

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

Danışman: Prof. Dr. M. Fatih YAVUZ

**YOĞUN BAKIM ve SERVİSLERDE ÇALIŞAN
SAĞLIK PERSONELİNİN ÖTANAZİYE
YAKLAŞIMI**

Yüksek Lisans Tezi

Selma TEPEHAN

İstanbul - 2006

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ ve AMAÇ	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Ötanazi	8
2.2. Ötanazi Türleri	10
2.2.1. Ötanazi Eyleminin Gerçekleştirilmesi ile İlgili Kavramlar	10
2.2.1.1 Aktif Ötanazi	10
2.2.1.2. Pasif Ötanazi	11
2.2.1.3. Hekim Yardımlı İntihar	12
2.2.2. Hastanın İzniyle İlgili Kavramlar	13
2.2.2.1. İstemli (Volonter) Ötanazi	13
2.2.2.2. İstem Dışı (Non Volonter) Ötanazi	14
2.2.2.3. İstemsiz (İnvolonter) Ötanazi	14
2.3. Ötanazi Konusundaki Görüşler	16
2.3.1. Yaşamın Kutsallığı Görüşü	16
2.3.1.1. Yaşama Dini Değer Yükleyen Görüş	16
2.3.1.2. Yaşama Laik Değer Yükleyen Görüş	18
2.3.2. Yaşamın Niteliği Eksenindeki Görüşler	19
2.3.2.1. Yaşamın Niteliği Tezini Destekleyen Dini Görüş	19
2.3.2.2. Yaşamın Niteliği Tezini Savunan Laik Görüş	21
2.4. Felsefi Açıdan Ötanazi	22
2.5. Yoğun Bakım Etiği	25
2.6. Ötanazi ve Türk Hukuku	31
2.7. Hipokrat Yemini	37
2.8. Hemşirelik Andı	38
2.9. Dünyada Ötanazi	39
2.10. Ötanazi ile İlgili Ülkemiz Verileri	46

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	50
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	93
6. KAYNAKLAR.....	102
7. EKLER.....	109
8. ÖZGEÇMİŞ.....	114

TEŞEKKÜR

Tez çalışmama katkularından dolayı Danışmanım Prof. Dr. M. Fatih YAVUZ'a, tezimin bütün aşamalarında büyük bir sabır ve özveriyle bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Erdem ÖZKARA'ya ve emeği geçen herkese sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Sevgili annem ve babam 'a ...

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ötanazi tüm dünyada tıbbi, etik, sosyal ve dini yönleriyle tartışılan önemli bir konudur. Ötanazinin uygulama yöntemleri, kişinin istemi, yaşam kalitesi kavramları da bu bağlamda yoğun olarak ele alınmaktadır. Ötanazi kavramı başlığı altında aktif ötanazi, pasif ötanazi, hekim yardımcı intihar, tedaviyi reddetme hakkı, yenidoğan anomalili bebeklere müdahaleler gibi birçok konu tartışılmaktadır. Aktif-pasif ötanazi ve intihara yardımın yasal ve etik açıdan farklı yorumlanması, bu yöntemlerin hasta otonomisi açısından değerlendirilmesi de diğer önemli tartışma konularını oluşturmaktadır. Ötanaziye yaklaşım ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. Birçok ülkenin aktif ötanaziyi yasaklamasına karşın, 2002 yılında Hollanda bu eylemi yasal hale getirmiş ve ardından Belçika benzer bir düzenleme yapmıştır. Geçtiğimiz yıl Hollanda yenidoğan ağır anomalili bebeklere ötanazi uygulanmasına ilişkin yeni bir düzenleme ile yine ötanaziyi tartışma gündemine getirmiştir (1,2,3,4).

Ötanazi ile ilgili tartışmaların önemli bir bölümü de bilinci kapalı durumdaki hastalarda tedavinin kesilmesi başlığıyla sürmektedir. Bu bağlamda konuyla ilgili yakından ilgili olan yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin konuya bakış ve beklentileri de ayrı bir önem kazanmaktadır. Yoğun bakımda görevli sağlık çalışanları ile diğer servislerde görev yapan sağlık çalışanları arasında ötanaziye bakış ve beklentiler açısından farklılıklar var mıdır? Benzer eğitimden geçmiş kişilerin çalışma koşulları ötanaziye bakışı etkiler mi? Terminal dönem hastalarla ilgilenmek ötanazi ve ölüm kavramına ilişkin görüşleri etkiler mi? Şeklinde giden soruları çoğaltmak olasıdır. Bu soruların yanıtlarını bulmak için birçok araştırmada sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin konuya bakışları araştırılmaktadır (3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22). Ülkemizde henüz ötanaziye ilişkin bir yasal düzenleme yapılmamıştır. Hatta akademik düzeyde yapılan sınırlı sayıda etkinlik dışında ötanazi konusu tartışma gündeminde bile değildir. Bu bağlamda konunun araştırılması ve tartışılması ayrı bir önem

kazanmaktadır. Çünkü bu konuya her ülke kendi koşulları doğrultusunda yaklaşım göstermektedir. Bazı ülkeler ötanazi yasaklarken bazıları yasal hale getirmektedir. Ülkemizde de benzer düzenlemelerin yapılabilmesi için konuya ilişkin verilerin ortaya konması gereklidir. Bu veriler arasında ötanazi kavramıyla çok yoğun olarak karşılaşan, terminal dönem hastalara hizmet veren yoğun bakım çalışanlarının görüşleri çok büyük önem kazanmaktadır. Bu çalışma; yoğun bakımda görevli sağlık personelinin ötanazi kavramına bakış ve beklentilerini irdelemek ve yoğun bakım dışında çalışan sağlık personeliyle aralarındaki farklılık ve benzerlikleri karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen veriler ülkemizde farklı birimlerde çalışan sağlık personelinin ötanaziye bakışı ve beklentilerini ortaya koyacak nitelikte oldukça önemli bir kaynak oluşturacaktır. Bu verilerden yola çıkarak ülkemizde yoğun bakım koşullarını ve bununla ilişkili olarak sağlık politikalarını belirleyen kuruluşlara gelecekle ilgili planlama yaparken yararlanabilecekleri önemli nitelikte bilimsel veri kaynağı da oluşacaktır. Bunun yanı sıra gelecekte ülkemiz için oluşturulması olası ötanazi ve sağlık sistemiyle ilgili yasal düzenlemeler sırasında yararlanılacak verilere katkı sağlaması da çalışmamızın beklenen diğer bir sonucudur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÖTANAZİ

Ötanazi (euthanasia); Türkçe karşılığı kolay ,iyi, hoş olan “eu” ve ölüm anlamına gelen “thanatos” sözcüklerinin birleşmesinden türemiş bir sözcüktür (1).

Ötanazi; İyileşmeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu kendisi ve yakınlarınca bilinen, zihinsel yeterliliğe sahip bir kişinin, kendi bilinci ve özgür iradesi ile vermiş olduğu karar üzerine kendisini tedavi eden hekim aracılığı ile acısız bir biçimde hayatının sonlandırılması olarak tanımlanabilir. Ancak günümüzde ötanazi olarak nitelenen uygulamalar bu tanımda yer alan öğelerin tamamını içermemektedir. Bu tanımda yer alan kavramları daha ayrıntılı inceleyecek olursak:

İyileşmeyen hastalık; yapılan tedaviyle tamamen düzelmeyen veya tedaviye hiç yanıt vermeyerek kişide birçok rahatsızlığa yol açan hastalıklar kastedilmektedir. Bunun en tipik örneği kanser olarak bilinen hastalık türüdür. Kanser genel anlamda bir hücre tipinin kontrolsüz çoğalmasıyla bulgularını oluşturmaya başlayan bir hastalıktır ve her organa özgü kanser türleri gelişebilmektedir. Günümüzde birçok kanser tipi uygun dönemde yakalanmışsa değişik yöntemlerle tam olarak tedavi edilebilmektedir. Ancak geç kalınmış olgularda ve bazı kanserlerde tedavi başarısız olmaktadır. İyileşmeyen hastalıklar yalnızca kanserler değildir. Tıpta kronik (süregen) hastalıklar grubunda değerlendirilen hipertansiyon, diabetes mellitus (şeker hastalığı), romatizmal hastalıklar vb. de tamamen iyileşemese bile tedaviye yanıt vererek kontrol altına alındıklarında kişinin ölümüne yol açmadıkları için genellikle bu tanım altında yer almamaktadır. Vücutta birçok organa ait yetmezliklerle seyreden bazı doğuştan hastalıklar da bu grupta değerlendirilmektedir. Bunlara örnek olarak ağır düzeydeki zeka gerilikleri, hormonal eksiklikler, dolaşım, sindirim, boşaltım sistemi anomalileriyle doğan bebekler verilebilir. Down sendromunda olduğu gibi bazen

birçok bulgu birden aynı hastalığın komponentleri olarak karşımıza çıkabilmektedir (1,2).

İyileşmeyen hastalık kavramını açıklarken tıbbın bugünkü olanaklarıyla tedavisi yapılan tetanus, sıtma, hipertansiyon, bazı kanser türleri gibi birçok hastalığın geçmişte tedavi edilemediğini yani iyileşmeyen hastalık olarak kabul edildiğini de vurgulamak gereklidir (1).

Dayanılmaz acılar; dayanılmaz acılar olarak belirtilen şey yalnızca ağrı değildir. Burada acı sözcüğü ıstırap, üzüntü, sıkıntı anlamlarını da içermektedir. Sözcüğün İngilizce anlamı “suffer” olup ıstırap, cefa çekmek anlamına gelmektedir. Ancak bu bulgular içinde ağrı daha ön plana çıkmaktadır. Günümüzde ağrının kesilmesine yönelik çok gelişmiş ilaçlar olmasına rağmen bunlar hastanın durumunu her zaman düzeltmemektedir. Çünkü hastanın ağrı dışındaki yakınmaları da dayanılmaz hale gelmektedir. Örneğin mide kanseri olan bir kişi ağrı yanında şişkinlik, sindirim bozuklukları, yemek yiyememe, uyuyamama gibi birçok yakınmaya da sahiptir (1,3).

Durumun hastanın kendisi ve yakınlarınca bilinmesi; hastalığın düzeyi, ne yönde gelişeceği ve tedavi seçeneklerinin yanında ötanazi yöntemi konusunda da hasta ve yakınlarının ayrıntılı olarak bilgi sahibi olması anlamındadır (1,2,3).

Zihinsel yeterliliğe sahip bir kişi; erişkin yaş grubunda ve herhangi bir akıl hastalığı olmayan, sağlıklı düşünen ve değerlendirme yapabilen bireydir (1,2).

Kendi bilinci ve özgür ifadesi ile karar verme; dışarıdan hiçbir maddi yada manevi baskı olmaksızın yalnızca kişinin kendi isteğiyle ötanazi kararını vermesidir. Özellikle sağlık güvencesi olmayan kişilerin artan tedavi maliyetleri karşısında geri kalanlara daha çok yük olmamak için ötanazi kararı vermesinin bu tanım içinde yer almadığını belirtmekte yarar vardır. Bir başka anlatımla ötanazi kararı yalnızca o kişinin kendi ölüm koşullarını belirlemeli başkalarına maddi bir

yarar veya zarar sağlamamalıdır (1,2). Burada sağlık güvencesi ve sigorta sistemlerinin, hastaların sağlıklı karar vermelerinde ne kadar önemli olduğu da bir kez daha anlaşılmaktadır. Herkesin sağlık güvencesine sahip olduğu Hollanda gibi ülkelerde ötanazi kararı kişinin kendi özgür iradesiyle verilebilmekte iken henüz sağlık güvencesine kavuşmamış hastalarda bu kararın maddi kaygılardan (baskılardan) arınarak verilmesi de çok zor görünmektedir.

Hastanın yaşamının hekim aracılığıyla acısız bir biçimde sonlandırılması; ötanazi kararını veren hastayla iletişim içinde olan hekimin hastanın seçeceği koşullarda (yer, zaman, yöntem vs.) acısız bir biçimde hastasının yaşamını uygun şekilde sonlandırmaya yardımcı olmasıdır. Bu işlem için değişik yöntemler söz konusudur. Hekimin hastasına bir madde enjekte etmesi, ilaç temin etmesi ve hastanın kendisinin bu ilacı kullanması gibi yöntemler vardır (1,3).

2.2. Ötanazi Türleri

2.2.1 Ötanazi Eyleminin Gerçekleştirilmesiyle İlgili

Kavramlar

2.2.1.1. Aktif Ötanazi

Aktif ötanazi; derin bir sedasyonu takiben ani ölüm yapacak nitelikteki ölümcül dozdaki ilacın uygulanarak hastanın hayatının sonlandırılmasıdır(1,2,3,5). Aktif ötanazi tıp mensupları tarafından kolay benimsenmemektedir. Aktif ötanazi hastanın talebi üzerine gerçekleşirse istemli (volonter) aktif ötanazi adını alır. İngiltere’de yapılan bir anket sonucuna göre cevap veren 346 doktordan 235’i aktif ötanaziye reddederken, 72’si emin olmadığını, sadece 13’ünün aktif ötanazi veya asitse intihara yardım etmeyi kabul ettiği görülmüştür. Aktif ötanazinin yasallaşması ihtimali halinde dahi 163 doktor red, 82’si çekimser yolda tavır alacağını belirtirken sadece 63 doktorun kabul edeceği belirtilmiştir (23).

2.2.1.2. Pasif Ötanazi

Pasif ötanazi genel anlamda, hastanın bir müddet daha yaşamasını sağlayan yaşam destekleyici tedaviyi sunmayarak veya yaşam destekleyici tedaviyi sona erdirerek ölümü hızlandırmak olarak kabul edilmektedir(1,2,5).

Pasif ötanazi, tıbbi etik gereği olduğu kadar aynı zamanda kanun gereği, tıp adamına bağlanan yaşatma yükümünü yerine getirmeme veya sona erdirmeye anlamındaki hareketsizlik hallerini ifade eder. Hayati fonksiyonları tıbbi yöntemlerle sürdürülen bir kimseye uygulanan tedavinin kesilmesi, örneğin gastrostomi tüpünün çekilmesi, respiratörün çekilmesi, hastanın ömrünü nispeten uzatacak tedaviye başlanmaması veya başlandıktan sonra durdurulması pasif ötanaziye örnek teşkil eden somut hallerdir (23).

Pasif ötanazi sadece hastanın tedavisi için gerekli tedavi amaçlı mekanik tıbbi müdahalelerin çekilmesi veya verilmekten kaçınılmış olması halini ifade etmez. Hastanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli beslenmenin durdurulması talebinin yerine getirilmesi de pasif ötanazi oluşturabilir. Nitekim Cruzan olayı olarak bilinen somut örnekte Amerikan Yüksek (Federal) Mahkemesi 25 yaşında geçirdiği kaza sonucu bitkisel hayata giren ve 8 yıllık süre zarfında yapay olarak beslenen Nancy Cruzan'ın beslenme tüplerinin çekilmesi suretiyle yaşamına son verilmesi yolundaki, ailesinden gelen talebi kabul eden Missouri mahkemesi kararını onaylamıştır (1,2,23,24).

Bazı yazarlar pasif ötanazi kavramına karşı çıkmaktadırlar. Pasif ötanazi kavramı yerine mekanik ventilasyon, renal diyaliz, kemoterapi, yapay olarak beslenme ile sınırlı olmamakla birlikte bunları da içerebilen, hastanın tıbbi durumunu daha da kötüleştirmeden yaşamını uzatmayı amaçlayan her türlü tıbbi girişim olarak da tanımlanan yaşam desteğinin sınırlanması, kesilmesi (withholding / withdrawing life-sustaining treatment) tanımı önerilmektedir (25,26,27).

Gerek dünyada gerekse ülkemizde hekimlerin çoğu pasif ötanaziye aktif ötanaziye göre daha sıcak bakmaktadırlar. Hipokrat yemini de pasif, aktif ayrımının yapılmasına izin vermektedir. Hipokrat yemini hekimin hastalarına ölümcül ilaç vermelerini açıkça yasaklarken, tedavinin ihmal edilmesini açıkça yasaklamamaktadır (2).

İngiltere’de yapılan bir araştırmada, 308 deneğin 276’sı (%91.1) pasif ötanaziye olumlu baktığını ve bunu uygulayabileceğini bildirmiştir (2,6).

1996 yılında Ankarada çalışan 1007 hekim üzerinde anket yapılmıştır. Bu ankette yer alan “ölümcül hastaların bakımında, bazı durumlarda yaşamı sürdürme uygulamalarının endike olmadığına karar verilebilir” biçimindeki maddeye 814 hekim (ankete katılan hekimlerin %80.8’i) evet demiştir. Oysa “bence yaşam kalitesini arttıramadığımız bir hastayı canlı tutmak, ona acı çektirmektir” biçimindeki hem aktif hem de pasif ötanaziye kapsayan maddeye 556 (%44.8) hekim evet yanıtı vermiştir. Görüldüğü gibi hekimlerin önemli bir çoğunluğu yaşam desteklerinin çekilmesi anlamında pasif ötanaziye kabul edilebilir bulmakta iken, pasif ve aktif ötanaziye kapsayan maddeye yarısından fazlası katılmamaktadır (2,6).

2.2.1.3. Hekim Yardımlı İntihar

Hastanın açık istemi sonucunda hekimin hastaya kendini öldürebilmesi için gerekli bilgi ve malzemeyi sağlamanın ardından öldürücü enjeksiyon yapma işleminin bizzat hasta tarafından gerçekleştirilmesidir. Bu işlem direkt enjeksiyon şeklinde olduğu gibi bir düzenek yardımıyla da olabilir (1,2,5).

Hastanın iradesine kayıtsız şartsız yer vermesi nedeniyle en fazla kabul gören ötanazi türlerinden biri de hekim yardımlı intihardır. Yardımlı intiharda ölüm sonucunu doğuran son fiil hasta tarafından yapıldığından, hastanın iradesinin sürekli ve ısrarlı olduğu, ölüm anına kadar bu yoldaki isteğinden vazgeçmediği konusunda

tereddüt bulunmamaktadır. Diğer taraftan hekim yardımcı intihar kişinin bilinci yerinde iken gerçekleştirilen bir müdahale olduğu ve üçüncü kişilerin (hasta yakını, mirasçı gibi) iradesine de ihtiyaç göstermediğinden kötüye kullanmaya en az müsait yol olarak değerlendirildiği için tercih edilir.

Diğer ötanazi türlerine oranla hekim yardımcı intiharda, hasta ile doktor arasında güç dengesi birbirine daha yakın ölçülerdedir. Doktorun yardımcı intihara katkısı bir danışman, bir şahit sıfatıyla gerçekleşir (23,28).

2.2.2 Hastanın İzniyle İlgili Kavramlar

2.2.2.1 İstemli (Volonter) Ötanazi

Hastanın özgür iradesiyle, açık bir şekilde istemesiyle yapılan ötanazidir. İstemli ötanazinin bazı koşulları vardır:

Temyiz gücü: Kişinin kendi durumunu kavrayabilip, karar verebilecek kapasitede olmasıdır. Demanslı, bilinci kapalı, akıl hastası veya mental geriliği olan kişiler temyiz gücüne sahip değildir.

Aydınlatılmış onam: İçinde bulunduğu duruma, bundan sonraki sürece ve olası tedavilerin etkilerine ilişkin tüm gerekçelerin hastaya anlatılarak hastanın seçtiği yöntem için izin alınmasıdır.

İstemlilik: Serbestçe, zorlayıcı etkilerin altında kalmaksızın karar verilmesidir. Başka bir deyişle; maddi veya manevi herhangi bir baskı altında kalmadan, hile, hata, korkutma, zorlama olmaksızın verilen kararlar istemli kararlardır (1,2,3,5).

İstemli ötanazi, yapılan amprik araştırmaların hepsinden anlaşılacağı gibi en rahat kabul edilen ötanazi türlerindedir. Tıp mensupları arasında yapılan ve

geniş çaplı araştırmalardan biri olan Shapiro araştırmasından çıkarılan sonuca göre doktorlar ağır hastalık ve yaralanma hallerinde (örneğin; ağır yanıklarda) bilinci açık hastalar tarafından yapılan ötanazi taleplerinde kendilerini, bilincin kapalı olduğu nörolojik hastalıklara oranla daha rahat hissetmektedirler. En fazla sempati ile karşılanan ötanazi talepleri ise terminal dönemde olmayan ve bu konuda talimat bırakan hastalardan gelen istekler olarak görülmektedir (7,23).

2.2.2.2. İstem Dışı (Non Volonter) Ötanazi

Hastanın bu konudaki iradesinin hasta tarafından dile getirilemediği, bilincin kapalı olduğu koma, bitkisel yaşam gibi durumlarda uygulanan ötanazidir (1). İstem dışı ötanazi hasta yakınlarının veya onu kanunen temsile yetkili kimsenin iradesi ile gerçekleştirilir. Onların bulunmadığı hallerde ise hastanın varsayılan iradesine uygun olarak gerçekleştirilebilen ötanazi türüdür. Burada hastanın iradesi varsayım yolu ile çıkarıldığından, hasta tarafından açıklanan sarih iradeye yer vermediği için iradi ötanaziden bahsedilemez (23).

İstem dışı ötanazi hastanın temyiz gücü olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Temyiz gücü iki farklı şekilde ortadan kalkar; birincisi hasta temyiz gücüne sahip bir kişi iken, hastalık veya kaza nedeniyle temyiz gücünü sürekli olarak kaybetmiştir; ikincisi, hasta hiçbir zaman temyiz gücüne sahip olmamıştır. Birinci durumda, önceden temyiz gücüne sahip olan, fakat sonradan bitkisel yaşam, koma gibi geri dönüşü olmayan bilinçsizlik durumuna girmiş yetişkin bir kişi söz konusudur. İkinci durumda ise, yeni doğmuş bebekler, çocuklar ve akıl hastaları söz konusudur (2).

2.2.2.3. İstemsiz (İnvolonter) Ötanazi

Kişinin iradesine hiç başvurmadan, ölümcül hasta yada sakat olması nedeniyle öldürülmesidir. Hastanın ne açık, ne de varsayılan iradesine

dayanmaksızın yapılan ötanazidir. Bu şekilde öldürmenin ötanaziyle tek ortak noktası öldürülen kişinin hasta olmasıdır (1,2).

Almanya'da yirminci yüzyılın başlarında ötanazi yoğun bir şekilde Tıp ve Hukuk fakültelerinde tartışılmaya başlanmıştır. Hitlerin 1939'da ötanazi için yetki vermesinden önce, ağır sakatlıkları olan çocukların ebeveynleri, çocuklarına ötanazi uygulanmasını Hitler'den istemişlerdir. Hitler'in, doktorlara ötanazi uygulama yetkisini çok geniş bir biçimde vermesi ile istemsiz ötanazi uygulanmaya başlamıştır (2,29).

İşe önce, Alman ırkından, fakat kronik hasta, sakat yada akıl hastası olanlara ötanazi uygulaması ile başlanmıştır. Tedavi edilemeyen, dolayısıyla işe yaramayan kişiler toplumdaki ayıklanmış ve bu tür yaşamların değersiz olduğu, gerek büyüklere gerekse okullarda çocuklara bir ideoloji olarak benimsetilmiştir (2,30).

Hitler'in 1 Eylül 1939 tarihli kararıyla ötanazi kampları kurulmuştur. Bu kamplarda uygulanan ötanazi, kişilerin kendi iradelerine (istemli ötanazi) ya da kişi iradesini dışı vuramayacak durumda olduğunda yakınlarının veya hasta üzerinde karar vermeye yetkili kişinin iradesine (istem dışı ötanazi) dayanmamıştır; tam tersine, kişinin iradesinin aksine davranılmış, istemsiz ve zorunlu ötanazi uygulanmıştır. Ötanazi olarak belirtilen bu işlem toplum için faydasız olan kişilerin öldürme aracı olmuştur. İyileşmesi mümkün olmayan ya da iyileşme maliyeti yüksek olan hastalar, sakatlar bu yolla öldürülmüştür. İdeolojik olarak istenmeyenler ve yaşamları değersiz bulunan Yahudiler ve Çingeneler gibi diğer ırkların imhasıyla devam etmiştir. Bu politika arı ırk yaratma amacına yönelik olduğu kadar, tıp ekonomisindeki kayıpları gidermeye de yönelik olmuştur (1,2).

