirlenen sıkı uygunluk kriterleri mevcuttur. 6 ay içinde yaşamlarının sona ermesi beklenen ölümcül hastalığa sahip 18 yaş ve üstü Yeni Zelandalılar, bu hizmetten yararlanabilirler (104).

Yardımlı ölüm süreci, belirli adımları, tıbbi değerlendirmeleri ve önemli korumaları içerir. Bu süreçler, bireylerin kararlarını başka birinin baskısı olmadan, kendi iradeleriyle verebilmelerini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Hizmetin ve uygunluk kriterlerinin detayları, 2019 Yaşam Sonu Tercih Yasası'nda belirtilmiştir. Yardımlı Ölme Hizmeti, Sağlık Bakanlığı (Manatū Hauora) tarafından denetlenmektedir (104).

Yasanın yürürlüğe girmesinden itibaren, 7 Kasım 2021 ile 6 Kasım 2022 tarihleri arasında 257 kişi yardımlı ölüm yoluyla yaşamına son vermiştir. 7 Kasım 2022 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında ise 430 kişi bu hizmetten faydalanmıştır. 1 Ocak 2024 ile 31 Mart 2024 tarihleri arasında ise 88 kişi yardımlı ölümle hayatını sonlandırmıştır (105).

Ekvador

7 Şubat 2024'te Ekvador Anayasa Mahkemesi, amiotrofik lateral skleroz (ALS) hastalığı olan bir hastanın ötanazinin suç olmaktan çıkarılması yönündeki talebini kabul etmiştir ve Ulusal Meclis'e bu usulü düzenleyen bir yasayı bir yıl içinde çıkarmasını emretmiştir. Böylelikle ötanaziyi suç olmaktan çıkaran ikinci Latin Amerika ülkesi olmuştur (10).

2.2.6. Ötanazi uygulama yöntemleri

Hastanın başvurusu ve başvurusunun değerlendirilmesi sonucunda ötanazi uygulamasına geçilir (106-108).

Ötanazi, genellikle intravenöz (damar içi) bir yol kullanılarak uygulanır. Birinci aşamada presedasyon amacıyla hastaya genellikle hafif bir sakinleştirici verilir. Bu

ilaç, hastayı rahatlatır ve stresini azaltır. Sıklıkla midazolam gibi benzodiazepinler kullanılır. İkinci aşamada bilinç kaybı amacıyla anestezi verilir. Bu ilaçlar hastayı derin bir komaya sokar. Hastanın bilincini tamamen kapatır ve ağrı hissetmesini engeller. Genellikle propofol veya tiopental gibi hızlı etkili barbitüratlar kullanılır. Üçüncü aşamada hastanın solunumunu durdurmak için bir kas gevşetici ilaç enjekte edilir. Hastanın bilincini tamamen kapatır ve ağrı hissetmesini engeller. Yaygın olarak kullanılan ilaçlardan biri rokuronyum ya da vekuronyum gibi nöromusküler blokaj yapan maddelerdir. Dördüncü aşamada kalbin durdurulması amacıyla bupivakain verilebilir, ancak genellikle solunumun durmasıyla kalp de doğal olarak durur. Ölüm gerçekleştikten sonra, doktor resmi ölüm belgesini hazırlar ve gerekli mercilere bildirir (107).

DYİ da genellikle 100 mL'de bir karıştırma solüsyonu ve tatlandırıcı ile çözülmüş 15.000 mg pentobarbital içeren sıvı kullanılır (106-108).

Ölüm gerçekleştikten sonra, doktor resmi ölüm belgesini hazırlar ve gerekli mercilere bildirir (106-108).

2.3. Ahlaki, Dini, Felsefi ve Sosyal Açıdan Ötanazi

2.3.1. Dini açıdan ötanazi

Ötanazi ve DYİ dini inançlarla oldukça yakın bir ilişki içindedir. Araştırmalar, dindarlığın, ötanazi ve DYİ'nin yasallaştırılmasına karşıtlığın temel etmenlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (109). Ötanazi ve DYİ'nin yasal olduğu ülkeler genellikle daha laik ve ateist eğilimlere sahiptir ve bu bölgelerdeki dindar bireyler, dünyanın diğer kısımlarındaki dindarlarla kıyaslandığında, dinlerini daha az önemli bulmaktadırlar (110, 111). Ölümden sonra yaşam inancına sahip olan bireylerin, bu inanca sahip olmayanlara göre ötanaziye daha fazla karşı çıkma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir (112, 113).

İnanan sayısı açısından dört din öne çıkmaktadır: Hristiyanlık, İslam, Hinduizm ve Budizm (114). Dört ana dünya dininin DYİ ve ötanaziye karşı olumsuz görüşleri kutsal metinleri, akademisyenleri ve resmi organları tarafından desteklenmektedir. Bu dinler, ötanazi ve DYİ'nin yasal olduğu laik ve ateist toplumlardaki destekle doğrudan çelişir, çünkü bu dinler ahlaki değerleri genellikle dışsal bir otoriteye dayandırır (115).

Örneğin, İslam ve Hristiyanlıkta bu otorite Tanrı iken, Hinduizm ve Budizm'de hakem, evrensel bir kozmik güç veya Dharma bu rolü üstlenir. Bu, dini toplulukları, ahlaki kararlarını bu yüksek güçlere dayandırma eğiliminde olmaları yönünde yönlendirir ve her dört din de başka bir canlıyı kasıtlı olarak öldürmenin ahlaken yanlış olduğu konusunda katı bir tutum sergiler (110).

Bu dinlerin ötanaziye karşı tutumu, ölümden sonra yaşamın devamına olan inançlarıyla da pekiştirilir. Örneğin, İslam ve Hristiyanlık ölümden sonra cennet veya cehennemde yaşamaya devam edileceğini öğretirken, Hinduizm ve Budizm'de ise ruhun yeniden doğuşu esastır. Bu inanç sistemlerine göre, bir kişinin ölümden sonraki varoluşu, onun bu dünyadaki davranışlarına bağlı olarak şekillenir ve genellikle yaşamın sonlandırılmasına yönelik müdahaleler, ölümden sonra olumsuz sonuçlar doğurabileceği gerekçesiyle reddedilir. Dini öğretiler, özellikle kişinin öbür dünyadaki kaderini etkileyebilecek eylemleri üzerinde titizlikle durur (110).

2.3.2. Felsefi açıdan ötanazi

Ötanazi, insanlık tarihinin en eski felsefi ve etik tartışma konularından biridir. Antik Yunan ve Roma dönemlerinden itibaren filozoflar, yaşamın değeri, bireysel özgürlükler ve ahlaki sorumluluklar çerçevesinde ötanaziye ele almışlardır. Bu tartışmalar, felsefi düşüncenin evrimi içinde çeşitli perspektifler sunarak günümüze kadar süregelmiştir (8, 116-123).

Pythagoras, yaşamın kutsallığını vurgulayan ve ilahi iradeye saygıyı ön planda tutan bir yaklaşımla, ötanaziye karşı çıkmıştır. Pythagoras'a göre, Tanrı bir bireyin yaşamını istemişse, bu yaşamı sonlandırmak insana düşmezdi. Ruhun, Tanrı tarafından belirlenen süresini tamamlamadan bedenden ayrılması büyük bir günah olarak görmüştür. Bu görüş, Pythagoras'ın dini nedenlerle ötanaziye karşı olduğu sonucunu doğurur (117). Platon, "Devlet" adlı eserinde, sağlık sorunları nedeniyle yaşam kalitesi düşen bireylerin ölüme terk edilmesi gerektiğini ima eder. Bu yaklaşım, bireyin acı dolu ve kalitesiz bir yaşam sürmesinin önlenmesi gerektiğini savunur. Öte yandan, "Kanunlar" adlı kitabında, belirli şartlar altında akılcı intihar yöntemlerini tartışarak farklı bir perspektif sunar (118). Hipokrat, yaşamın doğal olmayan yollarla sonlandırılmasına karşı çıkan bir duruş sergilemiştir. Hipokrat Yemini, günümüzde de hekimlik mesleğinin temel etik kurallarından biri olarak kabul edilmektedir ve

ötanaziye karşıdır. Ancak, “The Art” adlı eserinde, ölümcül hastalığı olan bireylerin tedavi edilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Hipokrat’ın pasif ötanaziyi kabul etmesinin nedeni, profesyonel etik veya doğanın kaçınılmaz sonuna saygı olabilir (119, 120). Aristoteles, sakat doğan çocukların aile ve toplum için büyük bir yük olduğunu savunmuş ve bu çocuklara ötanazi uygulanmasının yasal olması gerektiğini öne sürmüştür (119). Ancak, intiharı devlete karşı işlenen bir suç olarak görmüş ve bunu devletin yasalarına aykırı hareket etmek veya devlete saldırı olarak değerlendirmiştir (116). Sokrates ve Platon’un düşüncelerini derleyen diğer metinler, ağır hastalık durumunda yaşamın sonlandırılmasının anlaşılır bir seçenek olduğunu belirtir. Buna karşın, Pythagorasçılar, Aristotelesçiler ve Epikurosçular, ötanazi ve intiharı sert bir şekilde kınamışlardır. Stoacılar, bilginin dayanabileceği sınırları aşan acılar nedeniyle kendisini hayattan ayırma hakkına sahip olduğunu savunmuşlardır (120). Seneca, ölümü seçmenin, bireyin hastalığın veya zulmün getirdiği acılardan kaçma özgürlüğü olduğunu düşünmüştür (121).

Roma İmparatorluğu döneminde, tıbbi gelişmelerin sınırlı olması nedeniyle, ölümcül hastaların intihar etmeleri kabul edilebilir bir neden olarak görülüyordu. Ancak, Katolik Kilisesi’nin yükselişiyle bu tutum değişmiştir. İntihar edenler toprağa gömülmekten mahrum bırakılmışlardır. Aziz Augustine, intiharı ahlaki açıdan iğrenç bir eylem olarak nitelendirmiştir (120).

Orta Çağ boyunca bu katı tutum devam etmiştir, ancak Rönesans ile birlikte bilim ve felsefenin yeniden canlanması, eski filozofların düşüncelerinin yeniden değerlendirilmesine yol açmıştır. Thomas More, “Ütopya” adlı eserinde, ideal bir toplumda ölmekte olanlara gerekli bakımın verilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca, olağanüstü acı çeken bireyler için, yalnızca hastanın onayı ile, yiyecekten mahrum bırakma veya öldürücü ilaç verme yoluyla acının sona erdirilmesini önermiştir (120).

Bacon ise modern anlamda ötanaziyi ilk kez tanımlamış ve hekimin yalnızca tedavi etmekle değil, aynı zamanda hastaya rahat bir ölüm sağlamakla da sorumlu olduğunu belirtmiştir. Bacon, ötanaziyi içsel (ruhun ölüme hazırlanması) ve dışsal (bedenin ölüme hazırlanması) olarak ikiye ayırmıştır (8, 122).

John Locke, insan hayatının devredilemez bir hak olduğunu savunmuş, bu nedenle yaşamın ne alınabileceğini ne de gönüllü olarak verilebileceğini belirtmiştir (123).

2.3.3. Sosyal açıdan ötanazi

Ötanazi, örgütlü sivil toplum modeliyle hareket eden ülkelerde birçok sivil toplum kuruluşu tarafından desteklenmektedir. İlk ötanazi cemiyetleri 1930'lu yıllarda kurulmuş olup, 1970'li yıllardan itibaren çeşitli ülkelerde hızla artış göstermiştir. Bu derneklerin ortak amacı; etik sorunları açıklığa kavuşturmak, kişilerin ölüm şartlarını iyileştirmek ve yaşamlarının sonuna kadar kendi kararlarını verme hakkını korumaktır. İngiltere'de 1935'de Doktor Millard tarafından kurulmuş olan "Gönüllü Ötanazi Cemiyeti" ötanazi cemiyetlerinin en eskisidir. Derneğin bir toplantısında şifası olmayan ölümcül ve ızdıraplı hastalığa yakalananlara gerekli tedbirler alınması sonrası ötanazi uygulanmasının arzu edilen bir işlem olduğu kararı verilmiş olup, hukukçuların yardımı ile yasa taslağı hazırlanmıştır. 1938 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulan "Amerika Ötanazi Cemiyeti" ise ikinci önemli dernektir. 1946'da Amerikan Ötanazi Cemiyeti başkanı Doktor Rob Dickinson tarafından hazırlanan ve 1500 doktor ve rahip tarafından desteklenen kanun tasarısı New York Eyalet Meclisi'ne sunulmuştur. İstemli aktif ötanaziye yasalaştırma konusunda yoğun bir çaba sarf eden ancak başarılı olamayan her iki cemiyetin faaliyetleri 2. Dünya Savaşı'nın başlaması ile birlikte önemini yitirmiştir (124, 125).

Yirminci yüzyılın son çeyreğinden itibaren Hollanda'da hem aktif hem de pasif ötanaziye, ABD'de ise sadece pasif ötanaziye izin verilmeye başlanmıştır. Bu dönemde Hollanda ve Belçika ötanaziye hukuka uygun hale getiren yasalar çıkarmışlardır. Belçika'da 1980'li yıllarda palyatif bakım tartışılmaya başlanmış ve bu tartışmalarda ötanazinin palyatif bakımın bir parçası olduğu sağlık profesyonelleri tarafından savunulmuştur. Hollanda hukukunda ötanaziye ilişkin ilk belirgin gelişme 1973 tarihli bir mahkeme kararı ile başlamış ve konuya ilişkin bilimsel ve sosyal tartışmalar hızlanmıştır. Bu davada bir pratisyen hekim Doktor Andries Postma serebral hemorajili, paraplejik, sağır ve konuşma zorluğu olan annesinin yaşamını sona erdirmekten yargılanmıştır. Hollanda'da 1976 yılında "Ötanazi Cemiyeti" kurulmuş, bu cemiyet 1994 yılında gönüllü aktif ötanaziye kendi bünyesinde etik olarak kabul etmiştir. Bu gelişmeler üzerine 2000 yılında referandum yapılmış 2001 yılında bir

kanun ile aktif ötanazi ile ilgili yasal düzenleme yapılmıştır (126). Bu gelişmelere paralel olarak 1988 yılında “Dünya Ötanazi Birliği” kurulmuş, 1992’de de Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tabip Birlikleri ile Roma’da yapılan toplantıda tedavisi mümkün olmayan hastaların onurlu ölüm hakkına sahip oldukları düşüncesi bilimsel, tıbbi ve etik açıdan kabul görmüştür (127).

2.3.4. Kaygan yokuş argümanı

Kaygan yokuş argümanı, kötü sonuçlar doğurabilecek bir durum veya uygulamanın kabul edilmesi durumunda, bu adımı daha fazla kabul edilemez adımların takip edeceğini ve sonuç olarak başlangıçtan daha kötü bir duruma ulaşılabileceğini ifade eder (128). Bu argüman, genellikle bir kanuna yönelik bir istisnayı, başlangıçta kabul edilemeyecek bir noktaya ulaşıncaya kadar daha fazla istisnanın takip edeceğini öne süren karmaşık bir hukuki ve felsefi kavramdır. Bir ötanazi çeşidinin kabul edilmesinin, daha az kabul edilebilir diğer ötanazi çeşitlerinin de kabul edilmesine yol açabileceği öne sürülmektedir. DYİ ve ötanazinin başlangıçta sadece son çare olarak düşünülmesine rağmen, zamanla daha yaygın olarak kullanılabileceği, hatta ilk seçenek olabileceği iddia edilir. Bu eğilimi destekleyenler, doktor yardımlı intihara izin verildiğinde bunu gönüllü ötanazinin takip edeceğini, gönüllü ötanaziye istem dışı ötanazinin ve nihayetinde istemsiz ötanazinin izleyeceğini savunurlar. Ayrıca, gönüllü ötanazinin palyatif bakıma alternatif olarak daha erken bir aşamada tercih edilmesine yönelik bir eğilim olacağını öne sürerler (129).

Hollanda’da, başlangıçta ölümcül hastalık aşamasındaki bireylerin ötanazisinden kronik hastalığı olanlar için ötanaziye, fiziksel hastalıklardan zihinsel hastalıklara, zihinsel hastalıklardan psikolojik sıkıntı veya zihinsel acıya izin verilmiş ve nihayetinde sadece 75 yaşın üstündeki ve yaşamaktan yorgun olan kişilere ötanaziye izin verilmesi tartışılmaya başlanılmıştır. Hollanda’da ötanazi protokolleri, bilinçli hastaların açık rızasını gerektiren durumlardan, bilincini yitirmiş ve rıza veremeyen hastaları da kapsayan durumlara doğru evrilmiştir (130, 131).

Ek olarak başka bir sorunda yasalar ve koruma önlemleri sayesinde bazı hukuki durumların ve soruşturmaların daha kolay atlatılabilir olacağı, böylece yasaların çiğnenmesine yönelik eğilimin artacağı ve ötanazi yapılacak hasta seçiminde yasal prosedürün gerekliliklerine uyulmayacağıdır. Hollanda’da Yüksek Mahkeme’nin 1984

yılında DYİ ve gönüllü ötanaziyi yasal ilan etmesinden bu yana doktorların temel yasal güvenlik tedbirlerini ihlal ederek, binlerce vakayı yetkililere bildirmedikleri ve binlerce hastaya açık bir talep olmaksızın ölümcül enjeksiyon yaptıkları, inceleme komiteleri tarafından kanunun ihlali nedeniyle savcılara yapılan yönlendirmelerin nadir olduğu ve kovuşturmaların daha da nadir olduğu bildirilmiştir (132). Hollanda da 2005 yılında ötanazi veya DYİ nedeniyle toplam 2410 ölüm rapor edildiği, 560'tan fazla kişiye (tüm ölümlerin %0,4'ü) açık rıza olmaksızın öldürücü maddeler uygulandığı görülmüştür (133).

Belçika'da yapılan bir çalışmada ötanazi uygulamasının yalnızca doktorlar tarafından yapılması gerekmesine rağmen, ötanazi vakalarının %12'sinde yaşamı sonlandıran ilaçların hemşireler tarafından uygulandığı ve açık bir talep olmaksızın yardımlı ölüm vakalarında oranın %45'e çıktığı bildirmiştir (134). Ayrıca, Belçika'da bazı yoğun bakım uzmanlarının ölümcül olmayan hastalar için ötanazi uygulamadan önce 1 aylık bekleme süresini göz ardı ettiği rapor edilmiştir. Bir uzman, "umutsuz" durumda görünen hastaların kendi ünitesine kabulünden ötanaziye kadar geçen ortalama sürenin yaklaşık 3,5 gün olduğunu bildirmiştir (135). Ancak Belçika'da daha fazla soruşturma yapılmak üzere adli makamlara herhangi bir ötanazi vakası gönderilmemiştir (136).

Oregon yasalarına göre hastanın, depresyon dahil muhakeme yeteneğinin bozulmasına yol açabilecek bir psikiyatrik bozukluğu olduğuna dair endişe varsa, hastanın bir psikolog veya psikiyatriste yönlendirilmesi gerekmektedir. Ancak Oregon'da DYİ'a erişen hastaların önemli bir kısmında tanı konmamış depresyon bulunduğunu bildirilmiştir (137). Oregon da 2020 yılında, DYİ'a erişen hastaların %90'ından fazlasının iki ana nedeninin ağrı veya ıstırap değil, özerkliği kaybetmek ve hayatı keyifli hale getiren faaliyetlere daha az katılabilmek olduğunu ortaya koymuş, yarıdan fazlası aile, arkadaşlar ve bakıcılar üzerinde bir yük hissetmemek için ötanaziyi tercih ettiği ve yalnızca %1,2'sinin psikolojik değerlendirmeye yönlendirildiği bildirilmiştir (138).

İsviçre örneğinde uzun vadeli verilerin incelendiği bir çalışmada zaman içinde DYİ vakalarının sayısında net bir artış olduğu, vakaların yaklaşık %40'ında yaşam sonunun yakın olmadığı ve dolayısıyla DYİ'nin temel kriterinin yerine getirilmediği görülmüştür. Bu durum, kaygan zemin argümanını desteklerken, tüm DYİ vakalarının

toplam sayısı içindeki bu vakaların yüzdesinin zaman içinde kabaca değişmeden kalması, kaygan zemin argümanına aykırı bir bulgu olarak değerlendirilmiştir (139).

Kanada'da zihinsel ıstırap için ötanaziye yasal olarak izin verilmemesine rağmen zihinsel ıstırap için ötanazi uygulandığı bildirilmiştir (140).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış olup Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.11.2023 tarih, B.30.2.ODM.0.20.08/574 sayılı onayı ile 29.11.2023-30.04.2024 tarihleri arasında anket uygulama yöntemiyle yapılmıştır. Anket formu çevrimiçi (sosyal medya ve e-mail) olarak Türkiye'deki tüm hekimlere ulaştırılmaya çalışılmıştır. Anket formu sosyal medya ortamında birer ay ara ile üç kez paylaşılmıştır ve sonrasında e-mail adreslerine ulaşılabilen 10911 hekime bir kez e-mail gönderilerek ankete katılmayan kişilerin katılması istenerek hatırlatma yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Türkiye genelinde çeşitli kamu ve özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimler oluşturmaktadır.

2022 sağlık istatistikleri yılına göre; 2022 yılında toplam 194.688 hekim görev yapmaktadır. Bu hekimlerin 98.304'ü uzman hekim, 53.697'si pratisyen hekim, 42.687'si asistan hekim ve 17.752'si öğretim üyesidir (141).

Örneklem seçiminde, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem sayısı %50 sıklık, %5 hata payı ve %95 güven aralığında 384 olarak bulunmuştur. Araştırmanın birincil sonlanım noktası olarak 400 bireye ulaşılması, ikincil sonlanım noktası olarak ulaşılabilen tüm hekimlere ulaşılmasına karar verilmiştir.

Anket formu literatür taranarak sosyodemografik özellikleri sorgulayan yedi soru, mesleki özellikler için iki soru, hekimlerin ötanazi tutum ve davranışlarını değerlendirmek için yirmi bir soru olmak üzere toplamda otuz soru ile hazırlanmıştır.

Belirtilen süreler içerisinde 2655 kişi anketi tamamlamıştır. “Yaşınız” sorusuna “19” cevabını veren bir katılımcı ile “Unvanınız” ve “Uzmanlık alanınız?” sorularına uyumsuz yanıt veren bir katılımcının anketi değerlendirme dışı bırakılmıştır. İstatistiksel analizler 2653 katılımcı üzerinden yapılmıştır. Katılımcıların “Hangi ilde yaşıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar Türkiye coğrafi bölgelerine göre kategorize edilmiştir.

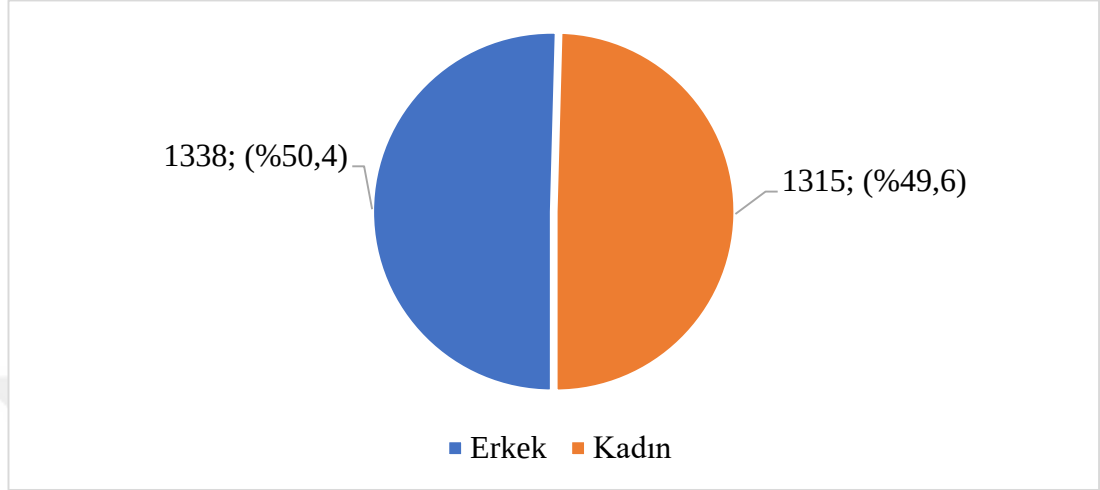
Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 istatistik paket programı, grafik çizimleri ise Microsoft Office Excel 2019 kullanılarak

yapılmıştır. İstatistiksel olarak; ölçümsel verilerin analizinde dağılımların uygunluğu testi, Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir ve verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki- Kare testi, bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

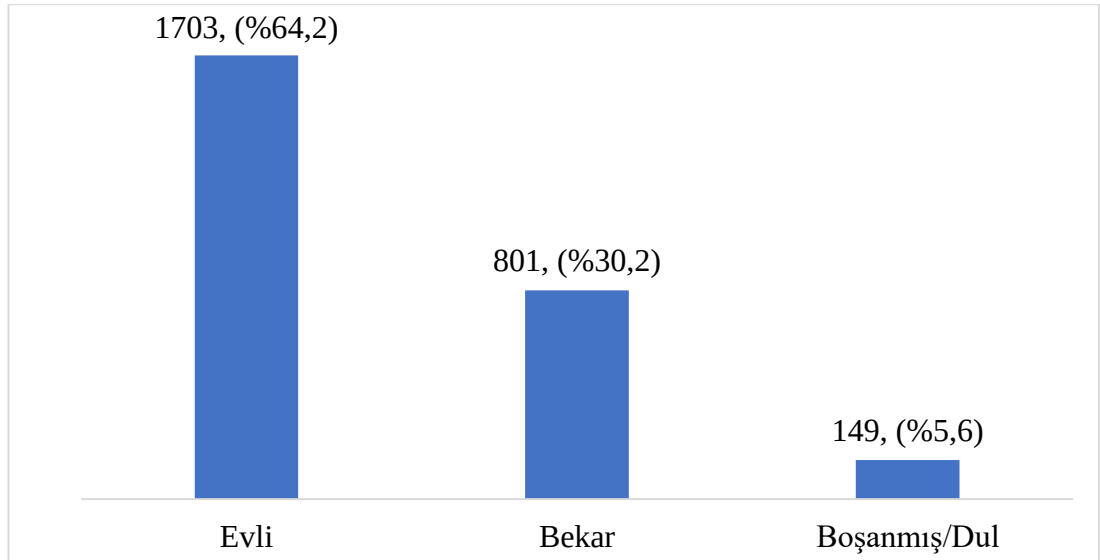
Araştırma grubunu oluşturan toplam 2653 katılımcının 1338 (%50,4)'ünü erkekler oluşturmaktadır (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları.

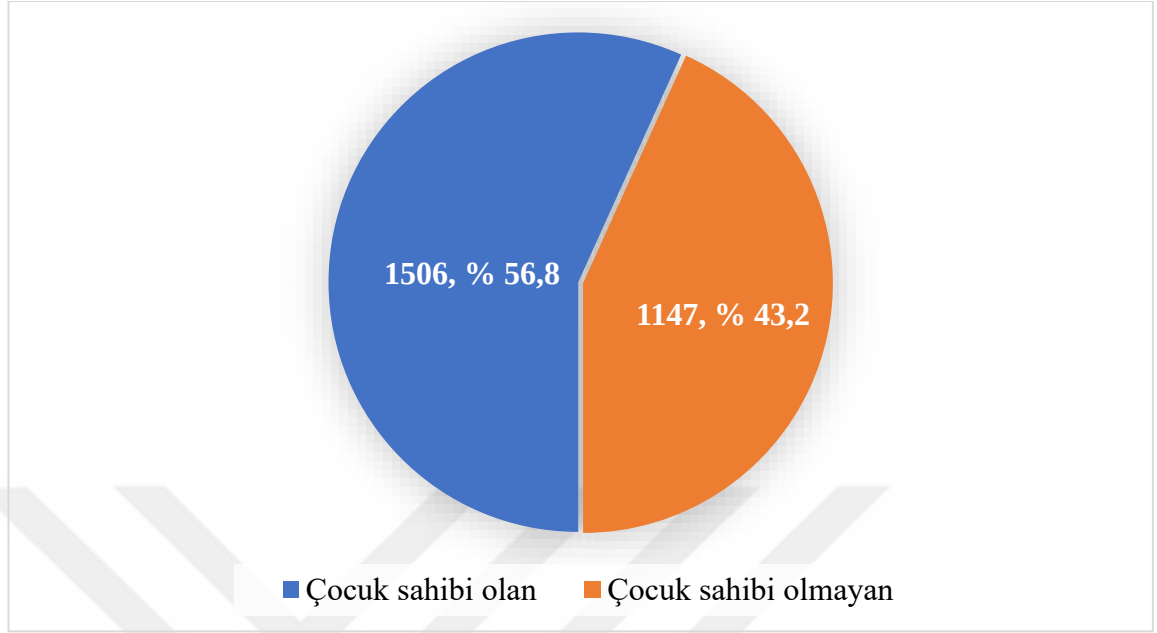
Katılımcıların yaş ortalaması $40,17 \pm 12,33$ yıl olup, kadın katılımcıların yaş ortalaması $38,73 \pm 12,27$ yıl, erkek katılımcıların ise $41,59 \pm 12,24$ yıl olarak belirlenmiştir.

Medeni duruma bakıldığında katılımcıların 1703 (%64,2)'ü evli olduğunu belirtmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı.

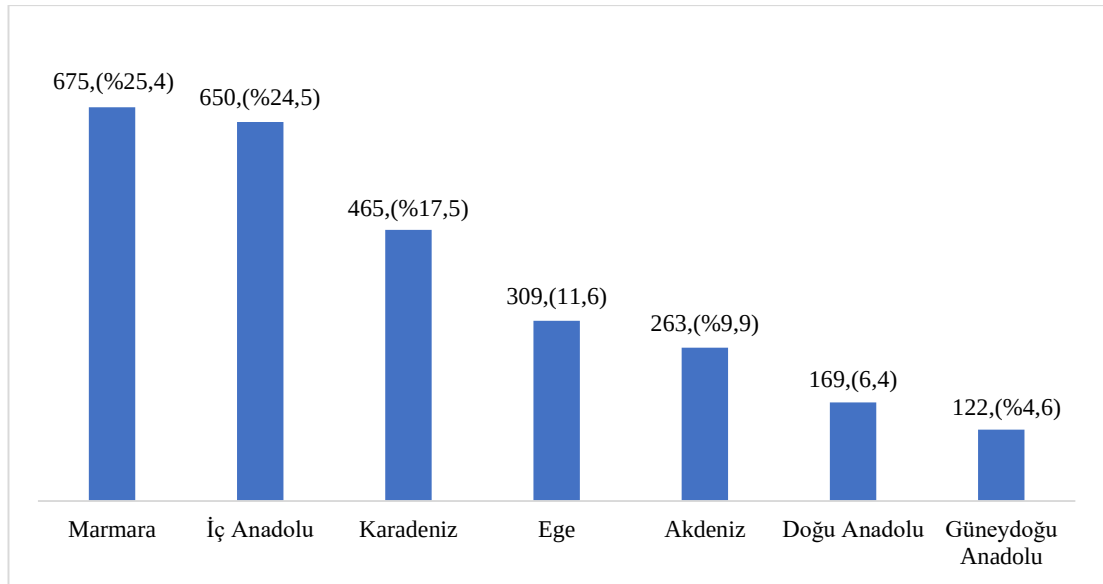
Katılımcıların 1506 (%56,8)'sının çocuğunun olduğu görülmüştür (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre dağılımları.

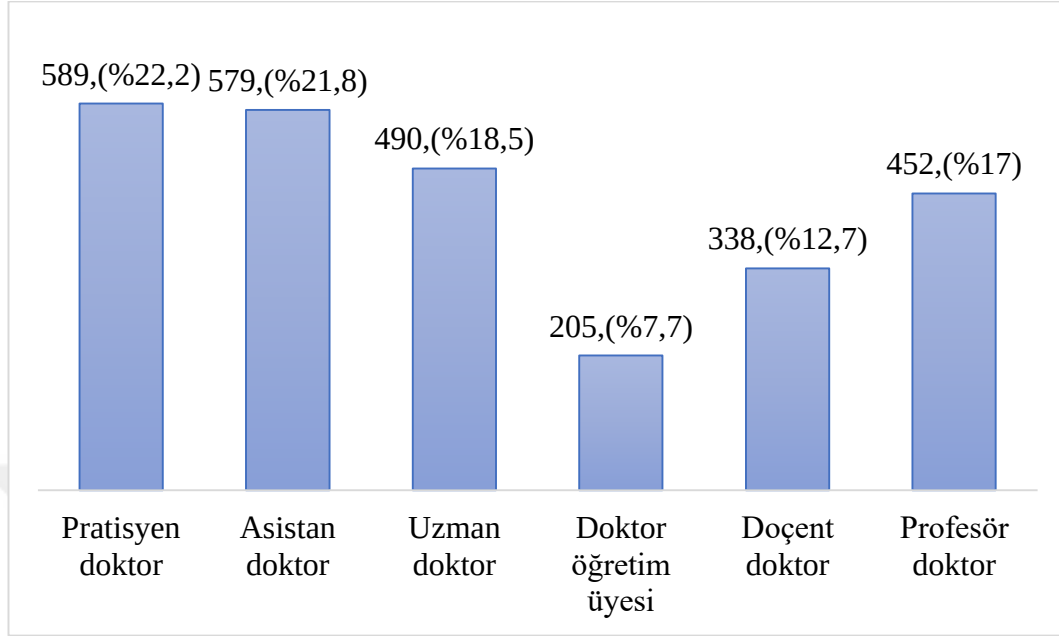
Katılımcıların 2059 (%77,6)'unun çekirdek aile yapısında, 506 (%19,1)'sının tek başına ve 88 (%3,3)'ünün geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların 675 (%25,4)'ünün Marmara bölgesinde, 122 (%4,6)'sinin Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür (Şekil 10).



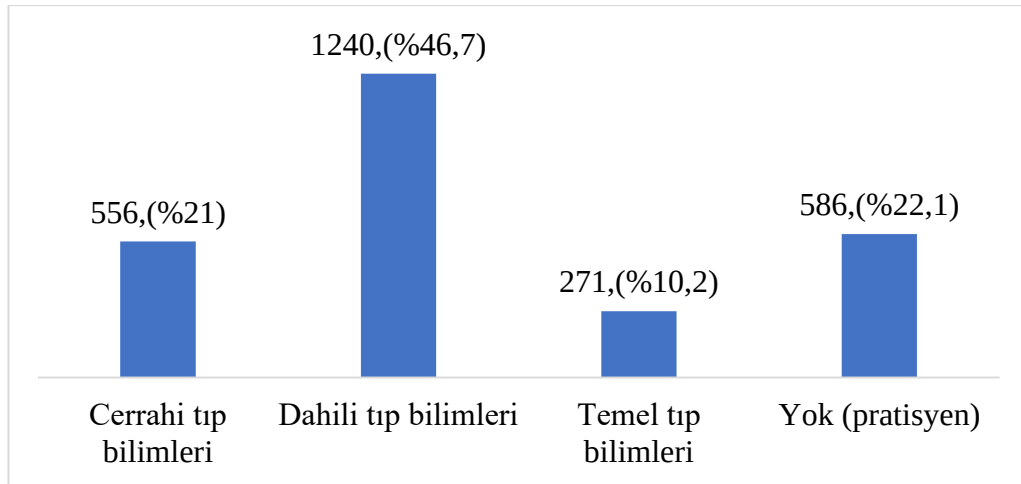
Şekil 10. Katılımcıların yaşadığı coğrafi bölgelere göre dağılımları.

Katılımcıların 589 (%22,2)'u pratisyen doktor, 205 (%7,7)' i doktor öğretim üyesi olduğu görülmüştür (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların unvanlarına göre dağılımı.

Katılımcıların 1240 (%46,7)'i dahili tıp bilimleri, 271 (%10,2)'i temel tıp bilimleri uzmanlık alanında çalıştıkları bulunmuştur (Şekil 12).



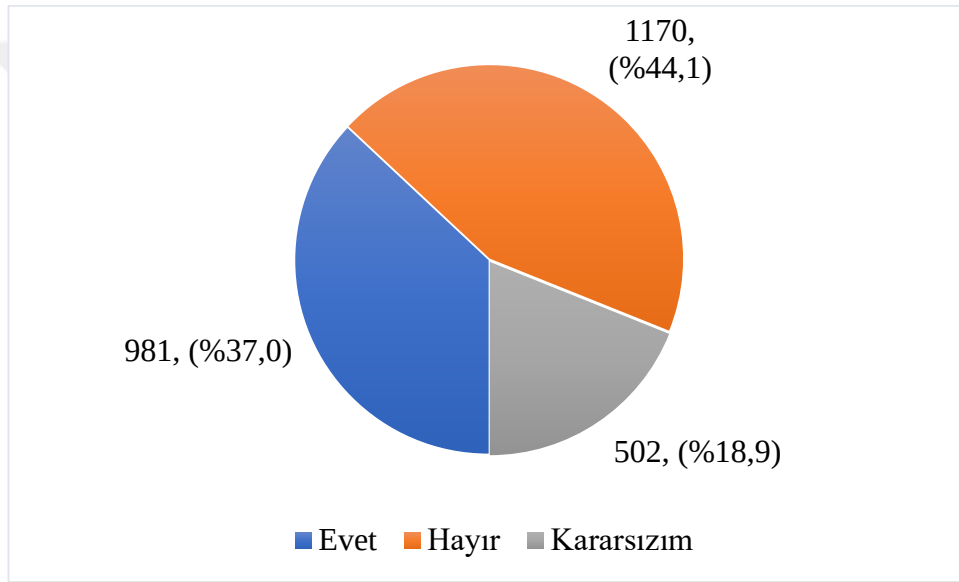
Şekil 12. Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre dağılımı.

Katılımcıların meslekteki yıl ortalaması $15,38 \pm 12,58$ olarak saptanmış olup, erkek katılımcıların meslekteki yıl ortalaması $16,66 \pm 12,53$, kadın katılımcıların meslekteki yıl ortalaması ise $14,08 \pm 12,49$ olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların 388 (%14,6)'i ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta bulunduğunu belirtirken, 2265 (%85,4)'i ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta bulunmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların 421 (%15,9)'i ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası bulunduğunu belirtirken, 2232 (%84,1)'si ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası bulunmadığını belirtmiştir.

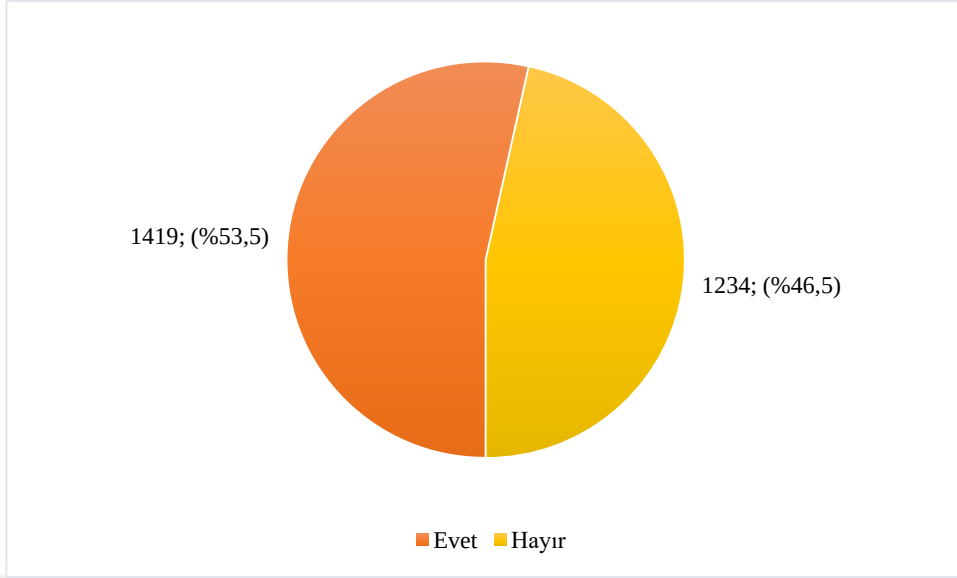
Katılımcıların 981 (%37)'i kendisini dindar olarak tanımlarken, 1170 (%44,1)'i dindar olarak tanımlamamakta ve 502 (%18,9)'si kararsız olduğunu belirtmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Katılımcıların kendilerini dindar olarak tanımlama durumuna göre dağılımı.

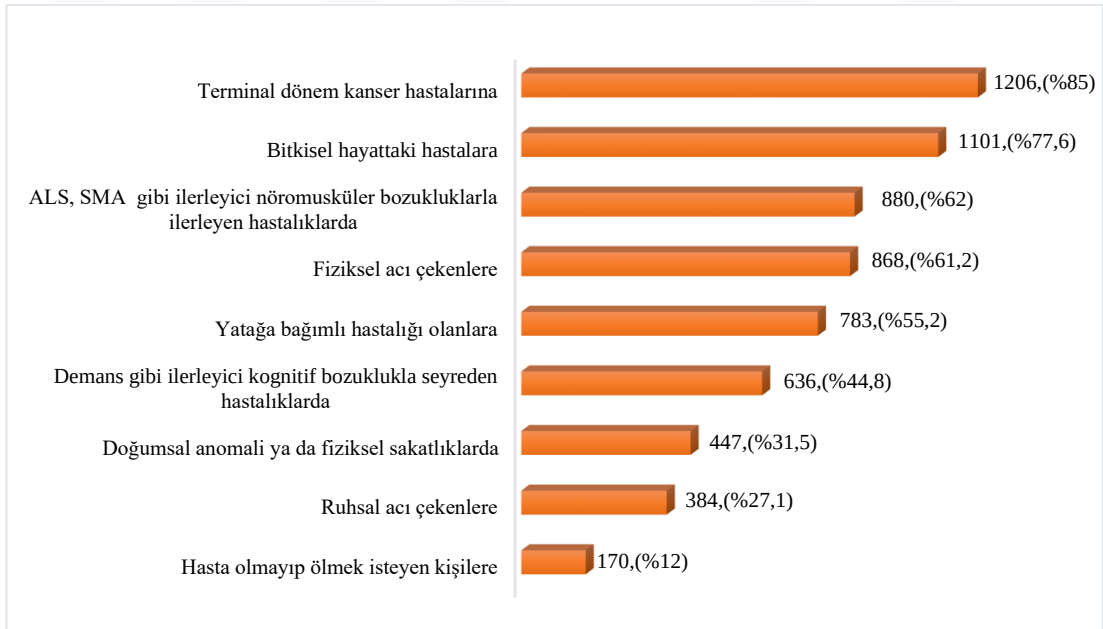
Katılımcıların %13,1'i (347 kişi) ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla hiç karşılaşmadıklarını, %45,5'i (1208 kişi) az karşılaştıklarını ve %41,4'ü (1098 kişi) sık karşılaştıklarını belirtmiştir.

Katılımcıların 1419 (%53,5)'u ötanazinin yapılması gerektiğini belirtirken, 1234 (%46,5)'ü ötanazinin yapılmaması gerektiğini ifade etmiştir (Şekil 14).



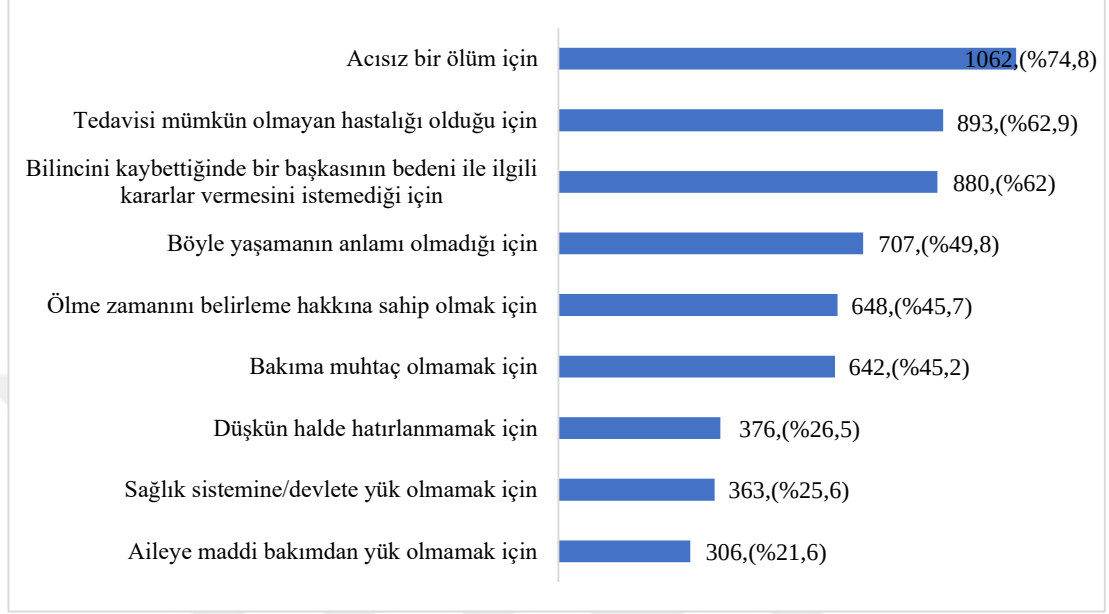
Şekil 14. Katılımcıların “Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?” sorusunun cevaplarına göre dağılımları.

Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Ötanazi hangi durumlarda yapılmalıdır?” sorusuna, katılımcıların 1206 (%85)’sı terminal dönem kanser hastalarına ve 170 (%12,0)’i hasta olmayıp ölmek isteyen kişilere yanıtını vermişlerdir (Şekil 15).



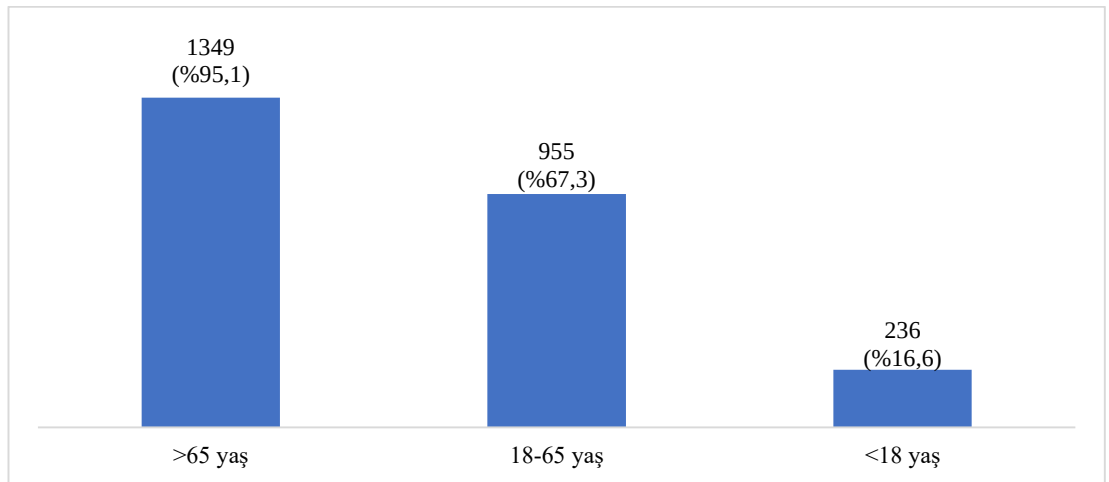
Şekil 15. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların "Ötanazi hangi durumlarda yapılmalıdır?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Ötanazi neden yapılmalıdır?” sorusuna, katılımcıların 1062 (%74,8)’si “Acısız bir ölüm için” ve 306 (%12,0)’sı “Aileye maddi bakımdan yük olmamak için” yanıtını vermişlerdir (Şekil 16).



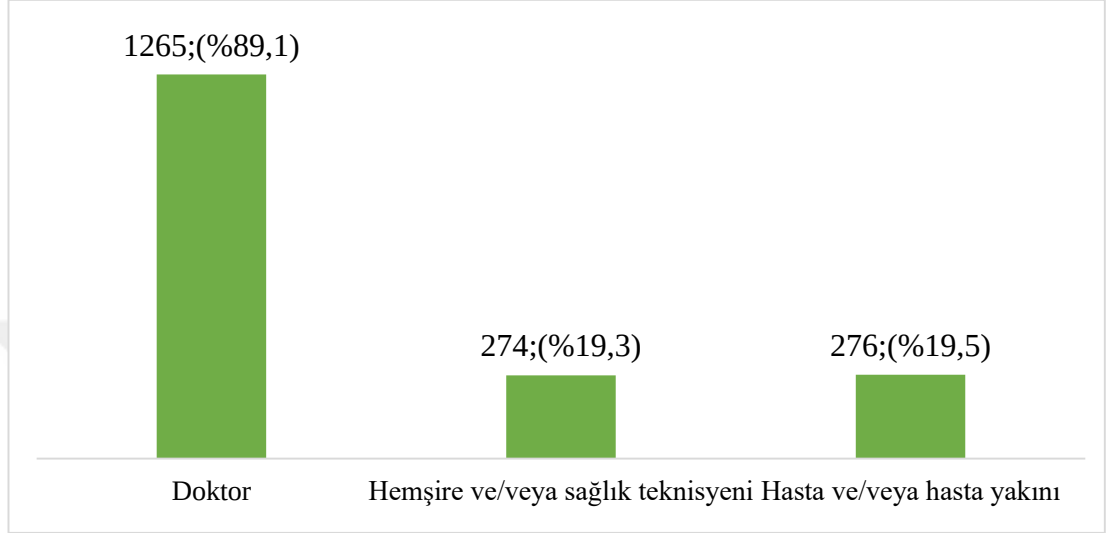
Şekil 16. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmalıdır?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Sizce hangi yaş grubu/gruplarına ötanazi yapılması kabul edilebilir?” sorusuna, katılımcıların 1349 (%95,1)’u 65 yaşından büyüklere ve 236 (%16,6)’sı 18 yaşından küçüklere yanıtını vermişlerdir (Şekil 17).



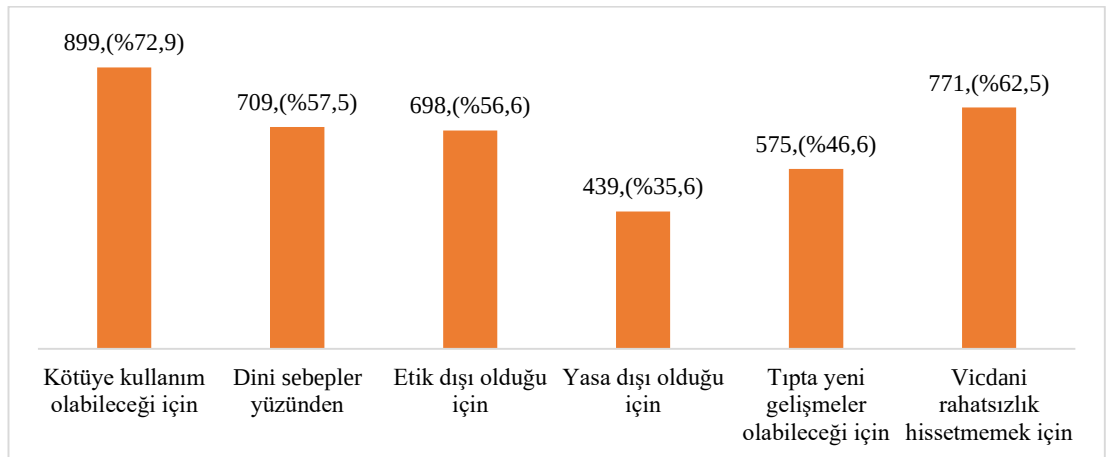
Şekil 17. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcıların "Sizce hangi yaş grubu/gruplarına ötanazi yapılması kabul edilebilir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Sizce ötanazi uygulamasını kimler yapmalıdır?” sorusuna, katılımcıların %89,1’i (1265) doktor, %19,3’ü (274) hemşire ve/veya sağlık teknisyeni ve %19,5’i (276) hasta ve/veya hasta yakını tarafından yapılması yanıtını vermiştir (Şekil 18).