Bugün ötanaziden söz edenler, istemsiz ya da zorunlu ötanaziyi kastetmemektedirler. İstemsiz ötanazi, bir hakkın kullanımını sağlamak için verilen yetkinin kötüye kullanımındır, insan haklarına dayalı hiçbir hukuk devletinde

savunulması veya uygulanmasının hoş görülmesi mümkün değildir. Bu nedenle “istemsiz ötanazi” olarak adlandırılan bu tür cinayetleri bir ötanazi türü olarak sınıflandırmamak, daha doğru bir yaklaşımdır (1,2).

2.3. Ötanazi Konusundaki Görüşler

2.3.1. Yaşamın Kutsallığı Görüşü

Yaşamın kutsallığı tezine dayanarak ötanaziyi reddeden fikirler farklı temellere dayansa da sonuçta ötanaziyi ret etmektedir. Bu eksenindeki fikirler ikiye ayrılır (2,25).

2.3.1.1. Yaşama Dini Değer Yükleyen Görüş

Bu fikre göre; yaşamı Tanrı verdiği için yaşam kutsaldır. İnsan, Tanrı yaşamını alana kadar yaşamak zorundadır. Bu konuda ne kişinin kendisi ne de başka bir insan söz sahibidir. Bu nedenle tek Tanrılı dinlerde (Musevilik, Hristiyanlık, Müslümanlık) intihar ve adam öldürme yasaklanmıştır (2,25).

Kasten adam öldürmenin yasaklanmış olması savaşta insan öldürme konusunda sorun yaratır. Bu nedenle kilise farklı bir yaklaşımla sorunları aşmıştır. “Temel sorunlarda kendisinden sonraki skolastik Tanrı bilimcileri etkileyen” Agustinus’ a göre; ahlaki iyilik tek başına hareketin kendisine bağlı değildir. Önemli olan hareketi yapan kişinin tavrıdır. Bu nedenle doğru bir amaç için yapılıyorsa şiddete izin verilmelidir. Bu düşünce daha sonraki düşünürler tarafından “kasıtlı olmadan insan öldürülebilir” şeklinde ifade edildi. Bu haliyle masum kişilerin kasıtlı öldürülemeyeceğinden söz edilmeye başlandı. Masum öldürmemek teorisine dayanılarak savaş ve idam cezalarının uygulanması sırasında insan öldürülmesi kabul görürken; ötanazi ve kürtaja karşı çıkmıştır. Suçu olmayan ceninin öldürülmesi ile hastanın acıları nedeniyle öldürülmesi insanın yaşama hakkına aykırılık olarak değerlendirilmiştir (2,25).

Bu temel düşünce yeniden gözden geçirilmiş ve çifte etki doktrini adı ile ortaya çıkmıştır. Bu yeni düşünce ilk olarak Aquinolu Tommaso tarafından ileri sürülmüş ve daha sonra geliştirilmiştir (25).

Çifte etki doktrinine göre biri iyi biri kötü sonucu olan bir hareketin bazı şartları taşınması gerekir:

1. Hareketin kendisi sonuçlardan bağımsız olarak, izin verilen hareketlerden biri olmalıdır.
2. Kötü sonuç amaçlanmamış olmalıdır, sadece iyi sonuç gerçekleşmesi istenen amaç olmalıdır.
3. Kötü sonuç iyi sonuca ulaşmak için araç olarak kullanılmış olmalıdır (hastayı acılardan kurtarmak için öldürmek bir araç olamaz, fakat hastayı acılardan kurtarmak için yapılan bir eylemin yan sonucu olarak hasta ölebilir).
4. İyi sonuçtan elde edilen iyinin miktarı, kötü sonun kötülüğünü bertaraf edecek kadar büyük olmalıdır (2,25,31).

Çifte etki belli şartlarda belli tür ötanaziye izin vermektedir. Örneğin ölümcül bir hastalığı olan hastanın yoğun acısını dindirmek için morfin verilmesi halinde zamanla hastanın vücudu morfine karşı tolerans geliştirecek ve dozun sürekli artırılması gerekecektir. Sonunda etkili doz o kadar yükselecektir ki hastanın ölümüne neden olacaktır. Hastanın ölümü çifte etki doktrinine göre amaçlanmamıştır; acıyı hafifletme amacının yan sonucudur. Oysa aktif ötanazi ve kürtaj kasten adam öldürme suçunu oluşturur. Amaç; acı dindirmek bu amaçla dahi olsa kişinin yaşamını sona erdirmekle ilgilidir (2,25).

Kasti masum öldürmeme kuralı çerçevesinde yaşam destekleyici araçlara bağlı yaşayanlar için de bir ayırım yapılmaktadır. Papalığında önerdiği çözüme göre yaşamı uzatan araçlardan sadece olağan olanları kullanılmalıdır. Olağan olmayan ve

hastaya yük getiren araçlar kullanılmayabilir. Olağan olmayan yaşam destekleyici araçların kesilmesi ile yüksek dozda uyuşturucu vererek ölüme neden olmak kabul edilirken; olağan yaşam destekleyici araçları keserek ölümü hızlandırmak veya hastaya direkt zehir vererek öldürmek reddedilir (2,25,32).

İslamiyet, Hristiyanlık, Musevilik yaşama verilen kutsal değerden dolayı ötanaziye kabul etmez. Acı çekmenin de Tanrı düzeninin bir parçası olduğu ileri sürülür. Bu nedenle acı çeken hastanın yaşamına son vermek Tanrı düzenine karşı gelmek olarak değerlendirilir. Doğru dinlerinin intihara yaklaşımı farklıdır. Şintoizm ve Budizm ümitsiz hastanın isteği üzerine yaşamının sonlandırılabilceğini kabul eder. Çin'de Konfüçyüs ahlakı da aynı şeyi savunur (25).

2.3.1.2. Yaşama Laik Değer Yükleyen Görüş

Bu fikirde ise yaşama, doğa ve toplum kaynaklı bir değer yüklenmiştir. Dinin hukuk üzerindeki hakimiyetinin sona ermesiyle, insanların bir onura ve iradeye sahip olmaları nedeniyle doğuştan bazı temel haklara sahip olduğu ve bunların dokunulamaz ve devredilemez olduğu kabul edilmiştir. Bu çerçevede, yaşama hakkı temel hakların en önemlisi olarak değerlendirilir. Bu hak üzerinde hiç kimsenin tasarruf yetkisi yoktur. Kişinin kendisine bile böyle bir yetki tanınmamıştır (25).

Yaşama laik bir değer yükleyen bu fikir, etkilerini 18. yüzyıldan sonra anayasacılık hareketlerinde gösterir. Böyle bir yaklaşım içinde olan 1776 Amerika Bağımsızlık Bildirisi ile 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannameleri insanların bu haklardan vazgeçemeyeceklerini bildirmektedir (25).

Günümüzde pek çok ülkenin anayasası, dokunulmaz ve devredilemez haklardan söz eder ve yaşama laik bakış açısıyla özel bir değer yükler. 1982 Türk Anayasası da bu yaklaşımdadır.

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası

Madde 12

“ Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir.”

Madde 17

“Herkes yaşama maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” (33).

2.3.2. Yaşamın Niteliği Eksenindeki Görüşler

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yaşama hakkına ilişkin klasik yaklaşımın karşısında ölme hakkına yer veren yaklaşım yer almaya başlamıştır.

Akla dayalı olan bu yaklaşımlarda, hareket noktası olarak kişinin yaşamının yaşamaya değer olup olmadığı konusunun değerlendirilmesidir. Kişinin yaşamı yaşamaya değer bir nitelik taşıyorsa kişiye ötanazi uygulanabilir. Bu yaklaşım günümüzde bazı din adamları tarafından da dinin farklı yorumlanması yolu ile savunulmaktadır (2,25).

2.3.2.1. Yaşamın Niteliği Tezini Destekleyen Dini Görüşler

Ötanazi ve belli bir şekilde intihara önyargısız yaklaşımın Hristiyan yazınına ilk defa Thomas More’ un Utopia (1516) isimli kitabıyla girmiş olabileceği ileri sürülür. Kitapta çaresiz ve acılı hastalara ölüm önerilir (2,34). Thomas More bu sorumluluğu rahip ve yöneticilere yüklerken; ondan yaklaşık yüzyıl sonra Francis Bacon 1610 tarihinde yazmaya başladığı “Nova Atlantis” isimli kitabında bu

sorumluluğu hekimlere yükler. Bacon'a göre, hekim sadece hastanın sağlığını yeniden kazandırmakla görevli değildir; hekimin hastanın acılarını dindirme görevi de vardır. Acıları dindirmek hastayı iyileştirmek amacıyla yapılan işlemlerin yanında hastayı kolay ve adil bir ölüme terk etmeyi de kapsar (2,25,35).

Montaigne, Stoa öğretisinden etkilenen ılımlı bir Hıristiyan yazar olarak, ölümü bilmenin bizi bütün zorluklardan ve kölelikten kurtardığını belirtmektedir. Montaigne' göre, ölüm sadece bir hastalığın devası değil, aynı zamanda bütün dertlere devadır; hiçbir zaman korkulmayacak, çok kez aranacak emin bir limandır. Montaigne ölmek özgürlüğümüz olmasa yaşamın bir kölelik olacağını söylemekte, hastalık ve acı karşısında ölümün bir kurtuluş yolu olduğunu belirtmektedir (36)

Rönesans döneminde yaşamın sunduğu olanaklar daha çok değer kazanmaya başlamıştır. Ortaçağ'da mutluluğu bulamayan insan fazla bir şey kaçırmadığı düşüncesindeydi. Çünkü Ortaçağ düşüncesi dünyanın ve onun güzelliklerinin bir yanılsama olduğunu, cennetin onu beklediğini söylemekteydi. Rönesans, insanı bu düşünceden uzaklaştırdı insan dünyada da mutluluğu aramaya başladı (37).

Rönesans ve Reformun etkileri din adamlarının düşünceleri ile düşüncelerini dini temellere dayandıran düşünürlerin yaklaşımlarını da farklılaştırdı.

Ötanazi ve ölme hakkı tartışmalarının yoğunlaştığı son kırk yıllık süreçte ötanazi ve ölme hakkına olumlu yaklaşım gösteren dini yaklaşımlarda görülmüştür. Katolik düşünürler Daniel Maguire, Aquinolu Tommaso gibi insan eylemlerinin şartlara göre iyi ya da kötü olarak değerlendirilebileceğini, bir eylemin somut koşullar içerisinde ahlakiliğinin değerlendirilmesi gerektiğini savunur. Doğal olan yaşama içgüdüdür; ölmekte olan bir hastaya bakmak ve onu korumaktır. Ancak yaşamı koruma prensibi mutlak bir prensip değildir. Bazı hallerde kişinin katlanamayacağı bir yaşamı varsa o yaşamı korumamak doğru bir davranış olabilir.

Kişi yaşamının niteliğine bakılarak ve hastanın kararına uyarak hastanın yaşamı sonlandırılabilir (2).

Ötanaziye olumlu yaklaşan bir diğer Katolik düşünür de Joseph Fletcher'dir. İnsanın ölümüne ilişkin karar verebileceğini savunan düşünür de Maguire gibi, durum ahlakını savunmaktadır. Bu çerçevede hastalığının son dönemindeki hastanın ölümüne terk edilmesi kadar doğrudan öldürülmesini de kabul etmektedir (2,25).

Günümüzde Vatikan, bu gibi yaklaşımlardan etkilenecek pasif ötanaziye karşı ılımlı bir yaklaşım içindedir. Çifte etki doktrininden hareketle pasif ötanaziye ılımlı yaklaşmaktadır (2,25).

2.3.2.2. Yaşamın Niteliği Tezini Savunan Laik Görüşler

On yedinci, on sekizinci yüzyıllarda bazı düşünürler tarafından, ahlakın bir dini temele dayanmasının gerekli olmadığı ileri sürülerek doğruların akılla bulunabileceği savunulmuştur. Ahlaki konuların akılla değerlendirilmesi halinde intihar ve ötanaziye karşı kilisenin almış olduğu tavrın yanlış olduğu ileri sürülmüştür. Hume'da intiharın suç olarak görülmesine karşı çıkmıştır. Düşünüre göre toplum sözleşmesi karşılıklı çıkarlara bağlıdır; eğer toplum kişiye bir şey veremiyorsa yaşamı katlanılabilir hale dahi getiremiyorsa bireyin intihar etmeye hakkı olacaktır. Rousseau ve Montesquieu da intiharın cezalandırılmasına karşı çıkmıştır (2,25).

Bonser ölümü bir hak olarak gören ilk yazarlardandır. "The Right to Die" (1855) isimli kitabında acılı ve tedavi edilemez hastalıkların çaresi olarak intiharın yasallaşması gerektiğini savunur (2,25).

Aynı noktadan hareket etmelerine rağmen ötanaziye yaşamın niteliği ekseninde yaklaşan ve ötanaziyi kabul eden fikirler ikiye ayrılır:

Yaşamın kötü niteliğinin yaşamı yaşamaya değmez hale getirdiğinin belirlenmesinde objektif kriterlere göre hareket edilebileceğini savunan fikir; yaşam niteliği kötü olan kişilerin yaşamının devam etmemesi gerektiği fikrinin evrensel bir gerçek olarak kabul edilmesi gerektiğini savunur. Nazi Almanyası'nda, bir dönem akıl hastalarının ve vücudunda sakatlık bulunanların yaşamının yaşamaya değmez olduğu ileri sürülerek bu kişilere ötanazi uygulanmıştır. Ötanazi uygulanacak kişinin iradesine hiç önem vermeyen bu yaklaşım, insan hakları konusunda önemli sorunlar içermektedir (2,25).

Ötanaziye yaşamın niteliği ekseninde yaklaşan ikinci fikir de birinci fikir gibi yaşamın kötü niteliğinin yaşamı yaşanılmayacak hale getirebildiğini kabul etmekle beraber, iradeye verdiği önemle ilk yaklaşımdan ayrılır. Bu fikri savunanlara göre, yaşamın niteliği dolayısıyla yaşamaya değmez hale gelen yaşamın sona erdirilmesi için, kişinin iradesi ön planda tutulmalı, onun talebi olmadan genel kurallarla ötanazi uygulanmamalıdır. Yaşamın yaşamaya değer değmez olduğu konusunun belirlenmesinde nesnel kriterler yerine yaşamı söz konusu olan kişilerin iradesi göz önünde bulundurularak ötanazinin uygulanıp uygulanmayacağı karara bağlanmalıdır (2,25).

Dinin hukuk üzerindeki hakimiyeti' nin akla dayanan öğretiler aracılığı ile sona ermesinden sonra intihar eden kişilere yönelik olan cezalar ceza hukukundan ayıklanmıştır. Ancak intiharın bir çeşidi olan ötanazi ceza hukukunda bir suç olarak kalmaya devam etmiştir.

2.4. Felsefi Açıdan Ötanazi

Felsefi Açıdan ötanazi, daha çok ütopyacı toplum felsefelerinin bir müessesesi olarak karşımıza çıkar (23) .

Eski Yunan düşünürleri tıp ile etik arasında yakın bir ilişki kurmuşlardır. Sokrates'in "sağlam kafa sağlam vücutta bulunur" özdeyişi etikteki tıbbi imajı zihinsel olarak tanımlamıştır. Eflatun bu sebeple ideal toplum=sağlıklı toplum anlayışından hareketle ideal toplumu gerçekleştirmek üzere ötanaziyi önermekte bir sakınca görmemiştir. Filozofa göre tedavisi mümkün olmayan öldürücü hastalıklar için doktorun yapacağı en iyi iş, ölümü geciktirmemektir. Yakın çağ ütopyacılarından Thomas More da ötanaziyi kabul ederken toplumsal sağlık üzerinde durduğu gibi, kişinin bireysel yararını da göz önüne almıştır. Hastanın rızası alınmak suretiyle rahiplerin hazırladığı ilaçla hayatına acısız şekilde son veren hasta, ölümü kabul etmekle aynı zamanda Tanrının iradesine de uymuş olmaktadır (23,34).

Günümüze yaklaşıldıkça ahlak filozoflarının çoğunun ötanazi konusunda bireysel anlamda olumlu düşündükleri görülür. Nitekim ahlak filozoflarının çarpıcı isimlerinden olan Hare dahi "Bir doktorun hastasının çekeceği acı ne kadar büyük olursa olsun, o hastanın hayatını mümkün olduğu kadar uzatmanın daha iyi olacağı düşünmesini" üst düzeyde fanatizm olarak nitelendirmiştir. Çağdaş filozofların çoğunluğuna göre, ötanazi tedavi yöntemlerinden biridir. Hastanın çektiği acının sona erdirilmesi anlamında kabul edilen bu tedavi, öldürme amaçlı değildir, ne var ki hastanın ölümü ile sonuçlanmaktadır. Ötanazi öldürmeden farklıdır, olsa olsa ölüme yardımcı olmaktır (23,38).

Ötanaziden yana olan görüşlerini insanın bazı özelliklerine dayandırmak suretiyle, bir anlamda ön koşullu olarak kabul eden filozoflar da vardır. Avustralyalı felsefeci Peter Singer insanların "yaşam kutsaldır" sözü ile kastettiklerinin insan hayatı olduğunu, ancak bunun insan yaşamının neden özel bir değere sahip olduğunu izahtan uzak olduğunu belirtmiştir. Singer'e göre insanı; şuur sahibi olmak, kendini kontrol edebilmek, gelecek ve geçmiş duygusuna sahip olmak, üzülebilmek, iletişim kurma ve meraklı olma yeteneği ile nitelendirilmek mümkündür. Cenin ve yeni doğmuş çocuk kuşkusuz insan türünün üyesidir ancak

bunlardan hiçbirisi şuur sahibi değildir, gelecek duygusu ve başkaları ile iletişim içinde bulunma yeteneğine sahip değildir. Bu itibarla Singer, bu tanım dışında tutulabilen cenin, yeni doğmuş çocuk ve bu yetenekleri sonradan kaybeden diğer hastalar bakımından ötanaziyi kabul edilebilir görmüştür.

Singer bu görüşünden dolayı eleştirilmiştir. Bir kere insanda korunması gereken tek şey akıl mıdır? Diğer taraftan kişilik zaman içinde örülen karmaşık bir ağdır. Bu açıdan embriyo ve yeni doğmuş olanlar, gerçek planda bütün şartlara sahip olmasa da “kişi” dirler. Hatta komadaki hastalar veya düzelmesi imkansız halde beyni hasar gören ve artık gerçek anlamda şuurunu kaybetmiş olanlar bile hala kişidir. Onlar yetmiş bir benlik (öz) ile donatılmış olan öznelerdir ki bu öz onlara, bizzat kavgasını veremez ve gereğini yapamazlar da bir onur kazandırmaktadır. Üçüncü olarak onurun gerçek anlamda korunması, daha önce var olan, “kendisinin bilinci (şuuru) yerinde olma hali” ölçütü ile tespit olunamaz. Kişisel onur ve buna bağlı olarak yaşamın değeri, yaşamın ve onurun Allah tarafından yaşamın her anına atfedildiği gerçeğinde saklıdır (23,39).

Bazı filozoflar ötanazi konusundaki görüşlerini, niyet (saik) üzerinde yoğunlaştırmışlardır. Bunlara göre niyet, eylemin iyiliğinin ve doğruluğunun nihai kriteridir. Bu görüş zamanla aktif - pasif ötanazi ayırımında da kullanılmıştır. “Öldürme” ve “ölmesine izin vermek” (to kill - to let die) kavramları ile açıklanan iki ötanazi hali zaman zaman birbirinden farksız görülmüş ise de çoğunlukla ayrı kavramlar olarak değerlendirilmek suretiyle kabul veya reddedilmiştir (23).

Felsefi anlamda niyet bazen “kusur” ile eş anlamlı bir kavram olarak ele alınmıştır. Ölümün kendiliğinden olmasına izin verme eylemi ihmaldir ki bu da bir başkasının kişiliğinin bütününe saygı duymak amacına dayanır. Bu itibarla ihmalli bir davranış ile gerçekleştirilen pasif ötanazi daha kolay kabul edilmiştir (23).

Hayatın değerli olup olmadığı, değerli ise bu değeri oluşturan faktörlerin nelerden ibaret olduğu ve bu değerlerin korunması hükmünün boyutlarını tayinin

kolay olmamasına rağmen, hayatın kendisinin tüm değerlerden kıymetli olduğu konusunda tereddüt yoktur (40). Ancak bu değerlerin hangisinin, ne miktarda kaybının hayatın anlamını kaybetmesi noktasına getireceği de bir felsefi tartışma konusu olacaktır. Ölümcül bir hastalığa yakalanan, bitkisel hayata giren, yaşama yeteneği olmaksızın doğan bir kişinin yaşama anlamını tamamiyle kaybetmiş sayılır mı? Kayıp bir kez meydana geldikten sonra hastanın ölme iradesi yaşam hakkından vazgeçme olarak nitelendirilir mi? Var olmayan (değerini kaybetmiş) bir yaşamın sona erdirilmesi kayıp sayılır mı?

Bütün bu soruların cevabı kimin tarafından verilecektir? Bu cevabı verecek kimsenin kim olacağı noktası henüz berraklaşmadığından konu halen tartışmaya açıktır. Bilimin sesi olan doktor mu, Allah'ın sesini duyuran dinin mi, toplumun sesini ifade eden örf, adet ve sair sosyal değerlendirmeler mi, yoksa bizzat korunan değerlerin sahibi mi esas alınacaktır sorusunun cevabı bulunduğu, sadece bu konuda değil, insanın tüm ilişkileri itibarıyla konumunu tayin eden önemli bir adım atılmış olacaktır. Hukuk evrensel normların ışığında, milli, dini, sosyal faktörleri de dikkate almak suretiyle insanın özünde saklı değerleri tespit, tahlil ile öldürülemezlik ilkesinin istisnası olan diğer hallerde olduğu gibi, ötanazi konusunda karar vermek hak ve mükellefiyetine sahip kabul olunmalıdır (23).

2.5. Yoğun Bakım Etiği

Bakıma daha çok gereksinimi olan hastaların bir arada bulunmasının hemşirelik hizmetlerini kolaylaştıracağı düşüncesi belkide yoğun bakım ünitelerinin (YBÜ) temelini oluşturmaktadır. Kritik hastaların tedavilerinde, özel servislerde özel teknik imkanlar, bilgi ve deneyimle daha iyi sonuç alınabileceğinin görülmesi, yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve gelişmesine yol açtı. Teknolojinin de hızlı gelişimi ile daha önce ölüme mahkum birçok hastanın hayata dönmesi mümkün hale geldi. Modern anlamda yoğun bakım disiplini ya da bilim dalı oldukça kısa bir geçmişe sahiptir. YBÜ'lerinin kurulmaları ve gelişmeleri ancak son 50-60 yılı kapsamaktadır (41).

Önceleri Fransa’da “Reanimasyon” servisleri olarak kurulan, 1960’lı yıllardan sonra ABD’de ameliyat sonrası bakım üniteleri şeklinde oluşmaya başlayan, daha sonraları bugünkü şekliyle gelişen yoğun bakım bilim dalı genç bir bilim dalı olup 2000’li yılların başında ancak kurumsallaşmaya ve kendi prensiplerini belirlemeyi başarmaya çalışmaktadır (42).

Yoğun bakımlarda alınan yüz güldürücü başarılar YBÜ’ lerinin giderek önem kazanması ve sayılarının artması ile sonuçlandı. Örneğin ABD’de 1960’lı yılların başlarında acil hizmet veren hastanelerin % 10- 20’ sinde YBÜ mevcut iken, 1990’lı yıllarda bu oran % 90’lara yükseldi. Ülkemizde de YBÜ’ lerinin sayısının giderek arttığını görmekteyiz (41).

Tüm dünyada yoğun bakım alanında bu gelişmeler ve ilerlemeler yaşanırken, olayın daha farklı bir boyutu ortaya çıkmaya başladı; etik sorunlar. Tıpta fakat özellikle yoğun bakım alanında etik sorunların sadece burada görev yapan sağlık personelinin sorunu olmadığı, hasta ve yakınlarını, hukukçuları, din adamlarını, ekonomistleri kısacası hemen her kesimi ilgilendiren çok boyutlu yönleri bulunduğu unutulmamalıdır (41).

Gerek teknolojik gerekse farmakolojik gelişmeler, birçok hastanın yaşama dönmesini sağlarken diğer taraftan, ancak yaşamsal destekle hayatta kalabilen, fakat iyileşme şansı bulunmayan bir grup hastanın ortaya çıkmasına yol açmıştır. Yoğun bakım yatak sayılarının artmış olmasına rağmen yine de yeterli olamaması, zaman zaman YBÜ’lerine hasta yatırılmasında tercih kullanılması zorunluluğu getirmektedir. Ayrıca yaşama şansı bulunmayan hastalarda yaşam destek tedavisinin sürdürülmesi veya kesilmesi yine yoğun bakım hekiminin karar vermesi gerektiren durumlardır. Yoğun bakımda destekle hayatını sürdüren bilinci kapalı veya açılma şansı olmayan hastaların yakınlarının desteğin kesilmesini istemeleri gibi bir durumda ortaya çıkabilmektedir (41).

Hekimlik mesleğinin esası, hasta bir kişiye gerekli girişimleri yapmak ve onu sağlığına kavuşturmadır. Doğal olarak hastaya her türlü desteği sağlayarak yaşamı uzatmak hekimin görevi olmaktadır. Bu noktada etik ilişkiler ortaya çıkmaktadır. Önemli olan sadece yaşamın uzatılması mıdır? Yaşam kalitesi tedavinin sürdürülmesinde göz önüne alınmalı mıdır? Yaşam kalitesi belli bir düzeye ulaşması mümkün olmayan hastalarda boşa çaba gösterilmesi (medical futility) ne derece rasyoneldir? Sağlığına kavuşma olanağı bulunmayan bir hastaya desteğin sürdürülmesi, yoğun bakım tedavisi ile kurtarılabilecek bir başka hastaya hizmet verilememesi nedeni ile o hastanın hakkını gasp etmek değil midir? Çok yüksek düzeylere varan yoğun bakım tedavisi maliyet kaynakların yanlış kullanımı sonucunu doğurmaktadır mıdır?

Ötanazi konusunda tartışmaların ana dayanak noktası biyomedikal etiğin 4 temel prensibidir.

Biyomedikal etiğin 4 temel prensibi;

- 1- Yararlı olma
- 2- Zarardan koruma
- 3- Otonomi
- 4- Adaletli olma, şeklinde sıralanır (41,42,43).

Yararlı olma (beneficence): Biyomedikal prensiplerin başında gelen yararlı olma ilkesi, hastayı sağlığına kavuşturma yolunda yararlı olabilme ve yaşamını koruma çabalarını kapsar. Burada yararlı olmanın sınırlarının çizilmesi gerekir.

Zarardan koruma (nonmaleficence): Ünlü “primum non nocere” deyişi ile özetlenen bu etik prensip hastaya zararlı olacak girişimlerden kaçınılmasını ifade eder. Hastasının tedavisinde çaresiz kalan hekim bir başka yöntemi denemeyi planladığında medikal yönden yarar - zarar olasılıklarını çok iyi değerlendirmek zorundadır.

Otonomi: Hastanın kendi hakkında karar verebilme yetkisini ifade eder. Yoğun bakım ünitelerinde bilinci açık olsa bile hastanın kendi kaderini etkileyebilecek kararları verebilmesi ne denli doğrudur? Tedavisi sadece yoğun bakım ünitesinde mümkün olan bir hastanın taburcu olma isteği nasıl yerine getirilebilir? Hastanın otonomisi, hastanın medikal yararı ile çakıştığında nasıl davranılmalıdır? Bunlar ilk başta akla gelen sorulardır.

Adil olma (justice): Adil olma prensibi, yoğun bakım olanaklarının her hastaya eşit şekilde kullanılabilmesine imkan tanıma şeklinde yorumlanır. Ancak olanakların ve kaynakların tahsis edilmesinde öncelik tanıma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Yoğun bakım alanında ilerlemeler ile ortaya çıkan etik sorunlar günümüzde tüm ülkelerde değişik yönlerden ele alınmaktadır. İyileşmesi mümkün olmayan hastaların destek tedavilerle yaşamlarının uzatılması diğer bir deyişle ölüm sürecinin uzatılması, toplumlarda ötanazi tartışmalarını gündeme getirmiştir. Bazı ülkelerde ötanazinin yasallaştırılması yönünde çalışmalara rastlanmaktadır. Yoğun bakımda tedavinin sürdürülmesi veya kesilmesi gibi tıbbi konularda temel kurallar oluşturulmasına çalışılmaktadır (41,43).

İlk kez 1960'lı yıllarda tanımlanmasından sonra geçen süre içinde kardiyopulmoner resusitasyon (CPR), tüm hekimler tarafından hastaların her koşulda bu girişimi isteyeceği düşünülerek tüm hastalara uygulanır olmuştur. Bu şekilde CPR, ölen tüm hastaların bakımında vazgeçilmez bir uygulama haline gelmiştir. Bunu bir problem olarak gören American Medical Association (AMA) 1974 yılında şu yaklaşımı getirmiştir. "Kardiyopulmoner resusitasyonun amacı ani ve beklenmeyen bir ölümün engellenmeye çalışılmasıdır. Ölümün kaçınılmaz olduğu, geri dönüşü olmayan hastalıkların terminal dönemlerinde kardiyopulmoner resusitasyon endikasyonu yoktur." Bu yaklaşımı takip eden dönemde resusite etmeyin talimatları (RET), hastane servislerinde, yoğun bakım ünite ve ameliyathanelerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Günümüzde YBÜ'lerinde çok yaygın bir şekilde kullanıldığı düşünülen RET bazen yalnızca kardiyopulmoner resusitasyonu, bazende hastaya o an uygulanmakta olan tedavinin ötesinde, daha

invaziv girişimlerin engellenmesini kapsamaktadır. İkinci şekli ile bu talimatlar hastaya yaşam destek tedavilerinin başlanmaması veya tedavinin kesilmesinde ilk aşama olarak görülmektedir (41,43).

RET kullanımı özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde giderek artmaktadır. 1995 yılında yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların % 12-14'ünde RET uygulandığı görülmüştür. ABD'de uygulanmakta olan sağlık politikası ve sağlık harcamalarının düşürülmeye çalışılması sonucunda bu oranın yükselmesi beklenmektedir (43,44).

Resusite etmeyin talimatlarına hekimlerin yaklaşımları araştırıldığında, hekimlerin bu konuya hemşirelere göre daha sıcak baktığı ve genel olarak hastanın durumunun ağırlığı, hastanın hastalık öncesi bilinç seviyesi, yaşı, muhtemel prognozu ve beklenen yaşam kalitesi gibi faktörlerin bu kararların verilmesinde etkili olduğu sonuçlarına varılmıştır (8,45).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Society of Critical Care Medicine (SCCM) 1990 yılında yayınlanan konsensus raporunda, yaşamsal destek tedavilerine başlanmaması veya başlanmış tedavilerin sonlandırılması konularında talimatlar belirlenmiş, tedavisi mümkün olmayan durumlarda desteğe başlanmaması veya kesilmesinin etik yönden uygun olduğu ifade edilmiştir. Bu konsensus raporunda mekanik ventilasyon, vazopresör ilaçlar, sıvı tedavisi veya beslenme gibi tedaviler arasında etik olarak hiçbir ayırım yapılmamıştır. Her tedavi şekli bireysel olarak hasta için sağlayacağı yarar açısından değerlendirilip, eğer uygulanması sonucu anlamlı bir fizyolojik yarar sağlanması beklenmiyorsa kesilebilir. Bunun yanında, yalnızca ölüm sürecini uzatan tedavilerin uygulanmasının etik olarak uygun olmadığı ve sağlık bakımı ile ilgili kısıtlı kaynakların etkin kullanılmayacağı kaygısı da dile getirilmiştir (41,42,43,46).

1997 yılında yayınlanan konsensus raporunda SCCM, kesinlikle yararsız tedavileri boşuna (futil) olarak tanımlamıştır (41,46).

İsveç'te yapılan bir çalışmada yaşam destek tedavilerinin kesilmesi konusunda yoğun bakım hekimleri, hemşireleri ve halkın ne düşündükleri araştırılmıştır. Her üç grupta da anketi yanıtlayanların büyük bir bölümü umutsuz hastalarda ventilatör tedavisinin kesilebileceğini belirtirken, bu konuda kararın kim tarafından verileceği konusunda hekimler ile halk arasında görüş ayrılığı olmuştur. Kendi kararını verebilecek bir hastada tedavinin kesilmesine yalnızca hastanın kendi veya hasta ve hasta yakınlarının verebileceği halkın %50 si tarafından işaretlenmiş buna karşı hekimlerin %25'i bu konuda karar verme yetkisinin yalnızca kendilerine ait olduğunu belirtmişlerdir. Hasta kendi kararını veremeyecek durumda olduğunda ise hekimlerin %61'i kendilerini bu konuda tek yetkili olarak görmektedirler. Buna karşın halkın %73'ü ve hemşirelerin %70'i bu konuda kararın hasta yakını ve hekimin ortak vermesi gerektiğini düşünmektedir (9,43).

Yaşam destek tedavilerinin devam etmesi ile ilgili kararları kimin vereceği konusundaki tartışmaların bir diğer ögesi de etik komitelerdir. Özellikle tedavilerin akibeti konusunda hekim, hasta ve hasta yakınlarının anlaşmazlığa düştüğü durumlarda konunun mahkemelerde çözümlenmesi yerine kurumda değişik kesimlerin temsilcilerinden oluşturulacak bir etik komitenin yaşamın sonu ile ilgili kararlarda yararlı bir rol oynayacağı ileri sürülmektedir. Nitekim özellikle güney Avrupa ülkelerinde bu etik komitelere sıklıkla başvurulmaktadır. Amerikan Tıp Birliği içerisinde kurulan etik ve adli sorunlar komitesinin raporunda, iki taraf arasında anlaşmazlık oluştuğunda, tedavinin boşunluğu gibi tartışmaların çözümlenmesinde ilk başvuru basamağı olarak etik komiteleri önermiştir (10,43).

David Asch Tarafından 1996 yılında Amerika'da yapılan "Kritik Bakım Hemşirelerinin Ötanazi ve Yardımlı İntiharda Rolü" isimli çalışmasında Amerika'da yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 852 hemşireye anket uygulanmıştır. Bu hemşireler, "Hemşirelik Dergisi"ne (Nursing Magazine) üye olan hemşirelerden seçilmiştir. Ankete katılan 129 hemşire (%16) aktif olarak ötanazi ya da yardımcı ölüm uygulamalarına kariyerlerinde en az bir kez katıldığını ifade etmiştir. Bu

uygulamayı yapanların %65'i bunu üç defa ya da daha az yaptıklarını ve %5'i de bunu 20 defadan daha çok yaptığını belirtmiştir (11).

Toplam 342 hemşire ötanaziye katılmak istediğini ama katılmadığını bildirmiştir. Bunu yapmama sebepleri olarak; yakalanma korkusu, uygulamanın yasa dışı olarak değerlendirilmesi ve hastanın tercihlerinin tamamen anlaşılammış olma ihtimali ve hemşirelik lisanslarını kaybetmek korkusu olarak belirtmişlerdir (11).

1993 yılında Avustralya'nın Victoria eyaletinde 943 hemşire ile yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerin %36'sı çalışma hayatlarının bir döneminde ötanazi talebi almışlardır. Ankete katılan hemşirelerin %65'i ötanazi yasal hale gelirse, aktif volonter ötanazide hekimlerle birlikte iş birliği içinde olmayı istediklerini belirtmişlerdir (12).

1997 yılında Amerika'da 441 onkoloji hemşiresiyle yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerinin %25'i yetişkin kanser hastalarından ötanazi talebi almışlardır (13).

Hollanda da 1997 yılında uzman, pratisyen ve yaşlı bakım evlerinde çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmada; pratisyen hekimlerin %55'i ve uzman ve yaşlı bakım evi hekimlerinin %95'i aktif ötanazi ve yardımcı intihar konusunda hemşirelere danışmaktadır. Pratisyen ve yaşlı bakım evi hekimlerinin tamamı, uzman hekimlerin 1/3'i hemşirelerin aktif ötanazi ve yardımcı intihar uygulamasında yer almaması gerektiğini düşünmektedir (14).

2.6. Ötanazi ve Türk Hukuku

İnsan yaşamına verilen büyük değer nedeniyle kişi yaşamının yasalarca güven altına alınması kişinin ve toplumun yararının sağlanması açısından önemlidir. Yasalar insan hayatını başkalarının müdahalelerine karşı korumak için “adam öldürmeyi” suç sayar. “Kasten adam öldürme müstakil bir varlığı olan kişinin

hayatının kasten izole edilmesidir.” şeklinde tanımlanabilir. Bu hallerde ölüme rıza göstermeyen bir kimsenin hayatının kasten ortadan kaldırılması söz konusudur (25,47).

Ancak bir kimse hayatının ortadan kaldırılmasına izin verirse sorun nasıl çözülecektir? İnsancıl duygularla ölümü çabuklaştırmak suç sayılacak mıdır? Bu noktada ötanazinin ceza hukuku yönünden tartışması başlamaktadır. Kişinin kendi ölümüne onam vermesi ve/veya insancıl duygularla öldürülmesi ya da ölümün hızlandırılması ceza hukukunda bir suç mudur? Suç ise birçok ülkenin ceza yasası ile bizim ülkenin ceza yasasında olduğu gibi kasten adam öldürme suçunu mu veya bağımsız ayrı bir suçu mu oluşturur? Bu sorulara hukuk öğretisinde farklı cevaplar verilmiştir.

Talep ile öldürme, onam ile öldürme kavramları ile ötanazi kavramını aynı anlamda kullanmak yanlıştır. Talep üzerine öldürme mağdurun talebi üzerine yaşamının bir başka kişi tarafından sonlandırılmasıdır. Onam ile öldürme ise fiili işleyen kişinin mağdurun yaşamına son verilmesi önerisine mağdurun onam göstermesidir. Ötanazi bazı yazarlarca onam ile öldürmenin ya da talep ile öldürmenin iyileşmesi mümkün olmayan ve dayanılmaz acılar çeken bir hastaya hekim tarafından uygulanması olarak da tanımlanmaktadır (25).

Ötanazinin suç olup olmadığı, suç ise hangi suç olduğu konusunda farklı görüşler mevcuttur. Ötanaziyi suç sayan görüşler olduğu gibi ötanaziyi suç saymayan görüşler de vardır.

Ötanaziyi suç sayan görüşler, bir suç olarak ötanaziye farklı yaklaşırlar. Fikirlerden biri; Ötanazinin kasten adam öldürme suçunu oluşturduğunu kabul eder. Bu fikre göre ötanazi kasten adam öldürme suçundan farksızdır. Bu görüştekiler ötanaziyi farklı yönlerden eleştirirler.

Tıpta hata olasılığının her zaman olabileceği düşüncesinden hareket eden görüşe göre; en ümitsiz vakada bile zamanla hastanın iyileşmesi görülebilmektedir. Ölümcül bir hastalığa yakalandığı iddia edilen ya da ölümcül hastalığı taşımasına rağmen daha sonra iyileşebilecek birinin acı çekerken öldürülmesi halinde kasten adam öldürme suçu meydana geleceği belirtilmektedir (25,48).

Tıp alanında ötanaziye getirilen bir diğer eleştiri de ötanazinin hastalara uygulanması halinde hastalıkla mücadele ve mücadele için araştırmalar azalacak, ölüm hastalığın çaresi olacaktır (25).

Hastanın iradesi yönünden ötanaziyi eleştirenlere göre ise öldürülmesini talep eden kişinin, akli melekelerinde bozukluk vardır ve böyle bir kişinin onam vermeye yetkisi yoktur (48).

Ötanazinin kötüye kullanılabilmesi de ötanaziye yapılan bir diğer eleştiridir. Hastanın ölümünden faydaları olan kişilerin bu faydayı elde etmek için bu yola başvurabilme imkanının olmasının sakınca yaratacağı iddia edilir (25,48).

Ötanaziyi suç sayan başka bir görüşte ötanazinin bağımsız bir suç olduğunu savunur; şifası mümkün olmayan hastalığa yakalanan ve acı çeken bir kimseyi merhamet hissi ile öldürenin kasten adam öldürme suçu ile cezalandırılmaması gerektiğini savunan bu görüşe göre; kasten adam öldürme suçu ile ötanazi arasında nitelik ve suçun saiki açısından önemli fark vardır. Talep veya acıma hissi ile adam öldürenler tehlikeli suçlu değildir. Bunun için bu suçu işleyenler için kasten adam öldürmeden daha hafif bir ceza içeren ayrı bir hüküm getirilmelidir. Bu fikirden hareketle bazı ülkelerin ceza yasaları ötanaziyi ayrı bir suç olarak ele almıştır (25,48).

Ötanazi ve intiharın birbirine yakın kavramlar olduğunu iddia eden fikre göre intiharı cezalandırmayan kanun, fiilin başkasına yaptırılmasını da cezalandırılmamalıdır. Bu fikre göre kimsenin yardımı olmadan intihar edenin

hareketiyle üçüncü bir şahsın, doktorun fiili ile intihar eden kimsenin hareketi arasında hiçbir fark yoktur (25,48).

Ötanazinin cezalandırılmaması gerektiği manevi unsur bakımından da savunulmuştur. Faildeki kastın mağdura acı ve ıstırap çektirmek (bu görüş adam öldürmede cürmi kast yanında zarar verme kastını da aramaktadır) olmadığı aksine onun ıstıraplarına tatlı bir şekilde son vermek olduğunu belirtmiştir (48).

Failin ötanaziden dolayı sorumlu olmayacağını merhamet hissi ile açıklayanlara göre, iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanmış ve acı çeken hastanın öldürülmesi insani vazifedir görüşü de belirtilmektedir (25,48).

Konuya toplumsal yönden yaklaşan bir görüşe göre dejenere nesil yetişmesini ve lüzumsuz masraflar yapılmasını önlemek için ötanazi yapılmalıdır. Şifasız akıl hastalarının ortadan kaldırılması, neslin dejenereleşmesine ve bu gibi kimseler için boş yere masraflar yapılmasına engel olur denmiştir (2,48).

Ötanazinin yapılması için bazı şartların varlığı gereklidir. Bunlardan birinin yokluğu ötanazinin uygulanmasına engeldir.

- 1- Ötanaziden bahsedebilmek için bir hastanın bulunması şarttır. Hastalık kavramı geniş anlamda anlaşılmalıdır. Diğer bir deyişle hastalık her türlü hastalığı ifade eder.
- 2- Hastalık tedavi edilemez olmalıdır. Yani tıp biliminin bu günkü durumuna göre vaktinden önce ölüme yol açabilecek nitelikte olmalıdır, örneğin ileri derecede kanser. Tedavi edilemez hastalıklar arasına, aslında tedavi edilebilen fakat herhangi bir nedenle kötüleşmenin meydana geldiği ve söz konusu sebepten dolayı şifası imkansız hale gelen hastalıklarda girer. Sağlıklı bir insanın maruz kaldığı bir olayda – örneğin trafik kazası, cürüm-kurtuluşu imkansız ve şifasız ölümcül bir duruma yol açabilir.

- 3- Hastalık dayanılmaz derecede ıstırap verici olmalıdır. Acıların devamlı olmayıp kuvvetli olmaları yeterlidir.
- 4- Her şeye rağmen yaşamak isteyen hastaya ötanazi uygulanmamalıdır. Hastanın açık ve örtülü muvafakati ötanazinin uygulanması için yeterlidir. Muvafakatte üçüncü şahıs hastanın hayatına son vermek istediğini hastaya bildirmekte, onun da kabulü üzere fiili gerçekleştirmektedir. Ancak hastanın rızası yoksa veya ötanaziyi reddeden bir hareketi belirlenebiliyorsa, fiilin tatbikinden vazgeçilmelidir .

Ötanaziyi uygulama yetkisinin kime verileceği konusu da önem arz etmektedir. Belirtelim ki doktorlar dışındaki kimselerin şifaları mümkün olmayan hastaları öldürmeleri de ötanazi tanımına girmektedir. Bununla beraber ötanazinin yasallaştırılması için yapılan tekliflerde daima bu gibi ameliyelerin doktorlar tarafından yapılması öngörülmüştür.

- 5- Öldürme fiili hastanın ıstırabından bir an önce kurtulmasını temin maksadıyla gerçekleşmiş olmalıdır (25,48).

Bu şartlardan herhangi birinin yokluğunda ötanaziden söz edilemez. Bu şartların birinin yokluğunda böyle bir fiilde harekette bulunulması kasten adam öldürme suçunu oluşturur (25).

Türk Ceza Kanununda (TCK) da talep üzerine öldürmeler ve ötanaziyle ilgili bir hükme rastlanmamaktadır. Bu nedenle doktrinde genellikle talep üzerine öldürmeler ve ötanazi kasten adam öldürme suçu olarak kabul edilmektedir. Hatta şartları varsa bu gibi hallerde şiddet sebepli katil hükmünün (YTCK m.82, eski TCK m.449-450) uygulanması gerektiği ileri sürüldüğü gibi hakimin takdiri hafifletici sebepler (YTCK m:62, eski TCK m.59) müessesine başvurarak cezayı indirebileceği de belirtilmektedir .

Doktrinde Türkiye’de aktif ötanazinin kasten adam öldürme (YTCK m.81, eski TCK m.448) , hekimin öleceğini öngörmesine rağmen hastanın talebine göre tedaviyi sona erdirmesi (pasif ötanazi) durumunda ise, taksirle adam öldürme suçunun (YTCK m.85, TCK m.455) oluşacağı yönünde bir görüşe rastlanmaktadır. Buna göre, pasif ötanazide doktor neticeyi öngörmüş fakat istememiştir (48, 49).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 2. maddesi hekimin başta gelen vazifesinin insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermek olduğunu öngördükten sonra, 13. maddesinin 3. fıkrası, hekimin teşhis, tedavi ve korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamayacağını belirtmiştir. Teşhis, tedavi veya korunma gayeleri dışında hastanın bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamayan hekim, hayatını kurtarmak ve sıhhatini koruma mümkün olmadığı takdirde dahi, nizamnamenin 14. maddesinin 1. fıkrasına göre, hastanın ızdırabını azaltma veya dindirmeye çalışmakla yükümlüdür. Bu suretle nizamname, talep üzerine öldürmeler ve ötanaziyi yasaklamaktadır (25, 48).

Hasta Hakları Yönetmeliği

Madde 13

“Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.” hükmüyle ötanaziyi yasaklamıştır.

Genelde ceza hukukçuları ötanazinin, suç olarak kalması taraftarıdır. Ancak cezanın, bugün Türk Hukukunda olduğu gibi “kasten adam öldürme” ile bir tutulamayacağı savunulmaktadır. Burada dayanılan gerekçe, mağdurun rızasından çok fiili işleyen kişinin insani hislerle hareket etmesidir. Fakat böyle bir yetkinin hekime tanınmasının, kötüye kullanımlara yol açabileceği ve hastanın iyileşme

ihtimalinin az da olsa mümkün olabileceği gerekçeleriyle fiilin cezasız kalamaması gerektiği savunulmaktadır (25).

2.7. Hipokrat Yemini

Hekim Apollon Aesculapions, hygia panacea ve bütün Tanrı ve Tanrıçalar adına. And içerim, onları tanık ve şahit tutarım ki, bu andımı ve verdiğim sözü gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım. Paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde onun çocuklarına bu sanatı bir ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri şifahi malumatı ve başka dersleri evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar tedavimi hiç bir vakit kötülük için değil yardım için kullanacağım. Benden ağı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını bile tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi bir gebe kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olan muzdariplerde bile kullanmayacağım. Bunun için yerimi ehline terkedeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür ister köle olsun erkek ve kadınların vücudunu kötüye kullanmaktan mazarattan sakınacağım. Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım.

Tıp ta yemin denilince ilk akla gelen Hipokrat Andı' dır. Hipokrat (M.Ö. 460 - 370) yaklaşık 2500 yıl önce tıbbın özellik arz eden bir sanat olduğu fikrini benimseyerek, bu sanatı yapacak olanları belli bir yemin etrafında birleştirmek ve sanatın kutsallığını ifade edebilmek amacı ile böyle bir metni gelecek kuşak hekimlere miras bırakmıştır.