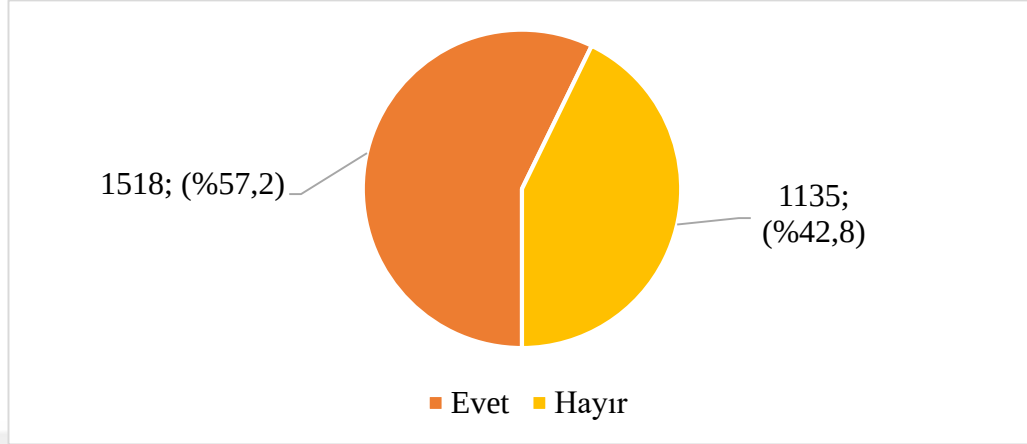
Şekil 18. Ötanazi yapılmalı diyen katılımcılara sorulan “Sizce ötanazi uygulamasını kimler yapmalıdır?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Ötanazi yapılmamalı diyen katılımcılara sorulan “Ötanazi neden yapılmamalı?” sorusuna, katılımcıların %72,9’u (899) kötüye kullanım olabileceği için, %35,6’sı (439) yasa dışı olduğu için yanıtını vermiştir (Şekil 19).



Şekil 19. Ötanazi yapılmamalı diyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmamalı?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı.

Katılımcıların 1518 (%57,2)'i pasif ötanazi yapılmalı, 1135 (%42,8)'i pasif ötanazi yapılmamalı yanıtını vermiştir (Şekil 20).

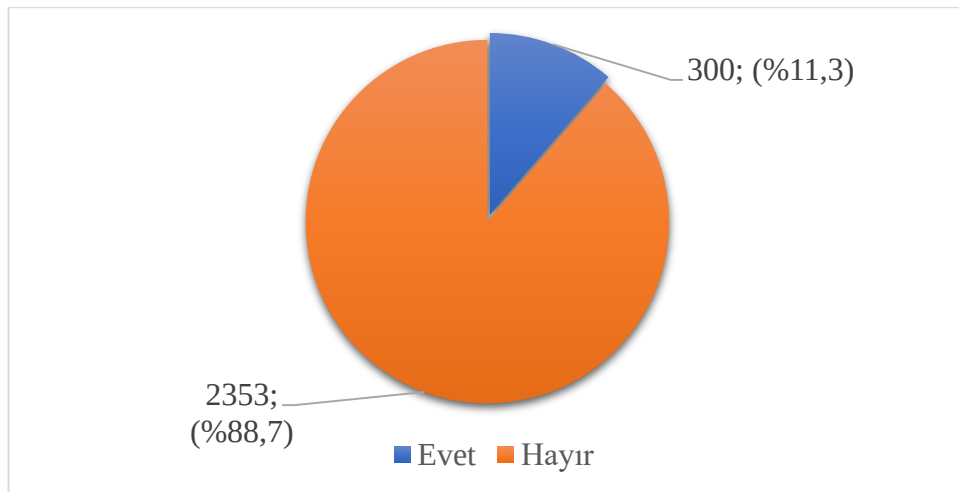


Şekil 20. Katılımcıların pasif ötanazi yapılmalı/yapılmamalı cevaplarına göre dağılımı.

Katılımcıların 1374 (%51,8)'ü ülkemizde pasif ötanazi uygulandığını düşünürken, 1279 (%48,2)'u ülkemizde pasif ötanazi uygulanmadığını düşündüğünü belirtmiştir.

“Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi? ya da benzer bir yaklaşımınız oldu mu?” sorusuna katılımcıların 1544 (%58,2)'ü hayır, 1109 (41,8)'u evet yanıtını vermiştir.

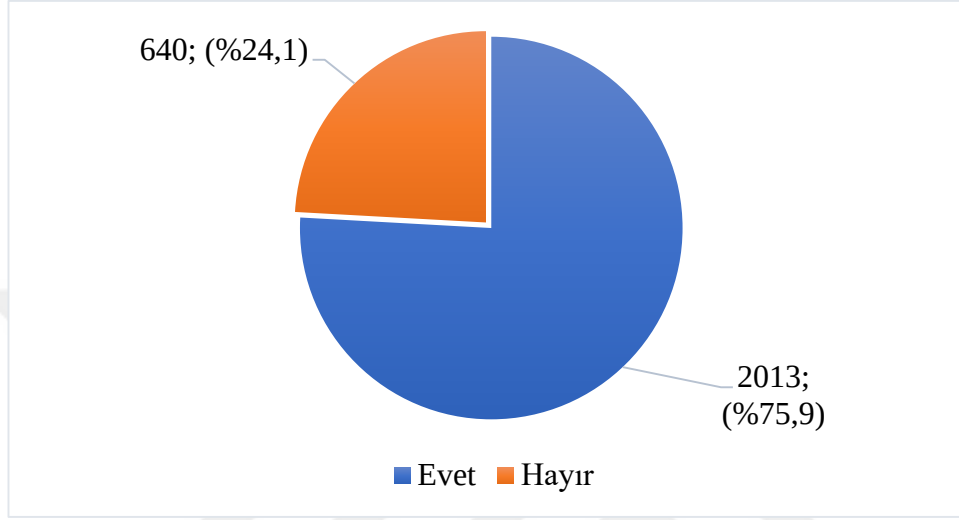
“Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?” sorusuna katılımcıların 300 (11,3)'ü evet, 2353 (88,7)'ü hayır yanıtını vermiştir (Şekil 21).



Şekil 21. Katılımcıların “Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?” sorusunun cevaplarına göre dağılımı.

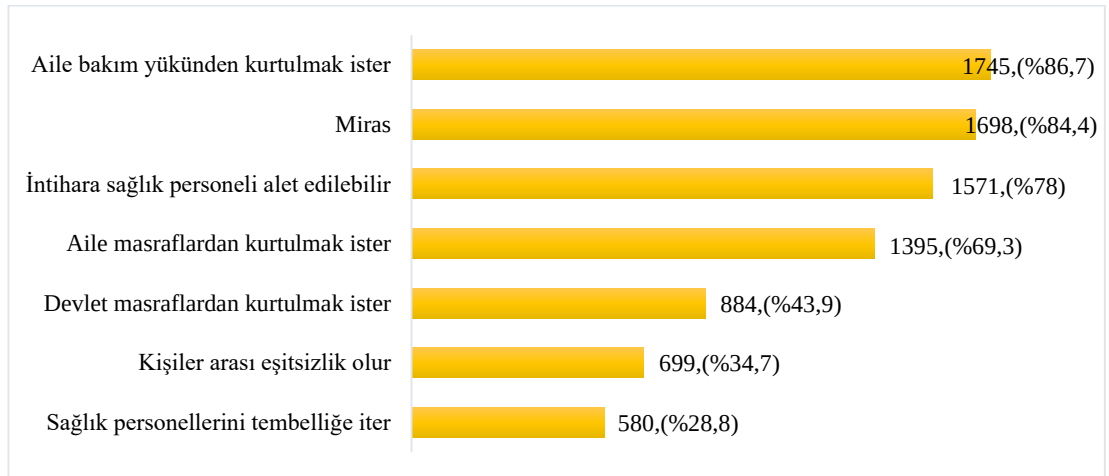
“Ötanazi yasal olsa hastalarınıza uygular mısınız?” sorusuna katılımcıların 1494 (%56,3)’ü hayır, 1159 (%43,7)’ü evet yanıtını vermiştir.

Katılımcıların 2013 (75,9)’ünün ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşündüğü görülmüştür (Şekil 22).



Şekil 22. Katılımcıların “Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünüyor musunuz?” sorusunun cevaplarına göre dağılımı.

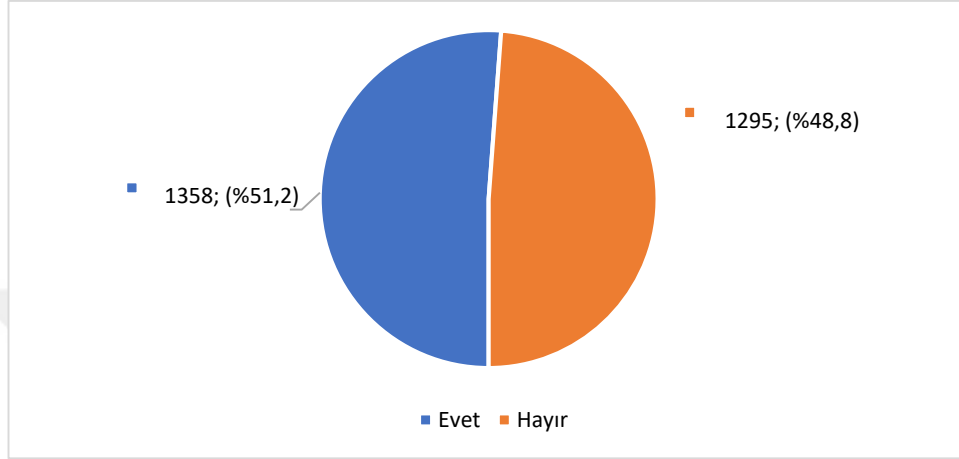
Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünen katılımcılara sorulan “sizce ötanazi uygulaması hangi konularda kötüye kullanılabilir?” sorusuna 1745 (%86,7)’i “aile bakım yükünden kurtulmak ister”, 580 (%28,8)’i “sağlık personellerini tembelliğe iter” yanıtını verdiği görülmüştür (Şekil 23).



Şekil 23. Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünen katılımcıların “Sizce ötanazi uygulaması hangi konularda kötüye kullanılabilir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Katılımcıların 1044 (39,4)'ü bir yakınına ötanazi yapılmasını isterken, 1609 (%60,6)'u bir yakınına ötanazi yapılmasını istemediğini belirtmiştir.

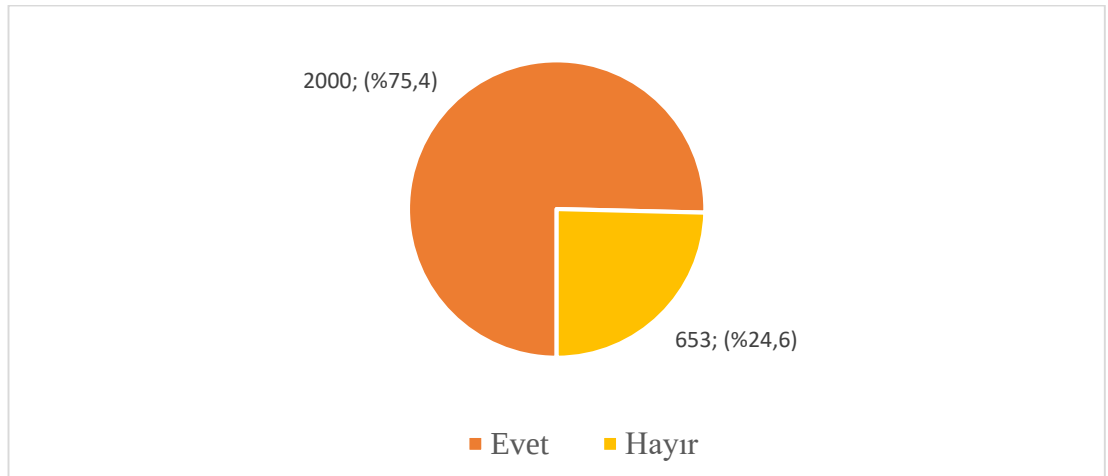
Katılımcıların 1358 (51,2)'i kendine ötanazi yapılmasını isterken, 1295 (%48,8)'i kendine ötanazi yapılmasını istemediğini belirtmiştir (Şekil 24).



Şekil 24. Katılımcıların kendilerine ötanazi yapılmasını isteme durumlarına göre dağılımı.

Katılımcıların 747 (%28,2)'si kendisi için ötanazi kararını ailesinin vermesini isterken, 1906 (%71,8)'i kendisi için ötanazi kararını ailesinin vermesini istemediğini belirtmiştir.

Katılımcıların 2000 (%75,4)'i ötanazi hakkındaki tartışmaları yararlı bulurken 653 (%24,6)'ü ötanazi hakkındaki tartışmaları yararlı bulmadığını belirtmiştir (Şekil 25).



Şekil 25. Katılımcıların ötanazi hakkındaki tartışmaları yararlı bulup bulmamalarına göre dağılımı.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

			Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	P
			Evet	Hayır		
Cinsiyetiniz	Erkek	Sayı	719	619	1338	0,794
		Yüzde	53,7	46,3	100	
	Kadın	Sayı	700	615	1315	
		Yüzde	53,2	46,8	100	
Çocuğunuz var mı?	Evet	Sayı	708	798	1506	<0,001
		Yüzde	47,0	53,0	100	
	Hayır	Sayı	711	436	1147	
		Yüzde	62,0	38,0	100	
Ailenizde ve yakın çevrenizde yatağa bağımlı hasta var mı?	Evet	Sayı	201	187	388	0,472
		Yüzde	51,8	48,2	100	
	Hayır	Sayı	1218	1047	2265	
		Yüzde	53,8	46,2	100	
Ailenizde ve yakın çevrenizde son dönem kanser hastası var mı?	Evet	Sayı	207	214	421	0,053
		Yüzde	49,2	50,8	100	
	Hayır	Sayı	1212	1020	2232	
		Yüzde	54,3	45,7	100	

Pearson Ki-Kare testi

Erkek katılımcıların 719'unun (%53,7) ötanazi yapılmasını desteklediği, kadın katılımcıların ise 700'ünün (%53,2) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,794$). Çocuğu olan katılımcıların 708'inin (%47) ötanazi yapılmasını desteklediği, çocuğu olmayan katılımcıların ise 711'inin (%62) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta olan katılımcıların 201'inin (%51,8) ötanazi

yapılmasını desteklediği, ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta olmayan katılımcıların ise 1218'inin (%53,8) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,472$). Ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası olan katılımcıların 207'sinin (%49,2) ötanazi yapılmasını desteklediği, ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası olmayan katılımcıların 1212'sinin (%54,3) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,053$).

Tablo 2. Yaşanan aile tipi ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Yaşadığınız aile tipi		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Tek başına	Sayı	329 _a	177 _b	506	<0,001
	Yüzde	65,0	35,0	100	
Çekirdek aile	Sayı	1057 _a	1002 _b	2059	
	Yüzde	51,3	48,7	100	
Geniş aile	Sayı	33 _a	55 _b	88	
	Yüzde	37,5	62,5	100	

Pearson Ki-Kare testi

Tek başına yaşayan katılımcıların 329'unun (%65) ötanazi yapılmasını desteklediği, çekirdek ailede yaşayan katılımcıların 1057'sinin (%51,3) ötanazi yapılmasını desteklediği, geniş ailede yaşayan katılımcıların ise 33'ünün (%37,5) ötanazi yapılmasını desteklediği görüldü. Yaşanılan aile tipine göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi ve aile büyüklüğü arttıkça ötanaziye desteğin azaldığı görüldü (Tablo 2).

Tablo 3. Medeni durum ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Medeni durumunuz		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evli	Sayı	830 _a	873 _b	1703	<0,001
	Yüzde	48,7	51,3	100	
Bekar	Sayı	510 _a	291 _b	801	
	Yüzde	63,7	36,3	100	
Boşanmış/Dul	Sayı	79 _a	70 _a	149	
	Yüzde	53,0	47,0	100	

Pearson Ki-Kare testi

Evli katılımcıların 830'unun (%48,7) ötanazi yapılmasını desteklediği, bekar katılımcıların 510'unun (%63,7) ötanazi yapılmasını desteklediği, boşanmış/ dul olan katılımcıların ise 79'unun (%53,0) ötanazi yapılmasını desteklediği görüldü. Medeni duruma göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.001$) gözlemlendi ve bekar katılımcıların anlamlı olarak daha fazla evet, evli katılımcıların ise anlamlı olarak daha fazla hayır seçeneğini işaretlediği görüldü. Boşanmış/dul olmak ile ötanaziye tutum arasında fark bulunmadı (Tablo 3).

Tablo 4. Yaşanan bölge ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Hangi bölgede yaşıyorsunuz		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Marmara	Sayı	397 _a	278 _b	675	<0,001
	Yüzde	58,8	41,2	100	
İç Anadolu	Sayı	350 _a	300 _a	650	
	Yüzde	53,8	46,2	100	
Ege	Sayı	184 _a	125 _b	309	
	Yüzde	59,5	40,5	100	
Akdeniz	Sayı	164 _a	99 _b	263	
	Yüzde	62,4	37,6	100	
Doğu Anadolu	Sayı	77 _a	92 _b	169	
	Yüzde	45,6	54,4	100	
Güneydoğu Anadolu	Sayı	51 _a	71 _b	122	
	Yüzde	41,8	58,2	100	
Karadeniz	Sayı	196 _a	269 _b	465	
	Yüzde	42,2	57,8	100	

Pearson Ki-Kare testi

Marmara Bölgesi'nde yaşayan 397 katılımcının (%58,8) ötanazi yapılmasını desteklediği, İç Anadolu Bölgesi'nde 350 katılımcının (%53,8) desteklediği, Ege Bölgesi'nde 184 katılımcının (%59,5) ötanazi yapılmasını desteklediği, Akdeniz Bölgesi'nde 164 katılımcının (%62,4) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür. Ayrıca, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 77 katılımcının (%45,6), Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 51 katılımcının (%41,8) ve Karadeniz Bölgesi'nde 196 katılımcının (%42,2) ötanazi yapılmasını desteklediği saptanmıştır. Bölgelere göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi. Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerinde yaşayanlar anlamlı olarak ötanaziyi daha fazla desteklerken, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yaşayan

katılımcılar anlamlı olarak ötanaziyi daha az desteklemişlerdir. Ötanazi yapılmasını istemeyle İç Anadolu Bölgesinde yaşama arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 4).

Tablo 5. Unvan ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Unvanınız		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Pratisyen doktor	Sayı	346 _a	243 _b	589	<0,001
	Yüzde	58,7	41,3	100	
Asistan doktor	Sayı	342 _a	237 _b	579	
	Yüzde	59,1	40,9	100	
Uzman doktor	Sayı	271 _a	219 _a	490	
	Yüzde	55,3	44,7	100	
Doktor öğretim üyesi	Sayı	84 _a	121 _b	205	
	Yüzde	41,0	59,0	100	
Doçent doktor	Sayı	144 _a	194 _b	338	
	Yüzde	42,6	57,4	100	
Profesör doktor	Sayı	232 _a	220 _a	452	
	Yüzde	51,3	48,7	100	

Pearson Ki-Kare testi

Pratisyen doktorların 346'sının (%58,7) ötanazi yapılmasını desteklediği, asistan doktorların 342'sinin (%59,1) desteklediği, uzman doktorların ise 271'inin (%55,3) desteklediği, doktor öğretim üyelerinin 84'ü (%41,0), doçent doktorların 144'ü (%42,6) ve profesör doktorların 232'si (%51,3) ötanazi yapılmasını desteklediği saptandı. Unvanlara göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.001$) bulundu ve asistan doktorların, pratisyen doktorların anlamlı şekilde ötanaziyi daha yüksek oranda desteklediği, doktor öğretim üyeleri ve doçent doktorların ise anlamlı şekilde daha düşük oranlarda desteklediği, profesör doktorlarla uzman doktorların ise ötanazi yapılmasını isteme durumlarında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 5).

Tablo 6. Uzmanlık alanı ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Uzmanlık alanınız?		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Cerrahi tıp bilimleri	Sayı	306 _a	250 _a	556	0,002
	Yüzde	55,0	45,0	100	
Dahili tıp bilimleri	Sayı	639 _a	601 _a	1240	
	Yüzde	51,5	48,5	100	
Temel tıp bilimleri	Sayı	127 _a	144 _b	271	
	Yüzde	46,9	53,1	100	
Yok (pratisyen)	Sayı	347 _a	239 _b	586	
	Yüzde	59,2	40,8	100	

Pearson Ki-Kare testi

Cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 306 ‘sının (%55), dahili tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 639 ‘unun (%51,5), temel tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 127 ‘sinin (%46,9), pratisyen hekim olan katılımcıların 347 ‘sinin (%59,2) ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür. Uzmanlık alanına göre ötanaziye destek oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0,002$). Pratisyen hekimler anlamlı şekilde evet derken temel tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcılar anlamlı şekilde daha yüksek oranda hayır dedi. Cerrahi ve dahili bilimlerde uzmanlık yapan hekimlerin ise ötanazi yapılmasını istemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6).

Tablo 7. Ötanazi yapılmasını isteme durumu ile ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla karşılaşma arasındaki ilişki.

Hangi sıklıkla ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla karşılaşıyorsunuz?		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Hiç	Sayı	185 _a	162 _a	347	0,682
	Yüzde	53,3	46,7	100	
Az	Sayı	636 _a	572 _a	1208	
	Yüzde	52,6	47,4	100	
Sık	Sayı	598 _a	500 _a	1098	
	Yüzde	54,5	45,5	100	

Pearson Ki-Kare testi

Katılımcıların ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalarla karşılaşma sıklığı ile ötanaziye destek vermesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,682$) (Tablo 7).

Tablo 8. Kendini dindar olarak tanımlama ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	254 _a	727 _b	981	<0,001
	Yüzde	25,9	74,1	100	
Hayır	Sayı	891 _a	279 _b	1170	
	Yüzde	76,2	23,8	100	
Kararsızım	Sayı	274 _a	228 _a	502	
	Yüzde	54,6	45,4	100	

Pearson Ki-kare testi

Kendini dindar olarak tanımlayan katılımcıların 254'ünün (%25,9) ötanazi yapılmasını desteklediği, kendisini dindar olarak tanımlamayan katılımcıların 891'inin (%76,2) ve kendini kararsız olarak tanımlayan katılımcıların 274'ünün (%54,6) desteklediği görüldü. Dindarlık durumuna göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi. Kendini dindar olarak tanımlamayan katılımcıların istatistiksel olarak daha anlamlı şekilde ötanaziyi daha fazla desteklediği, kendini dindar olarak tanımlayan katılımcıların ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde ötanaziyi daha az desteklediği görüldü. Kendini kararsız olarak tanımlayan katılımcıların ötanaziye destek verip vermemesi arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 9. Sosyodemografik özellikler ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

			Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
			Evet	Hayır		
Cinsiyetiniz	Erkek	Sayı	769	569	1338	0,788
		Yüzde	57,5	42,5	100	
	Kadın	Sayı	749	566	1315	
		Yüzde	57,0	43,0	100	
Çocuğunuz var mı?	Evet	Sayı	804	702	1506	<0,001
		Yüzde	53,4	46,6	100	
	Hayır	Sayı	714	433	1147	
		Yüzde	62,2	37,8	100	
Ailenizde ve yakın çevrenizde yatağa bağımlı hasta var mı?	Evet	Sayı	226	162	388	0,657
		Yüzde	58,2	41,8	100	
	Hayır	Sayı	1292	973	2265	
		Yüzde	57,0	43,0	100	
Ailenizde ve yakın çevrenizde son dönem kanser hastası var mı?	Evet	Sayı	229	192	421	0,202
		Yüzde	54,4	45,6	100	
	Hayır	Sayı	1289	943	2232	
		Yüzde	57,8	42,2	100	

Pearson Ki-kare testi

Erkek katılımcıların 769'unun (%57,5) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, kadın katılımcıların ise 749'unun (%57,0) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,788$). Çocuğu olan katılımcıların 804'ünün (%53,4) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, çocuğu olmayan katılımcıların ise 714'ünün (%62,2) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta olan katılımcıların 226'sının (%58,2) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta olmayan katılımcıların ise 1292'sinin (%57,0) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır (p=0,657). Ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası olan katılımcıların 229'unun (%54,4) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası olmayan katılımcıların 1289'unun (%57,8) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır (p=0,202) (Tablo 9).

Tablo 10. Medeni durum ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Medeni durumunuz		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evli	Sayı	947 _a	756 _b	1703	0,018
	Yüzde	55,6	44,4	100	
Bekar	Sayı	491 _a	310 _b	801	
	Yüzde	61,3	38,7	100	
Boşanmış/Dul	Sayı	80 _a	69 _a	149	
	Yüzde	53,7	46,3	100	

Pearson Ki-kare testi

Evli katılımcıların 947'sinin (%55,6) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, bekar katılımcıların ise 491'inin (%61,3) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, boşanmış/dul olan katılımcıların ise 80'inin (%53,7) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür. Medeni duruma göre pasif ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur (p=0,018). Evli ve bekar katılımcıların istatistiksel olarak anlamli şekilde pasif ötanaziye daha fazla desteklediği görüldü. Boşanmış/dul olmak ile ötanaziye destek arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 11. Yaşanan aile tipi ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Yaşadığınız aile tipi		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Tek başına	Sayı	307 _a	199 _a	506	0,075
	Yüzde	60,7	39,3	100	
Çekirdek aile	Sayı	1168 _a	891 _a	2059	
	Yüzde	56,7	43,3	100	
Geniş aile	Sayı	43 _a	45 _a	88	
	Yüzde	48,9	51,1	100	

Pearson Ki-kare testi

Tek başına yaşayan katılımcıların 307'sinin (%60,7), çekirdek ailede yaşayan katılımcıların 1168'inin (%56,7), geniş ailede yaşayan katılımcıların ise 43'ünün (%48,9) pasif ötanaziye desteklediği görülmüştür. Yaşanılan aile tipine göre pasif ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,075) (Tablo 11).