Tıpta yemin Hipokrattan sonra da Galen, Laennec, Hufeland gibi ünlü isimlerin de ilgi odağı olmuş ve bu hekimlerde kendi oluşturdukları metinleri tıp dünyasına armağan etmişlerdir. Ancak yeminlerin sadece isimleri değişmiş, anlam ise "Hipokrat Andı" nda olduğu şekli ile kalmıştır. " Hayata saygı duymak ve zarar vermemek" (50).

Türkiye’de Hipokrat yemininin değiştirilmiş formu olan Hekimlik Andı kullanılmaktadır. İçeriği Şudur:

Hekimlik mesleği üyeleri arasına katıldığım şu anda, hayatımı insanlık yoluna adayacağımı açıkça bildiriyorum ve söz veriyorum. Hocalarıma saygı ve gönül borcumu her zaman koruyacağıma , sanatımı vicdanımın buyrukları doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getireceğime, hasta ve toplumun sağlığını baş görev sayacağıma, benden hizmet bekleyen kimselerin sırlarına saygılı olacağıma ve onları saklayacağıma, hekimlik mesleğinin onurunu ve temiz töresini sürdüreceğime, meslektaşlarımı kardeş bileceğime, din, milliyet ırk ve siyasi eğilim ya da toplumsal sınıf ayrımlarının görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime, insan hayatına kesinlikle saygı göstereceğime, baskı altında kalsam bile tıp bilgilerimi insanlık değer ve yasalarına karşı kullanmayacağıma, açıkça ve özgürce namusumun üzerine and içerim (51).

2.8. Hemşirelik Andı

Yüklenmiş olduğum sorumlulukların bilincinde, geliştirdiğim anlayış ve becerilerimle, herhangi bir ırk, inanç, siyasal veya sosyal düzen ayrımı gözetmeksizin, hastalarımı bakacağıma, hayatı korumak, ızdırabı hafifletmek, sağlığı yüceltmek için gereken her türlü çabayı göstereceğime;

Bakımım altındaki hastaların, bütün değer ve dini inançlarına saygı

duyacağıma, bana birileriyle ilgili olarak verilen tüm bilgileri saklayacağıma, hayatı ya da sağlığı tehdit edebilecek her türlü girişimlerden sakınacağıma;

Mesleki bilgi ve becerilerimi en üst düzeyde tutmaya çalışacağıma, sağlık ekibinin bütün üyeleri ile işbirliği yapacağıma ve onları destekleyeceğime;

Bunların tümünü yaparken, uluslararası hemşirelik ahlak yasasının onurunu korumak için gereken bütün çabaları sarf edeceğime ve hemşireliğin bütünlüğünü koruyacağıma and içerim (52).

Hipokrat yeminini ve hemşirelik andı'nı ötanazi açısından incelediğimizde; hipokrat yemininde “hasta ve toplumun sağlığını baş görev sayacağıma”, “ baskı altında kalsam bile tıp bilgilerimi insanlık değer ve yasalarına karşı kullanmayacağıma”, “benden ağı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim” ve hemşirelik andında yer alan “hayatı ya da sağlığı tehdit edebilecek her türlü girişimlerden sakınacağıma”; ifadeleri ötanazi uygulamasına ters düştüğünü görmekteyiz. Meslek andlarında tek amacın kişinin sağlığı ve yaşam üzerine odaklandığı anlaşılmaktadır .

2.9. Dünyada Ötanazi

Ötanazi dünyanın pek çok ülkesinde yasaktır. Aktif ötanaziye daha fazla karşı çıkmaktadır. Ancak özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanın tedavisinin kesilmesi ya da yaşam desteğinin kesilmesi sonucu yaşamının sona erdirilmesine (pasif ötanazi) mahkeme kararıyla izin verilmektedir. Günümüzde Hollanda ve Belçika dışında aktif ötanaziyi yasal olarak kabul eden başka ülkeler yoktur (1,19,53).

Hollanda

Ötanazinin en yaygın uygulamaya sahip olduğu ülke Hollanda'dır. Ancak ceza kanununda ötanazi adı altında düzenlenmemiş ise de 293 ve 294. madde ile düzenlenen suçlar, ötanazi kavramı tanımına uyduğunda, bu maddeler çerçevesinde tartışılmaktadır.

Madde 293: Bir başkasını onun açık ve ciddi talebi üzerine öldüren kimse azami 12 yıl hapis veya 5. dereceden para cezasına çarptırılır.

Madde 294: Bir başkasını kasten intihara teşvik eden, intiharına yardım eden veya ona vasıta sağlayan kimse 3 yıl hapis veya 4. dereceden hapis cezasına çarptırılır (23).

1994 yılında çıkarılan ve ötanazi eyleminin bildirimini belirleyen yasaya göre ötanazi uygulaması için belirlenen kriterler;

- 1- Hasta ötanazi için istemli, ısrarlı, açık talepte bulunmalıdır. Talep aydınlatılmış olmalı ve hastanın temyiz gücü olmalıdır,
- 2- Hekim hasta ile bu talebin istemli ve iyi düşünülmüş olduğunu anlayacak kadar yakın ilişki içinde olmalıdır,
- 3- Genel kabul gören tıbbi düşünceye göre, hastanın acısı dayanılmaz olmalı ve iyileşmesi mümkün olmamalıdır,
- 4- Hasta ve hekim ötanazi dışındaki alternatifleri de tartışmış olmalıdır.
- 5- Hekim en az bir hekimle durumu konsülte etmelidir,
- 6- Ötanazi iyi bir tıbbi uygulamayla gerçekleştirilmiş olmalıdır (1).

Bu prosedüre uyan hekim raporunda ölüm nedeni olarak ötanazi yazarak ilgili makamlara bunu zaman geçirmeksizin bildirmek durumundaydı. Böyle davranıldığında hekim hakkında kovuşturma yapılmamaktaydı. 2000 yılı Kasım ayında yapılan referandumda Hollanda halkı %80'in üzerinde kabul oyuyla

ötanaziye yeşil ışık yakmış ve 2001 Nisan ayında Aktif ötanazi tasarısı Hollanda Parlamentosundan geçerek yasallaşmıştır. 2001 yılında kabul edilen bu yasaya göre:

- 1- Hasta dayanılmaz ve sürekli acılar içinde olmalı,
- 2- Hasta ölüm isteğini açıkça dile getirmeli, ikinci bir hekiminde görüşü alınmalı,
- 3- Hastanın hayatına uygun tıbbi yöntemle (acısız) son verilmeli (1,53).

Yasaya göre 12 yaşından küçük çocuklara ölüm yardımı yapılamayacağı, 16 yaşından küçükler için ise ebeveynlerinden izin alınması gerektiği belirtilmektedir, fakat Hollanda da ciddi bir hastalığı olan ve dayanılmaz acılar çeken bebeklere ötanazi uygulaması 2006 yılında yasallaşmıştır. Bebek ötanazisinin nasıl uygulanacağı belirlemek üzere oluşturulan komite çalışmalarını sürdürmektedir (4,53).

Hollanda ötanazi yasasını çıkararak kayıt dışı ötanazi uygulamalarını önleyerek eylemin belirli kurallar çerçevesinde yapılmasını hedeflemiştir.

Hollanda da ötanazi eyleminin yapılabilmesi için hastanın ölümcül hastalığının bulunmasına gerek yoktur. Dayanılmaz acıların ve iyileşmeyen bir hastalığın olması yeterlidir (1).

Hollanda da yaygın olan ötanazi uygulamasıyla ölenlerin kesin rakamları bilinmese de yılda 3500 - 10000 arasında olduğu yönünde tahmin edilmektedir. Araştırmalar Hollanda da ötanazi isteminde bulunanların %80'inin kanser hastaları olduğunu göstermiştir (1).

Belçika

16 Mayıs 2002 tarihinde Belçika parlamentosu ötanazi hakkında yasa teklifini açık bir şekilde kabul etmiştir. Belçika da uzun süren tartışmalardan sonra ötanazi kanunu 23 Eylül 2002 de çıkmıştır. Bu tarihten önce ötanazi Belçika da yasa dışıydı. Bu düzenleme kaza ya da hastalık sonucu tedavisi olmayan bir sebepten dolayı ortaya çıkan kronik ruhsal yada fiziksel şiddeti azalmayan yetişkin hastalarda doktora ötanazi uygulama izni vermektedir. Yasalara göre Belçika`da ötanazi isteyen hastanın 18 yaşından büyük olması, bu talebini bilinçli ve kendi iradesiyle yapması, bu isteğini düşünerek ve birkaç defa yansıtması şart koşulmaktadır. Hastaya ötanazi yapılabilmesi için, “fiziki veya psikolojik açıdan, tıbbi olarak sürekli ve dayanılmaz acı çekiyor olması, hastalık sürecinde çaresiz bir aşamada bulunması” gerekmektedir. Ötanazi yapacak doktorun hastayla derinlemesine görüşmesi, sağlık durumu hakkında ayrıntılı bilgi vermesi, “ötanaziden başka bir çare kalmadığı” konusunda hastayla mutabakat sağlaması da koşullar arasında bulunmaktadır. “Hastanın ötanazi talebinde bulunmasıyla yapılması arasında en az bir ay geçmesi” ve “özel bir komisyonun nihai kararı vermesi” şartları da yasada yer almaktadır. Yasaya göre; Belçika`daki insanlar, arzu ederlerse sağlıklı günlerinde bir yazılı vasiyet hazırlayarak, amansız bir hastalığa yakalandıkları veya bir kaza sonucu bilinçsiz kaldıkları, kurtuluş ümidi bulunmadığı durumlarda, ötanaziye gidilmesini isteyebilmektedirler. Bu vekaletnamede, bir veya birkaç kişinin ismi verilebiliyor ve bu kişiler ötanazi kararını hasta adına doktorlara bildirmekte yetkili kılınabilmektedir. Belçikalı doktorlar, ötanazinin yapılmasını izleyen 4 gün içinde, Federal Kontrol Komisyonu`na bilgi raporu sunuyorlar. Bu komisyonun üyelerinin üçte ikisi, mevcut verilerin incelenmesinden sonra, ötanazinin gereksiz olduğu kanaatine varırsa dosya savcılığa sevk edilip ve adli takip başlatılmaktadır. Yasa, hiçbir doktorun zorla ötanazi yapmaya mecbur edilemeyeceğini de kayda bağlamaktadır (54).

Avustralya

Avustralya Hukuku da ötanaziyi yakın zamana kadar yasa dışı gören sistemlerdendi. Tıp mensupları arasında yapılan bir araştırma sonucu aktif volonter ötanazi %78 oranında kabul görmektedir. Hemşirelerin %65'inin ise ötanazinin yasallaşması koşuluyla doktorlarla aktif ötanazi konusunda işbirliğine hazır oldukları görülmüştür. Esasen bu nitelik ve nicelik bakımından yaygın kabulün nedeni Avustralya kamuoyunun 17. yy' dan itibaren düşünce bazında ötanaziye yer vermiş olmasında aranabilir (12,23).

Dünyada istemli aktif ötanaziyi tanıyan ilk yasa “ Ölümcül Hastaların Hakları Yasası” Avustralya kuzey bölgesi'nde 16 Haziran 1995 yılında çıkarılmış, 1 Temmuz 1996 yılında da yürürlüğe girmiştir. Ancak 1997 yılında bu yasa yürürlükten kaldırılmıştır (1).

Bu kanun ölümcül derecede hasta olanların, onların talebi üzerine doktor tarafından öldürülmesine yetki vermektedir. Kanun ötanazi talebinde bulunan hastanın durumunun üç doktor tarafından değerlendirilmesini öngörür. Bu doktorlardan birisi konunun uzmanı, diğeri psikiyatristtir. Üçüncü doktor ise hasta ile ötanazör doktorun ana dili itibariyle aynı dili konuşmamaları halinde, konuşma ve ötanazi sertifikasının imzalanması safhasında hazır bulunan ve hasta ile aynı anadili konuşan, tercüme ile görevli bir yetkili psikiyatristtir (23).

Amerika Birleşik Devletleri

Amerika'da 1 Ocak 1977 de yürürlüğe giren “California Doğal Ölüm Yasası” (Natural Death Act of California) hekime durumu umutsuz olan yetişkin hastalarda hayati sürdürücü tedaviyi kesme (pasif ötanazi) yetkisi tanımaktadır (1).

Yine Amerika'da Kasım 1994'te Oregon Eyaletinde “Onuruyla Ölüm Yasası” çıkarılmıştır. Bu yasayla ölümcül hastalar için hekim yardımı intihar suç

olmaktan çıkarılmıştır. İstemli aktif ötanazi ceza yasaları açısından cinayet olarak değerlendirilmektedir. Buna karşın pasif ötanazi genellikle ötanazi tanımının dışında düşünülerek hukuka uygun kabul edilmektedir. ABD’de istemli bile olsa aktif ötanazi adam öldürme suçu olarak kabul görmekte, komadaki hastanın tedavisini sonlandırma (withdrawal) veya tedaviye başlamama (withholding) şeklinde pasif ötanazi ise hukuka uygun kabul edilmekte, intihara yardım ise 23 eyalette suç sayılmaktadır (1,2).

Amerikan hukuku bakımından, siyasi coğrafyasından kaynaklanan sebeplerle birden fazla standardın takip edildiği gözlemlenir. Ötanazide hastanın vasiyetini mutlak anlamda arayan bazı eyaletlerde, hastanın yazılı ve önceden verilen açık iradesi bulunmadıkça yapay yaşam desteğinin kaldırılması mümkün görülmemektedir. Diğer taraftan 20 eyalette hastanın iradesi tam olarak tespit edilmese dahi yasal temsilcisi veya onun yerini tutan bir başkasının örneğin mirasçılarının iradesinin yeterli olduğu belirlenmiştir (23).

Almanya

Almanya’da ötanazide hekimin görev alması yasaktır ve Alman Ceza Yasası 216. maddesinde istek üzerine adam öldürme suçu olarak ayrıca tanımlanmıştır. Ancak intihar ve intihar için birisinden yardım almak yasal olarak sakıncalı değildir. Uygulamada genellikle tıbbi ortamın dışında ve bazı Avrupa ülkelerinde de olduğu gibi konuyla ilgilenen derneklerin organizasyonu yapılmaktadır (1).

Alman Ceza Hukuku açısından bir kimseye aktif bir fiilde bulunmak suretiyle ve ihmali bir davranışla cismani bir zarar vermek hali suç olarak sayılmıştır. Bunun dışında kalan pasif ihmali davranışların verdiği cismani zarar nedeniyle cezalandırılması ise söz konusu fiilin Alman Ceza hukukunun 226. maddesi kapsamına sokulabilen özel bir tehlike hali oluşturması şartıyla mümkün görülmüştür. Bu anlamda hastaya verilen yaşam desteğinin durdurulmasının,

hastalığın doğal gereği olmayıp, özel bir ölüm tehlikesi doğurması halinde cezayı gerektirdiği kabul olunmaktadır. Federal Mahkemenin bu kararı, yaşam desteğinin verilmesinde ihmal ile ölüme yardımcı ihmal niteliği taşıyan fiiller arasında bir ayırım yapamadığı için eleştirilmiştir (23).

Diğer Ülkeler

İsviçre: İsviçre Ceza Yasasında da istek üzerine öldürme diğer öldürme suçlarından ayrı ve daha az cezası olan bir suç olarak tanımlanmıştır (madde 114).

İngiltere: Genel olarak İngiliz Hukukunda ötanazi uygulamasının kabul edilmediği ve şüpheli hallerin sıkı şekilde denetlendiği gözlemlenmektedir. 1962 tarihine kadar teşebbüs halinde kalan intihar fiili dahi 1861 tarihli “Şahıslara Karşı İşlenen Cürümler Hakkında Kanun” (Act of Fologies Against Persons) hükümleri uyarınca para cezası ve iki seneye kadar hapis cezası ile cezalandırılmakta ise de bu tarihte intihar suç olmaktan çıkarılmıştır (23).

Kanada: Kanada Hukuku açısından da tıbbi etik kuralları ile hukuk kuralları arasında bir çatışma olduğu bilinmektedir. Kanada da yaşam kalitesine önem veren tıbbi etiğin, yaşam desteğinin verilmemesi veya kaldırılması konusunda hasta talebinin kabul edilmesi, ötanazi gibi konularda önermelerde bulunması ve bunların toplumsal kabul görmesine rağmen hukuk kurallarının bu ihtiyaca cevap vermediği gözlemlenmektedir. Kanada Ceza Kanunu, bir kimsenin doğrudan veya dolaylı yoldan ölümüne sebebiyet veren kimsenin adam öldürme suçu işlemiş sayılacağını öngörür. Kanuna göre, öldürmeye rıza ve öldürülmeyi talep veya buna izin vermek bunu yapanı sorumsuz kılmaz. Ölüm hakkı Kanada Anayasası ile de tanımlanmamıştır. Ancak buna rağmen mahkemelerin yorum yoluyla ötanaziye imkan verdiği görülmektedir. Nancy davası olarak bilinen davada, 1988 yılından beri vücudunun tamamı Guillain-Barré sendromu nedeniyle felç olan ve durumu süreklilik kazanan 24 yaşındaki Nancy B, 1991 yılından itibaren kendisine verilen yaşam desteğinin çekilmesini talep etmesine rağmen doktoru (bunun hukuka ve

ahlaka aykırı olduğu gerekçesi ile) tıbbi müdahalesini sürdürmüştür. 1993 yılında Quebec Yüksek Mahkemesine başvuran Nancy, tedavinin durdurulmasına hükümlenmesini talep etmiştir. Mahkeme talebi kabul etmiştir. Mahkemenin kararında; “Bilinci yerinde olan bir hastanın rızası olmaksızın tıbbi müdahaleye tabii tutulması tecavüz veya müessir fiil suçu oluşturacağı” vurgulanmıştır. Böylece birisini öldürmek fiili ile hastanın talebi üzerine yaşamı uzatan müdahaleye son verilmesi ve hastalığın normal seyrini tamamlamasına izin verilmesi fiili arasındaki fark gözetilmiştir. İlki yasa dışı sayılırken, zihni yetenekleri yerinde olan bir hastanın talebi üzerine, “rızasız tedavi olmaz” ilkesi gereğince yapılan tedaviye son verme eyleminin hukuken korunacağı sonucuna ulaşılmıştır. Şu halde özetlemek gerekirse Kanada Hukuku sadece pasif ötanaziye olanak vermiş görünmektedir ancak bir başkasının ölümüne yardım (asitse intihar) hala yasaktır (23,55).

İsrail: İsrail Tel Aviv Bölge Mahkemesi, yaşam makinesine bağlanmak istemeyen ve tedavisi mümkün olmayan bir pilot ile bir yaşlı hastanın ötanazi talebini, Kudüsteki Haddasah Hastanesine Profesör Avinoam Reches tarafından verilen olumlu görüş üzerine kabul etmiştir (23).

Brezilya: 1984 tarihli Brezilya Deontoloji Kanunu ile 1988 tarihli Tıbbi Ahlak Kanunu hükümleri uyarınca düzenlenen tıbbi etik kuralları Brezilya’da Medeni Kanun ve Ceza Kanunları ile yasaklanan tıbbi bir müdahale olan ötanazinin istisnai hallerde uygulanabilmesine olanak vermektedir (23).

2.10. Ötanazi ile İlgili Ülkemiz Verileri

Ülkemizde ötanazi ile ilgili çalışmaların çoğu 90’lı yıllara uzanmaktadır. Bazı araştırmalar yapılmış olsa bile ötanazi konusu ülkemizde yeterince gündeme gelememiş ve tartışılmamıştır. Ötanazi ve yaşamın sonu ile ilgili kararlar tüm dünyada, toplumun değişik katmanlarında, farklı yönleri ile tartışılmaktadır. Maalesef ülkemizde bu tartışmalar için oldukça geç kalınmıştır. Hollanda gibi her vatandaşı sağlık güvencesine sahip ve refah içinde yaşayan bir ülkenin uygulamaları

gerekli alt yapı oluşturulmadan aynen ülkemize ithal edilemez. ithal edilmesi çok sakıncalı olacaktır. Bu nedenle ülkemiz insanının ve konuyla yakından ilişkili meslek gruplarının ötanazi ile ilgili görüşleri, bilgileri, beklentileri, yasal durum, sağlık sistemi ile uyum araştırılmadan ötanazi ile ilgili karar verilmesi doğru değildir (1,3,5,15,43).

Ülkemizde ötanazi ile ilgili yapılmış bazı araştırmalara ait verilere göz atacak olursak;

Eskin ve Sarban 2001 yılında İstanbulun değişik hastanelerinde çalışan 140 hekime ötanazi konusunda bir anket uygulamıştır. Bu ankete katılanların %55.8'i bitkisel hayattaki bir insanın yaşamının sonlandırılabilceğini, %57.1'i ölümcül hastalarda kardiyopulmoner resusitasyonun uygun olmayacağını belirtmişlerdir. Ancak katılımcıların büyük çoğunluğu hekim yardımlı intihar ve aktif ötanaziyi bir hasta hakkı olarak kabul etmediklerini de belirtmişlerdir (16).

Özkara, Yemişçigil, Dalgıç ve Mayda tarafından 2003 yılında 482 hukuk fakültesi öğrencisi, 108 sağlık çalışanı (hekim, hemşire, ebe), 82 hastaya ötanazi ile ilgili uygulanan ankete göre; “Bilinci kaybolmuş yetişkin hastalarda ötanazi kararını kim vermelidir” sorusuna hukuk fakültesi öğrencilerinin %45.4’ü, sağlık personelinin %32.4’ü, hastaların %25.6’sı “kişinin kendi iradesi dışında bu kararın verilemeyeceği” seçeneğini işaretlemişlerdir. “Herkesin kendi yaşamı üzerinde karar verme hakkı var mıdır” sorusuna hukuk fakültesi öğrencilerinin %64,7’si evet yanıtını verirken bu oran sağlık personeline %89.8, hastalarda %79.3’tür. Hukuk fakültesi öğrencilerinin %36.5’i ötanazi uygulamasına karşı olmadıklarını belirtirken, bu oran sağlık personeline %53.7, hastalarda %48.8 olarak saptanmıştır. “Ötanazi seçeneği yasal olarak verilmeli mi” sorusuna hukuk fakültesi öğrencilerinin %52.1’i, sağlık personelinin %66.7’si, hastaların %65.9’u evet yanıtını vermiştir. Katılımcıların yalnızca %9.2 si çevrelerinde ötanazi istemiyle karşılaştıklarını belirtmiştir (5).

İyilikçi ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan anket çalışmasında, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon derneği üyesi 439 hekime anket sorusu yöneltilmiştir. “Çalıştığınız ünite de resusite etmeyin talimatı (RET) verdiniz mi” sorusuna hekimlerin % 65’i evet yanıtını vermiştir. Resusite etmeyin talimatı veren hekimlerin %14.4’ü bu kararı vermeden önce durumu hasta ailesiyle, %1.2 si durumu hasta ile , %82.7 si durumu hekim arkadaşlarıyla , %1.7’i de etik komiteyle görüştüğünü dile getirmiştir. “RET kararını kim vermelidir” sorusuna; hekimlerin % 10’u bu kararlardan yalnızca kendilerinin sorumlu olduğu, %31.4’ü hasta, aile ve sorumlu hekimin karar vermesi gerektiğini, %58’i hastane yönetimi, etik komite, hasta, hasta yakınları ve sorumlu hekimden oluşan bir kurulun karar vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. “RET kararını veren hekim cezalandırılmalı mıdır” sorusuna hekimlerin %94’ü hayır cevabını vermiştir (17).

Özkara ve arkadaşları tarafından 2003 yılında İstanbul’da görev yapan 240 hekime yapılan anket çalışmasında; hekimlerin %92.5’i herkesin kendi yaşamı üzerinde karar verme hakkı olduğunu ifade etmişlerdir. “Ötanazi kararını kim vermelidir” sorusuna hekimlerin %67.1’i kimsenin veremeyeceğini, %22.5’i aile ve hekimin, %1.3’ünün ailenin, %4.6’sı da hekimin karar vermesi gerektiğini belirtmişlerdir (18).

Özkara ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış olduğu “Türk Hekimlerinin Ötanaziye Karşı Tutumu” isimli çalışmasına İstanbul, İzmir, Antalya, Ankara, Düzce, Erzurum ve Diyarbakır’da sağlık ocağı, devlet, üniversite ve özel hastanelerde görev yapan 949 uzman ve pratisyen hekim katılmıştır. “Yetişkin, bilinci yerinde olmayan, ölümcül hastalığı olan kişiler için ötanazi kararını kim vermelidir sorusuna” ankete katılan hekimlerin %51.8’i bu kararı hiç kimsenin veremeyeceğini, %38.9’u aile ve hekimin birlikte karar vermesi gerektiği, %5.1’ ailenin vermesi gerektiği, %4.2 si de hekimin vermesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ankete katılan hekimlerin %39’u ötanazi uygulamasına karşı olmadıklarını, %61’i de karşı olduklarını bildirmişlerdir. Ötanazi uygulamasına karşı olan hekimlerin; %41.6’sı istismar edilebileceği, %24.9’u etik olmaması, %18.7’si dini nedenler

yüzünden, %11.2'si yasa dışı olması nedeniyle karşı olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %69.8' i ötanazi uygulaması'nın cezalandırılmaması gerektiğini, %56'sı ötanazinin yasal olmamasına rağmen ülkemizde uygulandığını düşündüklerini ifade etmiştir. Katılımcıların %46.3'ü ötanazi uygulamasının yardımcı intihar olarak, %28.2'si daha az bir cezayla, %25.5'i adam öldürme suçuyla cezalandırılması gerektiğini ifade etmişlerdir (15).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma; İstanbul ilinde yer alan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde göre yapan 205 hekim ve 206 hemşire'nin ötanazi ile ilgili görüş ve beklentilerini almak üzere anket sorularının yöneltilmesi ile gerçekleştirilmiştir.

İlgili birimlere toplam 748 tane anket dağıtılmış, bunlardan 411 tane anket doldurulmuştur.

Hekim ve hemşireler kendi aralarında yoğun bakım üniteleri, dahili birimler, cerrahi birimler ve çocuk birimleri olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşireler çalışma, dahiliye, cerrahi ve çocuk birimlerinde çalışan hekim ve hemşireler kontrol grubunu oluşturmuştur.

Hekim grubunda, yoğun bakım olarak, anesteziyoloji ve reanimasyon; dahili birimler olarak, kardiyoloji, nöroloji, hematoloji; cerrahi birimler olarak, ortopedi ve kulak burun boğaz; çocuk birimleri olarak, çocuk ve çocuk cerrahisi anabilim dalında görev yapan hekimler alınmıştır.

Hemşire grubunda, yoğun bakım üniteleri olarak, anesteziyoloji ve reanimasyon, acil, koroner, nöroşirurji, yenidoğan, çocuk yoğun bakım üniteleri; dahiliye olarak, hematoloji, nöroloji; cerrahi birimler olarak, ortopedi ve kulak burun boğaz; çocuk birimleri olarak, çocuk ve çocuk cerrahisi anabilim dalında çalışan hemşireler alınmıştır.

Sağlık personeline bağımlı ve bağımsız değişkenlerden oluşan 23 tane çoktan seçmeli anket sorusu yöneltilmiştir. Bağımsız değişkenler olarak; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, bağımlı değişkenler olarak ise; çalışılan

bölüm, ünitedeki mesleki deneyim, ötanazi tanımı ve ötanazi uygulamaları ile ilgili bilgi seviyesi, ötanaziye bakışı, ötanazi uygulaması istemine tanık olup olmadıkları, ötanazi ile ilgili beklentileri sorgulanmıştır.

Anket çalışması sonucu elde edilen verilerin istatistiki anlamlılığı, SPSS (Statistical Package for Social Science) 12.0 programı kullanılması sonucu değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun ilgili birimlere göre dağılımı

	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Hemşire	109	52.9	31	15	28	13.6	38	18.5	206	100
Hekim	51	24.9	74	36	46	22.5	34	16.6	205	100

Anket çalışmasına 206 hemşire ve 205 hekim katılmıştır. Çalışma grubu (yoğun bakım); 109 hemşire ve 51 hekim, kontrol grubu ise; 97 hemşire 154 hekimden oluşmaktadır (Tablo1).

Tablo 2. Anket katılımcılarının sosyodemografik özellikleri

Demografik Özellikler	Hemşire		Hekim		χ^2	p
	n=206	%	n= 205	%		
YAŞ						
<30	102	49.5	126	61.5	5.93	0.015*
30+	104	50.5	79	38.5		
CİNSİYET						
Kadın	204	99.0	69	33.7	196.87	0.000***
Erkek	2	1.0	136	66.3		
MEDENİ DURUM						
Bekar	93	45.1	108	52.7	2.33	0.126
Evli	113	54.9	97	47.3		
ÇOCUK						
Yok	114	55.3	143	69.8	10.33	0.006**
1	51	24.8	40	19.5		
2 ve daha fazla	41	19.8	22	10.7		
ÇALIŞMA SÜRESİ						
5 yıldan az	97	47.1	159	77.6	40.62	0.000***
5 ve üstü	109	52.9	46	22.4		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Anket katılımcıları arasında yaş (p<0.05), cinsiyet (p<0.001), çocuk sayısı (p<0.01) ve çalışma süresi (p<0.001) bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılıklar mevcuttur. p<0.05, p<0.01, p<0.001 (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin ötanazi tanımına eklenmesi gereken öğeler ile ilgili düşünceleri

Hemşire ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n =109	%	n= 31	%	n= 28	%	n= 38	%		
Hastanın bu konudaki isteği	90	82.6	24	77.4	21	75.0	28	73.7	1.8	0.613
Hekimin eylemde rol alması	30	27.5	12	38.7	11	39.3	11	28.9	2.44	0.485
Hasta yakınlarının isteği	59	54.1	12	38.7	13	46.4	21	55.3	2.81	0.422
Hastanın mental yeterliliği	75	68.8	16	51.6	16	57.1	27	71.1	4.51	0.211
Izdırap verici durumlarda da uygulanabilir	3	2.8	1	3.2	0	0	3	7.9	-	-

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ötanazinin sözlük anlamı: “İyileşemeyen ve ızdırap verici bir hastalığı olan bir kişinin acısız bir biçimde öldürülmesi” dir. Sizce bu tanıma eklenmesi gereken diğer öğeler nelerdir? sorusunda; hastanın bu konudaki isteği seçeneği en fazla oranda yoğun bakım hemşireleri (%82.6) tarafından işaretlenmiştir. Diğer gruplarda; dahiliye %77.4 cerrahi %75, çocuk %73.7’dir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur, p>0.05. Diğer seçeneklerde de gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir, p>0.05 (Tablo 3).

Tablo 4. Hekimlerin ötanazi tanımına eklenmesi gereken öğeler ile ilgili düşünceleri

HEKİM ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Hastanın bu konudaki isteği	43	84.3	59	79.7	39	84.8	30	88.2	1.38	0.708
Hekimin eylemde rol alması	25	49.0	20	27.0	15	32.6	14	41.2	6.95	0.073
Hasta yakınlarının isteği	27	52.9	30	40.5	21	45.7	7	20.6	9.23	0.026*
Hastanın mental yeterliliği	37	72.5	48	64.9	31	67.4	22	64.7	0.94	0.815
İzdirap verici durumlarda da uygulanabilir	4	7.8	5	6.8	1	2.2	5	14.7	4.58	0.205

*p<0.05

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Aynı soru hekimlere yöneltildiğinde; “hasta yakınlarının isteği” seçeneği en fazla yoğun bakım hekimleri tarafından işaretlenmiştir, p değeri istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). “Hekimin eylemde rol alması” (%49) ve “istemde bulunan hastanın mental yeterliliği” (%72.5) seçeneğini en fazla oranda çalışma grubu hekimleri tarafından işaretlenmiştir. Diğer gruplarla karşılaştırıldığında istatistiki olarak bir anlamlılık olmadığı görülmektedir, p>0.05 (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlık personelinin ötanazi tanımına eklenmesi gereken öğeler ile ilgili düşünceleri

	Hemşire ⁺		Hekim ⁺		x ²	p
	n = 206	%	n =205	%		
Hastanın bu konudaki isteği	163	79.1	171	83.4	1.24	0.265
Hekimin eylemde rol alması	64	31.1	74	36.1	1.16	0.28
Hasta yakınlarının isteği	105	51	85	41.5	3.73	0.053
Hastanın mental yeterliliği	134	65	138	67.3	0.23	0.627
Izdirap verici durumlarda da uygulanabilir	7	3.4	15	7.3	3.11	0.078

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Hekim ve hemşire gruplarında en fazla işaretlenen seçenekler “hastanın bu konudaki isteği” ve “hastanın mental yeterliliği” seçenekleridir, $p > 0.05$ (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin ötanazi uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyleri

Hemşire ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=109	%	n=31	%	n= 28	%	n=38	%		
Aktif Ötanazi	63	57.8	16	51.6	14	50.0	20	52.6	0.85	0.806
Pasif Ötanazi	78	71.6	18	58.1	11	39.3	22	57.9	10.87	0.012*
Hekim Yardımlı İntihar	20	18.3	2	6.5	4	14.3	2	5.3	5.7	0.127
İstemli Ötanazi	43	39.4	16	51.6	13	46.4	10	26.3	5.2	0.157
İstem Dışı Ötanazi	54	49.5	16	51.6	17	60.7	19	50.0	1.15	0.764
İstemsiz Ötanazi	21	19.3	6	19.4	6	21.4	5	13.2	0.93	0.806

* p<0.05

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ankete katılan hemşirelerin ötanazi uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda; pasif ötanazi'nin en fazla yoğun bakım hemşireleri tarafından bilindiği görülmektedir (% 71.6), gruplar arasında pasif ötanazi konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur (p<0.05). Yine yoğun bakım hemşireleri grubunda aktif ötanazi (%57.8) ve hekim yardımlı intihar (%18.3) hakkındaki bilgi düzeyi kontrol grubuna göre daha fazladır ama gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur, p>0.05 (Tablo 6).

Tablo 7. Hekimlerin ötanazi uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyleri

Hekim ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n =51	%	n =74	%	n=46	%	n=34	%		
Aktif Ötanazi	36	70.6	44	59.5	28	60.9	20	58.8	1.96	0.58
Pasif Ötanazi	44	86.3	53	71.6	31	67.4	22	64.7	6.57	0.087
Hekim Yardımlı İntihar	16	31.4	20	27.0	15	32.6	10	29.4	0.5	0.917
İstemli Ötanazi	28	54.9	29	39.2	20	43.5	16	47.1	3.11	0.374
İstem Dışı Ötanazi	17	33.3	27	36.5	19	41.3	9	26.5	2.02	0.568
İstemsiz Ötanazi	11	21.6	12	16.2	10	21.7	6	17.6	0.85	0.836

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 7’de hekimlerin ilgili birimlere göre ötanazi uygulamaları hakkında bilgi seviyesi oranları yer almaktadır. Yoğun bakım hekimlerinin aktif ve pasif ötanazi hakkındaki bilgi düzeylerinin diğer birimlerde görev yapan hekimlere göre daha fazla olduğunu görmekteyiz. Ankete katılan yoğun bakım hekimlerinin %86.3’ü pasif ötanazi, %70.6 sı aktif ötanazi konusunda bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Gruplar arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık yoktur, $p > 0.05$ (Tablo 7).

Tablo 8. Sağlık Personelinin ötanazi uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyleri

Ötanazi Türleri ⁺	Hemşire		Hekim		x ²	p
	n=206	%	n=205	%		
Aktif Ötanazi	113	54.9	128	62.4	2.43	0.118
Pasif Ötanazi	129	62.6	150	73.2	5.24	0.022*
Hekim Yardımlı İntihar	28	13.6	61	29.8	15.82	0.000***
İstemli Ötanazi	82	39.8	93	45.4	1.29	0.254
İstem Dışı Ötanazi	106	51.5	72	35.1	11.16	0.000***
İstemsiz Ötanazi	38	18.4	39	19	0,02	0.881

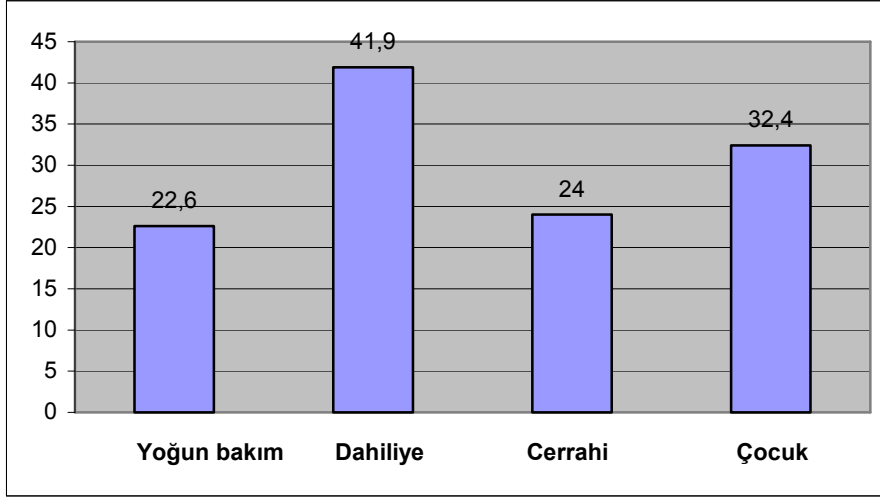
* p< 0.05 ***p<0.001

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Hekim ve hemşireleri kendi aralarında karşılaştırdığımızda hekim grubu (%29.8) hekim yardımcı intiharı, hemşire grubuna (%13.6) göre daha fazla oranda bilmektedir. p<0.001

İstem dışı ötanazi hemşire grubu (%51.5) tarafından hekimlere (%35.1) göre daha fazla bilinmektedir. p<0.001

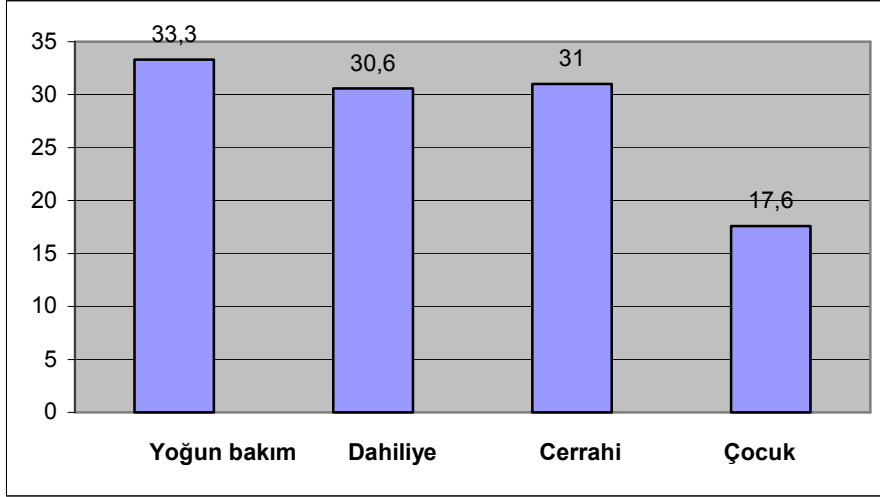
Hekim ve hemşire grupları arasında en az bilinen ötanazi uygulamaları Hekim yardımcı intihar ve istemsiz ötanazidir, en fazla bilinen ise pasif ötanazidir (Tablo 8).



Grafik 1. Hukuki ehliyeti olan kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmesini isteyen hemşirelerin dağılımı

χ^2 : 5.04 p: 0.169

“Hukuki ehliyeti olan kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmeli midir” sorusuna evet cevabını veren hemşire oranlarına baktığımızda en az oranda evet cevabını yoğun bakım hemşirelerinin (%22.6) vermiş olduğunu görmekteyiz, en fazla evet oranı dahiliye hemşireleri (%41.9) tarafından verilmiştir, $p>0.05$ (Grafik 1).

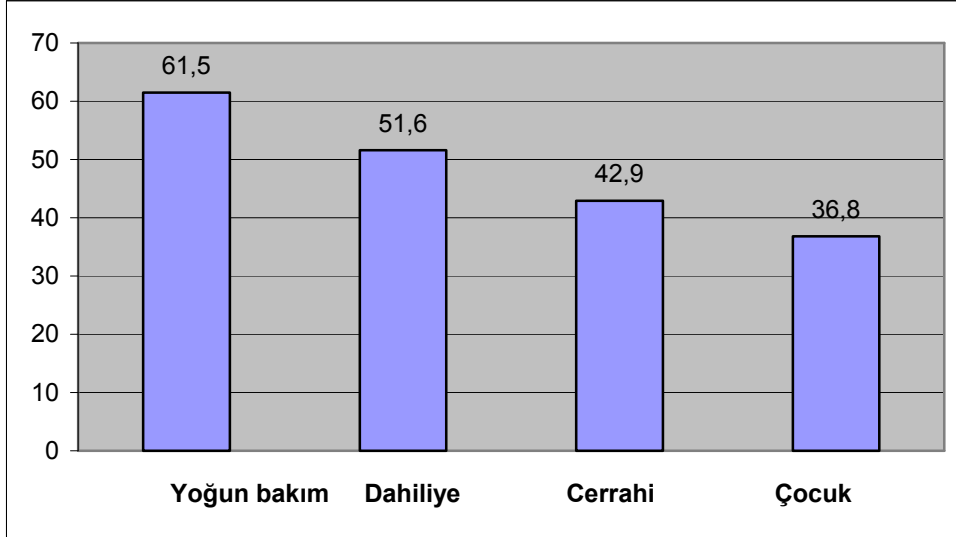


Grafik 2. Hukuki ehliyeti olan kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmesini isteyen hekimlerin dağılımı

χ^2 : 2.72 p: 0.436

Hekim gruplarının cevaplarına baktığımızda; en az evet oranının çocuk birimleri (%17.6), en fazla evet oranının da yoğun bakım hekimleri (%33.3) tarafından verildiğini görmekteyiz, $p>0.05$ (Grafik 2).

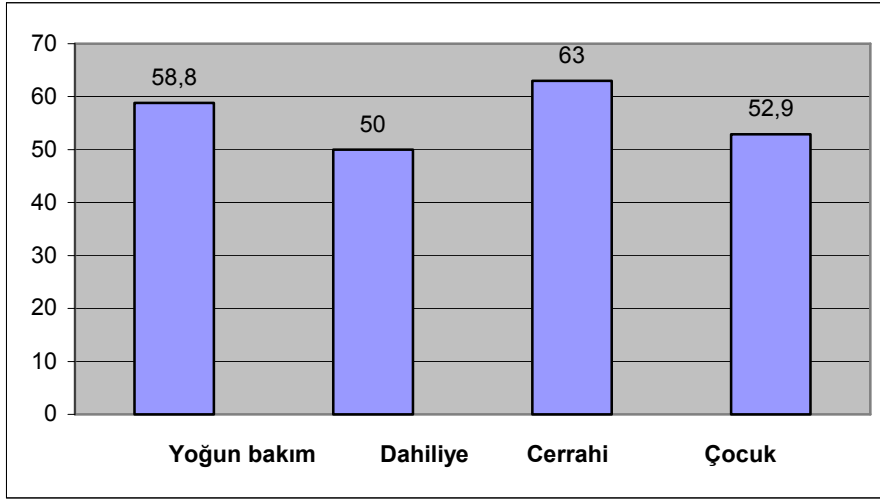
Aynı soruya hemşirelerin %27.6'sı ve hekimlerin %29.1'i evet cevabını vermiştir, $p>0.05$.



Grafik 3. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hemşirelerin dağılımı

χ^2 : 8.29 p: 0.04

Grafik 3'e baktığımızda ötanazinin kabul edilmesini isteyen hemşire oranının en fazla yoğun bakım hemşirelerinde, en az oranda da çocuk birimlerinde çalışan hemşirelerde olduğunu görmekteyiz. p değeri anlamlıdır, $p < 0.05$ (Grafik 3).



Grafik 4. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimlerin dağılımı
 χ^2 : 2.28 **p**: 0.515

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimlerin dağılımlarını incelediğimizde cerrahi birimlerde çalışan hekimlerin (%63) en fazla oranda, dahiliye birimlerinde çalışan hekimlerin de (%50) en az oranda evet dediklerini görmekteyiz, $p > 0.05$ (Grafik 4).

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hemşirelerin oranı %52.9, hekimlerin oranı %55.6'dır $p > 0.05$.

Tablo 9. Ötanazi'nin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı olan hemşirelerin gerekçeleri

Hemşire ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=109	%	n=31	%	n=28	%	n=38	%		
Hastanın acı çekme süresini kısaltmak	65	97.0	15	93.8	12	100	12	85.7	4.08	0.253
Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak	36	53.7	9	56.3	2	16.7	7	50	5.94	0.114
Devletin ekonomik yükünü azaltmak	30	44.8	6	37.5	2	16.7	1	7.1	9.28	0.026*
Hasta yakınlarının ümitsiz bekleşlerini sona erdirmek	44	65.7	10	62.5	6	50	7	50	1.95	0.583
Yatakları yaşama şansı yüksek hastalar için kullanmak	50	74.6	8	50	5	41.7	10	71.4	7.45	0.059

* p<0.05

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı olan hemşirelerin bu konu ile ilgili gerekçelerine baktığımızda “devletin ekonomik yükünü azaltmak” seçeneği en fazla oranda yoğun bakım hemşireleri tarafından (%44.8) işaretlemiştir, p değeri anlamlıdır, p<0.05 (Tablo 9).

Tablo 10. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı olan hekimlerin gerekçeleri

Hekim ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Hastanın acı çekme süresini kısaltmak	27	90	37	100	28	96.6	18	100	5.73	0.125
Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak	17	56.7	13	35.1	11	37.9	14	77.8	10.92	0.012*
Devletin ekonomik yükünü azaltmak	16	53.3	12	32.4	9	31	9	50	4.8	0.187
Hasta yakınlarının ümitsiz bekleme sürelerini sona erdirmek	22	73.3	21	56.8	10	34.5	9	50	9.19	0.027*
Yatakları yaşam şansı yüksek hastalar için kullanmak	22	73.3	23	62.2	11	37.9	14	77.8	10.58	0.014*

*p < 0.05

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimlerin konu ile ilgili gerekçelerine baktığımızda; yoğun bakım hekimleri tarafından “hasta yakınlarının ümitsiz bekleme sürelerini sona erdirmek” seçeneği en fazla oranda işaretlenmiştir (%73.3), p değeri anlamlıdır (p<0.05). “Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak” ve “ünite yataklarının ihtiyacı olan ve yaşama şansı yüksek diğer hastalar için kullanılması” seçeneğinin en fazla çocuk biriminde çalışan hekimler tarafından işaretlendiğini görmekteyiz, p<0.05 (Tablo 10).

Tablo 11. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı olan sağlık personelinin gerekçeleri

	Hemşire ⁺ n=206 %		Hekim ⁺ n=205 %		x ²	p
Hastanın acı çekme süresini kısaltmak	104	95.4	110	96.5	-	0.744
Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak	54	49.5	55	48.2	0.03	0.847
Devletin ekonomik yükünü azaltmak	39	35.8	46	40.4	0.49	0.482
Hasta yakınlarının ümitsiz bekleme sürelerini sona erdirmek	67	61.5	62	54.4	1.14	0.284
Yatakları yaşam şansı yüksek hastalar için kullanmak	73	67.0	70	61.4	0.75	0.386

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Hekim ve hemşire gruplarında “hastanın acı çekme süresini kısaltmak” seçeneği en fazla oranda, “devletin ekonomik yükünü azaltmak” seçeneği de en az oranda işaretlenmiştir, $p > 0.05$ (Tablo 11).

Tablo 12. Ötanzinin yasal olarak kabul edilmesini istemeyen hemşirelerin gerekçeleri

Hemşire ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=109	%	n=31	%	n=28	%	n=38	%		
Etik olmaması	26	61.9	7	46.7	9	56.3	18	75	3.43	0.329
İstismar edilebilir olması	32	76.2	12	80	11	68.8	19	79.2	0.72	0.867
Dini inançlar	33	78.6	10	66.7	12	75	19	79.2	1.01	0.798
Kişisel değerler	21	50	6	40	7	43.8	16	66.7	3.42	0.33

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ötanzinin yasal olarak kabul edilmesini istememeleri ile ilgili olarak hemşirelere gerekçeleri sorulduğunda, ankete katılan hemşire grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir, $p>0.05$ (Tablo 12).