Tablo 12. Yaşanan bölge ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Hangi bölgede yaşıyorsunuz		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Marmara	Sayı	423 _a	252 _b	675	<0,001
	Yüzde	62,7	37,3	100	
İç Anadolu	Sayı	378 _a	272 _a	650	
	Yüzde	58,2	41,8	100	
Ege	Sayı	183 _a	126 _a	309	
	Yüzde	59,2	40,8	100	
Akdeniz	Sayı	151 _a	112 _a	263	
	Yüzde	57,4	42,6	100	
Doğu Anadolu	Sayı	91 _a	78 _a	169	
	Yüzde	53,8	46,2	100	
Güneydoğu Anadolu	Sayı	49 _a	73 _b	122	
	Yüzde	40,2	59,8	100	
Karadeniz	Sayı	243 _a	222 _b	465	
	Yüzde	52,3	47,7	100	

Pearson Ki-kare testi

Marmara Bölgesi'nde yaşayan katılımcının 423'ünün (%62,7) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, İç Anadolu Bölgesi'nde 378 katılımcının (%58,2) desteklediği, Ege Bölgesi'nde 183 katılımcının (%59,2) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, Akdeniz Bölgesi'nde 151 katılımcının (%57,4) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görülmüştür. Ayrıca, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 91 katılımcının (%53,8), Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 49 katılımcının (%40,2) ve Karadeniz Bölgesi'nde 243 katılımcının (%52,3) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği saptanmıştır. Bölgelere göre pasif ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi. Marmara bölgesinde ve Karadeniz bölgesinde yaşayanlar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanaziye daha fazla desteklerken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde pasif ötanaziye daha az desteklediği görülmüştür. Diğer

bölgelerin ötanazi yapılmasını isteme durumunda anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Unvan ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Unvanınız		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Pratisyen doktor	Sayı	333 _a	256 _a	589	<0,001
	Yüzde	56,5	43,5	100	
Asistan doktor	Sayı	364 _a	215 _b	579	
	Yüzde	62,9	37,1	100	
Uzman doktor	Sayı	301 _a	189 _b	490	
	Yüzde	61,4	38,6	100	
Doktor öğretim üyesi	Sayı	103 _a	102 _b	205	
	Yüzde	50,2	49,8	100	
Doçent doktor	Sayı	178 _a	160 _a	338	
	Yüzde	52,7	47,3	100	
Profesör doktor	Sayı	239 _a	213 _b	452	
	Yüzde	52,9	47,1	100	

Pearson Ki-kare testi

Pratisyen doktorların 333'ünün (%56,5) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, asistan doktorların 364'ünün (%62,9) desteklediği, uzman doktorların ise 301'inin (%61,4) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, doktor öğretim üyelerinin 103'ünün (%50,2), doçent doktorların 178'inin (%52,7) ve profesör doktorların 239'unun (%52,9) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği saptanmıştır. Katılımcıların unvanlara göre pasif ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0,001$) bulundu. Asistan doktorlar, uzman doktorlar, doktor öğretim üyeleri ve profesör doktorların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanaziye desteklediği görüldü. Pratisyen doktorlar ve doçent doktorların ise ötanazi yapılmasını isteme durumlarında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 13).

Tablo 14. Uzmanlık alanı ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Uzmanlık alanınız?		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Cerrahi tıp bilimleri	Sayı	344 _a	212 _b	556	<0,001
	Yüzde	61,9	38,1	100	
Dahili tıp bilimleri	Sayı	726 _a	514 _a	1240	
	Yüzde	58,5	41,5	100	
Temel tıp bilimleri	Sayı	114 _a	157 _b	271	
	Yüzde	42,1	57,9	100	
Yok (pratisyen)	Sayı	334 _a	252 _a	586	
	Yüzde	57,0	43,0	100	

Pearson Ki-kare testi

Cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 344 ‘ünün (%61,9), dahili tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 726 ‘sının (%58,5), temel tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların 114 ‘ünün (%42,1), pratisyen hekim olan katılımcıların 334 ‘ünün (%57) pasif ötanaziyi desteklediği görülmüştür. Uzmanlık alanına göre pasif ötanaziye destek oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,001$). Cerrahi tıp bilimlerinde uzman olan hekimler pasif ötanaziyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla desteklerken, temel tıp bilimlerinde uzman olan hekimlerin pasif ötanaziyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az destekledikleri görüldü. Dahili tıp bilimlerinde uzmanlık yapan hekimler ve pratisyen hekimlerin ötanazi yapılmasını istemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 15. Kendini dindar olarak tanımlama ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	440 _a	541 _b	981	<0,001
	Yüzde	44,9	55,1	100	
Hayır	Sayı	798 _a	372 _b	1170	
	Yüzde	68,2	31,8	100	
Kararsızım	Sayı	280 _a	222 _a	502	
	Yüzde	55,8	44,2	100	

Pearson Ki-kare testi

Kendini dindar olarak tanımlayan katılımcıların 440'ının (%44,9) pasif ötanazi yapılmasını desteklediği, dindar olmadığını belirten katılımcıların 798'inin (%68,2) desteklediği ve kararsız olan katılımcıların 280'inin (%55,8) pasif ötanaziye desteklediği görülmüştür. Dindarlık durumuna göre pasif ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi. Dindar olmayan katılımcıların istatistiksel olarak daha anlamlı şekilde pasif ötanaziye daha fazla desteklediği, dindar katılımcıların ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde pasif ötanaziye daha az desteklediği görüldü. Kendini kararsız olarak tanımlayan katılımcıların pasif ötanaziye destek verip vermemesi arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 16. Pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu ile ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla karşılaşma arasındaki ilişki.

Hangi sıklıkla ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla karşılaşıyorsunuz?		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Hiç	Sayı	172 _a	175 _b	347	<0,001
	Yüzde	49,6	50,4	100	
Az	Sayı	667 _a	541 _a	1208	
	Yüzde	55,2	44,8	100	
Sık	Sayı	679 _a	419 _b	1098	
	Yüzde	61,8	38,2	100	

Pearson Ki-kare testi

Ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla sık karşılaşan katılımcıların 679'si (%61,8) pasif ötanaziye desteklerken, az karşılaşan katılımcıların 667'si (%55,2) ve hiç karşılaşmayan katılımcıların 172'si (%49,6) pasif ötanaziye desteklemektedir. Katılımcıların ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla karşılaşma sıklığı ile pasif ötanaziye destek verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Sık karşılaşan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde pasif ötanaziye daha fazla desteklediği, hiç karşılaşmayan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde pasif ötanaziye daha az desteklediği görüldü. Az karşılaşan katılımcıların ise pasif ötanaziye tutumu arasında istatistiksel olarak bir fark görülmedi. (Tablo 16)

Tablo 17. Ötanazi yapılmasını isteme durumu ile kendine ötanazi yapılmasını isteme arasındaki ilişki.

Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Kendinize ötanazi yapılmasını ister misiniz?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	1241	178	1419	<0,001
	Yüzde	87,5	12,5	100	
Hayır	Sayı	117	1117	1234	
	Yüzde	9,5	90,5	100	

Pearson Ki-kare testi

Ötanazi yapılmasını isteyen katılımcıların %87,5'i kendilerine de ötanazi yapılmasını isterken, %12,5'i istememiştir. Ötanazi yapılmasını isteyen katılımcıların kendilerine ötanazi yapılmasını da isteme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 17).

Tablo 18. Bir yakınına ve kendine ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Kendinize ötanazi yapılmasını ister misiniz?		Bir yakınına ötanazi yapılmasını ister misiniz?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	1013	345	1358	<0,001
	Yüzde	74,6	25,4	100	
Hayır	Sayı	31	1264	1295	
	Yüzde	2,4	97,6	100	

Pearson Ki-kare testi

Katılımcıların %74,6'sının kendisi için ötanazi istediği ve yakını için de aynı tercihte bulunduğu, %25,4'ünün kendisi için ötanazi isterken yakını için istemediği, öte yandan, %2,4'ünün kendisi için ötanazi istemediğini ancak yakını için ötanazi yapılmasını istediği görüldü ($p < 0,001$) (Tablo18).

Tablo 19. Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi talebi ile ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki

Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?		Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	192	108	300	<0,001
	Yüzde	64,0	36,0	100	
Hayır	Sayı	1227	1126	2353	
	Yüzde	52,1	47,9	100	

Pearson Ki-kare testi

"Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?" sorusuna evet diyen katılımcıların %64,0'ünün ötanazi yapılmasını desteklediği, %36,0'ının ise desteklemediği görüldü ($p < 0,001$) (Tablo 19).

Tablo 20. Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi talebi ile cinsiyet arasındaki ilişki.

Cinsiyetiniz		Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?		Total	p
		Evet	Hayır		
Erkek	Sayı	175	1163	1338	0,004
	Yüzde	13,1	86,9	100	
Kadın	Sayı	125	1190	1315	
	Yüzde	9,5	90,5	100	

Pearson Ki-kare testi

"Hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi yapmanız istendi mi?" sorusuna evet diyen katılımcıların %13,1'inin erkek, 9,5'inin ise kadın olduğu görüldü ($p = 0,004$) (Tablo 20).

Tablo 21. Hastaların ailesine son günlerini evde geçirmeleri için öneri verilmesi ile pasif ötanazi yapılmasını isteme durumu arasındaki ilişki.

Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi? ya da benzer bir yaklaşımınız oldu mu?		Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	742	367	1109	<0,001
	Yüzde	66,9	33,1	100	
Hayır	Sayı	776	768	1544	
	Yüzde	50,3	49,7	100	

Pearson Ki-kare testi

"Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi?" sorusuna evet yanıtı veren katılımcının %66,9'unun pasif ötanaziyi desteklediği, %33,1'inin ise desteklemediği görüldü. "Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi?" sorusuna hayır yanıtı veren katılımcının %50,3'ünün pasif ötanaziyi desteklediği, %49,7'sinin desteklemediği görüldü ($p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 22. Ülkemizde Pasif Ötanazinin Uygulanıp Uygulanmadığı Görüşü ile Hastaların Ailesine Son Günlerini Evde Geçirmeleri İçin Öneri Verilmesi Arasındaki İlişki.

Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi? ya da benzer bir yaklaşımınız oldu mu?		Sizce ülkemizde pasif ötanazi uygulanıyor mu?		Total	p
		Evet	Hayır		
Evet	Sayı	630	479	1109	<0,001
	Yüzde	56,8	43,2	100	
Hayır	Sayı	744	800	1544	
	Yüzde	48,2	51,8	100	

Pearson Ki-kare testi

Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi?" sorusuna evet diyen katılımcının %56,8'inin ülkemizde pasif ötanazinin uygulandığını belirttiği, %43,2'sinin uygulanmadığını belirttiği görüldü. "Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi?" sorusuna hayır diyen katılımcının %48,2'si pasif ötanazinin uygulandığını, %51,8'i ise uygulanmadığını ifade ettiği görüldü. Buna göre, hastaların ailesine son günlerini evde geçirmelerini öneren katılımcıların, ülkemizde pasif ötanazinin uygulandığını daha yüksek oranda düşündükleri tespit edildi ($p<0,001$) (tablo 22).

Tablo 23. Yaş ile ötanaziye yönelik tutumlar arasındaki ilişki

Yaş		Ortanca	IQR	Ortalama	SS	P
Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?	Evet	36	22	39,48	13	<0,001
	Hayır	40	19	40,97	11,475	
Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?	Evet	37	21	39,44	12,444	<0,001
	Hayır	40	20	41,15	12,123	

Mann-Whitney U testi

"Sizce ötanazi yapılmalı mıdır?" sorusuna evet cevabı veren katılımcıların ortalanca yaşı 36 (IQR: 22), hayır cevabı veren katılımcıların ortalanca yaşı ise 40 (IQR: 19) olarak bulunmuştur. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

"Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?" sorusuna evet cevabı veren katılımcıların ortalanca yaşı 37 (IQR: 21), hayır cevabı veren katılımcıların ortalanca yaşı ise 40 (IQR: 20) olarak bulunmuştur. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).



5. TARTIŞMA

Ötanazi, tıp etiği ve hukukun kesiştiği, yaşamın sonlandırılmasına ilişkin en tartışmalı konulardan biridir. Literatürde, ötanazinin bireylerin acılarını dindirme amacıyla gerçekleştirilmesi gerektiği savunulmakta, ancak bunun yaşam hakkı bağlamında ne derece kabul edilebilir olduğu konusunda görüş birliği sağlanamamaktadır. Her bireyin onurlu bir ölümü hak ettiği düşüncesi ötanaziye savunanlarca vurgulanırken, insan yaşamının mutlak dokunulmazlığına inananlar ötanazinin kabul edilemez olduğunu ifade etmektedir (142). Bu nedenle ötanazi, hem bireysel hak ve özgürlükler hem de etik ve hukuki sınırlar açısından büyük bir öneme sahiptir.

Dünya genelinde yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların yaygınlaşması ile birlikte, yaşam kalitesinin korunması ve bireylerin yaşamlarını onurlu bir şekilde sonlandırma istekleri giderek artmaktadır (81-85).

Ötanazi; etik, hukuki, dini, psikolojik ve sosyokültürel boyutlarıyla çok yönlü bir olgudur (4). Farklı disiplinlerin bu konuya yaklaşımı, ötanaziye anlamak ve düzenlemek açısından kritik bir öneme sahiptir. Bazı ülkelerde ötanazi yasal olarak tanınırken, bazılarında ağır cezai yaptırımlara tabi tutulmaktadır (5-7). Bu çok boyutlu yapı, bireylerin, sağlık çalışanlarının ve toplumun ötanaziye ilişkin tutumlarının şekillenmesinde etkili olmaktadır.

Ötanazi uygulamalarında hekimlerin rolü kilit bir öneme sahiptir. Hasta-hekim ilişkisindeki güven bağı, hastanın son dönem bakımında hekimin tutumunu belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Hekimler, bir yandan hastanın acılarını dindirmek için en iyi tıbbi desteği sunma sorumluluğu taşırken, diğer yandan da yaşamı sonlandırma kararının etik ve hukuki sorumluluğunu yüklenmektedir. Bu dengeyi sağlamak, tıbbi etik kuralları kadar bireysel değerler ve toplumsal normlarla da bağlantılıdır.

Literatürde, hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma, hekimlerin ötanazi konusundaki tutum ve davranışlarını daha iyi anlamaya ve tıbbi etik ile hasta hakları konularında daha bilinçli politikaların geliştirilmesine yardımcı olmayı

hedeflemektedir. Elde edilen bulguların, ötanazi uygulamalarına yönelik toplumsal ve hukuki düzenlemelerin şekillendirilmesine de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de doktorların ötanaziye yönelik düşünceleri üzerine yapılan araştırmalarda ötanaziye destek oranlarının %6 ile %82,2 arasında değiştiği gözlemlenmiştir (14, 143-153). Türkiye genelinde 2653 hekimin katılımıyla yapılan çalışmamızda ise hekimlerin %53,5’inin ötanazinin uygulanması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir. Benzer şekilde, Özkara ve arkadaşları 2004 yılında Türkiye’nin 7 coğrafi bölgesindeki 7 büyük ilinde hekimlerin %1’inden fazlasının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, hekimlerin %49,9’unun belirli yasal şartlar sağlanması halinde ötanazinin uygulanabileceğini düşündüğünü bulmuşlardır (148). Her iki çalışmada geniş coğrafi kapsamları ve büyük örneklem guruplarıyla ötanaziye desteğin ülke genelinde önemli bir oranda olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu iki çalışma ülke çapında hekimler arasında ötanaziye olan desteğin arttığının da bir göstergesidir.

Öte yandan, daha dar kapsamlı ve katılımcı sayısının az olduğu çalışmalar, ötanaziye destek oranlarında farklılıklar göstermektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının 2003 yılında Ankara’da 87 hekimin katılımıyla yaptıkları çalışmada, hekimlerin sadece % 6’sının aktif ötanaziyi desteklediği bildirilmiştir (145). Bölgesel ve küçük örneklem gruplu çalışmaların sonuçları, o bölgedeki etik değerlerin yanı sıra örneklem gurubunun özelliklerinden de etkilenebilir. Bu düşük oran, çalışmanın sınırlı bir bölgede ve küçük bir örneklemle yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Akın, 2023 yılında Manisa’da tıpta uzmanlık öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise katılımcıların %82,2’sinin ötanazinin uygulanması gerektiğini bildirmiştir (152). Bu yüksek oran genç ve eğitim sürecindeki hekimlerin daha olumlu baktığını göstermekte ve zaman içerisinde tutumların değişebileceğine de işaret etmektedir. Yeni nesil hekimlerin etik ve tıbbi konulara yaklaşımında meydana gelen değişiklikler ötanaziye yönelik desteğin artmasında etkili olabilir. Bununla birlikte çalışmanın sadece bir üniversite hastanesinde yapılması bu yüksek oranın çıkmasında etken olmuş olabilir.

Yapılan diğer çalışmalarda ise ötanaziye desteğin zamanla değiştiği görülmüştür. Türkiye’de ötanazi tutumu konusunda doktorlara yapılan ilk çalışmalardan birisi olan, Ünlüoğlu ve arkadaşları tarafından 1995 yılında Eskişehir’de yapılan çalışmada, doktorların %49’4 ünün ötanazi uygulanmasına taraftar oldukları bulunmuştur (143).

2004 yılında Özkara ve arkadaşlarının Düzce’de 87 hekimin katılımıyla yaptıkları çalışmada hekimlerin %48,1’inin ötanaziye karşı olduğu belirtilmiştir (149). Mayda ve arkadaşları tarafından Türkiye’de çalışan 85 onkoloji uzmanına yaptığı çalışmada katılımcıların %43,8’i ötanaziye karşı çıkmadıklarını belirtmiştir (14). Beder ve arkadaşları tarafından 2010 yılında Ankara’da gerçekleştirilen araştırmada, hekimlerin % 41,9’u aktif ötanaziyi desteklediğini ifade etmiştir (146). Uysal ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Gaziantep ve Diyarbakır’da 169 hekime yapılan çalışmada hekimlerin %50,3’ünün ötanaziyi onayladığı belirtilmiştir (147). Bununla birlikte hekimlere yapılan son çalışmalardan biri olan, Akpırınç ve arkadaşlarının 2024 yılında 146 hekimin katılımıyla Şanlıurfa’da yaptıkları çalışmada, hekimlerin % 35,6’sının belirli şartlar altında ötanazinin uygulanabileceği belirtilmiştir (144). Yıllar içerisinde ötanaziye yönelik tutumdaki değişikliklerin bölgesel ve kültürel farklılıklar kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Yurtdışında doktorların ötanaziye yönelik tutumunu değerlendirmek için yapılan çalışmalarda ise ötanaziye olan desteğin %8,7 ile %90 arasında olduğu görülmüştür (154-172). Bu geniş aralık, Türkiye’de olduğu gibi dünyadaki hekimler arasında da görüş birliği olmadığını göstermektedir.

Avrupa ülkelerinde ötanaziye yönelik hekim tutumları, yasal düzenlemeler ve toplumsal kabul düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Belçika ve Hollanda ötanazinin yasal olduğu ve toplumsal kabul gördüğü ülkeler olarak öne çıkmaktadır (173). Smets ve arkadaşlarının 2011 yılında Belçika’da yaptığı çalışmada, hekimlerin %90’ının ötanaziyi desteklediği bulunmuştur (156). Benzer şekilde, Bolt ve arkadaşlarının 2015 yılında Hollanda’da 1.456 hekimle yaptığı çalışmada, hekimlerin %85’i ötanaziyi onaylamaktadır (157). Bu yüksek oranlar, ötanazinin yasal statüsünün ve toplumdaki kabulünün hekim tutumlarına yansıdığını göstermektedir.

Buna karşılık, ötanazinin yasal olmadığı İngiltere, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde hekimlerin ötanaziye desteği daha düşüktür. McCormack’ın 2011 yılında İngiltere’de yaptığı derlemede, hekimlerin yarısından fazlasının ötanaziye karşı olduğu tespit edilmiştir (155). Mercadente ve arkadaşlarının 2018 yılında İtalya’da yaptığı çalışmada, hekimlerin %36,2’si ötanaziyi onaylamıştır (168). Kranioditis ve arkadaşlarının Yunanistan’da yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekimlerle yaptığı

çalışmada ise hekimlerin %28'i ötanaziye onayladığını belirtmiştir (158). Bu düşük oranlar, ülkelerin yasal düzenlemeleri ve kültürel değerlerinin hekimlerin tutumlarına etkisini gösterir niteliktedir.

Bazı Avrupa ülkelerinde hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarında zaman içinde değişimler gözlenmektedir. Finlandiya'da Louhiala ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada, 2003 yılında hekimlerin %29'u aktif ötanazinin yasallaşması gerektiğini düşünürken, bu oran 2013 yılında %46'ya yükselmiştir (159). Benzer bir artış İspanya'da da gözlemlenmiştir. Bernal-Carcelén'in 2020 yılında İspanyol hekimlerle yaptığı çalışmada, doktorların ötanaziye olan desteğinin 2002'de %41,5 iken 2019'da %69'a yükseldiği belirlenmiştir (166). Bu artışlar, toplumun ve tıp camiasının etik anlayışında ve değerlerinde meydana gelen değişimlerin bir sonucudur.

Asya ve Orta Doğu ülkelerinde, ötanaziye yönelik hekim tutumları genellikle daha düşük destek oranlarıyla karakterizedir. Kuveyt'te Abohaimed ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %8,7'si ötanazi uygulanmalı demiştir (160). Güney Kore'de Yun ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada, 928 onkoloğun sadece %10'u ötanaziye onayladığı, 2018 yılında 1001 hekimle yaptığı çalışmada ise hekimlerin %35,5'inin ötanaziye onayladığı görülmüştür (171, 172). İran'da Naseh ve arkadaşlarının 2017 yılındaki araştırmasında, katılan 65 doktorun %12,7'si ötanaziye olumlu baktığını belirtmiştir (163). 2014 yılında Rathor ve arkadaşlarını Malezya'da yaptığı araştırmada ise aktif ötanaziye hekim desteğinin %16 olduğu bulunmuştur (167). Bu düşük oranlar, bölgedeki güçlü dini ve kültürel değerlerin ötanaziye karşı tutumu şekillendirdiğini düşündürmüştür.

Hindistan'da yapılan çalışmalar, hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarında farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Subba ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %46,8'i ötanaziye onaylamıştır (161). Shekhawat ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı çalışmada bu oran %42 olarak bulunmuştur (164). Ancak Rani ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %71'i ötanaziye desteklediğini belirtmiştir (165). Bu farklılıklar, çalışmanın yapıldığı bölge, örneklem büyüklüğü ve hekimlerin uzmanlık alanları gibi faktörlerden kaynaklanmış olabilir.

Hindistan'ın geniş ve kültürel olarak çeşitlilik gösteren bir ülke olması, bu tutum farklılıklarını açıklayabilir.

Brezilya ve Şili gibi Güney Amerika ülkelerinde ötanaziye yönelik hekim tutumları daha yüksek destek oranlarına sahiptir. Brandalise ve arkadaşlarının 2018 yılında Brezilya'da yaptığı çalışmada, hekimlerin %73,2'si ölümcül hastalara ötanazi yapılabilceğini belirtmiştir (162). Picón-Jaimes ve arkadaşlarının 2022 yılında Şili'de yaptığı çalışmada da hekimlerin %68,7'sinin ötanaziye olumlu baktığı görülmüştür (170).

Dünya genelinde hekimler arasındaki ötanazi tutumundaki önemli ölçüdeki bu farklılığın, etik faktörler, ülkelerdeki yasal düzenlemeler, kültürel ve toplumsal normlar, dini inançlar, eğitim düzeyleri, hekimlerin uzmanlık alanları, sağlık sistemlerindeki uygulamalar ve çalışmalardaki örneklem seçiminden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Ronald ve arkadaşları, 62 ülkede genel halka yönelik olarak 1981-2018 yılları arasında yapılan Dünya Değerleri Anketi'ni kullanarak ötanaziye yönelik tutumları incelenmiştir (173). Bu çalışmada, Hollanda'nın ötanaziye en olumlu yaklaşımı sergilediği, Ürdün'ün ise en düşük desteği gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, ötanazinin yasal olduğu ülkelerde olumlu bakış açısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye'nin ise 57. sırada yer aldığı ve yıllar içinde Türkiye'de ötanaziye yönelik olumlu tutumun azaldığı görülmüştür. Buna karşın, çalışmamız ve Özkara'nın çalışması kıyaslandığında zamanla Türk hekimlerinde ötanaziye yönelik olumlu tutumun arttığı görülmektedir (148). Üç-dört puanlık bu artışın, hekimler ile genel halk arasındaki eğitim seviyesi, etik ilkelere bağlılık gibi farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hekimler ile yapılan başkaca çalışmalara uyumlu olarak çalışmamızda da cinsiyet ile ötanazi yapılmasına yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (145, 161, 168). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda erkek hekimlerin ötanaziyi daha çok kabul ettiği bildirilmiştir (165, 174). Ayrıca kadın hekimlerin ötanaziyi daha çok desteklediği çalışmalar da mevcuttur (167). Cinsiyet ile ötanazi yapılmasını destekleme arasında belirgin bir ilişki bulunmamasında

hekimlerinin benzer mesleki ve etik standartlara sahip olması bir neden olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda, genç hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanaziyi daha fazla desteklediği bulundu. Bu bulgu çalışmamıza benzer şekilde, hekimlerin yaşının azaldıkça ötanaziye karşı tutumlarının da yükseldiğini gösteren diğer araştırmalarla uyum içerisindedir (160, 175, 176). Genç hekimlerin ötanaziyi daha fazla desteklemelerinin ardında, daha modern etik yaklaşımlara sahip olmaları, yaşam ve ölüm konularında daha liberal görüşlere sahip olmaları ve güncel tıbbi eğitimin ötanaziye yönelik pozitif bakış açılarını teşvik etmesi gibi faktörler yer alabilir.

Çalışmamızda bekar hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanaziyi daha çok desteklediği, evli katılımcıların ise anlamlı olarak ötanaziyi daha az desteklediği görüldü. Boşanmış/dul olmak ile ötanaziye tutum arasında fark bulunmadı. Hekimlerle yapılan diğer çalışmalar da bekar hekimlerin ötanaziyi daha çok desteklediğini ortaya koymuştur (145, 146). Ancak, bazı araştırmalar medeni durumun ötanaziye yönelik tutumu değiştirmedikçe göstermektedir (174). Bekar hekimlerin ötanaziyi daha fazla desteklemesinin, aile sorumluluklarından bağımsız olarak karar verme süreçlerinde daha esnek ve bağımsız olabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, çocuğu olmayan hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda ötanaziyi desteklediği bulunmuştur. İsviçre'de çocuk sahibi olmayan bireyler, çocuk sahibi bireylere göre DYİ ile yaşamını daha yüksek oranda sonlandırmıştır (76). Bu sonuçlar, çocuk sahibi olmanın bireylerin yaşam ve ölüm konularına yaklaşımını önemli ölçüde değiştirebileceğini ve dolayısıyla ötanaziye yönelik tutumları etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çocuk sahibi olmanın, hekimlerin etik ve duygusal karar verme süreçlerinde derinlemesine bir rol oynadığı öne sürülebilir. Aile sorumlulukları ve çocukların geleceğine dair endişeler, hekimlerin yaşamın son dönemleriyle ilgili kararlarını şekillendirebilir ve bu da ötanazi gibi hassas konularda daha temkinli veya farklı bir tutum geliştirmelerine neden olabilir.

Çalışmamızda, ötanaziye destek oranlarının yaşanılan aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,001$). Tek başına yaşayan

katılımcıların %65'i ötanaziye desteklerken, çekirdek ailede yaşayan katılımcıların %51,3'ü, geniş ailede yaşayan katılımcıların ise %37,5'i ötanaziye desteklediği görüldü. Dolayısıyla bu bulgu aile büyüklüğü arttıkça ötanaziye olan desteğin azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, Avusturya'da genel halk üzerinde yapılan bir çalışmada da evde tek başına yaşayan bireylerin ötanaziye yönelik tutumlarının en olumlu olduğu, birlikte yaşayan kişi sayısı arttıkça ötanaziye yönelik olumlu tutumun azaldığı belirtilmiştir (177). Bu paralellik, farklı kültürlerde de aile yapısının ötanaziye yönelik tutumlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Aile yapısının ötanaziye yönelik tutumlar üzerindeki bu etkisi, birkaç faktörle açıklanabilir. Tek başına yaşayan bireyler, sosyal destek eksikliği veya yalnızlık hissi nedeniyle yaşam kalitelerini daha düşük algılayabilir ve bu da ötanaziye daha olumlu bakmalarına yol açabilir. Öte yandan, geniş ailelerde güçlü aile bağları ve sosyal destek mekanizmalarının varlığı, yaşamın zorluklarıyla başa çıkmada bireylere yardımcı olabilir ve ötanaziye olan ihtiyacı azaltabilir. Bu bulgular, ötanaziye yönelik tutumların sadece bireysel değil, aynı zamanda sosyal ve ailevi faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir. Dolayısıyla, ötanazi konusundaki politikaların ve tartışmaların şekillendirilmesinde aile yapısı ve sosyal destek sistemleri gibi sosyokültürel faktörlerin dikkate alınması önemlidir.

Çalışmamızda katılımcıların %11,3'ünün ötanazi talebiyle karşılaştığı görülmüştür. Benzer şekilde, Özkara'nın Düzce'deki hekimlerle yaptığı çalışmada katılımcıların %12'sinin ötanazi talebiyle karşılaştığı belirtilmiştir (149). Özkara'nın Türkiye genelinde daha geniş bir katılımın sağlandığı çalışmasında ise hekimlerin %19'unun ötanazi isteğiyle karşılaştığı bildirilmiştir (148). Buna karşılık, Çalışkan ve arkadaşlarının araştırmalarında hekimlerin %6'sının ötanazi talebiyle karşılaştığı görülmüştür (145). Torun ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin %31,7'sinin ötanaziye talebi aldığı bildirilmiştir (151). Bu bulgular, ötanazi taleplerinin farklı çalışmalar arasında değişkenlik gösterdiğine işaret etmektedir. Özkara'nın daha geniş katılımlı çalışmasındaki yüksek oranlara kıyasla bizim çalışmamızda nispeten düşük bir oran tespit edilmesi, zamanla ötanazi taleplerinde azalma yaşandığını düşündürülebilir. Ayrıca, çalışmamızın çevrimiçi (online) olarak uygulanması, katılımcı örnekleminin daha dengeli olmasını sağlamış ve belirli grup veya görüşlerin baskın

olmasını engellemiş olabilir. Farklı araştırma yöntemleri ile çalışmanın yapıldığı bölgelerdeki kültürel ve sosyal faktörler de bu değişkenliğe katkıda bulunmuş olabilir.

Finlandiya’da yapılan bir çalışmada, bir hekim hastası veya yakını tarafından ötanazi ya da DYİ talebiyle karşılaştığında, bu durumun hekimin ötanazinin yasallaştırılmasına yönelik desteğini artırdığı tespit edilmiştir (175). Benzer şekilde, çalışmamızda da ötanazi talebiyle karşılaşan katılımcıların ötanaziyi destekleme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulgular, hekimin hasta veya ailesiyle empati kurarak onların acısını ve çaresizliğini daha yakından tecrübe ettiğinde, ötanaziyi destekleme eğiliminin artabileceğine işaret etmektedir. Ötanazi talebiyle karşılaşan hekimler, böyle durumlarda hasta ve ailelerinin yaşadığı zorluklara daha duyarlı hale gelmekte ve bu da ötanazinin kabul edilmesine yönelik görüşlerini pekiştirebilmektedir. Aynı zamanda, bu sonuçlar ötanaziyi etik olarak kabul eden hekimlerin zaten daha açık görüşlü olabileceği ve hasta taleplerine daha anlayışla yaklaşabileceği ihtimalini de desteklemektedir. Dolayısıyla, hekimin kişisel deneyimi hem empatiyi artırmakta hem de ötanazinin kabulüne yönelik desteğin temelini güçlendirmektedir.

Çalışmamızda, erkek hekimlerin ötanazi talepleriyle kadın hekimlere kıyasla daha sık karşılaştığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Benzer bir bulguya Kumral ve arkadaşlarının çalışmasında da rastlanmıştır, erkek hekimlerin ötanazi taleplerine daha fazla muhatap oldukları belirtilmiştir (150). Ayrıca Finlandiya’da yapılan araştırmada, erkek hekimlerin yardımcı ölüm talepleriyle daha sık karşılaştıkları ifade edilmiştir (175). Bu farkın nedenleri üzerine düşündüğümüzde, kadın hekimlerin daha yüksek duygusal zekaya sahip olmaları nedeniyle hasta ilişkilerinde daha empatik ve duygusal bir yaklaşım sergiledikleri söylenebilir. Bu durum, ötanazi gibi ağır taleplerin iletilmesini zorlaştırabilir ya da hastaların cesaretini kırarak bu tür isteklerin kadın hekimlere daha az iletilmesine yol açabilir. Dolayısıyla, cinsiyet farklılıkları, hasta-hekim ilişkilerinde iletişimi ve ötanazi gibi hassas taleplerin ifade edilme sıklığını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda, Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinde yaşayan katılımcıların ötanaziye yönelik tutumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Akdeniz Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların %62,4'ü ötanaziyi desteklemekte olup, bu

oran diğer bölgelere göre en yüksek düzeydedir. Ege bölgesinde yaşayan katılımcıların %59,5'u Marmara bölgesinde yaşayan katılımcıların %58,8'i, İç Anadolu bölgesinde yaşayan katılımcıların %53,8'i, Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan katılımcıların %45,6'sı, Karadeniz bölgesinde yaşayan katılımcıların %42,2'si, Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan katılımcıların %41,8'i ötanazi yapılmasını desteklediğini ifade etmiştir. Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerinde yaşayanlar anlamlı olarak ötanaziye daha fazla desteklerken, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yaşayan katılımcılar anlamlı olarak ötanaziye daha az desteklediği görüldü. İç Anadolu Bölgesinde yaşayan katılımcıların ötanaziye yönelik tutumunda anlamlı fark bulunmadığı görüldü. Dini inançlar ve uygulamalar da ailevi ve kültürel değerlerle yakından ilişkilidir ve bölgelere göre farklılık gösterebilir (178). Daha muhafazakâr dini pratiklerin yaygın olduğu bölgelerde, hekimler ötanaziye daha mesafeli yaklaşabilirler (110, 111). Bölgesel ailevi ve kültürel etkilerinde hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarını şekillendirmede önemli bir rol oynamış olabileceği ve bununla birlikte yetişilen aile ortamının ve çocukluktan itibaren edindikleri değerlerin bir sonucu olarak da farklı tutumlar geliştirmiş olabilecekleri düşünüldü. Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde aile bağlarının güçlü olması ve geleneksel değerlerin korunması, hekimlerin ötanaziye yönelik daha olumsuz tutumlar sergilemesine katkıda bulunmuş olabilir (179). Ronald ve arkadaşları, 62 ülkede halka yönelik olarak 1981-2018 yılları arasında yapılan Dünya Değerleri Anketi'ni kullanarak ötanaziye yönelik tutumları incelediği çalışmada; sağlık sistemine erişim azaldıkça, bebek ölüm oranı arttıkça, ortalama yaşam azaldıkça, dindarlık arttıkça, gayri safi milli hasıla azaldıkça ötanaziye bakışın olumsuzlaştığını bulmuştur (173). Akdeniz, Marmara ve Ege bölgelerinde şehirleşme düzeyinin yüksek olması, eğitim ve gelir seviyelerinin daha iyi olması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığının etkisiyle ötanaziye daha olumlu bakmış olabilecekleri düşünüldü (180-182).

Çalışmamızda, pratisyen hekimlerin %59,2'sinin, cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlık yapan katılımcıların %55'inin, dahili tıp bilimlerinde uzmanlık yapanların %51,5'inin ve temel tıp bilimlerinde uzmanlık yapanların %46,9'unun ötanaziye desteklediği görülmüştür. Uzmanlık alanlarına göre ötanaziye verilen destek oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Pratisyen hekimler istatistiksel olarak anlamlı

bir şekilde ötanazi yapılmasını daha yüksek oranda desteklerken, temel tıp bilimlerde uzmanlık yapan katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanazi yapılmasını daha düşük oranda destekledi. Cerrahi ve dahili bilimlerde uzmanlık yapan hekimlerin ötanaziye yönelik tutumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Türkiye’de uzmanlık alanına göre ötanaziye yönelik tutumları inceleyen akademik bir araştırmaya ulaşılammıştır. Dahili tıp bilimleri uzmanlarının ötanaziye verdikleri görece düşük desteğin, bu branşlarda hastalarla daha uzun süreli takip ve ilişkiler kurulmasının etkisiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalarla uzun süreli temas, doktorların hem hastaların çektiği acılara daha yakından tanıklık etmesine hem de hasta ve yakınlarının yaşadığı psikososyal zorlukları gözlemlemesine olanak tanır. Öte yandan, cerrahi branşlarda doktor-hasta ilişkisinin genellikle daha kısa süreli ve müdahale odaklı olması, ötanaziye verilen desteğin görece yüksek olmasında etkili olabilir. Temel tıp bilimlerinde görev yapan katılımcılar arasında ötanaziye verilen desteğin en düşük düzeyde olmasının ise hasta bakımına doğrudan katılmamaları ve ölüm gibi zorlu klinik süreçlerle sınırlı temaslarıyla ilişkili olabileceği düşünüldü. Pratisyen hekimlerin ötanaziyi yüksek oranda desteklemesi, yaşlarının daha genç olması eğitim düzeyleri, daha geniş hasta popülasyonlarıyla çalışmalarlarıyla ilişkili olabilir. Ayrıca acil serviste çalışan pratisyen hekimler, sık sık geri döndürülemez klinik tablolar veya yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan vakalarla karşılaşmakta, bu da onların hasta özerkliği ve ötanaziye yönelik daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda kendini dindar olarak tanımlamayan katılımcılar ötanaziyi en fazla desteklerken, dindar olarak tanımlayan katılımcılar en az destek verdi; kararsız olanların desteği ise bu iki grup arasında orta düzeyde idi. Kendini dindar olarak tanımlama durumuna göre ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,001$) gözlemlendi. Kendini dindar olarak tanımlamayan katılımcıların istatistiksel olarak daha anlamlı şekilde ötanaziyi daha fazla desteklediği, kendini dindar olarak tanımlayan katılımcıların ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde ötanaziyi daha az desteklediği görüldü. Kendini kararsız olarak tanımlayan katılımcıların ötanaziye destek verip vermemesi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Benzer şekilde sağlık çalışanlarına ve genel halka yapılan çalışmalarda da dindarlık arttıkça ötanaziye yönelik olumsuz tutumun arttığı görülmüştür (155, 173,

183, 184). Bu sonuçlar ötanaziye yönelik tutumların anlaşılmasında dindarlık düzeyinin göz ardı edilemeyecek bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda unvanlar arasında ötanaziye destek oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görüldü. Pratisyen doktorların %58,7'si, asistan doktorların %59,1'i ötanaziye istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek desteklerken, doktor öğretim üyelerinin %41,0'ı ve doçent doktorların %42,6'sı ötanaziye istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük oranlarda desteklediği saptandı. Uzman doktorların %55,3'ü ve profesör doktorların %51,3'ü ötanaziye destekledi ve ötanaziye olan desteklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi. Literatürde, hekimlerin unvanlarına göre ötanaziye bakış açılarını doğrudan karşılaştıran benzer çalışma olmaması, bu bulguların önemini artırmaktadır. Özellikle asistan doktorların ve pratisyen doktorların daha yüksek oranlarda ötanaziye desteklemesi, mesleki deneyim ve eğitim sürecinin ötanaziye yönelik tutumlar üzerindeki etkisini düşündürmektedir. Daha düşük destek oranlarına sahip olan doktor öğretim üyeleri ve doçent doktorlar ise muhtemelen akademik pozisyonlarının getirdiği etik ve yasal sorumluluklar nedeniyle daha temkinli bir yaklaşım sergilemiş olabilirler. Profesör doktorların destek oranlarının diğer gruplarla istatistiksel olarak farklılık göstermemesi, bu grubun hem klinik deneyim hem de akademik bilgi birikimi açısından dengeli bir bakış açısına sahip olabileceğini göstermektedir. Bu durum, profesör doktorların mesleki tecrübeleri ile etik ve yasal konulardaki bilgilerini harmanlayarak daha kapsamlı bir değerlendirme yapabildiklerini düşündürülebilir. Bu bulgular, hekimlerin ötanaziye bakış açılarını etkileyen faktörlerin unvan ve deneyim seviyelerine göre değişebileceğini göstermektedir. Mesleki deneyim ve akademik pozisyonlar, hekimlerin etik konulara yaklaşımında belirleyici olabilir. Ancak literatürde benzer çalışmaların bulunmaması, sonuçlarımızın doğrudan karşılaştırılmasını engellemektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalarla karşılaşma sıklığı ile ötanaziye destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde, ağır hasta bakımıyla ilgilenme sıklığı ile ötanaziye yönelik tutumlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (147). İngiltere'de Seale ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada da ölen hastaları tedavi etme sıklığı ile ötanazi tutumu arasında bir bağ kurulamadığı görülmüştür (185). Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının mesleki pratikte karşılaştıkları ağır hastalarla ilgili tecrübelerinin ötanaziye yönelik tutumları üzerinde beklenen etkiyi yaratmadığını göstermektedir. Bunun nedeni, sağlık çalışanlarının mesleki etik ilkeleri, bakım verme motivasyonları ya da yaşamı koruma sorumluluğu olabilir.

Çalışmamızda, ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimler arasında en yüksek destek %85 ile terminal dönem kanser hastalarına verilmiştir. Bunu %77,6 ile bitkisel hayattaki hastalar takip ederken, ALS ve SMA gibi ilerleyici nöromusküler bozukluklarla seyreden hastalıklarda bu oran %62 olarak görülmektedir. Fiziksel acı çeken hastalara yönelik destek %61,2 iken, yatağa bağımlı hastalığı olanlar için destek oranı %55,2'dir. Demans gibi ilerleyici kognitif bozukluklarla seyreden hastalıklarda ötanazi desteği %44,8'e düşerken, doğumsal anomaliler veya fiziksel sakatlıklar için bu oran %31,5'e gerilemektedir. Ruhsal acı çeken hastalar için destek %27,1 ile daha düşük seviyededir. En düşük destek ise %12 ile hasta olmayan ancak ölmek isteyen bireyler için sağlanmıştır. Bu dağılım, hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarının fiziksel ve terminal hastalıklarda daha olumlu olduğunu, ancak ruhsal acılar ve sağlıklı bireylerin ötanazi taleplerine yönelik daha temkinli yaklaşıtlarını göstermektedir.

Akın'ın çalışmasında, hekimler derin komanın ardından en çok kanser hastalarına ötanazi uygulanmasını desteklemiştir. Benzer şekilde, çalışmamızda ötanaziye kabul eden hekimlerin büyük bir kısmı terminal dönem kanser hastalarına ötanazi yapılmasını onaylamıştır (152). Belçika'da 2023 yılında kanserli hastalara uygulanan ötanaziler, tüm ötanazi vakalarının önemli bir bölümünü oluşturmuştur (186). Hollanda da yapılan bir çalışmada hekimlerin %88 i kanser, %82 si başka bir fiziksel hastalığı olan bir hastada ötanazi talebini kabul edeceklerini beyan etmiştir (157). Bu veriler, kanser hastalarının yaşam sonu bakımında ötanazinin önemli bir konu olabileceğini ve hekimler arasında bu hastalara yönelik ötanazi uygulamasının daha fazla kabul görebileceğini göstermektedir. Kanser hastalarında ağrı ve yaşam kalitesinin ciddi şekilde etkilenmesi, hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarını etkileyen önemli faktörler arasında yer alabilir.

Akın'ın çalışmasında ötanazinin en çok desteklendiği durumun derin koma olduğu görülürken, çalışmamızda ikinci sırada bitkisel hayat yer almıştır (152). Karaaslan ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptığı çalışmada ise, ötanazi uygulanmasına en çok destek beyin ölümü gerçekleşen hastalar için verilmiş, ikinci sırada ise yaşamını yaşam destek sistemine bağlı sürdüren hastalar yer almıştır (187). Bu durum özellikle geri dönüşü olmayan bilinç kaybı durumlarında, sağlık çalışanları ötanaziye daha olumlu yaklaşma eğiliminde olmasıyla açıklanabilir.

Karaarslan'ın çalışmasında, yatağa bağımlı ve kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalara yönelik ötanazi uygulaması hakkında katılımcıların %47,3'ü hayır yanıtını vermiştir (187). Çalışmamızda ise, ötanazi yapılmasını destekleyen katılımcıların %55,2'si yatağa bağımlı hastalara ötanazi uygulanması gerektiğini belirtmiştir. Her iki çalışmada da yatağa bağımlı hastaların ötanazisine yönelik tutumların öne çıktığı ve konunun öneminin katılımcılar tarafından benzer şekilde değerlendirildiği görülmektedir. Yatağa bağımlı olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmesi, ötanaziyi destekleyen katılımcılar için bu tür durumlarda ötanazinin uygulanabilir bir seçenek olarak görülmesine yol açmış olabilir.

Thurn ve arkadaşlarının Avrupa'daki ALS merkezleri ve nöroloji bölümlerinden, son bir yıl içinde en az bir ALS hastasını tedavi eden 50 doktorun katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada, fiziksel acı çeken ve kısa yaşam beklentisi olan ALS hastalarının talebi üzerine doktorların %32'sinin ötanazi yapılmasına olumlu tutum gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca bu bulgular, doktorların ötanazi tutumunu ölçen diğer çalışmalarla kıyaslanmış ve hekimlerin genel olarak ötanaziye daha olumlu bakmalarına rağmen; ALS hastalarına ötanazi uygulanması konusunda çok daha temkinli bir yaklaşım sergiledikleri ortaya konmuştur (188). Abrahao ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Kanada da ALS hastalığı ile ilgilenen hekimlerin ise %64 ü ötanazi yapılmalı demişlerdir (189). Bizim çalışmamızda da ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimlerin, ALS ve SMA gibi ilerleyici nöromusküler bozuklukla seyreden hastalıklara ötanazi uygulanmasını yarısından biraz daha fazlası kabul etmiştir. Bu bulgular, hekimlerin ötanaziye yönelik genel eğilimleriyle uyumlu

olsa da nöromüsküler hastalıklar gibi kompleks durumlarda daha temkinli yaklaşıldığını göstermektedir.

Akpirinç ve arkadaşlarının çalışmasında, herhangi bir nedenle yaşamını sonlandırmak isteyen erişkin bireyler için hekimlerin %10,6'sının ötanaziye destek verdiği belirtilmiştir (144). Benzer şekilde, Belçika'da Humbeck'in yürüttüğü çalışmada, yaşamaktan yorulan bireylere yönelik ötanaziye destek oranı %10,8 olarak tespit edilmiştir (190). Çalışmamızda da ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimlerin %12'si hasta olmayan fakat ölmek isteyen kişilere ötanazi uygulanabileceğini ifade etmiştir. Bu bulgular tıp camiasında ötanaziye yönelik desteğin, fiziksel veya terminal bir hastalığa bağlı olmaksızın yaşamını sonlandırmak isteyen bireyler için daha düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu sonuçlar etik kaygılar ve profesyonel sınırlar açısından hekimlerin bu tür durumlara karşı temkinli yaklaşıtlarını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimlerin %31,5'i doğumsal anomaliler veya fiziksel sakatlıklarda ötanazi uygulanabileceğini ifade etmiştir. Akın'ın çalışmasında ise engelli hastalara ötanazi uygulanmasını destekleyenlerin oranı %40,5, genetik hastalıklarda ise %51,5 olarak bulunmuştur (152). Bu veriler, hekimlerin ötanaziye yönelik tutumlarının hastalığın niteliği ve hastanın yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle doğumsal anomaliler ve genetik hastalıklar gibi yaşam süresini ve kalitesini ciddi şekilde etkileyen durumlarda ötanaziye karşı daha yüksek oranda bir kabul görülmektedir. Bu bağlamda, hekimlerin karar süreçlerinde yalnızca yasal düzenlemeler değil, aynı zamanda hastaların bireysel koşulları ve yaşadıkları zorlukların da önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Evenblij ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı çalışmada, genel halkın %53'ü, uzman doktorların %20'si, pratisyen doktorların ise %47'si psikiyatrik hastalığı olanlara ötanazi uygulanmasını desteklemektedir (191). Turla ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık çalışanlarının %11,9'u zihinsel acıya karşı ötanazi yapılabilceğini belirtmiştir (192). Çalışmamızda, ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimlerin %27,1'i ruhsal acı çeken hastalar için ötanaziyi desteklemektedir. Bu veriler, hekimlerin psikiyatrik ve ruhsal acı çeken hastalara ötanazi uygulanması konusundaki tutumlarının ülkeler ve mesleki deneyimler arasında farklılık gösterdiğini ortaya

koymaktadır. Hollanda gibi ötanazinin yasal ve uygulamada kabul gördüğü ülkelerde pratisyen hekimlerin daha yüksek oranda destek vermesi, yasal çerçevenin ve toplumsal kabulün etkisini yansıtmaktadır. Türkiye'de ise hekimlerin daha düşük oranlarda destek vermesi, ötanazinin yasal olmaması ve etik tartışmaların yoğunluğu ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca, ruhsal acının subjektif bir deneyim olması ve tanı konusundaki zorluklar, hekimlerin bu konuya daha temkinli yaklaşmasına neden olmuş olabilir.

Finlandiya'da hemşireler ve halk üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %54'ü, halkın ise %64'ü ileri evre demans hastalarına ötanazi uygulanmasını desteklediklerini belirtmiştir (193). Şiddetli bilişsel bozukluk durumunda ise hemşirelerin %54,7'si, halkın %60,9'u ötanaziyi uygun bulmuştur. Srinkonen ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı çalışmada, ileri evre demans hastalarında uzman doktorların %23'ü, pratisyen hekimlerin ise %24'ü ötanaziyi desteklediklerini belirtmiştir (194). Çalışmamızda ise ötanaziye yönelik olumlu tutuma sahip hekimlerin %44,8'i demans gibi ilerleyici kognitif bozukluklarla seyreden hastalıklarda ötanazi uygulanabileceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda bu soru sadece ötanaziyi kabul eden hekimlere yöneltilmiştir, oysa Hollanda ve Finlandiya'daki çalışmalarda tüm katılımcılara sorulmuştur. Bu nedenle, çalışmamızdaki destek oranı genel hekim popülasyonunu yansıtmayabilir ve doğrudan diğer ülkelerle karşılaştırma yapmak yanıltıcı olabilir. Çalışmalardaki bu bulgular sağlık çalışanları ve halkın demans gibi kognitif fonksiyon bozukluk ile seyreden hastalıkların getirdiği zorluklar ve hastaların yaşam kalitesindeki düşüşe kayıtsız kalınmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, demans ve şiddetli bilişsel bozukluklarda ötanaziye yönelik tutumlar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, yasal düzenlemeler, kültürel değerler ve çalışma metodolojilerinden kaynaklanmış olabilir.

Ötanaziyi destekleyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmalıdır?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımında, en yüksek oran %74,8 ile acısız bir ölüm için ifadesi olmuştur. Bunu %62,9 ile tedavisi mümkün olmayan hastalığı olduğu için ve %62,0 ile bilincini kaybettiğinde bir başkasının bedeni ile ilgili kararlar vermesini istemediği için yanıtları takip etmiştir. Böyle yaşamının anlamı olmadığı için ifadesi %49,8 oranında belirtilirken, %45,7 oranında katılımcı ölme zamanını belirleme hakkına

sahip olmak için yanıtını vermiştir. Bakıma muhtaç olmamak için ifadesi ise %45,2 oranında dile getirilmiştir. Daha düşük oranlarda, %26,5 oranıyla düşkün halde hatırlanmamak için, %25,6 oranıyla sağlık sistemine/devlete yük olmamak için ve %21,6 oranıyla aileye maddi bakımdan yük olmamak için ifadeleri yer almıştır. Bu dağılım, katılımcıların ötanaziye yönelik tutumlarının en çok acısız bir ölüm isteği ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda özerklik vurgusu etrafında yoğunlaştığını göstermektedir. Öte yandan, sağlık sistemine veya aileye yük olmama gibi gerekçelerin daha düşük oranlarda belirtilmesi, bu konularda daha ihtiyatlı bir tutumu yansıtmaktadır.

Çalışmamızda, ötanazi yapılmasını isteyen hekimlerin %74,8'i acısız bir ölüm için ötanaziyi gerekli gördüklerini belirtmiştir. Literatürde de benzer şekilde, acısız ve onurlu bir ölüm sağlama isteği, ötanaziye yönelik yaygın bir gerekçe olarak öne çıkmaktadır (150, 153).

Çalışmamızda, tedavisi mümkün olmayan hastalık nedeniyle ötanaziyi tercih edeceklerini belirten hekimlerin oranı %62,9 oldu. Bu oran, Kumral ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %20,3'ü tarafından ötanazinin tedavisi olmayan hastalıklara bir çözüm olarak görülmesi ve Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %37,9'unun tedavisi mümkün olmayan hastalığı olduğunda ötanaziyi düşünebileceğini belirtmesiyle karşılaştırıldığında daha yüksektir (147, 150) Bu durum, ötanaziyi destekleyen hekimler arasında tedavisi olmayan hastalıkların ötanazi tercihinde önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Bilinç kaybı durumunda bedenle ilgili kararların başkaları tarafından verilmesini istememe kaygısı, çalışmamızda ötanaziyi destekleyen hekimler arasında %62,0 oranında dile getirilmiştir. Bu bulgu, hekimlerin otonomilerine verdikleri önemi yansıtırken, yaşam sonu kararlarında bireysel kontrolün onlar için ne kadar kritik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ötanaziyi destekleyen katılımcıların yaklaşık yarısının böyle bir yaşamın anlamlı olmadığı için ötanazi yapılması gerektiğini düşündüğü görüldü. Kumral'ın çalışmasında ise hekimlerin %26,8'i yatağa bağlı yaşamının anlamsızlığını

vurgulamıştır. Bu fark, hekimler arasında görüş birliği olmadığına bir göstergesi olabilir (150).