Tablo 13. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istemeyen hekimlerin gerekçeleri

HEKİM ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Etik olmaması	15	71.4	20	54.1	13	76.5	6	37.5	6.93	0.074
İstismar edilebilir olması	18	85.7	30	81.1	13	76.5	13	81.3	0.53	0.912
Dini inançlar	8	38.1	23	62.2	10	58.8	9	56,3	3.3	0.347
Kişisel değerler	11	52.4	23	62.2	10	58.8	4	25	6.51	0.089

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istemeyen hekimlere konu ile ilgili gerekçelerini sorulduğunda; istismar edilebilme endişesi içinde olan grubun en yüksek oranda yoğun bakım hekimleri (%85.7) olduğu görülmektedir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur, $p > 0.05$ (Tablo 13).

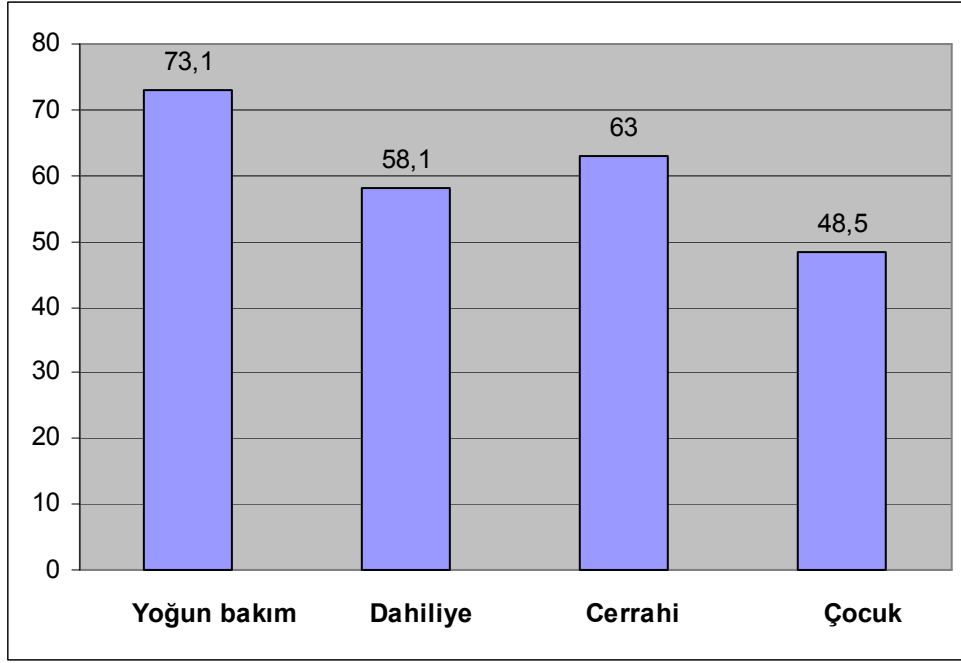
Tablo 14. Ötanazinin Yasal olarak kabul edilmesini istemeyen sağlık personelinin gerekçeleri

	Hemşire ⁺		Hekim ⁺		x ²	p
	n=206	%	n=205	%		
Etik olmaması	60	61.9	54	59.3	0.12	0.724
İstismar edilebilir olması	74	76.3	74	81.3	0.7	0.4
Dini İnançlar	74	76.3	50	54.9	9.52	0.002**
Kişisel Değerler	50	51.5	48	52.7	0.02	0.869

** p< 0,01

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

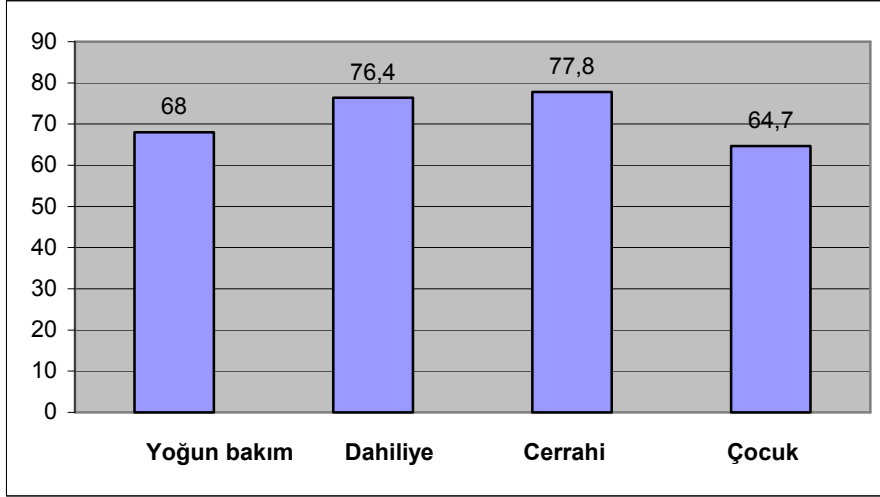
Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istemeyen hemşire ve hekim oranlarına baktığımızda; hemşireler daha fazla oranda (%76.3) ötanazinin kabul edilmemesi isteklerine gerekçe olarak dini değerleri göstermişlerdir, p<0.01 (Tablo 14).



Grafik 5. Bireyin kendi yaşamına son verme hakkı olduğunu düşünen hemşirelerin dağılımı

χ^2 :7.83 p: 0.049

Sizce bireyin kendi yaşamına son verme konusunda karar verme hakkı var mıdır? sorusuna en fazla evet cevabını veren hemşirelerin yoğun bakım (%73.1) en az olarak da çocuk birimleri (%48.5) çalışanları olduğunu görmekteyiz. p değeri anlamlıdır, $p < 0.05$ (Grafik 5).

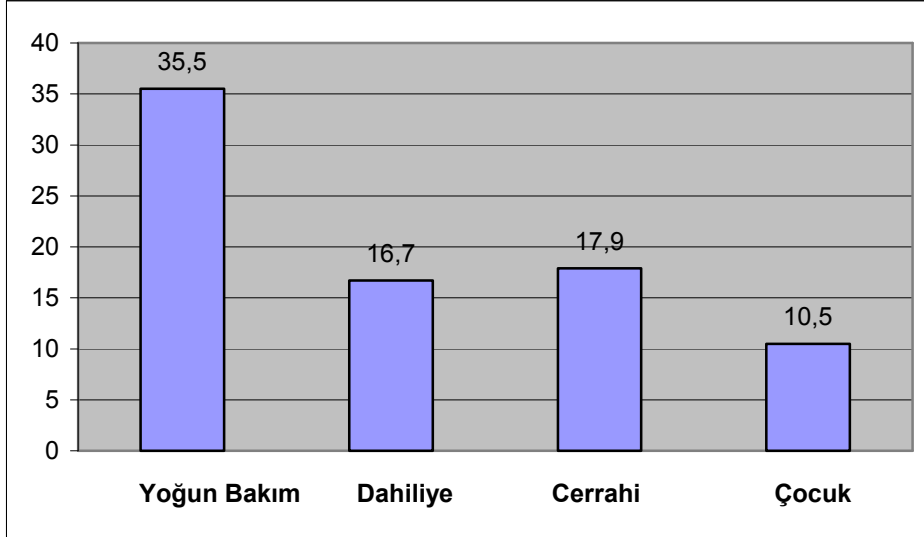


Grafik 6. Bireyin kendi yaşamına son verme hakkı olduğunu düşünen hekimlerin dağılımı

χ^2 : 2.72 p: 0.436

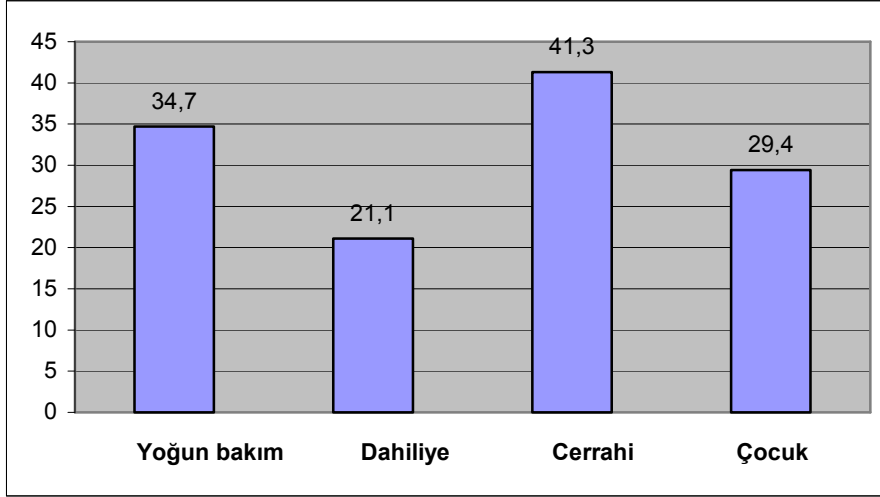
Sizce bireyin kendi yaşamına son verme hakkı var mıdır? sorusuna evet cevabını veren hekimlerin en fazla oranda cerrahi (%77.8), en az oranda da çocuk (%64.7) birimlerinde çalışan hekimler olduğu görülmektedir, $p > 0.05$ (Grafik 6).

Aynı soruya hemşireler % 65.3, hekimler ise % 72.6 oranında evet cevabını vermiştir, $p > 0.05$.



Grafik 7. İyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere ötanazi uygulanmalıdır cevabını veren hemşirelerin oranları
 χ^2 : 12.17 p: 0.007

İyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere ötanazi uygulanmalı mıdır? sorusuna evet cevabını veren hemşirelerin dağılımlarına baktığımızda; en yüksek oranın yoğun bakım (%35.5), en az oranın da çocuk birimlerinde çalışan hemşirelerde (%10.5) olduğunu görmekteyiz. p değeri anlamlıdır, $p < 0.01$ (Grafik 7).



Grafik 8. İyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere ötanazi uygulanmalıdır cevabını veren hekimlerin oranları

χ^2 : 5.90 p: 0.117

İyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere ötanazi uygulanmalı mıdır? sorusuna evet cevabını veren hekimlerin oranlarına baktığımızda; en fazla evet oranının cerrahi (%41.3), en az evet oranının da dahili (%21.1) birimlerde çalışan hekimlerde olduğu görülmektedir, $p>0.05$ (Grafik 8).

Bu soruya hemşireler %25.6, hekimler %30.5 oranında evet cevabını vermiştir, $p>0.05$.

Tablo 15. Hemşirelerin hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kimin vermesi gerektiği ile ilgili görüşleri

Hemşire ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=109	%	n=31	%	n=28	%	n=38	%		
Hekim	0	0	1	3.2	2	7.4	2	5.3	-	-
Hastanın birinci derece yakınları	3	2.8	1	3.2	2	7.4	0	0	-	-
Hekim + hastanın birinci derece yakınları	68	62.4	15	48.4	10	37	18	47.4	7.28	0.063
Mahkeme kararı	20	18.3	2	6.5	5	18.5	8	21.1	3.06	0.382
Hiç Kimse	30	27.5	12	38.7	12	44.4	14	36.8	3.77	0.287

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kim vermelidir sorusuna; “hekim + hastanın birinci derece yakınları” seçeneği en çok yoğun bakım hemşireleri (%62.4) tarafından cevaplanmıştır. Bu kararı hiç kimse veremez seçeneği işaretleyen grubun cerrahi birimlerde çalışan hemşireler olduğu görülmektedir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlılık yoktur, $p>0.05$ (Tablo 15).

Tablo 16. Hekimlerin hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kimin vermesi gerektiği ile ilgili görüşleri

Hekim ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk Birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Hekim	2	4.3	0	0	0	0	0	0	6.53	0.088
Hastanın birinci derece yakınları	2	4.3	3	4.2	0	0	1	2.9	2	0.571
Hekim + hastanın birinci derece yakınları	26	55.3	28	38.9	23	50	16	47.1	3.37	0.388
Mahkeme kararı	12	25.5	7	9.7	9	19.6	6	17.6	5.33	0.149
Hiç Kimse	11	23.4	38	52.8	18	39.1	14	41.2	10.22	0.017*

* p< 0,05

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

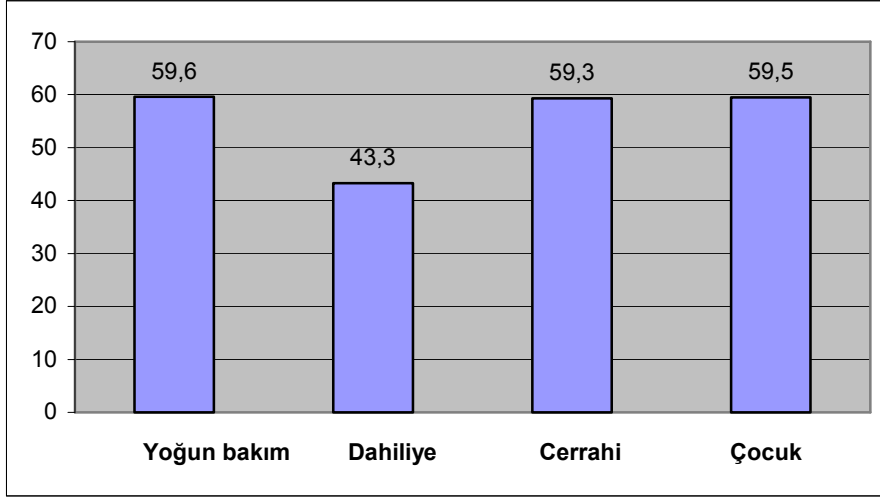
Hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kim vermelidir sorusuna; bu kararı “hekim ve hastanın birinci derece yakınları” seçeneğini işaretleyen hekim oranının yoğun bakım hekimleri grubunda daha fazla olduğunu görmekteyiz (%55.3), p değeri anlamlı değildir, p>0.05. Bu kararı “hiç kimse” veremez seçeneğine bakıldığında en yüksek oranda dahiliye birimlerinde çalışan hekimlerin (%52.8) işaretlediğini görmekteyiz, p değeri istatistiksel olarak anlamlıdır, p<0.05 (Tablo 16).

Tablo 17. Sağlık personelinin hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kimin vermesi gerektiği ile ilgili görüşü

	Hemşire ⁺		Hekim ⁺		x ²	p
	n=206	%	n=205	%		
Hekim	5	2.4	2	1	-	0.449
Hastanın birinci derece yakınları	6	2.9	6	3	0.01	0.958
Hekim + hastanın birinci derece yakınları	111	54.1	93	46.7	2.22	0.136
Mahkeme kararı	35	17.1	34	17.1	0.01	0.997
Hiç Kimse	68	33.2	81	40.7	2.46	0.117

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

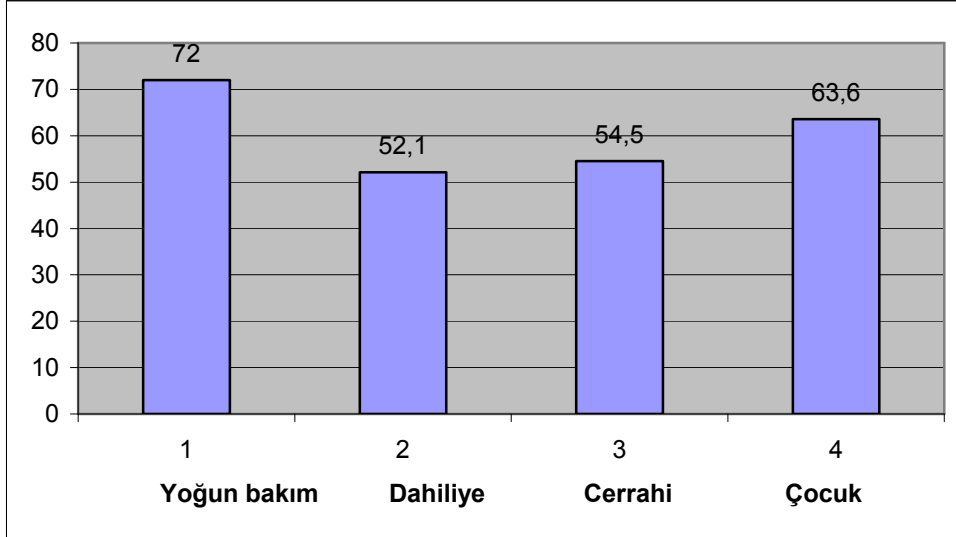
Sağlık personeli tarafından en fazla işaretlenen, “hekim + hastanın birinci derece yakınları” ve “hiç kimse” seçenekleridir (Tablo 17).



Grafik 9. Ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanan hemşirelerin dağılımı

χ^2 : 2.74 p: 0.433

Ötanazinin yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanıyor musunuz sorusuna evet cevabını veren hemşirelere baktığımızda, grupların birbirine yakın oranlarda cevap verdiklerini görmekteyiz, p değeri anlamlı değildir, $p > 0.05$ (Grafik 9).

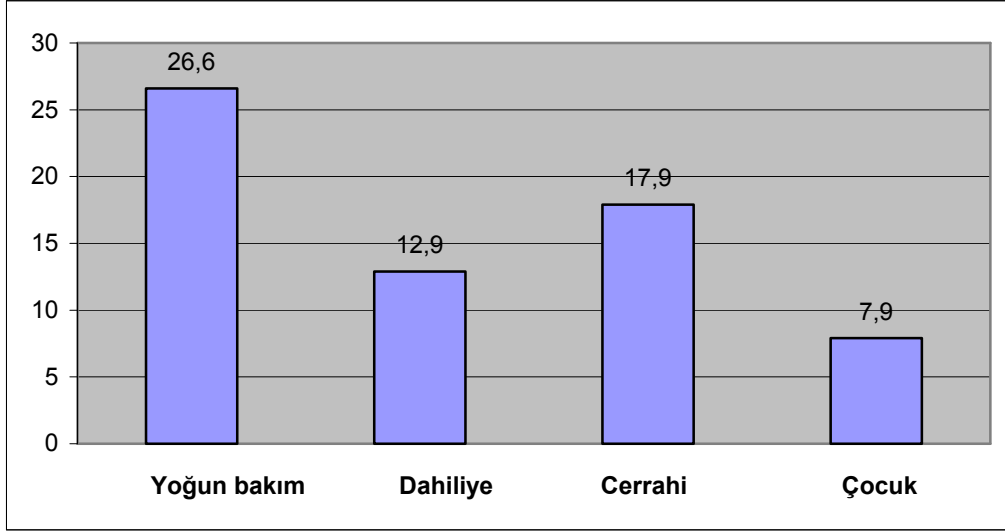


Grafik 10. Ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanan hekimlerin dağılımı

χ^2 : 5.53 p: 0.137

“Ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inıyor musunuz” sorusuna hekimlerin verdikleri cevaplara bakıldığında; en fazla oranda yoğun bakım hekimlerinin (%72) ötanazinin yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inandığını görmekteyiz. Ancak gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark mevcut değildir, $p > 0.05$ (Grafik 10).

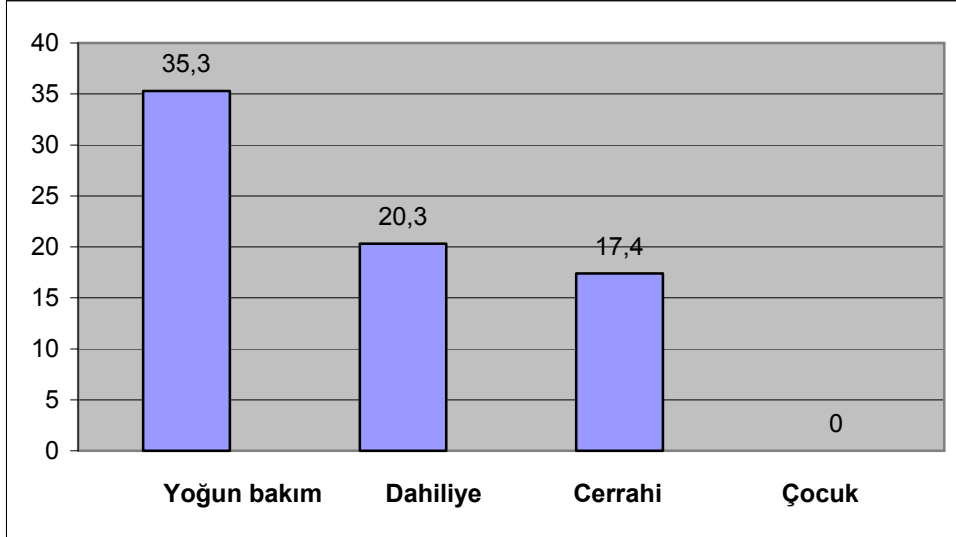
Hemşirelerin %57.1’i ve hekimlerin %59.6’sı ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanmaktadır, $p > 0.05$



Grafik 11. Birden çok kez ötanazi isteği ile karşılaşan hemşirelerin dağılımı

χ^2 : 13.85 p: 0.031

Birden çok kez ötanazi isteği ile karşılaştığını ifade eden hemşire oranının en fazla yoğun bakım (%26.6) ve en az olarak da çocuk birimlerinde (%7.9) çalışan hemşirelerde olduğunu görmekteyiz, p değeri istatistiki olarak anlamlıdır, $p < 0.05$ (Grafik 11).

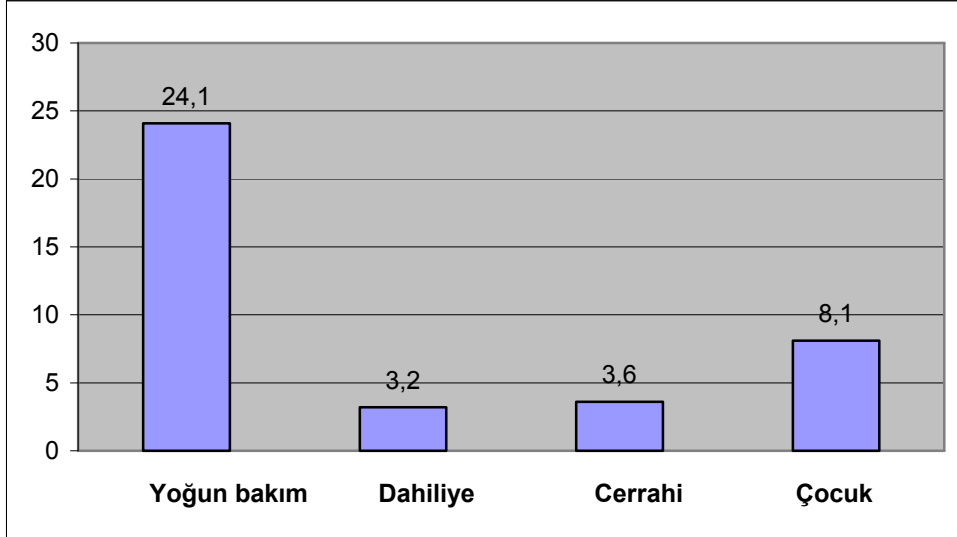


Grafik 12. Birden çok kez ötanazi isteği ile karşılaşan hekimlerin dağılımı

χ^2 : 20.08 p: 0.003

Birden çok kez ötanazi isteği ile karşılaştığını ifade eden hekimlerin dağılımına baktığımızda yoğun bakım hekimlerinin oranının (%35.3), diğer birimlerde çalışan hekimlere göre anlamlı derecede farklı olduğunu görmekteyiz, $p < 0.01$ (Grafik 12).