Çalışmamızda ölme zamanını belirleme hakkına sahip olmak için ötanazi yapılmalıdır diyen hekimlerin oranı %45,7 iken, Uysal'ın çalışmasında hekimlerin %37,9'u yaşamak kadar ölme hakkının da olması gerektiği belirtilmiştir (147). Her iki çalışmada da hekimler arasında yaşam ve ölüm üzerinde kontrol sahibi olma isteğinin önemli bir motivasyon olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda, ötanazi yapılmasını isteyen hekimlerin %45,2'si bakıma muhtaç olmamak için ötanaziye ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Kumral'ın çalışmasında ise bu oran %12,2 olarak saptanmıştır (150). Bu fark, hekimlerin mesleki tecrübeleri ve bakıma muhtaç hastalarla olan yakın ilişkilerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda ötanaziye destekleyen katılımcıların %26,5 düşkün halde hatırlanmak istememe gerekçesi ile ötanazi yapılmalı demişlerdir. Bu, hekimlerin kişisel onur ve saygınlıklarına verdikleri önemin bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda ötanaziye destekleyen katılımcıların %25,6'sı sağlık sistemine veya devlete yük olmamak kaygısı ile ötanazi yapılmalı demişlerdir. Tepehan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin %40,4'ü ötanazinin devletin ekonomik yükünü azaltacağını düşünmektedir (153). Bu farklılık, ekonomik kaygıların ötanazi tercihinde etkili olma derecesinin hekimler arasında değişebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda ötanaziye destekleyen katılımcıların %21,6'sı aileye maddi bakımdan yük olmamak düşüncesi ile ötanazi yapılmalı demişlerdir. Tepehan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hekimlerin %48,2'si ötanazinin hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltacağını belirtmiştir (153). Bu durum, çalışmamızda aileye maddi yük olma kaygısının diğer çalışmalara göre daha az etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %51,2'si kendileri için ötanazi yapılmasını isterken, %39,4'ü bir yakınına ötanazi yapılmasını istemiştir. Ayrıyeten kendisine ötanazi yapılmasını isteyen katılımcıların %25,4'ünün, yakınlarına ötanazi yapılmasını istemediği istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulgular, Kumral ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmayla karşılaştırıldığında dikkat çekicidir (150). Söz

konusu çalışmada, kendiniz için ötanazi ister misiniz? sorusuna hekimlerin %23,4'ü evet yanıtını verirken, ailenizden ya da bir yakın akrabanızdan biri için ötanazi ister misiniz? sorusuna sadece %12,2'si evet yanıtını vermişlerdir. Benzer şekilde, Bulut ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %45,8'i kendileri hakkında ötanazi kararı alınmasını onaylamayacaklarını, %86,6'sı ise yakınları hakkında ötanazi kararı alınmasını onaylamayacaklarını belirtmiştir (182). Özellikle kendileri için ötanazi isteme oranının daha yüksek olması, bireylerin kişisel acı ve yaşam kalitesi üzerine daha fazla odaklandıklarını düşündürmektedir. Yakınları için ötanazi isteme oranının daha düşük olması ise kültürel ve duygusal faktörlerin etkisini yansıtabilir; aile bağları ve yakınların yaşamına müdahale etme konusundaki etik kaygılar bu tutumu şekillendirebilir.

Çalışmamızda, ötanazi yapılmasını isteyen katılımcıların %87,5'inin kendilerine de ötanazi yapılmasını istemesi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu istatistiksel anlamlılık, ötanaziye yönelik genel tutum ile bireyin kendi yaşam tercihleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymakta ve ötanaziye olumlu bakan bireylerin büyük çoğunluğunun bu tutumlarını kendi yaşamları için de benimsediklerini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %71,8'inin kendi ötanazi kararlarının aileleri tarafından verilmesini istememeleri dikkat çekicidir. Benzer şekilde Turla ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının %36'sı kendisi için ötanazi kararını akrabalarının vermesini istemiştir (192). Yılmaz ve arkadaşlarının 2019 yılında tıp fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada ise katılımcıların %21,8'i kendisi için ötanazi kararı alan yakınlarını destekleyeceğini bildirmiştir (195). Bu durum, bireylerin ötanazi konusunda kişisel özerkliklerine ve kendi yaşamları üzerinde karar verme haklarına büyük önem verdiklerini göstermektedir. Ayrıca, bu tutumun altında yatan önemli bir neden, ailelerini kendi ölümelerini onaylama gibi zor bir kararın yükü ve acı çekme ikilemiyle karşı karşıya bırakmak istememeleri olabilir. Katılımcılar, ailelerinin bu duygusal yükü taşımalarını engellemek ve onları olası suçluluk ve üzüntü duygularından korumak amacıyla, ötanazi kararını kendilerinin vermesini tercih etmektedirler. Akpırınç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise farklı bir eğilim gözlenmiştir. "Hasta kendi kararlarını veremeyecek durumda iken sizce ötanazi kararını kim vermelidir?" sorusuna katılımcıların %55,5'i "Hastanın birinci/ikinci

derece yakınları", %20,5'i ise "Hastanın vasisi" yanıtını vermiştir (144). Burada, hastanın karar verme yetisinin olmadığı durumlarda aile üyelerinin veya yasal temsilcilerin ötanazi kararında önemli bir rol üstlenmesi gerektiği görüşü hakimdir. İki çalışma arasındaki bu farkın nedeni, hekimlerin kendi ailelerinin bu zor kararlarla karşılaşması durumunda daha empatik davranmaları, ancak genel tıbbi etik ilkeler karşısında daha duyarlı olmaları olabilir. Hekimler, kendi yakınları için ötanazi kararının verilmesinde duygusal bağları nedeniyle tereddüt yaşayabilirken, mesleki sorumlulukları ve tıbbi etik prensipler doğrultusunda genel hasta popülasyonu için farklı bir tutum sergilemiş olabilirler.

Çalışmamızda katılımcıların %43,7'si yasal olması halinde ötanazi uygulayacağını belirtmiştir. Gündüz ve arkadaşlarının 1996 yılında doktor ve tıp fakültesi öğrencilerinden oluşan 510 kişiyle yaptığı araştırmada, katılımcıların %18,81'i aktif ötanazi, %26,66'sı pasif ötanazi uygulayabileceğini belirtmiş, %68,82'si ise ötanazi uygulamasında görev almayacağını ifade etmiştir (196). Akpırınç ve arkadaşlarının 2024 yılında Şanlıurfa'da 146 hekimle gerçekleştirdiği çalışmada ise, yasal olması halinde hekimlerin %21,9'u ötanazi uygulayacağını, %58,2'si uygulamayacağını belirtmiştir (144). Bu bulgular, Türkiye'de hekimlerin ötanazi uygulama isteğinin yıllar içinde arttığını ve günümüzde daha yüksek oranlara ulaştığını göstermektedir. Bu durum, ötanazi konusundaki tutumların zamanla değiştiğini ve bu alandaki etik ve yasal tartışmaların yapılması gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda ötanaziyi onaylayan katılımcıların ötanazinin %89,1'i doktor tarafından, %19,3'ü hemşire veya sağlık teknisyeni tarafından, %19,5'i hasta veya hasta yakını tarafından uygulanması gerektiğini belirttiği görüldü. Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hekimlerin %29,6'sı ötanazinin doktor tarafından uygulanması gerektiğini belirtirken; %18,3'ü hastanın kendisi, %5,3'ü hemşire, %14,8'i hastanın bir aile üyesi ve %56,2'si yasal olarak belirlenmiş bir ekip tarafından uygulanması gerektiğini savunmuştur (147). Akkurt Yalçıntürk ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmada, katılımcıların %53,2'si ötanazinin doktorlar tarafından yapılmasını savunurken, %1,3'ü hemşirelerin, %36,4'ü ise bir ekip tarafından uygulanmasını tercih etmiştir (197). Ayrıca, %3,9'u hastanın, %2,6'sı hastanın ailesinin ve %2,6'sı özel bir meslek grubunun bu sürece dahil olabileceğini

belirtmiştir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanları arasında ötanazi uygulamasının kimin tarafından yapılacağıyla ilgili net bir görüş olmamakla birlikte uygulamayı yapması gerekenin daha yüksek oranda doktor olması gerektiği görüşünün daha sık olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, etik ve profesyonel sınırların tanımlanması konusunda yasal düzenlemelerin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, ötanazi yapılmasını savunan katılımcıların çoğunluğunun 65 yaş üzerindeki (%95,1) daha az bir kısmının 18-65 yaş arasına (%67,3) ve daha düşük bir oranda da 18 yaş altındakilere (%16,6) ötanazi yapılabileceği görüşünü ifade ettiği görüldü. Literatürde, doğrudan belirli yaş gruplarına yönelik ötanazi tartışmaları sınırlıdır, ancak ülke bazlı uygulamalarda yaş sınırlarının farklılık gösterdiği ve tartışmaların sürdüğü anlaşılmaktadır. Belçika'da, 2002 yılında ötanazi yasallaştığında, yalnızca 15 yaş üstü çocuklara belirli koşullarda izin verilmekteydi, ancak 2014'te yapılan düzenlemeyle yaş sınırlandırması tamamen kaldırılmıştır (79). Hollanda'da ise ötanazi 12 yaş üstü bireyler için yasal olarak mümkündür (68). Ancak, daha küçük çocuklara uygulanması konusundaki tartışmalar devam etmektedir (69). İspanya da ise 18 yaşından büyüklere ötanazi yasaldır (93). Bu uygulamalar çalışmamızla uyumlu şekilde çocuk ötanazisi için daha temkinli olduğunu göstermektedir. Yaş sınırı ve bireylerin özerklik haklarıyla ilgili bu tartışmalar, ülkeler arasında uyumlu bir politika ve fikir birliği bulunmadığını ve bu konunun hassasiyetini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, ailesinde veya yakın çevresinde yatağa bağımlı hastası ya da son dönem kanser hastası olan katılımcıların ötanaziye yönelik tutumları ile böyle bir deneyimi olmayan katılımcıların tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, Almanya'da yapılan bir çalışmada da yakın zamanda kanser nedeniyle yakınıni kaybeden bireylerin ötanaziye bakış açıları ile genel nüfus arasında fark bulunmadığı gözlemlenmiştir (198). Bu bulgular, kişisel deneyimlerin ötanaziye yönelik tutumlar üzerinde beklenenden daha az etkili olabileceğini göstermektedir. Bunun nedeni, ötanazi konusunun etik, dini ve kültürel boyutlarının bireylerin tutumlarını daha güçlü bir şekilde şekillendirmesi olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %75,9'unun, ötanazinin yasal hale gelmesi durumunda kötüye kullanılabileceğini düşündüğü tespit edilmiştir. Benzer şekilde, literatürde de

sağlık profesyonellerinin ötanazinin yasallaşması halinde kötüye kullanılma riski taşıdığına dair endişeleri olduğu görülmektedir (146, 192, 197). Bu bulgular, ötanaziye yönelik tutumların yalnızca etik ve klinik kaygılarla değil, aynı zamanda hukuki düzenlemelere ve denetim mekanizmalarına duyulan güvenle de yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünen katılımcıların, “Sizce ötanazi uygulaması hangi konularda kötüye kullanılabilir?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımında, en yüksek oran %86,7 ile aile bakım yükünden kurtulmak isteme gerekçesi olmuştur. Bunu %84,4 oranıyla miras amacıyla kullanılması ve %78,0 oranıyla intihara sağlık personelinin alet edilmesi takip etmiştir. Aile masraflardan kurtulmak ister ifadesi %69,3 oranında belirtilirken, %43,9 oranında devletin masraflardan kurtulma gerekçesi dile getirilmiştir. Daha düşük oranlarda ise %34,7 ile kişiler arası eşitsizliklerin doğabileceği ve %28,8 oranında sağlık personellerinin tembelliğe itilebileceği gibi endişeler yer almıştır. Bu dağılım, katılımcıların ötanazinin yasal hale gelmesi durumunda, özellikle ekonomik çıkarlar ve bakım yüklerinden kaçınma gibi nedenlerle kötüye kullanılma risklerine dikkat çektiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda, ötanazinin kötüye kullanılabilceğini düşünen katılımcıların %86,7'si, ailelerin bakım yükünden kurtulma arzusunun ötanazi kararlarını etkileyebileceği endişesini dile getirmiştir. Bu oranın bu denli yüksek olması, ölümcül hastalığa sahip bireylerin bakımının fiziksel ve psikolojik olarak oldukça zorlayıcı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bakım yükü, aile üyeleri üzerinde hem duygusal hem de ekonomik baskı yaratabilir, bu da ailelerin istemeden de olsa ötanazi kararlarını desteklemelerine yol açabilir. Ayrıca, bu sonuç palyatif bakım sistemlerinin ülkemizde yeterince gelişmemiş olabileceğinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Palyatif bakım hizmetlerinin yetersizliği, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve alternatif çözüm arayışlarına yönlendirebilir.

Çalışmamızda, ötanazinin kötüye kullanılabilceğini düşünen katılımcıların %84,4'ü miras gibi çıkarların bu süreçte belirleyici olabileceğini düşünmektedir. Beder'in çalışmasında da miras gibi çıkarlar nedeniyle ötanazi riskini dile getiren hekimlerin oranı %67,7 olarak tespit edilmiştir (146). Bu bulgular, ötanazi kararlarının aile içi

dinamikler ve maddi beklentiler tarafından etkilenebileceğine dair ciddi bir kaygıyı ortaya koymaktadır. Miras gibi maddi çıkarların ötanazi kararlarını etkileyebileceği düşüncesi, bu uygulamanın etik ve yasal boyutlarına dair önemli soru işaretleri doğurmaktadır. Aile üyelerinin ekonomik beklentilerinin, hastanın gerçek isteklerinin önüne geçme riski, ötanazinin uygulanmasında dikkatle ele alınması gereken bir konudur.

İntihara sağlık personelinin alet edilebileceği yönündeki kaygının %78,0 gibi yüksek bir oranda ifade edilmesi, sağlık çalışanlarının sürece zorla dahil edilme korkusunu yansıtmaktadır.

Ailelerin, masraflardan kurtulmak amacıyla ötanazi kararı vermeyi teşvik edebileceği endişesi ise %69,3 oranında dile getirilmiş olup, ötanazinin ekonomik baskılar nedeniyle suistimal edilebileceği olasılığına işaret etmektedir. Beder'in çalışmasında da benzer şekilde, ailelerin masraflardan kurtulmak amacıyla ötanaziye teşvik edebileceği kaygısını dile getiren hekimlerin oranı %74,4 olarak bulunmuştur (146).

Devletin sağlık harcamalarından kurtulmak amacıyla ötanaziye teşvik edebileceğini düşünenlerin oranı %43,9 olup, bu endişe, ötanazi uygulamalarının yalnızca bireysel değil, sistemsal çıkarlarla da çatışma yaratabileceğini düşündürmektedir.

Beder'in çalışmasında kişiler arası eşitsizliğin ötanazi sürecine yansıyabileceğini düşünen hekimlerin oranı %37,1 olarak bulunmuştur (146). Benzer şekilde çalışmamızda da kişiler arası eşitsizliğin ortaya çıkabileceği düşüncesi %34,7 oranında ifade edilmiştir. Bu durum, ötanazinin toplumda farklı sosyal ve ekonomik sınıflar arasında eşit olmayan bir şekilde uygulanabileceği endişesini yansıtmaktadır.

Son olarak, %28,8 oranında katılımcı, ötanazinin sağlık personelinin tembelliğe yönlendirebileceğini belirtmiştir. Beder'in çalışmasında ise, ötanazinin sağlık personelinin tembelliğe itebileceğini düşünen hekimlerin oranı %37,1 olarak kaydedilmiştir (146). Bu oran, ötanazi uygulamalarının sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki potansiyel olumsuz etkilerine dair bir kaygıyı ortaya koymaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, ötanaziye yönelik çekincelerin ağırlıklı olarak etik, ekonomik ve toplumsal kaygılar etrafında şekillendiği ve bu endişelerin, yasallaşması

durumunda ötanazinin kötüye kullanılabileceği ihtimaline işaret ettiği söylenebilir. Çeşitli çıkar gruplarının ve ekonomik baskıların, bireysel ve toplumsal çıkarlarla çatışarak ötanazi uygulamalarının etik sınırlarını zorlayabileceği değerlendirilmektedir.

Ötanaziye desteklemeyen katılımcıların “Ötanazi neden yapılmamalı?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımında, en yüksek oran %72,9 ile kötüye kullanım olabileceği gerekçesi olmuştur. Bunu %62,5 oranıyla vicdani rahatsızlık hissetmemek ve %57,5 oranıyla dini sebepler takip etmiştir. Etik dışı olduğu gerekçesi %56,6 oranında belirtilirken, %46,6 oranında katılımcı tıpta yeni gelişmeler olabileceği ihtimalini öne sürmüştür. Yasa dışı olduğu gerekçesi ise %35,6 oranında dile getirilmiştir. Bu dağılım, katılımcıların ötanaziye karşı tutumlarının en çok kötüye kullanım riski ve vicdani rahatsızlık hissetmeme gerekçeleri etrafında yoğunlaştığını göstermektedir. Aynı zamanda, dini ve etik kaygılar gibi gerekçelerin de ötanaziye reddetme sebepleri arasında önemli yer tuttuğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %72,9’u ötanaziye karşı çıkma gerekçesi olarak kötüye kullanım olasılığını belirtmiştir. Benzer şekilde Tepehan ve arkadaşlarının çalışmasında da hekimlerin %81,3’ü ötanazinin istismar edilebilir olmasını en büyük çekinceleri olarak ifade etmiştir (153). Bu bulgular hekimlerin kötüye kullanım konusunda daha yüksek bir duyarlılığa sahip olması, mesleki deneyimleri ve sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek suistimallere dair bilgi sahibi olmalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %62,5’i ötanaziye vicdani rahatsızlık hissetmemek için reddederken, Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %56,2’si vicdani rahatsızlık nedeniyle ötanaziye reddettiğini belirtmiştir (147). Bu sonuçlar, vicdani rahatsızlığın ötanaziye reddetmede önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Her iki çalışmada benzer oranların görülmesi, bu tutumun genel bir eğilimi yansıttığını düşündürmektedir.

Dini sebepler nedeniyle ötanaziye karşı çıkma çalışmamızda %57,5 oranında öne çıkarken, Tepehan ve arkadaşlarının hekimlerin %54,9’u ve Uysal’ın çalışmasında hekimlerin %58,6’sı dini gerekçelerle ötanaziye karşı çıkmıştır (147, 153) Bu

sonuçlar, dini gerekçelerin ötanaziye karşı tutumlarda önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Çalışmamızdaki oranların diğer araştırmalarla benzerlik göstermesi, bu tutumun hekimler arasında yaygın olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %56,6'sı etik dışı olması gerekçesiyle ötanazi uygulamasını reddederken, Tepehan ve arkadaşlarının hekimlerin %59,3'ü aynı gerekçeyi dile getirmiştir (153). Hekimlerin etik kaygılara daha yüksek duyarlılık göstermesi, meslek etiği eğitimleri ve mesleki sorumluluk bilinciyle ilişkilendirilebilir.

Tıpta yeni gelişmeler olabileceği düşüncesiyle ötanazi reddi çalışmamızda %46,6 oranında ifade edilirken, Uysal'ın çalışmasında bu oran %46,2 olarak tespit edilmiştir (147). Ancak Kumral'ın çalışmasında bu oran %21,4 ile daha düşük çıkmıştır (150). Bazı hekimlerin, tıbbi gelişmelerin ötanazi karşıtlığı üzerindeki etkisini sınırlı görmesi, bireysel mesleki beklentiler veya uzmanlık alanlarının etkisiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda yasa dışı olma gerekçesi ile ötanazi reddi %35,6 oranında iken, Uysal'ın çalışmasında %28,4 ve Kumral'ın çalışmasında %12,2 olarak belirlenmiştir (147, 150). Hekimler, yasal düzenlemelerin ötanazi konusunda açık olmamasından kaynaklanan belirsizlikler ya da bilgi eksikliği nedeniyle bu konuda daha düşük duyarlılık göstermiş olabilirler.

Çalışmamızda, hekimlerin %57,2'si pasif ötanazi yapılmasını desteklediği görüldü. Literatürle karşılaştırıldığında, Ünlüoğlu ve arkadaşlarının 1995 yılında yaptığı çalışmada pasif ötanaziye taraftar olan hekimlerin oranı %19 olarak saptanmıştır (143). Beder ve arkadaşlarının 2010 yılında Ankara'da hekim ve hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada ise pasif ötanazi desteği %51,6, karşı çıkanlar %21, kararsız olanlar %27,4 oranında bulunmuştur (146). Akkurt Yalçıntürk ve arkadaşlarının 2018'deki çalışmasında sağlık profesyonellerinin %48'i pasif ötanaziyi desteklerken, %32,5'i kararsız kalmıştır (197). Çalışkan ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada ise hekimlerin %20,5'i pasif ötanaziyi onaylamıştır (145). Uluslararası karşılaştırmalarda ise Yun ve arkadaşlarının 2018'de Kore'de yaptığı çalışmada hekimlerin %98'i, Kronioditis'in Yunanistan'da yaptığı çalışmada %82,4'ü, Ahbohaimed ve arkadaşlarının Kuveyt'te yaptığı çalışmada ise %29,1'i pasif ötanaziyi desteklemiştir (158, 160, 172). Bu farklılıklar, ülkelerin sosyo-kültürel yapıları, dini

değerleri ve sağlık politikalarının yanı sıra pasif ötanazinin yasal çerçevesine ilişkin algılarının farklılığından kaynaklanabilir. Çalışmamızda pasif ötanaziye destekleyen hekimlerin oranının Türkiye’deki literatüre kıyasla yüksek çıkması, Türkiye’deki hekimlerin ötanazi konusunda artan farkındalık ve tutum değişikliğini yansıtır olabilir. Ayrıca, hasta haklarına ve hastanın tedavi sürecindeki söz hakkına verilen önemin artması, pasif ötanaziye yönelik desteği artıran etkenlerden biri olabilir. Yapılacak çalışmalarda bu tutumların nedenleri daha detaylı analiz edilerek sağlık politikalarına yol gösterici veriler sunulabilir.

Çalışmamızda, erkek katılımcıların %57,5’i ve kadın katılımcıların %57’si pasif ötanaziye desteklediklerini belirtmiş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,788$). Benzer şekilde, Can ve arkadaşlarının 2020 yılında yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada, katılımcıların %84,8’ini kadınlar oluşturmuş ve cinsiyetler arasında ötanaziye yönelik tutumda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (199). Çelik ve arkadaşlarının 2012’de yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı araştırmada da cinsiyetin ötanaziye yönelik tutumu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (200). Aynı şekilde, Abohaimed’in Kuveyt’te gerçekleştirdiği çalışmada da pasif ötanaziye yönelik tutum ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (160). Sağlık çalışanlarının cinsiyet fark etmeksizin benzer görüşlere sahip olmasında mesleki eğitim, etik değerler ve hasta bakımına yönelik ortak deneyimlerin önemli bir rol oynaması neden olmuş olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda “Sizce pasif ötanazi yapılmalı mıdır?” sorusuna evet cevabı veren katılımcıların ortalama yaşı 40 (IQR: 20) olarak tespit edilirken, hayır cevabı veren katılımcıların ortalama yaşı 37 (IQR: 21) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Ancak, literatür incelendiğinde bu sonuçların diğer çalışmalarla tam uyumlu olmadığı görülmektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının 83 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmada yaş grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (145). Benzer şekilde, Çelik ve arkadaşlarının 2012 yılında yoğun bakım hemşireleri ile yürüttüğü çalışmada hemşirelerin yaşlarının pasif ötanazi tutumlarını etkilemediği saptanmıştır (200). Kamath ve arkadaşlarının Hindistan’da doktorlar üzerinde yaptığı çalışmada da cinsiyetler ve yaş kategorileri arasında ötanazi ile ilgili görüşlerde anlamlı bir fark bulunamamıştır (201).

Öte yandan, Abohaimed'in Kuveyt'de doktorlar ile yaptığı çalışmada, yaş grupları ile pasif ötanazi onayı arasında doğrudan bir ilişki bulunmasa da, genç hekimlerin pasif ötanaziye daha fazla onayladığı gözlemlenmiştir (160). Bu farklılıklar, mesleki tecrübe ve etik tutumlar arasındaki potansiyel değişimleri yansıtabilir. Yaşlı doktorların, daha fazla ölümcül hasta tedavi etmiş olmaları ve tedavi alternatiflerine daha aşina olmaları nedeniyle, hastaların yaşamını erken sonlandırma konusunda daha çekimser olmaları muhtemeldir. Deneyimle kazanılan bu farkındalık, yaşamın son döneminde bile mevcut olan tedavi seçeneklerini görme ve değerlendirme becerisini artırabilir, bu da ötanaziye yönelik daha temkinli bir yaklaşım geliştirmelerine yol açabilir. Ek olarak, genç doktorların genellikle daha sağlıklı olmaları ve uzun süreli ağrı veya hastalık tecrübesine sahip olmamaları, onları ötanaziye uzun süreli ıstırap karşısında daha kabul edilebilir bir çözüm olarak görmeye itebilir. Bu durum, yaşamın sonuna ilişkin bireysel algılarının, sağlıklı oldukları dönemde geliştirdikleri değer yargıları ile şekillenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, genç doktorların eğitim süreçlerinde karşılaştıkları modern yaklaşımlar ve yaşam sonu bakımına dair değişen paradigmalara daha açık olmaları, ötanazi gibi geleneksel olmayan fikirlere karşı daha hoşgörülü bir tavır sergilemelerine neden olabilir. Bu da genç hekimlerin, hasta otonomisi ve yaşam kalitesini öne çıkaran daha çağdaş bir tutum benimsemelerine neden olmuş olabilir. Bu bulgular, farklı yaş gruplarındaki doktorların mesleki deneyimleri, değer yargıları ve hasta bakımına yönelik yaklaşımlarının pasif ötanazi konusundaki tutumlarına yansıdığını göstermektedir. Bu bağlamda, mesleki deneyim ve yaş, ötanaziye ilişkin tutumların şekillenmesinde kritik bir değişken olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda çocuğu olmayan katılımcıların pasif ötanaziye destekleme oranının (%62,2) çocuğu olanlara (%53,4) kıyasla daha yüksek olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p<0,001$) göstermektedir. Bu durum, ebeveynliğin bireylerin yaşam sonu kararlarına yönelik tutumlarını etkileyebileceğine işaret etmektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında ise ebeveyn olma ile pasif ötanazi tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir, ancak, çocuğu olan katılımcıların pasif ötanaziye daha az desteklediği gözlemlenmiştir (145). Çocuğu olan katılımcıların, ebeveynlik sorumluluğu ve çocukların gelecekteki yaşamına yönelik beklentiler nedeniyle yaşamın korunmasına daha fazla önem verme

eğiliminde oldukları düşünülebilir. Ebeveynlerin, bir bireyin yaşamına son verilmesini içeren etik kararlarda daha temkinli davranmaları, çocuklarının yaşamı boyunca karşılaşılabilecekleri olası zorluklara karşı geliştirdikleri duyarlılıkla da ilişkili olabilir.

Çalışmamızda evli katılımcıların %55,6'sının, bekar katılımcıların %61,3'ünün ve boşanmış/dul katılımcıların %53,7'sinin pasif ötanaziye desteklediği belirlenmiştir. Medeni duruma göre pasif ötanaziye verilen destek oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Evli ve bekar katılımcıların pasif ötanaziye istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla desteklediği, boşanmış/dul olma durumunun ise anlamlı bir fark yaratmadığı tespit edilmiştir. Boşanmış veya dul olma durumunun ötanaziye yönelik tutumda anlamlı bir fark yaratmaması, bu grubun yaşam deneyimlerinin çeşitliliği ile açıklanabilir. Geçmişte yaşanan kayıplar, duygusal yükler veya sağlık sorunları, bu bireylerin ötanazi gibi konularda daha belirsiz tutumlar sergilemesine yol açabilir. Ancak literatür incelendiğinde, medeni durum ve ötanazi tutumları arasındaki ilişkinin tutarlı olmadığı görülmektedir (145, 200). Medeni durumun bireysel sorumluluk, değer yargıları ve yaşam deneyimlerini farklı biçimlerde etkileyebileceği düşünüldüğünde, farklı çalışmalarda ortaya çıkan sonuçların farklılık göstermesi kaçınılmazdır. Ayrıca, örneklem büyüklüğü, katılımcıların demografik özellikleri ve çalışmanın yapıldığı kültürel bağlam gibi faktörlerin de bu uyumsuzluklarda etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda, ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla sık karşılaşan katılımcıların %61,8'inin, az karşılaşan katılımcıların %55,2'sinin ve hiç karşılaşmayan katılımcıların %49,6'sının pasif ötanaziye desteklediği belirlenmiştir. Bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Sık karşılaşan katılımcıların pasif ötanaziye istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla desteklediği, hiç karşılaşmayan katılımcıların ise anlamlı şekilde daha az desteklediği görülmüştür. Az karşılaşan katılımcılar arasında ise tutumlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, ağır genel durum bozukluğu olan hastalarla sık karşılaşmanın pasif ötanaziye yönelik daha fazla empati geliştirilmesine yol açabileceğini düşündürmektedir. Ölümcül hastalıkların yarattığı ıstırap ve tedaviye dirençli semptomlarla karşılaşan sağlık çalışanlarının, yaşam kalitesini ön planda tutarak, acıların sonlandırılmasını daha insancıl bir çözüm olarak görmeleri

mümkündür. Bu durum, ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek hastalıklarla sık karşılaşan katılımcıların pasif ötanaziye daha fazla desteklemelerini açıklayabilir. Bununla birlikte, Abohaimed ve arkadaşlarının çalışması da benzer bulgular sunmaktadır (160). Bu çalışmada, ölümcül hastalıklarla sık karşılaşan hekimlerin %35'inin pasif ötanaziye onayladığı, daha az karşılaşan hekimlerin ise %21,3 oranında onayladığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Her iki çalışmada da mesleki deneyimlerin ve ölümcül vakalarla karşılaşma sıklığının, pasif ötanaziye yönelik tutumları etkileyen önemli faktörler olduğu ortaya konmaktadır.

Çalışmamızda, ailesinde veya yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta bulunan katılımcıların %58,2'sinin pasif ötanaziye desteklediği tespit edilmiştir. Ancak, bu oran ile ailesinde böyle bir hasta bulunmayanların tutumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,657$). Benzer şekilde, ailesinde veya yakın çevresinde son dönem kanser hastası olan katılımcıların %54,4'ü pasif ötanaziye desteklemiştir. Bu oran ile böyle bir deneyimi olmayanların tutumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,202$). Bu bulgular, bireylerin ailelerinde ağır hastaların varlığı ile ötanazi tutumları arasında belirgin bir ilişki olmadığını göstermektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, akrabalarında kronik hastalık bulunan bireylerin pasif ötanaziye yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (145). Bu sonuçlar, bireylerin yakın çevresindeki hasta deneyimlerinin, ötanaziye yönelik tutumlarını doğrudan ve güçlü bir şekilde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ailede veya yakın çevrede yatağa bağımlı veya son dönem kanser hastalarıyla ilgilenmek, bazı bireylerde yaşamın korunmasını savunan bir tutum geliştirebilirken, diğerleri için hastanın çektiği ıstırapların azaltılmasına yönelik bir eğilim doğurabilir. Ancak, çalışmamızdaki bulgular bu tür deneyimlerin tutumlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını ortaya koymuştur.

Çalışmamızda, hekimlerin %51,8'inin ülkemizde pasif ötanazinin uygulandığını düşündüğü tespit edilmiştir. Akkurt Yalçıntürk ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların %49,4'ü pasif ötanazinin uygulandığını düşündüğünü belirtmiş, %26'sı ise kararsız olduklarını ifade etmiştir (197). Özkara ve arkadaşlarının

Türkiye genelinde yaptığı geniş katılımlı çalışmada, katılımcıların %55,9'u ötanazinin yasal olarak yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığını belirtmiştir (148). Bedder ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %69,4'ünün pasif ötanazinin uygulandığını düşündüğü rapor edilmiştir. Bu bulgu, hekimlerin ötanaziye dair yasal düzenlemelere rağmen uygulamaların sahada devam ettiğine dair güçlü bir algıya sahip olduğunu göstermektedir (146).

Çalışmamızda, “Daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediniz mi ya da benzer bir yaklaşımınız oldu mu?” sorusuna katılımcıların %41,8'i “evet” yanıtını vermiştir. Bu yaklaşım, sağlık çalışanlarının tedavisi mümkün olmayan hastalar için tıbbi müdahaleyi sonlandırma eğiliminde olabileceğini göstermekte ve pasif ötanazi kapsamında değerlendirilebilecek bir tutum sergilediklerine işaret etmektedir. Mayda ve arkadaşlarının 85 onkologla yaptığı çalışmada, doktorların %59,6'sı hastalardan tedaviyi geri çektiklerini bildirmiştir (14). Yalnız ve arkadaşlarının göğüs hastalıkları uzmanları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise, katılımcıların %31,8'i tedavisi mümkün olmayan hastaların tedavisini sonlandırdığını ifade etmiştir (202).

Çalışmamızda, iyileşme ihtimali bulunmayan bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmelerini tavsiye eden katılımcıların %56,8'inin, ülkemizde pasif ötanazinin uygulandığını düşündükleri görülmüştür ($p<0,001$). Bu durum, tıbbi müdahaleden kaçınarak hastanın son günlerinde doğal sürece yönelmeyi tercih eden sağlık çalışanlarının, bu yaklaşımı pasif ötanazinin bir yansıması olarak algılayabildiklerini düşündürmektedir. Tedavisi mümkün olmayan hastaların yaşam kalitesini artırmak amacıyla müdahaleyi sınırlandırmak, etik olarak pasif ötanaziye yakın bir tutum olarak değerlendirilebilir. Aynı zamanda, bu bulgu, bazı sağlık çalışanlarının hastaya fayda sağlama amacıyla tıbbi müdahaleyi sonlandırmayı, yasal çerçeve dışında gelişen bir pasif ötanazi uygulaması olarak yorumladıklarını da gösterebilir.

Çalışmamızda, hekimlerin %51,8'inin ülkemizde pasif ötanazinin uygulandığını düşündüğü tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, katılımcıların %41,8'i iyileşme ihtimali bulunmayan bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmelerini tavsiye ettiğini belirtmiştir. Mayda ve Yalnız'ın çalışmasında da benzer

eğilim görülmüştür (14, 202) Bu durum, pasif ötanaziye yönelik eğilimlerin sahadaki pratiklere de yansıdığını düşündürmektedir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının, tedavinin artık fayda sağlamadığı durumlarda tıbbi müdahaleden kaçınmayı ya da müdahaleyi sonlandırmayı etik bir seçenek olarak değerlendirdiklerine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, iyileşme ihtimali bulunmayan bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmelerini tavsiye eden katılımcıların %66,9'unun pasif ötanaziye desteklediği, %33,1'inin ise desteklemediği tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bu bulgu, tedaviye yanıt vermeyen hastalar için tıbbi müdahaleden kaçınma eğiliminin, pasif ötanaziye destekleme ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Tepahan ve arkadaşlarının çalışmasında, doktorların %79,9'u ötanazi konusunun tartışılmasını yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir (153). Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da katılımcıların %75,4'ü ötanazi hakkındaki tartışmaların faydalı olduğunu belirtmiştir. Bu benzerlik, ötanazi konusunun sağlık profesyonelleri arasında giderek artan bir öneme sahip olduğunu ve bu alanda daha fazla diyaloga ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Son yıllarda ortalama yaşam süresinin artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarının artması gibi etkenler, ötanazi konusunu daha da önemli hale getirmiştir. Ötanazinin yasal olduğu ülkelerde, toplam ölümler içerisindeki ötanazi oranlarında artış gözlemlenmektedir. Yasal olmayan ülkelerde ise ötanazinin yasallaşması gerektiği yönündeki görüşler giderek yaygınlaşmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %53,5'i ötanazi yapılmasını desteklemektedir. Katılımcıların %51,2'si kendine ötanazi yapılmasını isterken, katılımcıların %39,4'ü bir yakınına ötanazi yapılmasını da istemektedir. Cinsiyet, ötanazi yapılmasını destekleme konusunda önem taşımamaktadır.

Aile büyüklüğü arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ötanazi yapılmasına olan destek azalmaktadır.

Bekar katılımcılar ötanazi yapılmasını daha çok desteklerken, evli katılımcılar daha az desteklemektedir.

Ebeveyn olan katılımcılar ötanazi yapılmasını daha az desteklerken, ebeveyn olmayan katılımcılar daha fazla desteklemektedir.

Ailesinde ve yakın çevresinde yatağa bağımlı hasta olmasıyla ve ailesinde ve yakın çevresinde son dönem kanser hastası olmasıyla ötanazi yapılmasını isteme arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Marmara, Ege ve Akdeniz Bölgelerinde yaşayan katılımcılar anlamlı olarak ötanazi yapılmasını daha fazla desteklemektedir.

Pratisyen doktorların ve asistan doktorların anlamlı şekilde ötanazi yapılmasını daha yüksek oranda desteklediği, doktor öğretim üyeleri ve doçent doktorların ise anlamlı şekilde daha düşük oranlarda desteklediği saptandı. Profesör doktorların ve uzman doktorların ise ötanazi yapılmasını isteme durumlarında anlamlı fark saptanmadı.

Temel tıp bilimlerde uzmanlık yapan katılımcılar ötanazi yapılmasını daha az desteklerken, pratisyen hekimler ötanazi yapılmasını anlamlı olarak daha çok destekledi.

Ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla karşılaşma sıklığıyla ötanazi yapılmasını isteme arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Kendini dindar olarak tanımlamayan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı şekilde ötanazi yapılmasını daha fazla desteklediği, kendini dindar olarak tanımlayan katılımcıların ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde ötanazi yapılmasını daha az desteklediği görüldü.

Ötanazi yapılmasını destekleyen katılımcıların "Ötanazi hangi durumlarda yapılmalıdır?" sorusuna, en yüksek oranla %85'i terminal dönem kanser hastalarına yanıtını verirken en düşük oranla %12'si hasta olmayıp ölmek isteyen kişilere yanıtını vermiştir.

Ötanazi yapılmasını destekleyen katılımcıların %16,6'sı 18 yaşında küçüklere, %67,3'ü 18-65 yaş arasına, %95,1 i ise 65 yaşından büyüklere ötanazi yapılmasını kabul edilebilir bulduğunu belirtmiştir.

Ötanazi yapılmasını desteklemeyen katılımcıların, %72,9'u kötüye kullanım olabileceği için, %62,5 i vicdani rahatsızlık hissetmemek için, %57'i dini sebepler yüzünden, %56,6'sı etik dışı olduğu için, %46'sı tıpta yeni gelişmeler olabileceği için, %35,6'sı yasa dışı olduğu için ötanazi yapılmaması gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların %11,3'ünün hastalar ve/veya aileleri tarafından ötanazi talebi aldığı görülmüştür.

Ötanazi yasal olursa katılımcıların %43,7'si hastalarına ötanazi uygulayacağını belirtmiştir.

Katılımcıların %57,2'si pasif ötanazi yapılmasını desteklediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %51,8'inin ülkemizde pasif ötanazi uygulandığını düşündüğü görülmüştür.

Katılımcıların %41,8'inin daha iyi olamayacak bir hastanın ailesine hastalarını eve götürmelerini ve son günlerini evde geçirmesini söylediği ya da benzer bir yaklaşımı olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %75,9'u ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünmektedir. Ötanazi yasal olursa kötüye kullanılacağını düşünen katılımcılara sorulan ötanazi uygulaması hangi konuda kötüye kullanılabilir sorusuna, katılımcıların %86,7'si aile bakım yükünden kurtulmak ister, %84,4'ü miras, %78'i intihara sağlık personeli alet edilebilir, %69,3'ü aile masraflardan kurtulmak ister, %43,9'u devlet masraflardan kurtulmak ister, %34,7'si kişiler arası eşitsizlik olur, %28,8'i ise sağlık personellerini tembelliğe iter yanıtını verdikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların yarısından fazlasının ötanaziyi desteklemesi, özellikle kişisel ötanazi tercihleriyle ilgili yüksek oranlar, bireylerin yaşam kalitesini ve özerklik haklarını önemsediklerini ortaya koymaktadır. Sosyodemografik özelliklerin ve dini inançların ötanaziyle ilgili düşünceler üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu görülmüştür. Evli ve ebeveyn katılımcıların ötanaziye daha mesafeli durması, toplumsal ve ailevi sorumlulukların tutumlarda etkili olduğunu düşündürmektedir. Ötanaziye yönelik bölgesel farklılıkların ve unvan ve çalışma alanına göre değişen yaklaşımların, kültürel normlar ve mesleki deneyimlerle yakından ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Ötanazi yasal olmasa da bazı hastalar veya aileler tarafından hekimlerden ötanazi talep edilmesi toplumda bu yönde bir beklenti olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, bazı sağlık çalışanlarının Türkiye'de pasif ötanazinin zaten uygulandığını düşünmesi, bu konudaki algıların ve sınırların belirsizliğine işaret etmektedir.

Ayrıca, katılımcıların büyük bir kısmı ötanaziye yasal düzenlemeler getirilmesi durumunda kötüye kullanılabileceğini düşünmektedir. Kötüye kullanım kaygıları, ailevi ve ekonomik nedenlerin ötanaziyi istismar etme potansiyelini taşıdığına işaret etmektedir. Bununla birlikte, katılımcıların önemli bir bölümünün pasif ötanaziyi desteklemesi, bireylerin belirli durumlarda yaşamın doğal akışına müdahale edilmemesi gerektiğine inandıklarını göstermektedir.

Ötanazi konusunun toplumda daha sağlıklı tartışılabilmesi için farklı kesimlere yönelik bilinçlendirme kampanyaları ve eğitim programları düzenlenmeli, etik ve hukuki boyutlar detaylı bir şekilde ele alınmalıdır. Ötanazinin yasallaşması durumunda kaygan yokuş riskine karşı dikkatli olunmalı, kötüye kullanım risklerini önlemek için kapsamlı denetim mekanizmaları kurulmalı ve uygulama sınırları net bir şekilde belirlenmelidir. Ayrıca, bölgesel ve kültürel farklılıkların dikkate alındığı, yerel hassasiyetlere uygun politikalar geliştirilmelidir. Pasif ötanaziye yönelik yaygın tutumlar göz önünde bulundurularak sağlık çalışanlarına yol gösterecek etik rehberler hazırlanmalı, ailelerin bakım yükünü hafifletecek sosyal destek hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Son olarak, ötanazi politikalarının geliştirilmesinde hem bireylerin hakları hem de sağlık çalışanlarının etik sorumlulukları gözetilerek dengeli ve sürdürülebilir bir yapı oluşturulmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Kolusayın Ö, Koç S. Ölüm. In: Adli Tıp. Ed. Soysal Z, Çakılır C. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 1999; 103-6.
2. Tacir H. Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı. İstanbul, On İki Levha Yayıncılık, 2011; 260-71.
3. Özkara E. Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2001; 11-48.
4. Chao DV, Chan NY, Chan WY. Euthanasia revisited. Fam Pract 2002;19(2):128-34.
5. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 2003;326(7383):271-3.
6. Fowler WC, Koenig HG. Should physician-assisted suicide or euthanasia be legalized in the United States? A medically informed perspective. J Relig Health 2024;63(2):1058-74.
7. Kono M, Arai N, Takimoto Y. Identifying practical clinical problems in active euthanasia: a systematic literature review of the findings in countries where euthanasia is legal. Palliat Support Care 2023;21(4):705-13.
8. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. Ann Intern Med 1994;121(10):793-802.
9. How the Northern Territory trailblazed Australia's voluntary assisted dying laws. <https://anmj.org.au/how-the-northern-territory-trailblazed-australias-voluntary-assisted-dying-laws/> adresinden 11/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
10. Ortiz-Prado E, Vasconez-Gonzalez J, Izquierdo-Condoy JS. The difficult path to euthanasia in Ecuador: a call for actions for other nations. Dev World Bioeth 2024;24(2):52-3.
11. Voluntary Assisted Dying. <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
12. Türk Ceza Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> adresinden 28/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
13. Dickinson GE, Lancaster CJ, Sumner ED, Cohen JS. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in South Carolina and Washington. Omega (Westport) 1997;36(3):201-18.

14. Mayda AS, Ozkara E, Corapçioğlu F. Attitudes of oncologists toward euthanasia in Turkey. *Palliat Support Care* 2005;3(3):221-5.
15. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 24/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
16. Kabaoğlu İÖ. Özgürlükler Hukuku. İstanbul, AFA Yayınları, 1998; 153-4.
17. Çiftçioğlu CT. Yaşama hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* 2012;(103):137-68.
18. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 1972; 14.
19. Çuçen AK. İnsan Hakları. Bursa, MKM Yayıncılık, 2011; 78.
20. Savcı B. Yaşama Hakkı ve Boyutları. Ankara, S.B.F. Basın ve Yayın Yüksek Okulu Basımevi, 1980; 13-164.
21. Schabas WA. The Abolition of the Death Penalty in International Law. Cambridge, Cambridge University Press, 2002; 10-1.
22. Bahadır O. Yaşama Hakkı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2015; 25-113.
23. İnceoğlu S. Ölme Hakkı. İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1999; 16-209.
24. İnceoğlu S. Yaşama hakkı ve ölüm cezası. In: Prof. Dr. Vecdi Aral'a Armağan. Ed. Çakır M. Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 2001; 132-64.
25. Wicks E. The Right to Life and Conflicting Interests. Oxford, Oxford University Press, 2010; 21-47.
26. Üskül Engin ZÖ. Yaşama hakkının felsefi temelleri. In: İnsan Hakları Konferansları I-II. Ed. Üskül Z, Gülfidan OS. İstanbul, Legal Yayınevi, 2013; 65-76.
27. Redelbach A. Protection of the right to life by law and by other means. In: The Right to Life in International Law. Ed. Ramcharan BG. Dordrecht, Martinus Nijhoff Publishers, 1985; 182-220.
28. Gören Z. Temel Hak Genel Teorisi. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2000; 10.
29. Declaration of the Rights of Man and of the Citizen. <https://www.britannica.com/topic/Declaration-of-the-Rights-of-Man-and-of-the-Citizen> adresinden 24/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
30. Gemalmaz MS. Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunun Genel Teorisine Giriş. İstanbul, Legal Yayınevi, 2012; 111.

31. Opsahl T. The right to life. In: The European System for the Protection of Human Rights. Ed. Macdonald R, Matscher F, Petzold H. The Netherlands, Nijhoff Publishers, 1993; 207-23.
32. Çüçen AK. İnsan Hakları. Ankara, Sentez Yayıncılık, 2018; 212.
33. Dinstein Y. The right to life, physical integrity, and liberty. In: The International Bill of Rights—The Covenant on Civil and Political Rights. Ed. Henkin L. New York, Columbia University Press, 1981; 114-37.
34. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_tur adresinden 30.05.2024 tarihinde erişilmiştir.
35. European Convention on Human Rights. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Convention_ENG adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
36. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve İç Hukukumuza Etkisi. Gözlügöl, Said Vakkas. Ankara. Yetkin Yayınları. 2002; 248.
37. Erdoğan M. İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2011; 153-293.
38. Anayurt Ö. Avrupa İnsan Hakları Hukukunda Kişisel Başvuru Yolu. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2004; 55.
39. Wicks E. The meaning of ‘life’: dignity and the right to life in international human rights treaties. Hum Rights Law Rev 2012;12(2):199-219.
40. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun <https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/2812020083957164.tur.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
41. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi <https://unmik.unmissions.org/sites/default/files/regulations/06turkish/TIntCovEcSocCulRights.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
42. Lizbon Bildirgesi. https://www.istanbul saglik.gov.tr/w/hasak/belge/mevzuat/lizbon_bildirgesi1981.pdf adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
43. Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi. <https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.

44. Dünya Tabipler Birliği mesleki düzenlemeler üzerine Madrid Bildirgesi. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/DTB/Madrid.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
45. Aslan Z. Sened-i İttifak'ın ortaya çıkışı ve insan hakları bakımından değerlendirilmesi. The Journal of Academic Social Science Studies 2019;6(8):77-91.
46. 1924 Anayasası. <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1924-anayasasi/> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
47. 1961 Anayasası. <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
48. Alacakaptan U. Kişi Dokunulmazlığı-Kişi Güvenliği, Türkiye'de İnsan Hakları. Ankara, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, 1970; 73-5.
49. Reisoğlu S. Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Hakları. İstanbul, Beta Basım Yayım, 2001; 43.
50. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
51. Anayasa Mahkemesi Kararı. <https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/ND/2009/23?EsasNo=2005%2F107> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
52. Türk Medeni Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
53. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
54. Hasta Hakları Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 27/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
55. Erkal İlhan S, Ünsar S, Kostak M, Koç Z, Sançar B. Alter Sağlık Bilimleri Sözlüğü. Ankara, Alter Yayıncılık, 2013; 327.
56. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu 23-26 Ekim 2019'da Tiflis'te gerçekleştirildi. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=e55526ec-fbb6-11e9-8908-9548aa7a6385 adresinden 28/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
57. Artuk ME, Yenidünya AC. Ötanazi. In: Hukuk ve Etik Boyutuyla Ötanazi. Ed. Centel N. İstanbul, On İki Levha Yayıncılık, 2011; 107-40.

58. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe [published correction appears in JAMA 2016;316(12):1319]. JAMA 2016;316(1):79-90.
59. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009;373(9672):1372-81.
60. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. Ann Med Surg (Lond) 2022;75:103380.
61. Bilgin NG. Ötanazi: tanım ve tarihçe. Lokman Hekim J 2013;3(2):25-31.
62. Özkara E. Ötanaziye farklı bir bakış: Belçika'da ötanazi uygulaması ve ülkemizdeki durum. TTB Dergisi 2008;(78):105-22.
63. Sheldon T. Andries Postma. BMJ. 2007;334(7588):320.
64. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and Law in the Netherlands. Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998.
65. Rietjens JA, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJ, van der Heide A. Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain?. J Bioeth Inq 2009;6(3):271-283.
66. Carles AC, Clyde N, Donna MC. Death and Dying, Life and Living. Kentucky, Cengage Learning, 2008; 542.
67. de Haan J. The new Dutch law on euthanasia. Med Law Rev 2002;10(1):57-75.
68. Ölçer FP. Ötanazi ve hekim yardımlı intihara ilişkin Hollanda hukuku ve uygulaması üzerine kavramsal bir bakış açısı. In: Hukuk ve Etik Boyutuyla Ötanazi. Ed. Centel N. İstanbul, On İki Levha Yayıncılık, 2010; 353-86.
69. Verhagen E, Sauer PJ. The Groningen protocol: euthanasia in severely ill newborns. N Engl J Med 2005;352(10):959-62.
70. Jotkowitz A, Glick S, Gesundheit B. A case against justified non-voluntary active euthanasia (the Groningen Protocol). Am J Bioeth 2008;8(11):23-6.
71. Jotkowitz AB, Glick S. The Groningen protocol: another perspective. J Med Ethics 2006;32(3):157-8.
72. Lindemann H, Verkerk M. Ending the life of a newborn: the Groningen Protocol. Hastings Cent Rep 2008;38(1):42-51.

73. Joren CY, Aris-Meijer JL, Verhagen AAE, Lantos J. How to move forward in shared decision-making in pediatric palliative care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2024;54(1):101569.
74. Florijn BW. Extending euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death. *Health Policy* 2018;122(3):315-9.
75. Annual reports (English, Spanish, French and German). <https://english.euthanasiecommissie.nl/thecommittees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports> adresinden 12.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
76. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Med Care* 2013;51(10):938-44.
77. Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 2015;351:h4481.
78. Rurup ML, Smets T, Cohen J, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: description and comparison of cases *Palliat Med.* 2012;26(1):43-9.
79. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *JAMA Intern Med* 2015;175(10):1703-6.
80. Vizcarrondo FE. Neonatal euthanasia: the Groningen Protocol. *Linacre Q* 2014;81(4):388-92.
81. EUTHANASIE – Cijfers van 2022. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/euthanasie-cijfers-van-2022> adresinden 16/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
82. Press Release FCCEE: EUTHANASIA - Figures for 2023. <https://consultativebodieshealth.belgium.be/en/documents/press-release-fccee-euthanasia-figures-2023> adresinden 16/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
83. Federale controle en evaluatiecommissie euthanasie. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-enoverlegorgaan/commissies/federale-controle-en-evaluatiecommissie-euthanasie> adresinden 16/07/2024 tarihinde erişilmiştir.

84. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *CMAJ* 2016;188(16):407-14.
85. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide Septième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2021 et 2022). <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2021-2022/rapport-loi-euthanasie-2021-2022.pdf> adresinden 17/07/2024 tarihinde indirilmiştir.
86. Coelho R, Maher J, Gaiend KS, Lemmens T. The realities of medical assistance in dying in Canada. *Palliat Support Care* 2023;21(5):871-8.
87. Medical assistance in dying: Monitoring and reporting. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/monitoring-reporting.html> adresinden 12/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
88. Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V. Assisted suicide in Switzerland: an analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116(33-34):545-52.
89. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics* 2015;41(8):611-7.
90. Specific causes of death. https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/health/state-health/mortality-causes-death/specific.html#par_text adresinden 12/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
91. Regnard C, Worthington A, Finlay I. Oregon Death with Dignity Act access: 25 year analysis. *BMJ Support Palliat Care*. Published online April 5, 2024.
92. Oregon death with dignity act 2023 data summary <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year26.pdf> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
93. de Vries E, Leal Arenas FA, van der Heide A, ve ark. Medical decisions concerning the end of life for cancer patients in three Colombian hospitals – a survey study. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):161.
94. The Euthanasia / Human Dignity/ Decision C-239/97. <https://www.corteconstitucional.gov.co/english/Decision.php?IdPublicacion=9214> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.

95. Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. https://www.desclab.com/_files/ugd/e0e620_6a4d002443244417a5552c762e40c785.pdf adresinden 17/07/2024 tarihinde indirilmiştir. .
96. Sentencia T-544/17. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
97. Dyer O. Colombia allows euthanasia of two people with non-terminal illness. <https://www.bmj.com/content/376/bmj.o67> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
98. Kuhse H, Singer P. From the editors: Bob Dent's decision. *Bioethics*. 1997;11(1):iii.
99. Okninski ME. Voluntary assisted dying in Australia: key similarities and points of difference concerning eligibility criteria in the individual state legislation. *J Bioeth Inq* 2023;20(1):13-16.
100. Braun K. Looking back to look forward: the history of VAD laws in Australia and future law reform in the Australian territories. *Med Law Rev* 2024;32(1):42-60.
101. Woodrow L. VAD: How it's playing out state by state. <https://www.medicalrepublic.com.au/vad-how-its-playing-out-state-by-state/18078> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
102. Voluntary Assisted Dying report of operations (July 2021 to June 2022). <https://www.safercare.vic.gov.au/best-practice-improvement/publications/voluntary-assisted-dying-report-of-operations-july-2021-to-june-2022> adresinden 17/07/2024 tarihnde erişilmiştir.
103. Spain Records 370 Euthanasia Deaths Since Law Enacted. <https://europeanconservative.com/articles/news/spain-records-370-euthanasia-deaths-since-law-enacted/?print-posts=print%22> adresinden 16/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
104. End of life choice act 2019. <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#LMS225667> adresinden 17/07/2024 tarihinde erişilmiştir.

105. Assisted Dying Service Data and Reporting. <https://www.tewhatuora.govt.nz/health-services-and-programmes/assisted-dying-service/assisted-dying-service-data-and-reporting/> adresinden 17/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
106. KNMG/KNMP Guidelines for the practice of euthanasia and physician-assisted suicide. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2012-guia-eutanasia-colegio-medicos-pbajos.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde indirilmiştir.
107. Intravenous MAiD medication protocols in Canada review and recommendations. <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/IV-protocol-final.pdf> adresinden 12/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
108. KNMG guideline end-of-life decisions. <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/publications-in-english> adresinden 12/10/2024 tarihinde indirilmiştir.
109. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care* 2017;15(5):609-22.
110. Grove G, Lovell M, Best M. Perspectives of major world religions regarding euthanasia and assisted suicide: a comparative analysis. *J Relig Health* 2022;61(6):4758-82.
111. Hackett C, Cooperman A, Shi AF. The age gap in religion around the world <https://www.pewforum.org/wpcontent/uploads/sites/7/2018/06/ReligiousCommitment-FULL-WEB.pdf> adresinden 15/08/2024 tarihinde erişilmiştir.
112. Sabriseilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud* 2022;46(5):1149-56.
113. Sharp S. Belief in life after death and attitudes toward voluntary euthanasia. *Omega (Westport)* 2019;79(1):72-89.
114. Hackett C, Connor P, Stonawski M, Skirbekk V. The future of world religions: population growth projections, 2010–2050. <https://www.pewresearch.org/religion/2015/04/02/religious-projections-2010-2050/> 08/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
115. DeCesare MA. Public attitudes toward euthanasia and suicide for terminally ill persons: 1977 and 1996. *Soc Biol* 2000;47(3-4):264-76.
116. Akcan EA. Ötanazi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası* 2013;11(1):3-26.

117. Edelstein L. The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967; 4-5.
118. Öz F. Ötanazi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1998;6(1):40-7.
119. Papadimitriou JD, Skiadas P, Mavrantonis CS, Polimeropoulos V, Papadimitriou DJ, Papacostas KJ. Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers. J R Soc Med 2007;100(1):25-28.
120. Bont M, Dorta K, Ceballos J, Randazzo A, Urdaneta-Carruyo E. Eutanasia: una visión histórico-hermenéutica. Comunidad y Salud 2007;5(2):36-45.
121. Hadas M. The Stoic Philosophy of Seneca. New York, Norton, 1958; 204-5.
122. Baker R. A concise history of euthanasia: life, death, God, and medicine (review). Bull Hist Med 2006;80(4):789-90.
123. Sezer D. Yaşam hakkının vazgeçilmezliği ve ötanazi. İzmir Barosu Dergisi 2013;87(2):235-312.
124. Artuk ME. Hukukçu gözü ile ötanazi. In Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı). Ed. Hatemi H, Doğan H. İstanbul. Yüce Yayınları, 2011;42-60.
125. Elçioğlu Ö, Gündüz T, Köseoğlu N. Tıp, hukuk ve etik açıdan ötanazi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 1994;2(2):64-70.
126. Güven K. Kişilik Hakları ve Ötanazi. İstanbul, Nobel Yayın ve Dağıtım, 2000; 54-6.
127. Oğuz NY. Ötanaziye etik yaklaşım, tıp etiği açısından yaşamın son döneminde karar verme süreçleri. In: Medikal Etik (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı). Ed. Hatemi H, Doğan H. İstanbul, Yüce Yayınları, 2001; 61-7.
128. Üstün Ç, Namal A, Nehir Türkmen S, Alan Akcan E. Ötanazi. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 2013; 10-13.
129. Keown J. Euthanasia, Ethics, and Public Policy: An Argument Against Legalisation. Cambridge, Cambridge University Press, 2002; 70-80.
130. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. Curr Oncol. 2011;18(2):e38-e45.
131. Netherlands contemplates expanding assisted suicide for people over 75 'tired of living'. <https://www.lifesitenews.com/news/netherlands-contemplates-expanding->

assisted-suicide-for-people-over-75-tired-of-living/ adresinden 29/05/2024 tarihinde erişilmiştir.

132. Keown J. Euthanasia, Ethics, and Public Policy: An Argument Against Legalisation. Cambridge, Cambridge University Press, 2018; 67-90.
133. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. N Engl J Med 2007;356(19):1957-65.
134. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. CMAJ 2010;182(9):905-10.
135. Cohen-Almagor R. Belgian euthanasia law: a critical analysis. J Med Ethics 2009;35(7):436-9.
136. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, De Keyser E, Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. Health Policy 2009;90(2-3):181-7.
137. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey BMJ. 2008;337:a1682.
138. Oregon Death with Dignity Act 2020 Data Summary. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf> adresinden 25/03/2024 tarihinde indirilmiştir.
139. Güth U, Junker C, McMillan S, Elfgen C, Schneeberger AR. Long-term experience on assisted suicide in Switzerland: dementia, mental disorders, age-related polymorbidity and the slippery slope argument. Public Health 2023;223:249-56.
140. Perreault A, Benrimoh D, Fielding A. Euthanasia requests in a Canadian psychiatric outpatient clinic: A case series part 2 of the McGill University euthanasia in psychiatry case series. Int J Law Psychiatry 2019;66:101464.
141. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> adresinden 17/07/2024 tarihinde indirilmiştir.

142. Braverman DW, Marcus BS, Wakim PG, Mercurio MR, Kopf GS. Health care professionals' attitudes about physician-assisted death: an analysis of their justifications and the roles of terminology and patient competency. *J Pain Symptom Manage* 2017;54(4):538-45.e3.
143. Ünlüoğlu İ, Gündüz T, Din H, Çınar T. Eskişehir’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hekimlerin ötanazi hakkında bilgi ve davranışları. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD Dergisi* 1995;1(2):1-6.
144. Akpırınç S, Havlioğlu S, Altay N. Hekimlerin ceza hukuku anlamında ötanazi algısı. *Acta Medica Ruha* 2024;2(2):56-69.
145. Çalışkan D, Özdemir O, Akdur R. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan hekimlerin ötanazi konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili bir çalışma. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2003;11(2):91-101.
146. Beder A, Pınar G, Aydoğmuş G, ve ark. Hemşire ve hekimlerin ötanaziye ilişkin görüşleri. *J Clin Exp Invest* 2010;1(2):91-8.
147. Uysal C, Karaaslan B, Tanrıverdi H, ve ark. Hekimlerin ölümle karşılaşma sıklıklarına göre ötanazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2013;18(3):91-97.
148. Ozkara E, Hanci H, Civaner M, et al. Turkey's physicians' attitudes toward euthanasia: a brief research report. *Omega (Westport)*. 2004;49(2):109-115.
149. Özkara E, Büken B, Dalgıç M, Mayda AS. Düzce’de çalışan hekimlerin ötanaziye bakışı. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2004;1(1):9-13.
150. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ ilindeki hekimlerin ötanaziye yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Int J Basic Clin Med* 2013;1(3):150-6.
151. Torun S, Kadioğlu S, Tanrıverdi G, Öztunç G, Akbaş M. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin ötanaziye, yardımcı intihara, resüsite etmeme kararına ilişkin görüşleri. *Uluslararası Katılımlı VII. Türkiye Biyoetik Derneği Kongresi, İstanbul, 12-13 Ekim 2012; 237-43.*
152. Akın A. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Görev Yapan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötanazi Hakkında Tutum ve Davranışları [Uzmanlık Tezi]: Manisa Celal Bayar Üniversitesi; 2023.
153. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Attitudes to euthanasia in icus and other hospital departments. *Nursing Ethics* 2009;16(3):319-27.

154. Banović B, Turanjanin V, Miloradović A. An ethical review of euthanasia and physician-assisted suicide. *Iran J Public Health* 2017;46(2):173-9.
155. McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review [published correction appears in *Palliat Med* 2012;26(5):770]. *Palliat Med* 2012;26(1):23-33.
156. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(3):580-93.
157. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *J Med Ethics* 2015;41(8):592-8.
158. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung* 2015;44(3):260-3.
159. Louhiala P, Enkovaara H, Halila H, Pälve H, Vänskä J. Finnish physicians' attitudes towards active euthanasia have become more positive over the last 10 years. *J Med Ethics* 2015;41(4):353-5.
160. Abohaimed S, Matar B, Al-Shimali H, ve ark. Attitudes of physicians towards different types of euthanasia in Kuwait. *Med Princ Pract* 2019;28(3):199-207.
161. Subba SH, Khullar V, Latafat Y, Chawla K, Nirmal A, Chaudhary T. Doctors' attitude towards euthanasia: a cross-sectional study experience. *J Assoc Physicians India* 2016;64(6):44-7.
162. Brandalise VB, Remor AP, de Carvalho D, Bonamigo EL. Assisted suicide and euthanasia from the perspective of professionals and academics in a university hospital. *Rev Bioét (Impr)* 2018;26(2):217-27.
163. Naseh L, Shirani A, Taghavi Larijani T, Mardanian Dehkordi L. Viewpoint of medical specialist and medical students about euthanasia. *Education and Ethics In Nursing* 2017;6(3-4):1-8.
164. Shekhawat RS, Kanchan T, Saraf A, ve ark. Knowledge, attitude and practices (KAP) of medical professionals on euthanasia: a study from a tertiary care centre in India. *Cureus* 2023;15(2):e34788.

165. Varada VR, Ravindra GO. Attitude towards euthanasia among doctors in a tertiary care centre: a cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 2022;13(10):5093-6.
166. Bernal-Carcelén I. Euthanasia: trends and opinions in Spain. *Rev Esp Sanid Penit* 2020;22(3):112-5.
167. Rathor MY, Abdul Rani MF, Shahar MA, ve ark. Attitudes toward euthanasia and related issues among physicians and patients in a multi-cultural society of Malaysia. *J Family Med Prim Care* 2014;3(3):230-7.
168. Mercadante S, Masedu F, Degan G, Marinangeli F, Aielli F; “Home Care Italy” group (HOCAI group). Physicians' attitudes toward euthanasia and assisted suicide in Italy. *J Pain Symptom Manage* 2018;56(6):e1-e3.
169. Yun YH, Kim KN, Sim JA, Yoo SH, Kim M, Kim YA, Kang BD, Shim HJ, Song EK, Kang JH, Kwon JH, Lee JL, Nam EM, Maeng CH, Kang EJ, Do YR, Choi YS, Jung KH. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ Open*. 2018 Sep 11;8(9):.
170. Picón-Jaimes YA, Orozco-Chinome JE, Lozada-Martínez ID, et al. Perception of Physicians Working in Chile Toward Assisted Suicide and Euthanasia: A Nationwide Cross-Sectional Study. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221121462.
171. Yun YH, Han KH, Park S, ve ark. Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ* 2011;183(10):673-9.
172. Yun YH, Kim KN, Sim JA, et al. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population [published correction appears in *BMJ Open*. 2019;9(8):e020519corr1. *BMJ Open*. 2018;8(9):e020519.

173. Inglehart RC, Nash R, Hassan QN, Schwartzbaum J. Attitudes toward euthanasia: a longitudinal analysis of the role of economic, cultural, and health-related factors. *J Pain Symptom Manage* 2021;62(3):559-69.
174. Levy TB, Azar S, Huberfeld R, Siegel AM, Strous RD. Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians. *Bioethics* 2013;27(7):402-8.
175. Piili RP, Louhiala P, Vänskä J, Lehto JT. Ambivalence toward euthanasia and physician-assisted suicide has decreased among physicians in Finland. *BMC Med Ethics* 2022;23(1):71.
176. Balslev van Randwijk C, Opsahl T, Assing Hvidt E, Bjerrum L, Kørup AK, Hvidt NC. Association between Danish physicians' religiosity and spirituality and their attitudes toward end-of-life procedures. *J Relig Health* 2020;59(5):2654-63.
177. Stronegger WJ, Burkert NT, Grossschädl F, Freidl W. Factors associated with the rejection of active euthanasia: a survey among the general public in Austria. *BMC Med Ethics*. 2013;14:26.
178. "Türkiye'de inanç ve dindarlık" araştırması yayımlandı: dindarlaştık mı, sekülerleştik mi? <https://www.indyturk.com/node/619071/yazarlar/t%C3%BCrkiyedei%CC%87nan%C3%A7vedindarl%C4%B1kara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1yay%C4%B1mland%C%B1-dindarla%C5%9Ft%C4%B1km%C4%B1aderesinden25.10.2024tarihindeindirilmiştir>.
179. Yavuz S, Yüceşahin MM, Türkiye’de hanehalkı kompozisyonlarında değişimler ve bölgesel farklılaşmalar. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2012;15(1):75-118.
180. Türkiye'nin Nüfus Haritası. <https://www.icisleri.gov.tr/turkiyenin-nufus-haritasi-100720217/> adresinden 25/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
181. Şimşek B, Mete M. Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin sağlık coğrafyasına dayalı mortaliteye etkisi, Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi 2023;(15);133-54.
182. Bulut A, Yigitbas C, Cakar E. Euthanasia approaches of healthcare professionals. *Int J Caring Sci* 2024;17(1):461-9.
183. Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, ve ark. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging Ment Health* 2021;25(3):420-30.

184. Cayetano-Penman J, Malik G, Whittall D. Nurses' perceptions and attitudes about euthanasia: a scoping review [published correction appears in J Holist Nurs 2022;40(3):NP1-NP5. J Holist Nurs 2021;39(1):66-84.
185. Seale C. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. Palliat Med 2009;23(3):205-12.
186. Press Release from the Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia - FCCEE.
https://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/fccee_pressrelaase_20240227-figures2023.pdf adresinden 24.10.2024 tarihinde indirilmiştir.
187. Karaarslan B, Uysal C, Atan Y, ve ark. Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre ötanazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Dicle Tip Dergisi 2014;41(4):700-6.
188. Thurn T, Borasio GD, Chiò A, ve ark. Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener 2019;20(1-2):74-81.
189. Abrahao A, Downar J, Pinto H, ve ark. Physician-assisted death: A Canada-wide survey of ALS health care providers. Neurology 2016;87(11):1152-60.
190. Van Humbeeck L, Piers R, De Bock R, Van Den Noortgate N. Flemish healthcare providers' attitude towards tiredness of life and euthanasia: a survey study. Aging Ment Health. 2022;26(1):205-211.
191. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional survey study. BMC Medical Ethics 2019;20(1):62.
192. Turla A, Ozkara E, Ozkanli C, Alkan N. Health professionals' attitude toward euthanasia: a cross-sectional study from Turkey. Omega, 2006;54(2):135-145.
193. Terkamo-Moisio A, Pietilä AM, Lehto JT, Ryyänen OP. Attitudes of nurses and the general public towards euthanasia on individuals with dementia and cognitive impairment. Dementia (London) 2019;18(4):1466-78.
194. Brinkman-Stoppelenburg A, Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Physicians' and public attitudes toward

- euthanasia in people with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2020;68(10):2319-28.
195. Yılmaz N, Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I, Ayoğlu FN. Tıp fakültesi öğrencilerinin ötenaziye karşı tutumunun değerlendirilmesi. 3. Uluslararası 21. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 26-30 Kasım 2019; 975-7.
196. Gündüz T, Öner S, Çınar T, Din H. Hekimler ötenaziyi savunuyorlar mı? Adli Tıp Bülteni 1996;1(2):82-8.
197. Akkurt Yalçıntürk A, Batmaz M. Sağlık profesyonellerinin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2018;1(2):23-8.
198. Köhler N, Brähler E, Götze H. Einstellungen zur Sterbehilfe. Welchen Einfluss hat die Pflege eines sterbenskranken Angehörigen? [Attitudes towards euthanasia: The impact of experiencing end-of-life care]. Z Psychosom Med Psychother 2014;60(4):324-336.
199. Can R, Tambağ H, Öztürk M, Kaykunoğlu M, Erenoğlu R, Gümüšoğlu F. Yoğun bakım hemşirelerinin ötanazi, ölüm ve ölümcül hastaya karşı tutumları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2020;10(2):190-200.
200. Çelik S, Kalkan M, Gündoğdu A, Topal H. Yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi hakkındaki düşünceleri. DEUHYO ED 2012;5(3):101-9.
201. Kamath S, Bhate P, Mathew G, Sashidharan S, Daniel AB. Attitudes Toward Euthanasia Among Doctors in a Tertiary Care Hospital in South India: A Cross-Sectional Study. Indian J Palliat Care. 2011;17(3):197-201.
202. Yalnız E, Özkara E, Kömürcüoğlu B, Tekgül S, Özden E. Pneumologists' approach towards euthanasia. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(4):219-224.

8. EKLER

8.1. Anket

1.11.2024 13:41

Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

Bu anket Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında görev yapan uzmanlık öğrencisi Dr. Ali İhsan Dilber'in tez çalışmasında kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Katılımcıların kişisel bilgileri sorgulanmamış olup verilen yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. İlginiz için teşekkür ederiz.

Anketin tamamlanma süresi yaklaşık olarak 5 dakikadır.

* Zorunlu soruyu belirtir

1. Cinsiyetiniz *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

☐ Erkek

☐ Kadın

2. Yaşınız *

3. Medeni durumunuz *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış/Dul

1.11.2024 13:41

Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

4. Çocuğunuz var mı? *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

☐ Evet

☐ Hayır

5. Yaşadığınız aile tipi *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

☐ Tek başına

☐ Çekirdek aile

☐ Geniş aile

https://docs.google.com/forms/d/1S87fDp8E21TK4EpBcdPV6cP9bEjNSL2LZFHKAOB/edit

1/12

https://docs.google.com/forms/d/1S87fDp8E21TK4EpBcdPV6cP9bEjNSL2LZFHKAOB/edit

2/12

1.11.2024 13:41

Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

6. Hangi ilde yaşıyorsunuz? *

Yalnızca bir şıkı işaretleyin.

☐ Adana

☐ Adıyaman

☐ Afyonkarahisar

☐ Ağrı

☐ Aksaray

☐ Amasya

☐ Ankara

☐ Antalya

☐ Ardahan

☐ Artvin

☐ Aydın

☐ Balıkesir

☐ Bartın

☐ Batman

☐ Bayburt

☐ Bilecik

☐ Bingöl

☐ Bitlis

☐ Bolu

☐ Burdur

☐ Bursa

☐ Çanakkale

☐ Çankırı

☐ Çorum

☐ Denizli

☐ Diyarbakır

☐ Düzce

☐ Edirne

☐ Elazığ

☐ Erzincan

☐ Erzurum

☐ Eskişehir

1.11.2024 13:41

Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

☐ Gaziantep

☐ Giresun

☐ Gümüşhane

☐ Hakkari

☐ Hatay

☐ Iğdır

☐ Isparta

☐ İstanbul

☐ İzmir

☐ Kahramanmaraş

☐ Karabük

☐ Karaman

☐ Kars

☐ Kastamonu

☐ Kayseri

☐ Kırıkkale

☐ Kırklareli

☐ Kırşehir

☐ Kilis

☐ Kocaeli

☐ Konya

☐ Kütahya

☐ Malatya

☐ Manisa

☐ Mardin

☐ Mersin

☐ Muğla

☐ Muş

☐ Nevşehir

☐ Niğde

☐ Ordu

☐ Osmaniye

☐ Rize

☐ Sakarya

☐ Samsun

https://docs.google.com/forms/d/1S87fDp8E21TK4EpBcdPV6cP9bEjNSL2LZFHKAOB/edit

3/12

https://docs.google.com/forms/d/1S87fDp8E21TK4EpBcdPV6cP9bEjNSL2LZFHKAOB/edit

4/12

1.11.2024 13:41 Hekimlerin Ötânâzi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

☐ Sili
☐ Sinop
☐ Sivas
☐ Şanlıurfa
☐ Şırnak
☐ Tekirdağ
☐ Tokat
☐ Trabzon
☐ Tunceli
☐ Uşak
☐ Van
☐ Yalova
☐ Yozgat
☐ Zonguldak

7. Unvanınız *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Pratisyen Doktor
☐ Asistan Doktor
☐ Uzman Doktor
☐ Doktor Öğretim Üyesi
☐ Doçent Doktor
☐ Profesör Doktor

8. Uzmanlık alanınız? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Cerrahi Tıp Bilimleri
☐ Dahili Tıp Bilimleri
☐ Temel Tıp Bilimleri
☐ Yok (pratisyen)

14. Ötânâzi: karar verme yetisi olan hastanın gönüllü talebi ile hekimin olumsuz madde ya da girişimi uygulamasıdır. Sizde ötânâzi yapılmalı mıdır? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Evet
☐ Hayır

15. Ötânâzi hangi durumlarda yapılmalıdır? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Fiziksel acı çekenlere
☐ Ruhsal acı çekenlere
☐ Terminal dönem kanser hastalarına
☐ Bütünsel hayattaki hastalara
☐ Yatağa bağımlı hastalığı olanlara
☐ Demans gibi ilerleyici kognitif bozuklukla seyreden hastalıklarda
☐ ALS, SMA gibi ilerleyici nöromusküler bozukluklarla ilerleyen hastalıklarda
☐ Doğumsal anomali ya da fiziksel sakatlıklarda
☐ Hasta olmayıp ölmek isteyen kişilere

16. Ötânâzi neden yapılmalıdır? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Acısız bir ölüm için
☐ Aileye maddi bakımdan yük olmamak için
☐ Sağlık sisteminde/devlete yük olmamak için
☐ Tedavisi mümkün olmayan hastalığı olduğu için
☐ Böyle yaşamının anlamı olmadığı için
☐ Bakıma muhtaç olmamak için
☐ Düşkün halde hatırlanmamak için
☐ Ölme zamanını belirleme hakkına sahip olmak için
☐ Bilincini kaybettiğinde bir başkasının bedeni ile ilgili kararlar vermesini istemediği için

1.11.2024 13:41 Hekimlerin Ötânâzi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

9. Meslekteki yılınız? *

10. soruya gidin

Adsız Bölüm

10. Ailenizde ve yakın çevrenizde yatağa bağımlı hasta var mı? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Evet
☐ Hayır

11. Ailenizde ve yakın çevrenizde son dönem kanser hastası var mı? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Evet
☐ Hayır

12. Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Evet
☐ Hayır
☐ Kararsızım

13. Hangi sıklıkla ağır genel durum bozukluğu ve mortalitesi yüksek olan hastalıklarla karşılaşmaktasınız? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Hiç
☐ Az
☐ Sık

17. Sizde hangi yaş grubuna ötânâzi yapılması kabul edilebilir? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ <18 yaş
☐ 18-65 yaş
☐ >65 yaş

18. Sizde ötânâzi uygulamasını kimler yapmalıdır? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Doktor
☐ Hemşire/sağlık teknisyeni
☐ Hasta ve/veya hasta yakını

20. soruya gidin

19. Ötânâzi neden yapılmamalı? *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

☐ Kötüye kullanım olabileceği için
☐ Dini sebepler yüzünden
☐ Etik dışı olduğu için
☐ Yasa dışı olduğu için
☐ Tıpta yeni gelişmeler olabileceği için
☐ Vicdani rahatsızlık hissetmemek için

Adsız Bölüm

20. Pasif ötânâzi: hastanın yaşamını sağlayan yaşam destekleyici tedavinin kesilerek ölüme terk edilmesidir. Sizde pasif ötânâzi yapılmalı mıdır? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

☐ Evet
☐ Hayır

1.11.2024 13:41 Hekimlerin Ötânâzi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

1.11.2024 13:41 Hekimlerin Ötânâzi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi anketi

8.2. Etik kurul onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/574

23.11.2023

Sayın Doç. Dr. Ahmet Turla

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Hekimlerin ötanazi hakkında tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirmesi başlıklı OMÜ KAEK 2023/375 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 22.11.2023 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

8.3. Turnitin orijinallik raporu

ORJİNALLIK RAPORU			
% 10	% 8	% 8	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%	1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%	1
3	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%	1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%	1
5	www.kararara.com İnternet Kaynağı	<%	1
6	Dökmetaş, Gökçe Nur. "Biyotıp Etiği ve Türk Ceza Hukukunda Ötanazi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%	1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%	1