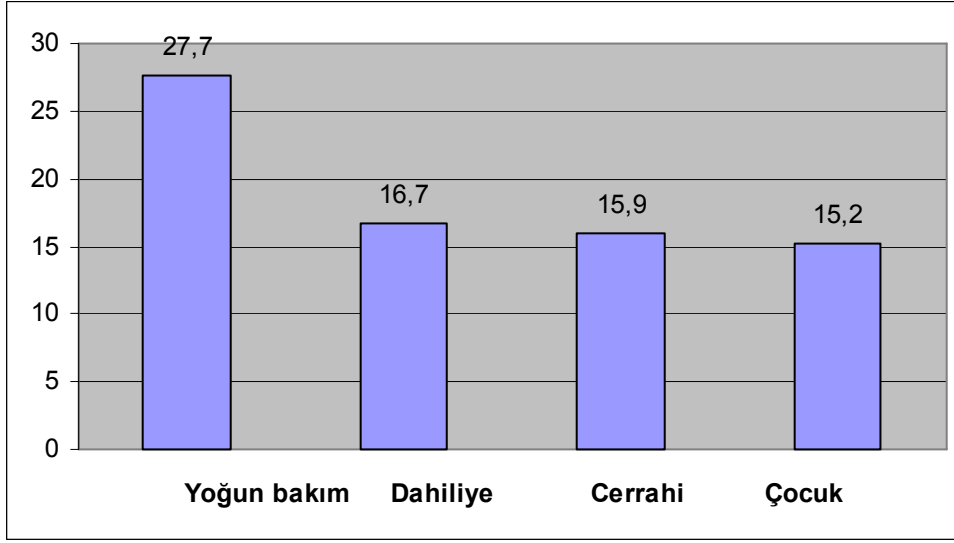
Hemşirelerin %19.9'u ve hekimlerin %20'si birden çok defa ötanazi isteği ile karşılaştığını belirtmiştir, $p > 0.05$.



Grafik 13: Ötanazi yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak istediğini belirten hemşirelerin dağılımı

$\chi^2:14.43$ $p: 0.002$

“Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse, bu uygulamada yer almak ister misiniz” sorusuna evet cevabını veren hemşirelerin oranına baktığımızda, yoğun bakım hemşirelerinin oranının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiki olarak anlamlı derecede farklılık olduğunu görmekteyiz, $p<0.01$ (Grafik 13).

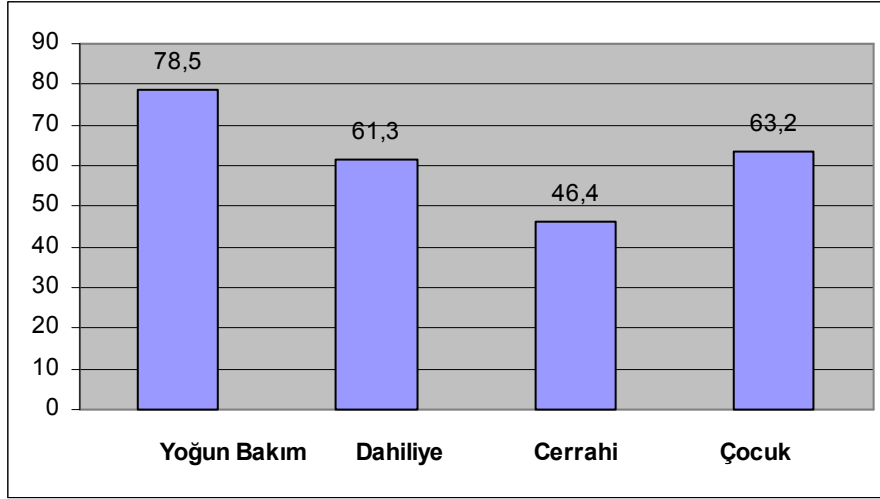


Grafik 14. Ötanazi yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak istediğini belirten hekimlerin dağılımı

$\chi^2:3.14$ $p: 0.369$

“Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak ister misiniz” sorusuna en fazla oranda evet cevabını veren hekimlerin yoğun bakım (%27.7), en az oranda da çocuk birimlerinde çalışan hekimler olduğu görülmektedir, $p > 0.05$ (Grafik 14).

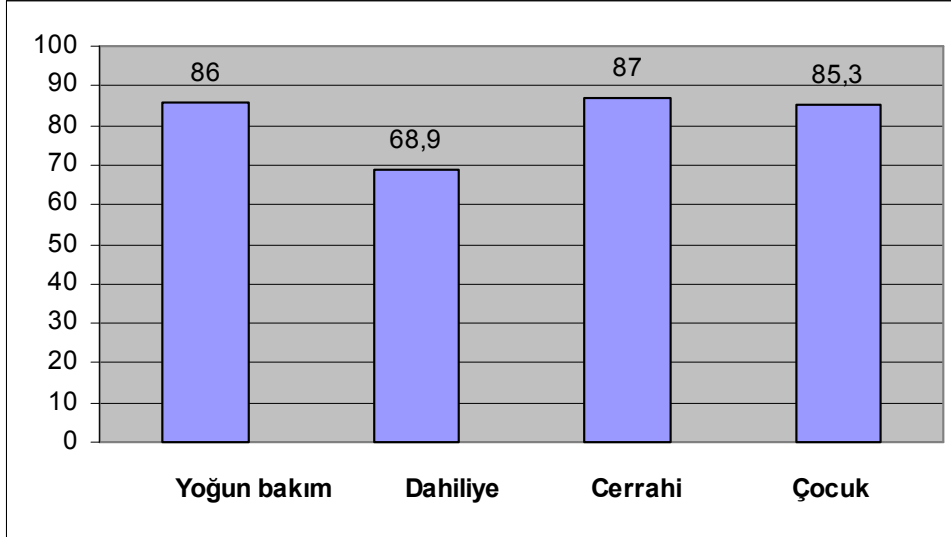
Hemşirelerin % 15.2’si ve hekimlerin % 18.9’u ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak isterim cevabını vermiştir, $p > 0.05$.



Grafik 15. Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı bulan hemşirelerin dağılımı

χ^2 : 12.56 p: 0.006

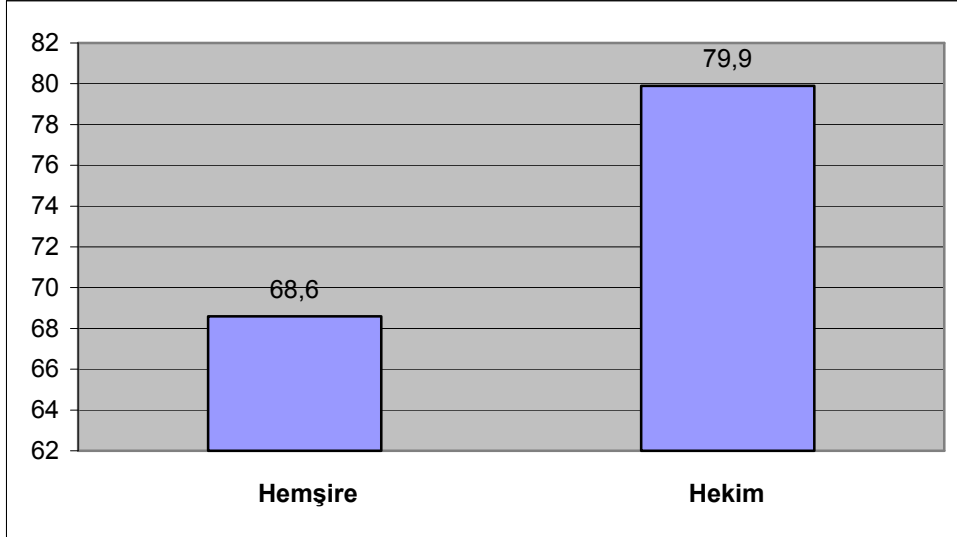
“Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı buluyor musunuz” sorusuna ankete katılan hemşirelerden evet cevabını, en fazla oranda yoğun bakım hemşireleri (%78.5) vermiştir. En az oranda evet cevabını cerrahi birimlerde çalışan hemşireler (%46.4) vermiştir.p değeri istatistiki olarak anlamlıdır, $p < 0.01$ (Grafik 15).



Grafik 16. Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı bulan hekimlerin dağılımı

χ^2 : 8.75 p : 0.033

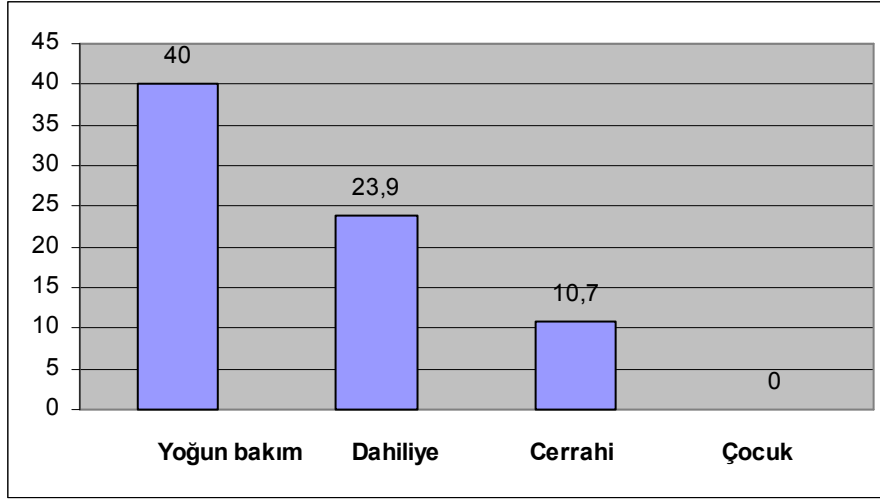
“Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı buluyor musunuz” sorusuna en az oranda evet cevabını veren dahili birimlerde çalışan hekimlerdir. Yoğun bakım, cerrahi, ve çocuk hekimleri'nin cevapları birbirlerine yakın orandadır, $p < 0.05$ (Grafik16).



Grafik 17. Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı bulan sağlık personelinin dağılımı

χ^2 :6.78 p : 0.009

“Ötanzinin ülkemizde tartışılmasını yararlı buluyor musunuz” sorusuna hemşirelerin %68.6’sı, hekimlerin %79.9’u evet cevabını vermiştir, $p<0.01$ (Grafik 17).



Grafik 18. İyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini birden çok defa kesmiş olan hekimlerin dağılımı

$\chi^2:31.22$ $p: 0.000$

“Meslek yaşamınızda iyileşme ümidi olmayan bir hastanızın tedavisini kestiğiniz oldu mu” sorusunda; “evet birden çok defa” seçeneğini en fazla oranda yoğun bakım hekimlerinin (%40) işaretlediğini ve cevaplarının diğer gruplara göre istatistiki olarak ileri derecede anlamlı olduğunu görmekteyiz ($p<0.001$). Yine ankete göre en az oranda evet cevabını çocuk birimleri hekimleri (%0) vermiştir (Grafik 18).

Tablo 18: İyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini kesen hekimlerin bu kararı kim / kimlerle karar verdikleri

Hekim ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Hastanın isteği	1	5.3	4	23.5	1	20	0	0	-	-
Hasta yakınlarının isteği	8	42.1	9	52,9	2	40	1	33.3	-	-
Sizin / çalışma arkadaşlarınızın kararı	17	89.5	16	94.1	4	80	3	100	-	-

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

İyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini kesen hekimlere bu konuyla ilgili kararı kim / kimlerle verdikleri sorulduğunda; tüm gruplarda en fazla işaretlenen seçeneğin “sizin/çalışma arkadaşlarınızın kararı” seçeneği ve en az işaretlenen seçeneğin de “hastanın isteği” seçeneği olduğunu görmekteyiz (Tablo 18).

Tablo 19. İyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini kesen hekimlerin gerekçeleri

Tedaviyi kesme nedeni ⁺	Yoğun Bakım		Dahili Birimler		Cerrahi Birimler		Çocuk birimleri		x ²	p
	n=51	%	n=74	%	n=46	%	n=34	%		
Yaşam destek cihazlarından başkası faydalansın	13	68.4	8	47.1	2	50	3	100	-	-
Hasta daha fazla eziyet çekmesin	14	73.7	16	94.1	3	75	3	100	-	-
Maddi bakımdan ailesine yük olduğu için	6	31.6	5	29.4	0	0	0	0	-	-
Maddi bakımdan kuruma yük olduğu için	9	47.4	5	29.4	2	50	1	33.3	-	-

+ Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

İyileşme ümidi olmayan hastaların tedavilerini kesen hekimlere konu ile ilgili gerekçelerini sorduğumuzda; “yaşam destek cihazlarından bir başkası faydalanması için” ve “hastanın daha fazla eziyet çekmemesi için” seçeneklerinin tüm gruplarda en fazla işaretlenen seçenekler olduğunu görmekteyiz (Tablo 19).

Tablo 20. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hemşireler ile ötanazi uygulayan hekime ceza verilmesini istemeyen hemşireler arasındaki ilişki

HEMŞİRE		Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı mısınız?					
		Hayır		Evet		x ²	p
		n	%	n	%		
Hukuki ehliyeti olan kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmeli midir?	Hayır	51	35.9	91	64.1	20.76	0.000***
	Evet	39	72.2	15	27.8		

***p<0.001

“Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen” hemşireleri “hukuki ehliyeti olan kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmemelidir” cevabını veren hemşirelerle, karşılaştığımızda; kişiye rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime ceza verilmemelidir cevabını veren hemşireler anlamlı derecede daha fazla olarak ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istedikleri görülmektedir, p<0.001 (Tablo 20).

Tablo 21. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hemşirelerle, ötanazi uygulamasında yer almak isteyen hemşireler arasındaki ilişki

HEMŞİRE		Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı mısınız?				x ²	p
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak ister misiniz?	Hayır	96	55.5	77	44.5	32.49	0.000***
	Evet	-	-	31	100		

***p<0,001

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hemşireleri, ötanazi yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak isterim cevabını veren hemşirelerle karşılaştırdığımızda; ötanazi uygulamasında yer almak isterim cevabını veren hemşirelerin anlamlı derecede ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istedikleri görülmektedir, p<0.001 (Tablo 21).

Tablo 22. Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimler ile ötanazi uygulamasında yer almak isteyen hekimler arasındaki ilişki

HEKİM		Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı mısınız?				x ²	p
		Hayır		Evet			
		n	%	n	%		
Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak ister misiniz?	Hayır	88	55.3	71	44.7	35.55	0.000***
	Evet	1	2.7	36	97.3		

*p< 0.001

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimleri, ötanazi uygulamasında yer almak isteyen hekimlerle karşılaştırdığımızda; uygulamada yer almak isterim cevabını veren hekimler anlamlı derecede daha fazla olarak ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istemektedir, p< 0.001 (Tablo 22).

Tablo 23. Pasif ötanazi uygulayan hekimler ile ötanazi uygulamasında yer almak isteyen hekimler arasındaki ilişki

HEKİM		Meslek yaşamınızda iyileşme ümidi olmayan bir hastanızın tedavisini kestiğiniz oldu mu?							
		Hayır		Bir kez		Birden çok defa		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak ister misiniz?	Hayır	127	81.4	8	5.1	21	13.5		
	Evet	22	62.9	2	5.7	11	31.4	6.78	0.034*

*p<0.05

Meslek yaşamında iyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini birden çok defa kesmiş olan hekimlerle, ötanazi yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak isterim cevabını veren hekimleri karşılaştırdığımızda; uygulamada yer almak isterim cevabını veren hekimler anlamlı derecede daha fazla pasif ötanazi gerçekleştirdikleri görülmektedir, p<0.05 (Tablo 23).

Tablo 24. Pasif ötanazi uygulayan hekimler ile ötanazi isteği ile karşılaşan hekimler arasındaki ilişki

HEKİM		Meslek yaşamınızda iyileşme ümidi olmayan bir hastanızın tedavisini kestiğiniz oldu mu?							
		Hayır		Bir kez		Birden çok defa		x ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Hiç ötanazi isteği ile karşılaşınız mı?	Hayır	128	85.3	5	3.3	17	11.3		
	Evet	9	81.8	1	9.1	1	9.1		
	Birden çok	18	46.2	4	10.3	17	43.6	28.38	0.000***

***p<0.001

Meslek yaşamında iyileşme ümidi olmayan hastalarının tedavilerini birden çok defa kesmiş olan hekimleri, birden çok defa ötanazi isteği ile karşılaşan hekimleri, karşılaştığımızda; birden çok defa ötanazi isteği ile karşılaşan hekimler anlamlı derecede daha fazla pasif ötanazi gerçekleştirdiğini görülmektedir, p<0.001 (Tablo 24).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sözlük tanımı “İyileşmeyen ve ızdırap verici hastalığı olan bir kişinin acısız bir biçimde öldürülmesi” (56) şeklinde olan ötanazinin, güncel tıptaki tanımı üzerinde tartışmalar halen sürmektedir. Hangi olguların ötanazi tanımına dahil edileceği, uygulanış biçimi, hastanın onayı gibi ögeler halen tartışılmaktadır. Ötanazinin ölümcül ve ızdırap verici hastalığı olanlarda insani amaçlarla hastanın acısını dindirmeye yönelik olduğunu ve bu özelliği taşımayan hastalara uygulanmaması gerektiği görüşü yaygın olarak savunulmaktadır (1,2,57,58). Çalışmamızda katılımcılara ötanazinin sözlük anlamına eklenmesi gereken ögeler sorulduğunda; “hasta yakınlarının isteği” seçeneği katılımcılar tarafından büyük çoğunlukla kabul görmüş ve istatistiksel olarak anlamlı biçimde en fazla (%84.3) yoğun bakım hekimleri tarafından işaretlenmiştir. Yoğun bakımlarda yatan hastaların önemli derecede ki bir bölümünün bilinci kapalı hastalar olduğunu düşündüğümüzde bu beklenen bir sonuçtur. Ülkemizde onkologlarla yapılan bir çalışmada da ötanazi tanımında “hasta yakınlarının isteği” ögesinin olması görüşü %29.4 oranında bildirilmiştir (19). Çalışmamızda “hastanın bu konudaki isteği” ve “hastanın mental yeterliliği” ögelerinin de ötanazi tanımının içinde yer alması gerektiği görüşü önemli oranda kabul görmüştür. Belirtilen ögeleri kısmen içeren benzer bir ötanazi tanımı ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da belirtilmiştir. Bu çalışmalarda; “Günümüz tıbbının iyileşme umudu taşımadığı, ilerleyici, acı verici ve öldürücü bir hastalığa yakalanan kişi için kaçınılmaz ve ızdırap verici bir süreç olan ölümün kendi isteğiyle daha uygun şartlarda ve acısız olarak bir hekim yardımıyla

gerçekleştirilmesidir” şeklindeki ötanazi tanımı, hukuk öğrencileri arasında %85.3, hekimler arasında %88 - %93 arasında bir oranda kabul görmüştür(5,15,20,21).

Ankete katılan hekim ve hemşirelerin ötanazi türleri ile ilgili bilgi düzeylerine baktığımızda yoğun bakımlarda daha fazla uygulandığı iddia edilen pasif ötanazi türünün genel olarak en fazla bilinen ötanazi türü olduğu, ancak özellikle yoğun bakım çalışanları tarafından anlamlı olarak daha fazla bilindiği görülmektedir ($p<0.05$). Yine yoğun bakım çalışanları grubunda aktif ötanazi ve hekim yardımlı intihar hakkındaki bilgi düzeyi kontrol grubuna göre daha fazla olmasına rağmen gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). Terminal dönemde ve genellikle bilinci kapalı hastalarla sık karşılaşan yoğun bakım çalışanlarının pasif ötanazi kavramından haberdar olmaları beklenen bir sonuçtur.

Ötanaziyi insani gerekçelerle savunanlar olduğu gibi buna şiddetle karşı çıkanlar da vardır. Ötanazi taraftarları eylemin yasalaşmasını ve uygun olan hastalarda gerçekleştirilmesini savunmaktadır. Hollanda ve Belçika gibi ülkelerde bu görüşe uygun olarak ötanazi yasalaşmıştır (53,59). Yapılan çalışmalarda İngiltere’de geriatristlerin %20’si, ülkemizde onkologların %43.8’i, hekimlerin ise %50’si ötanaziye karşı olmadığı yönünde görüş bildirmiştir (15,19,22). Çalışmamıza katılan hekimlerin 55.6’sı ve hemşirelerin % 52.9’u de ötanaziye karşı olmadıklarını belirtmiştir.

Ötanaziye olumlu bakışın yoğun bakım çalışanlarında diğerlerine göre belirgin biçimde fazla olması anlamlıdır. Ötanazi uygulamasının yasak olduğu ve henüz yeterince tartışılmadığı ülkemizde bu kavramla en çok karşılaşan yoğun bakım çalışanlarının diğerlerine göre konuya daha farklı bakması beklenen bir durumdur.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istemeyen hekimlere konu ile ilgili gerekçeleri sorulduğunda; istismar edilebilme endişesinin genel olarak ön planda olduğu ve bu endişenin özellikle en yüksek oranda yoğun bakım hekimleri tarafından dile getirildiği (%85.7) görülmektedir. İstismar edilebilmesi dışında, ötanaziye karşı çıkma gerekçeleri olarak “eylemin etik olmaması”, “dini nedenler” ve “kişisel değerler” gerekçeleri de önemli oranda belirtilmiştir. Ülkemizde onkologlarla yapılan bir alışmada katılımcılar eylemin etik olmaması (%46.3), istismar edilebileceği (%36.6), yasal olmaması (%31.7) ve dini inançlarını (%31.7) gerekçe olarak belirtmişlerdir (19). İngiltere’de yapılan bir çalışmada geriatristlerin %80’inin eylemi etik bulmadığı bildirilmiştir (22). Ülkemizde hekimlere yapılan bir çalışmada ise istismar edileceği kaygısı ön planda (%41.6) olmak üzere etik olmaması (%24.9) ve dini nedenler (%18.7) ötanaziye karşı çıkma gerekçeleri olarak bildirilmiştir (15). Çalışmamızda da istismar edilebileceği kaygısının ön planda çıkması diğer çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur ve ötanazi kavramına birçok ülkede ihtiyatlı yaklaşımı açıklar niteliktedir.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı olan hemşirelerin bu konu ile ilgili gerekçelerine göz attığımızda “devletin ekonomik yükünü azaltmak”

seçeneği en fazla oranda yoğun bakım hemşireleri tarafından (%44,8) işaretlenmiştir ($p<0.05$). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların devlete olan ekonomik yükünü düşündüğümüzde bu sonucun çıkması hiçte şaşırtıcı değildir.

Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini isteyen hekimlerin konu ile ilgili gerekçelerine baktığımızda; yoğun bakım hekimleri tarafından “hasta yakınlarının ümitsiz bekleyişlerini sona erdirmek” seçeneği en fazla oranda (%73.3) işaretlenmiştir ($p<0.05$). Yoğun bakım ünitelerinde uzun dönem yatan hasta sayısının fazlalığını düşündüğümüzde yoğun bakım hekimlerinin verdikleri bu cevap oldukça uyumludur. “Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak” ve “ünite yataklarının ihtiyacı olan ve yaşama şansı yüksek diğer hastalar için kullanılması” seçeneğinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde ($p<0.05$) en fazla çocuk biriminde çalışan hekimler tarafından işaretlenmesi ise bu birimlerde tedavi giderlerinin yüksekliği ve hasta yatağı sayısının yetersizliği ile açıklanabilir. Ülkemizde onkologlarla yapılan bir çalışmada da “Hastanın ızdırabını dindirmek”, “Hasta yakınlarının ekonomik yükünü azaltmak” ve “ünite yataklarının ihtiyacı olan ve yaşama şansı yüksek diğer hastalar için kullanılması” görüşleri ön planda belirtilmiştir (19). Ulaşılan bu sonuç tedavi giderlerini karşılayan sağlık güvencesine sahip olduğunda ve yeterli hasta yatağına ulaşıldığında değişecek gibi görünmektedir.

Sizce bireyin kendi yaşamına son verme konusunda karar verme hakkı var mıdır? sorusuna genel olarak hekimlerin % 72.6’sı, hemşirelerin % 65.3’ü olumlu

yanıt vermişlerdir. Hemşire grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde en fazla yoğun bakım (%73.1) en az da çocuk birimlerinde (% 48.5) çalışanların evet yanıtı verdiği ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$). Hasta otonomisi ve mental yeterliliği ile yakından ilişkili olan bu kararlar ilgili olarak henüz bu yeterliliğe ulaşmamış çocuk ve yenidoğanlarla çalışan grupta bu kavrama mesafeli yaklaşılması beklenen bir sonuçtur. Benzer olarak “Sizce iyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere (18 yaş altı, akıl hastalığı ve zeka geriliği vb.) ötanazi uygulanmalı mıdır?” sorusuna “evet uygulanmalıdır” yanıtı özellikle yoğun bakım hemşirelerinde (%35.5), çocuk hemşirelerine (%10.5) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$).

Hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kim vermelidir sorusuna; bu kararı “hekim ve hastanın birinci derece yakınları” vermeli seçeneğini işaretleyen hekim oranının yoğun bakım hekimleri grubunda daha fazla (%55.3) olduğunu görmekteyiz, p değeri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Bu kararı “hiç kimse” veremez seçeneğine bakıldığında en yüksek oranda dahiliye birimlerinde çalışan hekimlerin (%52.8) işaretlediğini görmekteyiz ($p < 0.05$). Aynı soru hemşirelere sorulduğunda; “hekim + hastanın birinci derece yakınları” seçeneği en çok yoğun bakım hemşireleri (%62.4) tarafından cevaplanmıştır. Bu kararı hiç kimse veremez seçeneği işaretleyen grubun cerrahi birimlerde çalışan hemşireler olduğu görülmektedir. Gruplar arasında istatistiki olarak anlamlılık yoktur ($p > 0.05$). Ülkemizde onkologlarla yapılan bir çalışmada da bu kararı hekim ve hasta yakınlarının birlikte vermesi görüşü (%35.7) diğerlerine

göre daha fazla kabul görmüştür (19). Hekimlerle yapılan başka bir çalışmada ise %51.8 oranında “hastanın kendisi dışında bu kararın verilemeyeceği” ve %38.9 oranında hekim ve hasta yakınlarının bu olgularda karar verebileceği belirtilmiştir (15).

Ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanıyor musunuz sorusuna verilen yanıtlar anlamlıdır. Bu soruyla esas olarak sorgulanmak istenen, yoğun bakımlarda uygulandığı iddia edilen pasif ötanazidir. Bunun yanı sıra aktif ötanazi ve yardımcı intihara ilişkin gözlemler de sorgulanmaktadır. Katılımcıların verdikleri cevaplara bakıldığında; hekimlerin %52.1 - %72 arasında, hemşirelerin ise % 43.3 - %59.6 arasında değişen oranlarla ötanazinin yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inandığını görmekteyiz. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildir ($p>0.05$). Bu soruya katılımcıların yaklaşık yarısının ülkemizde ötanazinin uygulandığına dair inançlarını belirten şekilde yanıt vermesi çok önemli ve düşündürücü bir sonuçtur. Ülkemizde yasak olan ötanazi uygulamasıyla ilgili olarak, konunun araştırılması ve gereken yasal düzenlemelerin yapılması için girişimlerde bulunulması gereği açık bir biçimde görülmektedir. Nitekim benzer bir sonuç ta ülkemizde çalışan hekimlere yapılan bir araştırmada karşımıza çıkmıştır. Bu çalışmaya katılan hekimlerin %56’sı ötanazinin yasak da olsa gizlice uygulandığına inandıklarını belirtmiştir (15).

Katılımcıların “Hiç ötanazi isteği ile karşılaştınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtlar da önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Yoğun bakımda çalışan hekimlerin %35.3’ü ve hemşirelerin %26.6’sının birden çok kez ötanazi istemiyle karşılaştığını

belirtmesi bu eyleme yönelik taleplerin hiç de azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermekte ve konunun önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir. Yoğun bakımda çalışan hekim (%37.3) ve hemşirelerin (%34.9) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla ötanazi istemiyle karşılaştıkları da bir başka değerli sonuçtur ($p<0.05$). Bu sonucun yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların büyük bir bölümünün terminal dönem hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ötanazi istemiyle karşılaşma oranı ülkemizde yapılan çalışmalarda onkologlarda %33.7 ve hekimlerde %19 olarak bildirilmiştir (15,19). Bu sonuçlar, ötanazi uygulamalarının daha çok terminal dönem hastalarda gündeme gelmesi gerçeğiyle uyusmaktadır.

“Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse, bu uygulamada yer almak ister misiniz?” sorusuna evet cevabını veren hemşirelerin oranına baktığımızda yoğun bakım hemşirelerinin oranının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0.01$) farklı olduğunu görmekteyiz. Terminal dönem hastalarının fazla oranda bulunduğu yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha olumlu cevap vermesi çalışmanın beklenen bir sonucudur.

Hemşirelerin %68.6'sı, hekimlerin % 79.9'u ötanazinin ülkemizde tartışılmasını yararlı bulduklarını belirtmiştir, iki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.01$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda onkologların %84.3'ü ve hekimlerin %84.8'i ötanazinin ülkemizde tartışılmasının yararlı olduğu yönünde görüş bildirmiştir (15,19). Bu sonuçlar konunun henüz yeterince tartışılmadığını ve çok boyutlu olarak ele alınarak, tartışılması gerektiğini de ortaya koymaktadır.

“Meslek yaşamınızda iyileşme ümidi olmayan bir hastanızın tedavisini kestiğiniz oldu mu?” sorusunda; “evet, birden çok defa” seçeneğini en fazla oranda yoğun bakım hekimlerinin işaretlediğini ve cevaplarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğunu görmekteyiz ($p<0.001$). Yine ankete göre çocuk birimlerinde çalışan hekimlerin oranı % 0’dır. Çocuk birimlerinde çalışan hekimlerin yanıtlarının bu kadar düşük olması düşündürücüdür. Belki de bu durum çocuk birimlerde çalışan hekimlerin tedaviyi kesmek yerine hiç başlamamayı seçmeleriyle açıklanabilir.

Anket sorularına verilen yanıtların ilişkileri araştırıldığında bazı önemli sonuçlara ulaşılmıştır: Birden çok defa ötanazi isteği ile karşılaşan hekimleri, meslek yaşamında iyileşme ümidi olmayan hastasının tedavisini kesen hekimlerle karşılaştırdığımızda; birden çok defa ötanazi isteği ile karşılaşan hekimler anlamlı derecede daha fazla pasif ötanazi gerçekleştirmişlerdir ($p<0.001$).

“Ötanazi yasal hale gelirse bu uygulamada yer almak isterim” diyen hekimleri, “meslek yaşamında iyileşme ümidi olmayan hastasının tedavisini kesen” hekimlerle karşılaştırdığımızda; uygulamada yer almak isterim diyen hekimler anlamlı derecede daha fazla pasif ötanazi gerçekleştirdikleri görülmektedir ($p<0.05$). Bu sonuç pasif ötanaziye olumlu yaklaşan ve uygulamada görev almak isteyenlerin zaten mesleki deneyim olarak bu eyleme bir şekilde katıldıklarını düşündürmektedir.

Ülkemizde henüz yeterince tartışılmamış ve araştırılmamış olan ötanazi kavramına ilişkin sağlık çalışanlarının ve halkın bilgi düzeyi artırılmalı ve ötanazinin yasak da olsa gizlice uygulandığına ilişkin yaygın inançtan yola çıkılarak konu birçok boyutuyla araştırılmalıdır. Bu bağlamda sağlık sistemimizin de

Ülkemizdeki tüm bireyleri kapsayacak Şekilde geliŐtirilmesinin ardından yapılacak araştırmaların sonuçlarına uygun olarak ötanaziyle ilgili ülkemiz gerçeklerine uygun yasal düzenlemeler gündeme gelmelidir.

6. KAYNAKLAR

1. Özkara, E. (2001) Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar, 1. baskı, s. 11-14, 19-20, 33-45, Seçkin Yayıncılık, Ankara
2. İnceoğlu, S. (1999) Ölme Hakkı, 1. baskı, s. 40-43, 83-95,135-137, 157-161, 217-218, 246-249, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
3. Özkara, E. (2000) Ötanazide Temel Kavramlar ve Ötanaziyle İlgili Güncel Tartışmalar, İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi., 38(3-4): 19-22
- 4.<http://www.gurbetport.com/site/modules.php?name=News&file=article&sid=9566>
5 Haziran 2006
5. Özkara, E., Yemişçigil, A., Dalgıç, M., Mayda, AS. (2003) Sağlık Çalışanlarının, Hastaların ve Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Ötanaziye Bakışı, 10. Ulusal Adli Tıp Günleri Kongre Kitabı, s.248 -251, Antalya
6. Oğuz ,Y., Şenol, S., Özgüven, HD., Arıkazan, M.,Özen, AR.,Ünal, Ş. (1996) Ankarada Çalışan Hekimlerin Ötanazi ile İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması, 3 P Dergisi (Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji)., 4(3): 46-47
7. Shapiro, RS., Derse, AR., Gottlieb, M.,Schiedermayer, DL., Olson, M.. (1994) Willingness to Perform Euthanasia: A Survey of Physician Attitudes, Archives of Internal Medicine., 154: 575-584
8. Eliasson, AH., Howard, RS., Torrington, KG., Dillard, TA., Phillips, YY. (1997) Do Not Resuscitate Desicions in the Medical ICU; Comparing Physician and Nurse Opinions, Chest., 111: 1106-1111

9. Sjökvist, P., Nilstun, T., Svantesson, M. (1999) Withdrawal of Life Support – Who Should Decide? Differences in Attitudes among General Public, Nurses and Physicians, *Intensive Care Med.*, 25: 949-954
10. Council on Ethical and Judicial Affairs (1999) American Medical Association: Medical Futility in End of Life Care, *JAMA.*, 281: 937-941
11. Asch, DA. (1996) The Role of Critical Care Nurses in Euthanasia and Assisted Suicide, *The New England Journal of Medicine.*, 334: 1374-1379
12. Kuhse, H., Singer, P. (1993) Voluntary Euthanasia and the Nurse: an Australian Survey, *International Journal of Nursing Studies.*, 30: 311-22
13. Matzo, M., Emanuel, EJ. (1997) Oncology Nurses' Practices of Assisted Suicide and Patient Requested Euthanasia, *Oncology Nursing Forum.*, 24(10): 1725-1732
14. Muller, MT., Pijnenborg, L., Onwuteaka- Philipsen BD. (1997) The Role of Nurse in Active Euthanasia and Physician -Assisted Suicide. *Journal of Advanced Nursing.*, 26(2): 424-30
15. Özkara, E., Hancı, H., Civaner, M., Yorulmaz, C., Karagöz, M., Mayda, AS., Gören S., Kök, AN. (2004) Turkey's Physicians' Attitudes toward Euthanasia: A Brief Research Report, *Omega.*, 49: 109-115
16. Eskin, M., Sarban, M. (2001) Ötanazi, Hekimler Bu Konuda Ne Diyorlar?. *Toplumbilim Dergisi, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, İstanbul*
17. İyilikçi, L., Bayraktar S., Gökmen, N., Ellidokuz, H., Kara, HC., Günerli A. (2004) Practices of Anaesthesiologists with Regard to Withholding and Withdrawal OF Life Support from the Critically Ill in Turkey, *Acta Anaesthesiologica Scandinovica.*, 48: 457-460

18. Ozkara, E., Şen, H., Tok, M., Dalgıç, M., Yorulmaz, C. (2003) Attitudes of Istanbul Physicians Toward Euthanasia, *Forensic Science International.*, 136: 330-331.
19. Mayda, AS., Ozkara, E., Corapcioglu, F. (2005) Attitudes of oncologists toward euthanasia in Turkey, *Palliat Support Care.*, 3(3): 221-5.
20. Özkara, E., Özdemir, Ç., Hancı, İH., Dalgıç, M., Civaner, M., Yağmur, F. (2002) Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Yaklaşımı, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi.*, 51(4) ;207-214,
21. Gören, S., Dalgıç, M., Özkara, E., Tıraşçı, Y. (2003) Diyarbakır'da Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Bakışı, *Adli Bilimler Dergisi.*, 2(2): 33-38
22. Dickinson, GE., Lancaster, CF., Clark, D., Ahmedzai, SH, Noble, W. (2002) UK Physicians Toward Active Voluntary Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, *Death Studies.*, 26: 479-490.
23. Güven, K. (2000) Kişilik Hakları ve Ötanazi. 1. baskı, s. 14-16, 19-47, 57-63, 74-77, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
24. Orentlicher, D. (1991) The Right to Die After Cruzan, *JAMA.*, 265(12):1527
- 25- Sert, G. (2004) Hasta Hakları. 1. baskı, s. 241-260, Babil Yayınları, İstanbul

26. A Report of the American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs (1992) *Decisions Near the End of Life.*, 267: 2229-2233
- 27- Munson, R. (1988) *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics.* 3rd edition, pp.163, Wadsworth Publishing Company, California
28. Glover, J. (1977) *Causing Death and Saving Lives*, pp. 182, Penguin books, New York
29. Shewman, DA. (1987) *Active Voluntary Euthanasia: A Needles Pandora's Box*, *Issues in Law and Medicine.*, 3(3); 219-244
30. Karnisar, Yale. (1958) *Some Non Religious Views Against Proposed "Mercy Killing" Legislation* , *Minnesota Law Review.*, 42(6): 969-1042
31. Rachels, J. (1986) *The End of Life (Euthanasia and Mortality)*, pp. 1-86, Oxford University Press, Oxford
32. Maguire, D. (1975) *A Catholic View of Mercy Killing*, in *Beneficent Euthanasia* (M. Kohl, Eds.), pp. 34-43, Prometheus Books Pres, New York
33. 1982 T.C. Anayasası (1996) *Alkım Kitapçılık Yayıncılık*, Ankara
34. More, T. (1993) *Utopia* (Çeviren. S. Eyüboğlu, V. Günyol), s.93, Cem Yayınevi, İstanbul
35. Rachels, J. (1986) *Euthanasia, Matters of Life and Death*, (T. Regan, Eds), pp. 35, Random House, New York
36. Montaigne (2000) *Denemeler* (Çeviren: S. Eyuboğlu), s. 185, Türkiye İş Bankası Yayınları, İstanbul

37. Choron, J. (1973) *Death and Western Thought*, 2. ed, PP. 95-97, Colliers Books Press, New York
38. Hare, M (1981) *Moral Thinking; Its Level Method and Point*, pp. 182, Oxford University Pres, Oxford
39. Singer, P. (1979) *Practical Ethics*, pp. 87, Cambridge University pres, Cambridge,
40. Poyraz, H. (1994) *Etik Sorunlar Açısından Ötanazi*, *Felsefe Dünyası.*, 14: 41-48
41. Moral, AR. (2005) *Yoğun Bakım ve Etik Sorunlar*, *Yoğun Bakım Derneği Dergisi.*, 1(3): 79-82
42. Akpir, K. (2001) *Yoğun bakım hastalarında hasta desteği çekme ve devamı ile ilgili kararlar verilmesi*, *Medikal Etik-3* (Editör: H. Hatemi, H. Doğan), 1. baskı, s. 28-34, Yüce Yayım, İstanbul
43. Dikmen, Y. (2001) *Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik ötanazi*, *Medikal Etik-3* (Editör: H. Hatemi, H. Doğan,), 1. baskı, s. 35-41, Yüce Yayım, İstanbul
44. The SUPPORT Principal Investigators (1995) *A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments (SUPPORT)*. *JAMA.*, 274(20): 1591-1598

45. Goodlin, SJ., Zhang, Z., Lyn, J. (1999) Factor Associated with Use of Cardiopulmonary Resuscitation in Seriously Ill Hospitalized Adults, JAMA., 282: 2333-2339
46. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine: Consensus Report on the Ethics of forgoing Life Sustaining Treatments in the Critically Ill. (1990) Critical Care Med., 18: 1435-1439
47. Dönmezer, S. (1998) Kişilere ve Mallara Karşı Cürümler, s:9, Beta Yayınları, İstanbul
48. Artuk, ME. (2001) *Hukukçu Gözüyle Ötanazi*, Medikal Etik-3 (Editör: H. Hatemi, H. Doğan). 1. baskı, s. 42-60, Yüce Yayım, İstanbul
49. Yurtcan, E. (2005) Yeni Türk Ceza Kanunu. 3. baskı, s. 120, 143, 144, 150, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul
50. <http://www.ibtf.ibu.edu.tr/idari/and.htm> 21 Mayıs 2006
51. http://tr.wikipedia.org/wiki/Hipokrat_yemini 21 Mayıs 2003
52. <http://www.hemsireyiz.biz/and.asp> 24 Mayıs 2006
53. Smith SW. (2005) The Killing of Severely Disabled Newborns: the spectre behind the Legalisation of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia, Med Law., 24(4): 791-802.
54. <http://www.tumgazeteler.com/fc/ln.cgi?cat=33&a=1329343> 5 Haziran 2006
55. Sanchez-Sweatman, L. (1994) Euthanasia, The Canadian Nurse., 90; 51-52

56. Wehmeier, S. (2000) Oxford Advanced Learner's Dictionary, Sixth ed. pp. 450, Oxford University Pres, Oxford
57. Kelly, BD., Mcloughlin, DM. (2002) Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: A Pandora's box, *British Journal of Psychiatry*, 181: 278-279.
58. Sulmasy, P.D. (1998) Killing and Allowing to Die: Another Look, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 26(1): 55-65.
59. Hagelin, J., Nilstun, T., Hau, J., Carlsson, HE. (2004) Surveys on Attitudes Towards Legalisation of Euthanasia: Importance of Question Phrasing, *J Med Ethics*, 30(6): 521-3

7. E K L E R

YOĞUN BAKIM ve SERVİSLERDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÖTANAZİYE YAKLAŞIMI

Sayın katılımcı bu anket çalışması tüm dünyada tıbbi, etik sosyal ve dini yönleriyle tartışılan bir konu olan ötanazi ile ilgili sağlık çalışanlarının bakış ve beklentilerini bilimsel ortamda yansıtmak için planlamıştır. Çalışma kimlik bilgilerini içermemekte olup, cevaplarınızın gizliliği sağlanacaktır. Aşağıdaki soruları yanıtlayarak ötanazi kavramıyla ilgili ülkemiz verilerinin oluşumuna yardımcı olduğunuz için teşekkür ederim.

Selma TEPEHAN

- 1) Yaşınız?
 - 2) Cinsiyetiniz ? **a-** kadın **b-** erkek
 - 3) Medeni haliniz? **a-** bekar **b-** evli
 - 4) Varsa çocuk sayınız?
 - 5) Ünitedeki göreviniz? **a-** hekim **b-** hemşire
 - 6) Çalıştığınız birim?
 - 7) Alanda çalışma yılınız?
- 8) Ötanazinin sözlük anlamı: “İyileşemeyen ve ızdırap verici bir hastalığı olan bir kişinin acısız bir biçimde öldürülmesi” dir. Sizce bu tanıma eklenmesi gereken diğer öğeler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- a-** Hastanın bu konudaki isteği
 - b-** Hekimin eylemde rol alması
 - c-** Hasta yakınlarının isteği
 - d-** İstemde bulunan hastanın mental yeterliliği
 - e-** Hastanın iyileşmez olmasına gerek yoktur, ızdırap verici durumlarda da ötanazi uygulanabilmelidir
 - f-** Diğer (belirtiniz).....

- 9) Aşağıda yer alan ötanazi uygulamaları ile ilgili kavramlardan bildiklerinizi işaretleyiniz.
- a- Aktif Ötanazi (Derin bir sedasyonu takiben ani ölüm yapacak nitelikteki ölümcül dozdaki ilacın uygulanarak hastanın hayatının sonlandırılması)
 - b- Pasif Ötanazi (Hekimin hastanın bir süre daha yaşamasını sağlayacak yaşamı destekleyici tedaviyi sunmayarak veya bu tedaviyi sona erdirerek ölümü hızlandırması)
 - c- Hekim Yardımlı İntihar (Hastanın açık istemi sonucunda hekimin hastaya kendini öldürebilmesi için gerekli bilgi ve malzemeyi sağlamasının ardından öldürücü enjeksiyon yapma işleminin bizzat hasta tarafından gerçekleştirilmesi)
 - d- İstemli Ötanazi (Hukuki ehliyeti olan kişiye hekim tarafından hastalığının seyri açısından ayrıntılı bilgi verildikten sonra , hastanın özgür iradesiyle açık bir şekilde istemesiyle yapılan ötanazi)
 - e- İstem Dışı Ötanazi (Hastanın bu konudaki iradesinin hasta tarafından dile getirilmediği, bilinci kapalı olduğu koma, bitkisel yaşam gibi durumlarda uygulanan ötanazi)
 - f- İstemsiz Ötanazi (Kişinin iradesine hiç başvurmadan , ölümcül hasta ya da sakat olması nedeniyle öldürülmesi)
- 10) Hukuki ehliyeti olan kişiye , rızası doğrultusunda ötanazi uygulayan hekime sizce ceza verilmeli midir?
- a- Evet
 - b- Hayır
- 11) Ötanazinin yasal olarak kabul edilmesi taraftarı mısınız?
- a- Evet
 - b- Hayır

NOT: 12 ve 13. Sorular 11. Soruya göre cevaplandırılacaktır.

- 12)** Cevabınız evet ise gerekçeniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- a- Hastanın acı çekme süresinin kısılmasının sağlanması
 - b- Hasta yakınlarının ekonomik yükünün azaltılması
 - c- Devletin ekonomik yükünün azaltılması
 - d- Hasta yakınlarının ümitsiz bekleyişlerini sona erdirmek
 - e- Ünite yataklarının ihtiyacı olan, yaşama şansı yüksek diğer hastalar için kullanılması
 - f- Diğer (belirtiniz)

- 13)** Cevabınız hayır ise gerekçeniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- a- Etik olmaması
 - b- İstismar edilebilir olması (Sigorta şirketleri vb.)
 - c- Dini inançlar
 - d- Kişisel değerler
 - e- Diğer (belirtiniz)

14) Sizce bireyin kendi yaşamına son verme konusunda karar verme hakkı var mıdır?

- a- Evet
- b- Hayır

15) Sizce iyileşme ümidi olmayan, ölümcül hastalığa sahip ve hukuki ehliyeti olmayan kişilere (18 yaş altı, akıl hastalığı ve zeka geriliği vb.) ötanazi uygulanmalı mıdır?

- a- Evet
- b- Hayır

16) Hukuki ehliyeti olmayan bilinçsiz hastalarda ötanazi kararını kim vermelidir?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a- Hekim
b- Hastanın birinci derece yakınları
c- Hekim + Hastanın birinci derece yakınları
d- Mahkeme Kararı
e- kimse
f- Diğer (belirtiniz)

17) Ötanazinin ülkemizde yasak olmasına rağmen gizlice uygulandığına inanıyor musunuz?

- a- Evet
b- Hayır

18) Hiç ötanazi isteği ile karşılaştınız mı?

- a- Evet bir defa
b- Evet birden çok defa
c- Hayır

19) Ötanazi uygulaması ülkemizde yasal hale gelirse, bu uygulamada yer almak ister misiniz?

- a- Evet
b- Hayır

20) Ötanazi konusunun ülkemizde tartışılmasını yararlı buluyor musunuz?

- a- Evet
b- Hayır

NOT: 21, 22 ve 23. soruları sadece hekimlerin cevaplandırması gerekmektedir.

21) Meslek yaşamınızda iyileşme ümidi olmayan bir hastanızın tedavisini kestiğiniz oldu mu?

- a- Evet bir kere
b- Evet birden çok defa
c- Hayır

22) Eğer olduysa bu durum nasıl gerçekleşti? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a- Hastanın isteği ile
- b- Hasta yakınlarının isteği ile
- c- Sizin ve/ veya çalışma arkadaşlarımızın kararıyla
- d- Diğer (Açıklayınız).....

23) Bu hastanın tedavisini sonlandırmanızın nedeni neydi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a- Yaşam destek cihazlarından bir başkası faydalanması için
- b- Hastanın daha fazla eziyet çekmemesi için
- c- Maddi bakımdan çalıştığım kuruma yük olduğu için
- d- Maddi bakımdan ailesine yük olduğu için
- e- Diğer (belirtiniz).....

8. Ö Z G E Ç M İ Ş

Doğum tarihi ve yeri: 01/ 01/ 1982 - İstanbul

Medeni Hali : Bekar

Bitirdiği okullar:

İlköğretim, Avcılar Denizköşkler İlköğretim okulu,

Lise, Avcılar 50. Yıl İnsa Lisesi,

Lisans, İstanbul üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü.

Ünvanı. Hemşire

Yabancı Dil Eğitimi: Gök–Dil Foreign Language Centre, İngilizce Upper Intermediate

Çalıştığı Kurumlar: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi (2004 – 2006), Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi (2006-)

Üye Olduğu Dernekler: Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği