



T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN UZMAN HEKİMLERİN ÖTENAZİYE
YÖNELİK TUTUMLARININ MANEVİ BAŞA ÇIKMA
YAKLAŞIMIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Saliha Zehra BAYRAM

Çorum - 2024

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN UZMAN HEKİMLERİN ÖTENAZİYE YÖNELİK
TUTUMLARININ MANEVİ BAŞA ÇIKMA YAKLAŞIMIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ**

Saliha Zehra BAYRAM

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şaban HAKLI

Çorum 2024

Saliha Zehra BAYRAM tarafından hazırlanan “Türkiye’de Çalışan Uzman Hekimlerin Ötenaziye Yönelik Tutumlarının Manevi Başa Çıkma Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi “ adlı tez çalışması 28/06/2024 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalında Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr Öznur Özdoğan

.....

Prof. Dr Şaban HAKLI

.....

Prof. Dr Muammer Cengil

.....

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun/....../..... tarih ve sayılı kararı ile Saliha Zehra BAYRAM’ın Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

Prof. Dr. Osman Çubuk

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

Saliha Zehra BAYRAM

TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN UZMAN HEKİMLERİN ÖTANAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARININ MANEVİ BAŞA ÇIKMA YAKLAŞIMIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Saliha Zehra Bayram

ORCID: 0009-0004-8920-3134

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans

Haziran 2024

ÖZET

Ötanazi uygulamaları tıp biliminin konusu olarak düşünülse de bir kişinin ölümüne karar verme sürecinde gerek hekimin gerekse hasta veya yakınının manevi altyapıyla ölümü tercih etme de yol gösterdiği görülmektedir. Ülkelerin yasal onayları, kişinin tutumları, sağlık politikaları, kriz anında öncülük sağlayan hasta tercihleri ve ötanazi uygulamasının tarihi süreci yazılı bölümde açıklandı. Çalışmanın manevi boyutuyla ilgili yön vermeden tarafsız doktor görüşme formu düzenlendi. Çalışma, ötanaziye karar veren hekim üzerinden sürdürüldü. Tez çalışmasına öncülük eden nitel uygulama aşamasında, hasta-doktor açısından ele alınan bir kavram haline geldi. Çalışmada "Ötanazi" kavramının manevi boyutlarıyla bir ağ oluşturuldu. Bu ağ, saha da çalışma ve araştırma üzerinden belirlendi. Hekimin hastaların dünyada var olmalarına yönelik tutum ve mesleki etik açıdan değerlendirmeleri, kayda değer bir sonuç sağladı. Sadece uygulamalı aktif öldürme değil tedaviden kesme veya mahrum etme boyutları da belirlendi. Özellikle yoğun bakım kliniklerinde aktif olarak gözlemleme imkânına erişildi. Bu gözlem ve görüşmelerle manevi olarak hekim tutumu belirlendi. Türkiye'nin belli bölgelerindeki yoğun bakım kliniklerinde uygulamalar çalışmayı desteklemiştir.

Anahtar Kavramlar: Ölme Hakkı, Onurlu Tedavi, Yaşamın Kutsallığı, Palyatif Bakım, Aidiyet Duygusunun Manevi Kaybı

Bilim kodu: 60701

EVALUATION OF THE ATTITUDES OF SPECIALIST PHYSICIANS WORKING IN TURKEY TOWARDS EUTHANASIA WITH A SPIRITUAL COPING APPROACH

Saliha Zehra Bayram

ORCID: 0009-0004-8920-3134

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL

Master of Science

June 2024

ABSTRACT

Although euthanasia practices are considered to be the subject of medical science, it is seen that both the physician and the patient or their relatives are guided by the spiritual background in choosing death in the process of deciding on the death of a person. Legal approvals of the countries, people's attitudes, health policies, patient preferences that lead in times of crisis, and the historical process of euthanasia practice were explained in the written section. An impartial doctor interview form was prepared without giving any guidance regarding the spiritual dimension of the study. The study was continued through the physician who decided on euthanasia. In the qualitative application phase leading to the thesis study, it became a concept discussed from the patient-doctor perspective. In the study, a network was created with the spiritual dimensions of the concept of "Euthanasia". This network was determined through field work and research. The physician's evaluation of patients' attitudes towards their existence in the world and their professional ethics provided a remarkable result. Not only applied active killing but also the extent of discontinuation or deprivation of treatment were determined. Particularly in intensive care clinics, we had the opportunity to actively observe. With these observations and interviews, the physician's moral attitude was determined. Practices in intensive care clinics in certain regions of Turkey supported the study.

Key Terms: The Right to Die, Dignified Treatment, Sanctity of Life, Palliative Care, Spiritual Loss from the Sense of Belonging

Science code: 60701

TEŞEKKÜR

Çalışmama güzel coğrafyamızın ölümü kucaklayış biçiminden ve temelini bir -tadış- olarak nitelendiren aşkın varlığımız olan Allah'ın kutsal kitabından ilham alarak başladım. Öncelikle bir yüzleşme süreci yaşadım ölümle. Yani ölmeden ölmeyi düşünmek, ölüme karar vermek için o alan için aktifleştirdiğim diğergamlık; hiç tatmadığım cennet meyvesi, görmediğim ama yine de huzurla istediğim altında ırmaklar akan vadi, olgunluğunu tamamlamış rıza makamı gibiydi. Bir bilinenden yola çıkarak bilinmezlik üzerine yolculuk yaptım, yorumladım ve analiz ettim. Doğal seyri ile yaşam sürecinde ölümü bir başlangıç olarak ifade ederken, sıkıntılı ve zorlu durumlarda “Hayır! Şimdi ölüm bir seçenek veya tercih değil yaşamak lazım, mücadelede var olmak, Allah'ım, Sen'in rızan için hazırım bu eğitime. Biraz sabret ben!” diyerek gerçek sevgi sahibine başından sonuna daimi teslimiyetle güvenerek cesaretlendim.

Manevi olarak benliğini bulan tez çalışmasında, ülkemizin uzman ama aynı zamanda vatanperver hekimleriyle görüşme formunda araştırmayı yaptım. Nitel uygulamasının içerik analizi şeklinde desteklediğim çalışmam, birçok insana, bilime bir şekilde yol gösterici olmasını temenni ediyorum. Hepimizin ortak gayesinin “insan” olduğu ve aslında her seçilen yolun insanın yaşaması ve mutluluğu için seçilmiş yollar olduğunu gördüm. Çalışmamda bana yol gösteren, tezimde çok büyük katkısı olan, saha çalışmamda en engin tecrübe ve bilgeliğiyle her daim destek olan Sevgili Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN hocama çok teşekkür ederim. Ders döneminde ilmiyle rehber olan, özverisiyle dersi öğreten Sayın Prof. Dr Muammer CENGİL hocama, özgün eser yazmam konusunda ışık olan, yöntemleri en ince ayrıntısına kadar anlatan, destekleyici bilgilendirme ve teşvikiyle tezime ilham veren Sayın Danışmanım Prof. Dr. Şaban HAKLI hocama da çok teşekkür ederim.

Ölümün ve yaşamın “Tıbbi” boyutlarını öğreten, ölümün bilimsel durumlarını en ince ayrıntısına kadar tanımlayan, yol gösteren Anestezi Yoğun Bakım Klinik Sorumlusu Genel Yoğun Bakım Uzman Hekim Ümmü Gülsüm Yüksel ve Prof. Dr. Mustafa Süren hocama çok teşekkür ederim. Çalışmama katkı sağlayan hekimlerimize de teşekkür ederim. Beni bu yaşa kadar büyüten, hem manevi hem de itidalli bir hayat için teşvik veren ve hayatımın her alanında desteklerini esirgemeyen aileme ve göz aydınlığım olan çocuklarıma çok teşekkür ederim..

Saliha Zehra BAYRAM

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
RESİMLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ.....	1

1.BÖLÜM

ÖTANAZİ KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

1.1.Ötanazinin Tanımı.....	2
1.2. Ötenazinin Tarihçesi	5
1.3.Ötanazinin Boyutları	9
1.3.1. Psikolojik boyut	9
1.3.2. Sağlık boyutu	15
1.3.3. Din boyutu.....	26
1.3.4. Etik boyut	36
1.3.5. Hukuk boyutu.....	40
1.4. Ötanazi Türleri	56
1.4.1. Aktif ötanazi	57
1.4.2. Pasif ötanazi	58
1.4.3. İradeye bağlı ötanazi (Volonter).....	62
1.4.4.İrade dışı ötanazi (Non Volonter).....	63
1.4.5. Medikal ötanazi	67
1.5. Bireysel Değişkenlerin Ötanazi Kararlarına Etkisi	67

1.5.1. Kohlberg'in ahlaki gelişim kuramı	68
1.5.2. Kant'ın ödev ahlaki kuramı.....	69
1.5.3. Erik Ericson'nun benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk aşaması(Integrity vs. Despair)....	71
1.6. Ötanaziye ilişkin Haberler	74

2.BÖLÜM

DOKTORLARIN ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

2.1. Araştırmanın Yöntemi.....	76
2.2. Evren Ve Örneklem	77
2.3. Verilerin Toplanması.....	78
2.4.Araştırmanın Dahil Edilen Grup Ve Dışarıda Kalan Grup	79
2.5. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	79
2.6. Araştırmanın Bulguları	80
2.6.1. Ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin bulgular	88
2.6.2. Hastanın son evresini belirleme ölçütlerine yönelik bulgular.....	97
2.6.3. Tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin bulgular.....	109
2.6.4. Tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamalara ilişkin bulgular	119
2.6.5. Tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin bulgular	131
2.6.6. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerine ilişkin bulgular	146
2.6.7. Tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin bulgular.....	164
2.6.8. Yaşamın kutsallığına ilişkin bulgular.....	177

3.BÖLÜM

NİTEL BULGULAR AÇISINDAN TARTIŞMA

3.1 Nitel Bulgular Açısından Tartışma.....	203
3.2 Manevi Başa Çıkma Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi	205
SONUÇ VE ÖNERİLER	211
KAYNAKÇA	214

EKLER.....	220
EK-1 Tablo 1. Kodlamalar	221
EK-2 Tablo 2. 1.soruya verilen cevaplar	229
EK-3 Tablo 3. 2.soruya verilen cevaplar	236
EK-4 Tablo 4.3.soruya verilen cevaplar.....	243
EK-5 Tablo 5.4.soruya verilen cevaplar.....	247
EK-6 Tablo 6.5.soruya verilen cevaplar.....	253
EK-7 Tablo 7. 6.soruya verilen cevaplar	260
EK-8 Tablo 8. 7.soruya verilen cevaplar	269
EK-9 Tablo 9. 8.soruya verilen cevaplar	278
EK-10 Tablo 10. Girişimsel olmayan etik kurul.....	287
EK-11 Tablo.11. Doktor Görüşme Formu	288
EK-12 Tablo 12. Başhekimlik ön izin formu	289
EK-13 Tablo 13. Anestezi yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu.....	290
EK-14 Tablo 14. Cerrahi yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu.....	291
EK-15 Tablo 15. Genel yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu	292
EK-16 Tablo 16. Onkoloji klinik sorumlusu bilgilendirme formu	293
EK-17 Tablo 17. Palyatif bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu	294

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1.1. Glasgow koma skor tablosu.....	23
Tablo 1.2. Belçika'nın Flanders bölgesinde 1998, 2001, 2007 ve 2013 yıllarında ötanazi ve diğer yaşam sonlandırma uygulamalarının yaygınlığı.....	41
Tablo 1.3. Aktif ve pasif ötanazi arasındaki farklar.....	62
Tablo 1.4. Erik Erikson'un (1950/1963) psikososyal gelişimin sekiz aşaması.....	72
Tablo 2.1. Araştırmaya katılan uzman doktorların demografik özellikleri.....	80
Tablo 2.2. Demografik dağılımları itibariyle kod sistemi.....	82
Tablo 2.3. Katılımcıların görüşlerine göre kod ve frekans değerleri genel tablo.....	83
Tablo 2.4. Katılımcıların ötanazi talebine ilişkin değerlendirmeleri.....	95
Tablo 2.5. Katılımcıların ötanazi talebine ilişkin değerlendirmeleri.....	107
Tablo 2.6. Katılımcıların tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin değerlendirmeler.....	117
Tablo 2.7. Katılımcıların tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamaları.....	129
Tablo 2.8. Katılımcıların tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin değerlendirmeleri.....	144
Tablo 2.9. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşleri.....	162
Tablo 2.10. Katılımcıların tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin değerlendirmeler.....	175
Tablo 2.11. Yaşamın kutsallığı çerçevesindeki kodlamaların sınıflandırılması.....	185
Tablo 2.12. 8.soru cevaplarının yüzdeleri tablosu.....	202

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. Ötanazi boyutları.....	9
Şekil 1.2. Kavramsal model: bağımsız değişkenlerin (kişisel ve çekişmeli tutumlar ve insan onuruna verilen değer) ve arka plandaki değişkenlerin (kişisel ve dini özellikler, psikolojik ve sosyo-politik özellikler) bağımsız değişken üzerindeki etkileri (yaşam hakkı, ölüm cezası, ötanazi ve kürtaj).....	38
Şekil 1.3. Hekimin etik sorumluluğu.....	66
Şekil 2.1. Katılımcıların çalıştığı şehirler.....	83
Şekil 2.2. Ötanaziye ilişkin değerlendirmeye yönelik kodlar.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Şekil 2.3. Katılımcıların ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin yüzdelik oranları.....	95
Şekil 2.4. Hastanın son evresini belirleme ölçütlerine ilişkin kodlar.....	96
Şekil 2.5. Katılımcıların ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin yüzdelik oranları.....	106
Şekil 2.6. Tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin kodlar.....	108
Şekil 2.7. Katılımcıların tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin yüzdelik oranları.....	117
Şekil 2.8.4.soruya verilen cevapların kodlamaları.....	118
Şekil 2.9. Katılımcıların tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamaya ilişkin yüzdelik oranları.....	128
Şekil 2.10. Tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin kodları.....	130
Şekil 2.11. Katılımcıların tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin değerlendirmelerine ilişkin yüzdelik oranları.....	143
Şekil 2.12. Katılımcıların hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerine ilişkin kodlar.....	145
Şekil 2.13. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerinin yüzdelik oranları.....	185

Şekil**Sayfa**

Şekil 2.14. Tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin kodlar163

Şekil 2.15. Katılımcıların tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin yüzdelik oranları.....175

Şekil 2.16. Yaşamın kutsallığına ilişkin kodlar176



RESİMLER DİZİNİ

Resim	Sayfa
Resim 1.1. Koma ve beyin ölümü.....	25
Resim 1.2. Jack Kevorkian Van-Post.....	49
Resim 1.3. Patoloji Uzman Doktor Jack Kevorkian ve ölüm makinesi.....	56
Resim 1.4. Bebek Jane anısına yapılan mezar	61
Resim 1.5. Ötanazi Treni.....	89
Resim 1.6. Ölüm makinası SARCO	89



GİRİŞ

Ötanazi bir kişinin veya bir hayvanın yaşamını, yaşamlarının dayanılamayacak durumda olarak algılanması sebebiyle, acısız veya çok az acıtan bir ölümcül enjeksiyon yaparak, yüksek dozda ilaç vererek veya kişiyi yaşam destek ünitesinden ayırarak sonlandırmak olarak tanımlanmaktadır.¹ Ötanazi uygulamasının birçok yolu ve tercihi var fakat yasal işleyişte dozaj ile uykuya daldırılarak kalbin durmasını sağlayan bir yöntemdir. Kişinin bir uzman yardımıyla ölme talebi ötanazi iken hastanın öldürme hareketini bizzat gerçekleştirdiği hallerde ötanaziden söz edemeyiz.² Türkiye Cumhuriyeti'nin işleyiş düzenine baktığımızda, yasal olmayan ancak dünya köyünde git gide yaygınlaşan ve öldürmeye yönelik yasaların zayıfladığı uygulama olan ötanazi, insanlığın varoluşuna karşı yapılan suistimal tartışmalarını da beraberinde getirmiştir. Yaşamla sorunu olan bireyin elinden tutup hayatına yön vermek, sıkıntısını bertaraf edecek yol göstermek, her durumda yaşamı odağına almasını öğretmek yerine özgürlük çerçevesinde hayatına son verilmeye iteklenmiştir. Bu temel etik ve ahlaki sorunun dünyada kırılgan grupların, büyük projelerde ayakbağı olduğu düşünülüp ölüme sürüklenmesi ve buna da "özgür yaşamak" ve "mutlu ölmek" adı altında fikrin uygulamaya geçirilmesi, devlet politikalarının insan elemesine yönelik projelerin ivme kazanmasına sebep olmuştur ve daha da kötüleşen tabloyla devamı da gelecektir. Özellikle büyük krizlerin ardına yetişen hekimlerin hasta uygulamalarında, yaşamın önemini belirten bir noktaya geldiğini çalışmalar göstermektedir. Bu süreçte Türkiye olarak aile köklerimiz, ölümü kucaklayış biçimimiz ve manevi açıdan yoğurulan bir ülkenin değerleriyle beraber yaşamın kutsallığında yetişen hekimlerimizin nasıl bir yol izledikleri çalışmada belirlenmiştir. Çalışmanın temelinde yaşam ve tedavi hakkının manevi açıdan boyutları analiz edilmiştir. Ötanazi uygulamasında hekimlerin tedavi planlayıcısı olduğundan dolayı görüşme sistemi hekimler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ötanazi çalışmasında dini, etik, manevi, hukuki kavramlara odaklanılmış ve yaşamın kutsallığı çerçevesinde ele alınmıştır. Değerlendirme nitel çalışma üzerinden içerik analizi şeklinde betimlenerek kodlanmıştır.

¹ <https://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96tanazi> , Wikipedia, Ötanazi

² ARTUK, Mehmet Emin, YENİDÜNYA, A. Caner, Ötanazi, Hukuk ve Etik Boyutu ile Ötanazi, Derleyen Nur Centel, İstanbul 2011, s. 114

1. BÖLÜM

ÖTANAZİ KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

1.1.Ötanazinin Tanımı

“Güzel ölüm” anlamına gelen ötanazi kavramı dilimize Grekçe’den (euthanasia) geçmiştir. Kelimeye uygulama açısından ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilme olanağı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesi halidir.³ Hekim eliyle uyutma işlemi, ölümü erkene alma veya tedaviden mahrum etme de denebilir. Terk edilme kısmında irade söz konusu olabildiği gibi iradesizlikle de yapılabilmektedir. Ucu açık bu uygulama hem hukuksal hem de tıbbi açıdan her dönemde tartışılmıştır. İhtimal ve ihmal edilme gerçeğiyle ilgili çok sorular akıllara gelmiş ancak cevabı kesin bir netlikle verilememiştir. Ötanazi uygulaması bazı ülkelerde benimsenmiş bazılarında bütünüyle reddedilmiştir. Mutlak bir doğru içermeyen ve öznel yaklaşımlarda yer alan ötanazi kavramı, kişinin yaşadığı ülkede yasal hizmet ne kadarına müsaade ederse, sistem o çizgiye kadar bireysel özerklik sağlamaktadır.

Ötanazi sözcüğü eski Yunanca eu (iyi) ve thanatos (ölüm) sözcüklerinden türetilmiş olsa da, “iyi ölüm” kavramı gerek uygulama gerek kavramın yasal zemini zamanla değişmiştir. Modern Çağ’da ötanazi teriminin ilk kullanımı, ötanazinin “acı ve acı olmadan, yaşamdan ölüme adil ve kolay bir geçiş” anlamına geldiğini yazan erken 17. yüzyıl filozofu Francis Bacon’a atfedilmektedir.⁴ Ancak üç yüzyıl sonra, ötanazi, II. Dünya Savaşı sırasında hastalıklı ve engelli kişiler de dahil olmak üzere “yaşama değer olmayan yaşamı” ortadan kaldırmak için geliştirilen Nazi “ötanazi programı”nın devreye girmesiyle olumsuz bir çağrışım kazanmıştır. Böylelikle ötanazi sağlık yasalarında ortak bir uygulama yerine subjektif karar aşamasında yerini almıştır.⁵

Stedman’ın tıp sözlüğünde ötanaziye ilişkin olarak iki tanım yer almaktadır. İlki ağrısız ölüm, sakın ölüm nitelemesi; ikincisi ise tedavisi olmayan ve ağrılı hastaların bilinçli veya bilinçsiz suni olarak yaşamına son verilmesidir.⁶ Sağlık kurumlarında çalışan personel için öncelikli olarak yaşam hakkı ön planda tutulmaktadır. Hastanın son evrede çok acılar içinde olması ve tedavisi olmaması hekimin yani uzmanın görüşü kapsamında değerlendirilir. Ötanazinin turizm halini aldığı şu son dönemlerde sadece hastalık veya çaresizlik için değil yalnızca ölümü tercih etmeyle de yapılabildiği ve yasallaştığı açıkça görülmektedir.

3 Kudret Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2000, s. 11.

4 Erdem Özkara, *Ötanazide temel kavramlar ve güncel tartışmalar*. Seçkin, 2001.

5 Andrej Michalsen ve Konrad Reinhart. “Euthanasia”: a confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate. *Intensive Care Medicine*, 2006, 32: 1304-1310.

6 Stedman’s Medical Dictionary, Baltimor, 1982, s.494.

Hukuksal açıdan ele alacak olursak, kişinin temel hak ile doğduğunun realitesi dünyadaki tüm ülkeler için geçerlidir. Hak ve hürriyet açısından önemli olan bu konu belli bir çerçeve kapsamında her alanda varlığını göstermiş ve literatüre göre genişletilip dâhil edilmiştir. Bazı yasalar yaşama hakkını fazlasıyla erozyona sokmuş olsa da sonuçta tercih hakkını da “kaderini belirleme” olarak süreçte insanı da dışarda bırakmamıştır. Ama kendini öldürme yasaları her daim yaşama hakkının karşıtı olarak kalacaktır. Bu açıdan ötanazi bir “ölüm hakkı”dır.⁷ Hukuksal olarak belli koşullar altında ölümü hukuken uygun görme söz konusuysa “ normatif ölüm hakkı”; mahkeme kararı ile uygulanırsa “kazai ölüm hakkı” denir.⁸ Hem tıp hem de hukuk açısından yeterli bir tanım olmadığından, uygulamadaki kesin durumların belirlenememesi ve düzenlemede sınırların belirlenemeyip yetersiz kalması boşluklarla beraber etik olmayan ihlallere açık kapı haline gelmiştir. İhlal düşüncesine karşı tedbir amaçlı olan bazı ülkeler yasal prosedür haricinde resmiyette izin vermeyip uygun koşullar sağlandığında mahkeme kararına riayet ederler.

Literatürde ötanazi ile birlikte ele alınarak karşılaştırılan kavramların başında intihar gelmektedir. **İntihar**, Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi veya hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya iş olarak tanımlanmaktadır.⁹ Bir insanın kendi yaşamına son vermesi intihar yani kendi tercihiyle bireysel teşebbüsle ölüm anlamı ifade etmektedir. Psikoloji ve psikiyatri alanında intihar konusu ile yakından ilgilenen düşünürler, geleneksel bir tartışmadan daha ziyade psikanalitik ve sosyolojik bakış açısı sunmuşlardır. İntiharın sosyolojik analizine en çok değinen kişi ise Emile Durkheim’dir.¹⁰ İntihar kavramı her durumda varoluşsal bir sorunsaldır. Yani bir başka deyişle “*insan varoluşu ve özgürlüğü, daha baştan birbirinden ayrılmaz iki ögedir.*”¹¹ Birey olmanın getirdiği yalnızlık ve korkuyu aşmanın tek yolu, benliğimizden ve varoluşumuzdan kaçmak değildir. İnsan, maneviyatla ve bilinçli yaşam boyutuyla, sevgiye ve üretkenliğe dayalı aşkın bir bağ kurarak da bu konudaki sıkıntılarını aşabilir.¹² İnsan kurduğu bağların yanı sıra, bu zorluklarla mücadelede asıl kendi kimliğini oluşturacak ve daha sağlam temellerle hayata bakabilecek konumda olacaktır. Arayışının sonu ölüme kolayca teslim olmak değil yaşamının hakkını vererek bazen de bedel ödeyerek en derin duygularla yaşamaya devam etmesi gerektiğini bilmesi anlamlı bir hayatın kapısını aralar.

İntihar, zorlama olmaksızın, kişinin kendi eylemleriyle kasıtlı olarak kendi ölümüne neden olması olarak kabul edilir. Aktif gönüllü ötanazi, kişilerin kendi istekleri doğrultusunda,

7 Y. Furkan Şen. Yaşam Hakkı: İdam, Kürtaj, Ötanazi ve Siyasal Sorumluluk. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015, 19.2: 1-26.

8 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s. 12.

9 TDK Sözlük Erişim 2024)

10 Bedri Katipoğlu, “Din Psikolojisi Açısından İntiharın Psikanalizi”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* Cilt: 8 Sayı: 39, ağustos 2015, s. 1065.

11 Erich Fromm. Özgürlükten Kaçış,(Çev: Şemsa Yeğîn) Payel Yayınları. *Basım, İstanbul*, 1996, s. 40.

12 Erich Fromm. Özgürlükten Kaçış, s. 41

zorlama olmaksızın kasıtlı olarak ölümünü gerçekleştirecek bir uzmandan yardım alarak ölmesi olarak değerlendirilebilir. Her durumda “ölüme neden olma niyeti” unsuru mevcut olduğundan, karşılaştırma yapılması uygundur. İstemli ve istemsiz ötanazide, ölen kişi adına bu niyet mevcut değildir; dolayısıyla bu durumlarda ötanazi, bu kritere göre intihardan farklıdır; pasif ötanazide ise aleni can alma eylemi ortadan kaldırılır ve dolayısıyla uygunluk burada azalır.¹³

İntihar konusunda Kant'ın mantığı göz önünde bulundurulduğunda, deontoloji intiharın başlı başına yanlış olduğunu ilan eder. Kant'a göre, rasyonel varlık nihai saygıyı gerektirir ve bu nedenle, onu acı çekmekten kurtarmak için rasyonel varlığı yok etmeye yönelik herhangi bir girişim, irrasyonel olacaktır ve dolayısıyla, irrasyonelliği nedeniyle insanlık durumunun alçaltılması olacaktır. Dolayısıyla Kant'a göre kişinin hayattaki bir sorundan, acıdan veya dehşetten kaçınmak için kendi canına kıyması, kendini amaç değil araç olarak kullanması anlamına gelir ve bu nedenle her zaman yanlıştır. Ancak eğer deontolojik yaklaşımda evrenselleştirilebilirlik fikri en üst düzeyde görülüyorsa, eylemi gerçekleştiren kişinin, koşulların aynı olduğu her durumda, intiharın doğru hareket tarzı olacağını söyleyebilmesi gerekir. Ross'un deontoloji formülasyonu Kant'ın bu argümanını desteklemektedir. Bu formülasyonda, özerklik baskısız, kısıtlamasız ve rasyonel bir şekilde uygulandığı sürece özerkliğe saygı ilk bakışta bir görev haline gelir. Ancak Kant'a göre bu, eylem için yeterli destek olmayacaktır, çünkü ona göre eylemin kendisi mantık dışı olacaktır.¹⁴

Ross'un deontoloji formülasyonu ele alındığında, eğer bir hasta ölümü talep ediyorsa ve rasyonel, özerk bir varlıksa, buna saygı duymanın o dileği yerine getirmeyi gerektireceği görülebilir. Bu şekilde ölen kişi tam özerkliğini ifade ediyor. Ancak özerkliğin temelinde, yaşam hakkının varolması temel şarttır ve bu yüzden ötanazinin kabul edilmesinde bir sorun olduğu açıkça görülmektedir. Bu sorun, kişinin kendi iradesine yapılan suikasttır ve dolayısıyla bir kişinin özerklik adı altında ölüm istemesinin başka bireyi de etkilemesidir. Ötanazi talebinde bulunan kişinin talebi kabul edilirse, birisinin öldürme işlemini gerçekleştirmesi gerekir. İntiharın özelliklerinden biri de hastaların istekleri ile sağlık çalışanlarının talimatlarının açıkça çeliştiği nadir zamanlardan biri olmasıdır. Sonuç olarak, profesyoneller intihara meyilli kişileri zor kişiler olarak ve kendi çıkarlarına aykırı hareket eden kişiler olarak görme eğilimindedir. Bu intiharı kınamak için ahlaki bir neden değil, psikolojik bir nedendir. Sağlık profesyonelleri, eğer hastalar problemlere ve olası çözümlere ilişkin profesyonel algılamaları kabul ederse, hastalara bazı özerkliklerden feragat etmeye isteklidirler. Bundan sapma hemen kabul edilmez. Profesyoneller genellikle, akıl hastalığının bu özerkliğin kabul edilebilir şekilde kullanılmasını tehlikeye attığını düşündüğü hasta özerkliğine katılmazlar.¹⁵

13 Ian Beech. “Suicide and voluntary active euthanasia: Why the difference in attitude?.” *Nursing ethics*, 1995, 2.2: 161-170, s. 165.

14, Ernle Young. “Assisting suicide: An ethical perspective”. *Issues L. & Med.*, 1987, 3: 281.

15 Raanan Gillon. Philosophical medical ethics. Rights. *British Medical Journal*, 1985, 290.6485: 1890.

Normal şartlarda sağlık profesyonellerinin eğitimleri, insan hayatını sona erdirmek üzere değil kurtarmaya veya iyileştirmeye yöneliktir. Ötanaziyi talep eden hastaların, başvurdukları profesyonelin, talebin gerçekleştirilmesi durumunda, ölen kişi özerklik yasalarından yararlanmaktadır; ancak profesyonel aynı konumda olmayabilir. Profesyonel, ölüme yardım etme konusunda herhangi bir müdahalede bulunmaktan kaçınmak isteyebilir ancak hastanın isteklerine uyma konusunda baskı hissedebilir. Bu nedenle, özerkliğe tam olarak saygı gösterilmesi için, talep eden ve talebi yerine getiren şeklinde iki taraflı düşünerek özerkliği uygulama konusunda eşit fırsat tanınmalıdır.¹⁶

Hastalık ve intiharın kötülük problemi açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Yani dünyada acılar, kötülükler, seçeneksizlikler ve çaresizlikten yapılan zarar verici eylemlerin temeli kötülük probleminin tartışmalarını akla getirmektedir. Bu dünyayı bir öğreti alanı olarak kabul eden her inananın, bu çözümü benimseyebileceği de düşünülebilir. Ancak teorik anlamda bunun, bütün sorunları hallettiği de söylenemez. Çünkü neden İlah, insanları böyle bir dünyanın zorluklarıyla yüz yüze getirmiştir? Cennette vaat edilen kusursuz hayat, bu dünyada da olamaz mıydı? Dileseydi İlah insanları, kusursuz bir robot, bu âlemi de iyi dizayn edilmiş bir makine gibi yaratabilirdi. Fakat bu durumda insan, İlah'ın kendisine çok şey vermiş olduğunu asla kabul edemezdi.¹⁷

1.2. Ötanazinin Tarihçesi

Oxford Sözlüğü, klasik Yunanca kullanımında "ötanazi" teriminin "nazik ve kolay bir ölüm" anlamına geldiğine dikkat çekmektedir. Terimin modern anlamda "nazik ve kolay bir ölüme neden olma eylemi" anlamında kullanıldığını ancak on dokuzuncu yüzyılın son on yıllarında görülmektedir.¹⁸ Antik Yunan ve Roma devrinde rastlanan ötanazi, temelinde felsefe ve tıp tarihinde milattan önceye denk gelmektedir. Etimolojik olarak Eue=güzel, Tanasium= ölüm köklerinden oluşan ve Eutanasium adı altında anılan "güzel ölüm" o dönemde pek çok filozofun düşüncelerini süslemiştir. Ölümün onurlu vedayla yapılması gerektiğine inanan gruplar bu süreci felsefi açıdan da hızlandırmıştır. Ölüm korkusunu besleyerek yaşayan bireyin, kendini uyutarak öldürmeyle, kaderin belirsizliğini ortadan kaldırdığını ve kaygı düzeyinin azaltılmasına çare olarak gördüklerinden, varlıklarına kastı etik kurallarına aykırı olarak görmemişlerdir. Onurlu bir şekilde ölmeyi kişinin kendi iradesiyle yaptığı veya vedanın yollarından biri diye seçtiği bir seçenek olarak görmüşlerdir. Geline bu noktada toplumun etik

16 Odumayak Okpo. "Physician-patient relationship: a rossian deontology approach to medical ethics." *The Abraka Journal of Religion and Philosophy*, 2022, 2.1&2: 241-273.

17 Şaban Haklı. Kötülük problemi, yaklaşımlar ve eleştiriler. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2002, 1.2: 195-211, s. 208.

18 Craig Paterso,. On clarifying terms in applied ethics discourse: Suicide, assisted suicide, and euthanasia. *International philosophical quarterly*, 2003, 43.3: 351-358, s. 356.

değerleri üzerine düşünen filozoflar, halkı bu yönde teşvik etmiş ve insanı, süslenmiş bir ölüm algısıyla ikna edip huzurla uğurlandığını düşündürmüşlerdir. 19

Neron'un hocası Senecaa, "Bineceğim gemiyi, oturacağım evi seçiyorsam, ölümümü de seçmeliyim" deyişi ile bilinirken, öğrencisi Neron'un izni üzerine kendi iradesiyle intiharı seçmiştir.²⁰ Eflatun ise, çabuk ve acısız ölümün tedavisiz hastanın ağrı ve acılara karşı daha iyi olduğunu düşünmüştür. Antik Roma döneminde ötanazi davranışının soylu bir davranış olduğu savunulmuştur. Ancak Roma döneminden bugüne benzer bir uygulama olan hekim yardımlı intihar o dönemde hekimlerin (asiste intihar) istedikleri bir durum olmadığını belirtmek gerekir. Roma hükümdarı Hadrianus intihar etmek için yardım istediğinde doktoru bunu yapmaktansa, kendisi intihar etmeyi tercih etmiştir.²¹ Tarihsel süreçte özellikle engelli doğan çocuklarla, amansız hastalığa yakalanan bireylerin üzerinden bu kavram öne çıkmış ve zamanla da sınırları genişletilip yasal boyutuna ulaşmıştır. Japonların onursal ölümle ilgili olan Harakiri'de bir çeşit ötanazi sayılmaktadır.²²

Tıbbın temel şahsı olan Hipokrat'ın bugün hala kullanılan Şifacı Yemin'inde geçen, talep edilse dahi hiç kimseye öldürücü zehir vermeme veya tavsiye etmemeye söz verilmiş olduğu asırlar öncesinde bile tartışıldığının bir göstergesidir. Başka bir örnek verecek olursak Napoleon'un askerlerinin yaşamına son vermek için kendisine öldürücü bir ilaç sağlanmasını istediğinde, "hekimlerin görevinin insanları öldürmek değil tedavi etmek olduğu" cevabını aldığı bilinmektedir.²³ Avrupa'da ötanazinin tam anlamıyla sözlüğe girmesi 17. yy da olmuştur. Bu tarih özellikle Avrupa coğrafyasında önemli dini tavizlerin verildiği ve yeni bir düşünme biçimi kazanıldığı bir dönemdir. Uzun zamandır inandıkları tabuların kendilerini kullandığını öğrenen halk, bu tabuların yıkılmasıyla yeni ve sorgulayıcı bir bakış açısını da beraberinde getirmiştir. Bu yüzden din ve din adamlarına karşı güvensizliğin baş göstermesi ile halkın, dinin intiharı yasak etmesini de sorgulamaya başlamışlardır. Böylelikle kapalı düşünceler, özgün bir yaşama yerini bırakırken maneviyatı ve anlamlı yaşamayı git gide deformeye uğrattıkça ölmeyi de fazlasıyla cesurlaştırmışlardır. Buna örnek verecek olursak örf, adet, folklor ve tarih konusunda hazine değerinde eserler bırakan Aubrey Harvey isimli roman kahramanının doktor arkadaşı Sir Charles Scarborough tarafından yardım edilen ötanazi sonucunda ölmesini "kendisine kısa yoldan pasaport verildi" şeklinde tanımlamıştır²⁴

19 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s. 5.

20 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s. 5.

21 Tad Cowley, Ernle Young, Thomas Raffin, A. Care of the dying: an ethical and historical perspective. *Critical care medicine*, 1992, 20.10: 1473-1482.

22, Joseph M Pierre. "Culturally sanctioned suicide: Euthanasia, seppuku, and terrorist martyrdom. *World journal of psychiatry*, 2015, 5.1: 4.

23 Güven, Kişilik Hakları ve Ötanazi, s. 6.

24 Michael Stolberg; Logan Kennedy ve Leonhard Unglaub. *History of palliative care, 1500-1970*. Cham: Springer, 2017.

Felsefi açıdan varoluş kavramını benimsemiş olan filozoflar, bir şekilde ölmeyi de destekler hale gelmişlerdir. Hekimlerin, filozofların, bilginlerin, insanı hayatta tutmaya yönelik çabaları düşünüldüğünde, yaşamsal imkanları iyileştirmeye ve varoluş fikrine ithafen uygulamaları, nasıl oldu da süreçte ölmeyi de bir tıbbi gelişim olarak kaydetmeye başlamıştı. Zaten yapay destek, cihazlar, tedaviler olmasa birçok kişi hayattan ayrılacakken bunca çaba ne içindi? Ötanazinin tarihi sürecine ve de bugün ki uygulamasına bakarsanız artık keyfi tercihler için hiç de zorluk yaşanmadan ölüme onay verildiğini göreceksiniz. Tabi ki tıbbi teknolojinin sınırlılıkları da gelişimin yanında gelmiştir. Tıbbi imkânların seferberliğinde hasta, olduğundan daha uzun ve sancılı bir süreçle birlikte mali yük de getirmiştir. Bunun üzerine devletlerin belli bir aşamadan sonra aldıkları kararlar genellikle benimsedikleri politika doğrultusunda da devam etmiştir. Ülkelerin politikaları, sağlık sektöründe de yeni bir alan tanımlamıştır ve bu alan, imkâna erişmek isteyen bireyin yasal haklarından ve yönetmelikten haberdar olmasını sağlayan bir kanal olmuştur. Ülke yasaları, tedavi verenlerle tedavi alan arasında bir nebze arabulucu işlevi görmektedir. Hasta hakları sadece hastanın iyileşmesine yönelik değil tedavide gelinecek süreci ve sonucunu da yasal boyutuyla ele almaktadır. Doktorun temel görevi, hastaya tedavi ederken elindeki imkânların doğrultusunda yaşatmayı öncelik haline getirmesidir. Ötanazinin yasal olduğu ülkelerde hastanın rızası doğrultusunda süreç sonuca bağlanabilir ve kişinin sağlık şartları taşımasına bağlı bir analiz yapılır, iki uzman onayıyla ötanaziye karar verilebilmektedir. Bazı ülkelerde bu karar hukuksal olarak çözülürken bazı ülkelerde alanında yetkin bir uzman hekim ya da 2 konsülte doktor imzası ile onaylanmaktadır. Ama birey bu kararı verebilecek durumda değilse, en az iki hekimin görüşü, ülkede tanımlanmış resmi mümessil görüşü veya mirasçıların karar ve onayına başvurulmaktadır. Bazı ülkelerde ise vasiyetname karar sürecinde etkin olabilmektedir. Yaşam döngüsünde terminal döneme girmiş hastalar (Bir yıl içinde ölümü beklenen), yaşam tedavi desteğinin çekilmesine karar verirse (DNR- Do Not Resuscitate order) belli ayırt edebilme gücüne sahip olması varsayılmıştır.²⁵

1980'li yıllarda Hollanda, iradeli ötanaziye hemen uygulamış ve hiçbir cezai işlem tanımlamamıştır. Sadece belli hukuksal ve tıbbi şartları karşılayan bireyin talebinin, check-list anlayışıyla kolaylıkla uygulanabilirliği yasayla teminat altına alınmıştır. Böyle bir tanımla uygulanmasına cesaret edilemeyen bu yıllarda, diğer ülkelere örneklik açısından Hollanda baş rol oynamıştır. Sağlanan şartlarda hastanın karar verebilecek ve ayırt edebilecek yetkinlikte zihin sağlığı ve açık ifade edebilme özelliği, alınan kararda ısrarcı olması, hastanın katlanamayacağı bir ağrı sürecindeki durumu ve uzmanlar tarafından belirlenen teşhisin tedavisinin olmaması, ötanazi üzerinden cezai sorumluluğu kolayca kaldırabilmiştir. Bu açıdan açık uçlu yasa kendi döneminde sağlık sektöründe yeni bir devrim niteliği taşımıştır.

25 Douglas B. Craig, "Do not resuscitate orders in the operating room." *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 1996, 43: 840-851.

1989 yılında Amerika’da çıkan hastanın “kendi kaderini tayin yasası” (The Patient Self-Determination) süreçte hekimlerin işlerini kolaylaştırmış ve bir nebze hukuki ve tıbbi sorumluluktan kurtulmuşlardır. Ayrıca bu yasayla birlikte kararı alan doktorlar, hastanelerin içinde bulunan etik komiteleriyle birlikte görüş alışverişi sağlamıştır. Yani asiste intihar, tek bir hekim tarafından yapılmamaktadır.²⁶

Türk Hukuk sistemine baktığımızda ötanazi dokunulmaz, devredilemez ve vazgeçilmez hak anlayışı²⁷; ardından yaşam hakkı²⁸; işkence ve eziyet yasağı ile insan haysiyeti ile bağdaşmayan ceza ve muamele yasağı²⁹ ve özel yaşama ve aile yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkı³⁰ bağlamında ele alınmaya elverişlidir.³¹ Bununla beraber Anayasa’da yaşam hakkının korunmasından yararlanamayacak haller şöyledir:

“Meşru müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir tutuklu veya hükümlünün kaçmasının önlenmesi, bir ayaklanma ve isyanın bastırılması, sıkıyönetim ve olağanüstü hallerde yetkili merciin verdiği emirlerin uygulanması sırasında silah kullanılmasına cevaz verdiği zorunlu durumlarda meydana gelen öldürme fiilleri”.

Yani anayasal süreçte ölme veya öldürme boyutu tamamen kapalı değildir ancak yasaların koyduğu belirli bir sınırlama mevcuttur. Ayrıca hukuksal olarak betimlenirken hukuk devlet anlayışında *“hukuk kurallarının konuluşunda ve yorumlanmasında, insan canı ve sağlığının en yüksek ve en önemli değer olduğu yolundaki bu temel ilkenin sürekli olarak göz önünde tutulması zorunludur”* temeline dayandırılmaktadır.³²

Hukuksal açıdan kişinin yaşam hakkı öncelik iken bireysel ötanazinin sorunsalında, yaşamı ve bedeni üzerinde karar vermesini de içeren “bireysel özerklik”, hastalık nedeniyle depresif, savunmasız, algıları ve karar yeteneği zayıflama riski altında bulunan bireyler bakımından, diğer temel hakları kullanmanın koşulu olan bir başka haktan vazgeçmeyi kolaylıkla sağlayacak kanuni düzenlemelere izin veremez.³³

Son olarak Türkiye Cumhuriyeti’nde hem hukuksal hem de sağlık olarak geçmişi olmayan ötanazinin, belli sınırlar kapsamında yüzeysel olarak değerlendirilmiş ve gündeme nadir gelmiştir. Resmi bir din anlayışı olmasa da toplumsal değerler ve anadolu geleneğinin, ölümü kucaklayış biçiminden çok farklı bir anlayış olan ötanazi, aynı zamanda İslam ideolojisiyle yoğrulmuş halkın, bu değerlere bağlılığı böyle bir yaklaşıma hukuksal açıdan geçit

26 Henry J., Silverman et al. Implementation of the patient self-determination act in a hospital setting: an initial evaluation. *Archives of Internal Medicine*, 1995, 155.5: 502-510.

27 Anayasa madde 12/1

28 Anayasa madde 17/1

29 Anayasa madde 17/3

30 Anayasa madde 20/1

31 Nur Centel. Hukuk ve etik boyutuyla ötanazi, hak ve özgürlükler temelinde ötanazi. XII Levha Yayıncılık, 2011, s. 20.

32 AYM, E. 1975/198, K. 1976/18, K.t. 18.3.1976.

33 Nur Centel, Hukuk ve etik boyutuyla ötanazi, hak ve özgürlükler temelinde ötanazi, s. 22.

vermemiştir. İslam’da “Allah” inancıyla birlikte doğan kişinin, doğumuna karar veremediği gibi ölüm zamanının da yaratıcıya bırakılması gerektiğini savunmaktadır. Ancak gelişen tıp şartlarında ölmesi gereken hastanın mekanik müdahalelerle yaşayan-ölü durumuna gelmesi, yapay yaşam açısından tedaviye ve hastalığa cevap vermeyen ilaçların kesilmesi sadece konforlu şekilde ölmesi için destekleyici tedavilerle devam edilmesi Türkiye Cumhuriyeti sağlık sisteminde tercih edilebilmektedir.

1.3.Ötanazinin Boyutları

Ötanazi tek başına ve tek taraflı düşünce sisteminden doğmuş bir kavram değildir. Aslında insan için dönülmez noktaya gelene kadar tüm sistemin devrede olduğu ve konsülte edilmesi gereken bir uygulamadır. Bu boyutlar belli başlıkta incelenmiştir ve Alfred Adler, Lazarus, McKhann teorisyenlerin kaynak ve kuramlarından yararlanarak tablodaki sisteme göre düzenlenmiştir.



Şekil 1.1. Ötanazi boyutları

1.3.1. Psikolojik boyut

Psikoloji, bilgilerini bireylere, aile gruplarına, topluluklara ve topluma faydalı olduklarına dair kanıtları olan değerlendirme yöntemlerini ve müdahalelerini geliştirmek ve yaymak için kullanma konusunda uzun bir geçmişe sahiptir. Özellikle yas, depresyon, zihinsel bozukluklar, kederi, umutsuzluk duyguları bu popülasyonda bulunabilir.³⁴

Ölüme psikolojik temelli yatkınlık sebeplerinden birkaçını şöyle sıralayabiliriz:³⁵

34 Carole Sinclair, Societal-level ethical responsibilities regarding active euthanasia: An analysis using the universal declaration of ethical principles for psychologists. *Ethics & Behavior*, 2020, 30.1: 14-27, s.19

35 James Drane, F. "Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Killing or Caring". *Theological Studies*, 1999, 60.2: 397.

1. Ağır seyreden psikolojik bunalım
2. Aşağı benlik algısı
3. Tedavisi olmayan yüksek ağırlı fiziksel hastalık
4. Başkasının dikkatini çekme isteği (Alfred Adler- Bireysel Psikoloji)
5. Başkasında suçluluk uyandıracak öç alma hırsı (Alfred Adler-Bireysel Psikoloji)
6. Kendi kaderini belirleme isteği. (The Patient Self Determination)
7. Yaratıcı ile bağ kuramama (aşkın varlıkla anlamlı iletişim yoksunluğu)

Bunlar genel kavramlar olup bireysel olarak ölüm tercih etme sebebi yaş, cinsiyet ve tecrübeler gibi durumlarda farklı etki içinde olduğu söylenebilir. Bireylerin yaşama küsüp, ölümle barışma isteği, temelinde sağlıklı düşünceler ve mutsuz toplumların insanlara, rahat ve sakin yaşamayı öğretmediği kanısındayım. Çünkü birey nereden başlaması gerektiğini bilmezse nerede sonlanacağı konusunda yanılgıya düşmesi olasıdır. Bireyin bu algısı ile hayatına yön verecek öncüllere ihtiyacı vardır. Bu olumsuz yanılgılar birkaç başlık altında incelenmiştir.

1.3.1.1. Ağır Seyreden Psikolojik Bunalım

İnsanlığın bütün tarihindeki muhtemelen en bunalımlı dönem olarak gördüğü 20. yy'da, milyonlarca insanın zihninde, kişinin kendisinin, ailesinin, halkın ve ulusun, insanlığın nereden geldiği ve nereye gittiği, nasılı ve niçini, etkin ve edilgen olarak bir nabız gibi atmaktadır.³⁶ Kişinin kendine yabancılaşması ve öz benliğinden soğuması beraberinde bir buhran dönemi de getirmiştir. Aslında bu buhran döneminde hayattaki duruşuyla her olaya, şahsa ve varlığa kayıtsız kalmasıyla süreci ileri boyutta yaşamaya başlar. Bunun için ilkin *Profan*'ı tanımak gerekir. Sözcük olarak "Mabed'in önündeki İnsan" anlamına gelir. Ne yapıyor bu Mabed'in önündeki İnsan? Mabed'i seyretmiyor. Mabed'i merak etmiyor. Mabed'e girmeye hazırlanmıyor. Mabed'e karşı bir tavır da yok. Mabed'e saldırmayacak. O yalnızca Mabed'in önünde bulunuyor, fakat Mabed'i algılamak bir yana, onunla olumlu ya da olumsuz en ufak bir ilişkisi yoktur. Profan bu noktada kendisini göstermeye başlıyor. Kimdir bu Profan?³⁷ Mabed bir ibadet ve yönelme mekânıdır. "Kendini bulan Rabbini bulur" düşüncesiyle kalbimizi, ruhumuzu mabed olarak düşünmeliyiz yani ilahi cevher aslında benliğimiz ve içimizde taşıdığımız öz. Özümüze yani Mabed'imize kayıtsız kalınca, duygular, düşünceler, ahlak hiçbir şekilde tamamlamıyor varoluşumuzu. Gerçek ideadan uzak sığ bir yaşam karşılıyor bizleri. Gözlerini kapatan insan için bir başka göz daha olduğunu öğretmeden kayıplara karışmayı tercih etmek kolay geliyor. Bu kapsamda bireyin zihin sağlığında dengesini bozacak bir

36 Pitirim A. Sorokin. *On the practice of Sociology*. University of Chicago Press, 1998.

37 Atilla Erdemli, "Profanlaşma" *Yozlaşma, Felsefelogos Dergisi*, Bulut Yayınları, 33-34, 2/3, 2007 (73-81,) s. 75.

hastalığının olması ya da kişilik özelliklerinde zayıf noktalarının zihin oyunlarına yenilmesi olarak düşünülebilir. Birey sağlıklı karar veremez ise yaşadığı olayları iyi analiz edemez ve içinde bulunduğu buhranlı durumdan bir an önce kaçmak ister. Bireyde kaygı düzeyi yükseldikçe sonsuz gibi gelen boşluk kucaklayıverir zihnin karanlık odasında. O boşluk hissinden sonra müdahale ve mücadele edecek gücü kendinde bulamaz. En kolay yolun bu olduğunu düşünür, varoluşuna tümüyle sırt döner ve yaşamın bitmesine karar verebilir. İşte ötanazi kararını da bu boşlukta anlamlı bulabilir.

1.3.1.2. Aşağı Benlik Algısı

Alfred Adler'in belirttiği bu kuram kişinin yetersizlik duygularıyla büyütülmesi ve duygusal gelişimini doyuramadan veya bir başarı elde edemeden hayatını sürdürmesi ve kendiyile ilgili oluşturulan olumsuz yargıları ve yıkıcı temelli kendini gerçekleştiren kehanet üzerine koşulsuz kabul etmesi bir kişilik sorunsalı haline gelmiş demektir. Bu durumdan sonra anlamsız bir yaşam yürütmesi, beklentileriyle yaşantısı arasında büyük hayal kırıklıkları aşağı benlik hissini besler, büyütür ve sonunda yaşamayı ya da herhangi birinin emeğine layık olmadığını düşünmeye başlar. Zamanla anlamsız yaşama son verme ve yük olmama isteği belirginleşir ve hissettiği suçluluk bir şekilde yük olmaya ve nevrotiğe dönmeye meyilli hale gelir.

*"Bu ailemin suçu, kaderim; çünkü ben en gencim, çok geç doğmuştum; çünkü ben bir Külkedisim; çünkü ben belki bu ebeveynin, bu babanın, bu annenin çocuğu değilim; çünkü ben çok küçüğüm, çok zayıfım, çok küçük kafam var, çok çirkinim; çünkü konuşma bozukluğum var, işitme bozukluğum var, şaşıyım, uzağı göremiyorum; çünkü cinsel organlarım hatalı, çünkü erkeksi değilim, çünkü ben bir kızım; çünkü ben doğası gereği kötüyüm, aptalım, beceriksizim; çünkü ben çok duyumsal, fazla açgözlü ve doğal olarak sapkınım; çünkü kolayca teslim olurum, çok bağımlı ve itaatkârim; çünkü kolayca ağlarım, kolayca hareket ederim; çünkü ben bir suçluyum, hırsızım, kışkırtıcıyım ve birini öldürebilirim; atalarım, eğitimim, genetiğim suçlu; çünkü uzun bir burnum, çok fazla saçım, çok az saçım var; çünkü ben bir sakatım; çünkü şımartıldım ve ayrımcılığa uğradım"*38

Bunlar, çocuğun kendine olan saygısını kurtarmak ve suçu başkalarına atfetmek için kaderi suçlayarak yükünü hafifletme girişimleridir. Bu girişimler, nevrozların psikolojik tedavisinde düzenli olarak karşılanır ve her zaman aşağılık duygusu ile ideal arasındaki ilişkiye yönlendirilebilir.³⁹ Nevrotik birey, güvensizlik alanından beslenir, çoğu durumda bu kolayca ortaya çıkar ve yaygın kullanılan temel ölçümlerle kanıtlanabilir. Diğer ölçülmeyen/ölçülemeyen durumlarda birey kendini aşağılıkmiş gibi hisseder ve o duyguya temelsiz güvenip öyle davranır [aşağılık yalnızca öznelidir]. Bununla birlikte, her durumda isteği ve düşüncesi, bu aşınmış, yıpranmış duygudan çıkamazsa, çoğu zihin-gelişimsel alan aşağılık duygusu temeli üzerine oturtulur. Bu duygu göreceli olarak düşünülmelidir çünkü

38 Alexandra ADLER. Alfred Adler's individual psychology. 270..

39 Alexandra Adler. "Alfred Adler's individual psychology". *Teori Dasar Psikologi Kepribadian I*, 1973, 64, s.270.

bireyin çevresiyle olan ilişkisinden ya da hedeflerine doğru gelişmiştir.⁴⁰ Aşağılık hissi genellikle bir zayıflık işareti ve utanç verici bir şey olarak görüldüğünden, doğal olarak onu gizlemeye yönelik güçlü bir eğilim vardır. Gerçekte gizleme çabası o kadar büyük olabilir ki, kişinin kendisi, hissin sonuçlarıyla ve gizlenmesini sağlayan tüm nesnel ayrıntılarla tamamen meşgul olduğundan, kendisinin aşağılık duygusuyla sarmalandığının farkına varmayı bırakır. Bir birey, bu görev için tüm zihnini o kadar verimli bir şekilde eğitebilir ki, aşağıdan yukarıya, yani aşağılık hissinden üstünlük hissine durmaksızın akan zihinsel yaşamının tüm davranışı, otomatik olarak gerçekleşir ve kendi dikkatinden dahi kaçabilir. Bu nedenle, bir kişiye aşağılık duygusu olup olmadığını sorduğumuzda çoğu zaman olumsuz bir yanıt almamız şaşırtıcı değildir.⁴¹ İnsanın aşağılık duygusu bebeklikte yetersizlik anlayışıyla başlar ve çevreyle şekil alır, devam eder. Bu gelişim sürecinin normal seyrinde zamanla aşılabılır ve üstünlük duygusu yerini alabilir. Ancak alınamayıp geri gelişim gösterdiğinde bireyde psikolojik ve nevrotik sıkıntılar baş gösterir. Zamanla kendi işlerini görmesi beklenirken büyüdüğünde de sürekli yardım talep eden yetişkin birey bu duyguyu aşamamıştır ve herhangi bir yardım talebinin karşısında reddedilme yaşaması, büyük hayal kırıklığına uğratar.⁴² Yani çocuklukta kurulan kimliğin, bina inşasındaki iskelenin özerklik kazanması gereken dönemde de kurulu olması aşağılık duygusu barındırır. İşte bu süreç zamanla anlamsız yaşama sebep olur ve çevre tarafından anormal karşılanmaya başlar. Belli süre idare edilirler ancak zamanla dışlanabilirler. Bu dışlanma sonucu birey kendi durumunun farkında olmaz ve aşamazsa, ölüm, ona varlığının bu dünyadan silinmesini kurtuluş olarak vadedebilir.

1.3.1.3. Tedavisi Olmayan Yüksek Ağrılı Fiziksel Hastalık

Öncelikle belirtmek gerekir ki hastalık yoktur hasta vardır. Çünkü hastalık öznel bir deneyimdir ve herkesin hissettiği ölçüler sabit değildir. Herkes aynı hastalıktan muzdarip olsa bile (teşhis ve isim koyma açısından) çok farklı düzey ve derecede hissedebilir. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar.⁴³ Hastanın ağrıların ve acılarının dindirilmesi zor olan, hastalık evresinin yüksek olması, uzun süre acılarla hastane ortamında kalması veya acılarına hiç fayda olmayan dönemde geçmeyen ızdırap, hastanın çözümü hayatına son vermede bulabilir. Bu aşamada mutlaka konsülte edilmeli, sağlıklı düşünme ve telafi sürecinde destek olunarak atlatılmasına yardımcı olunmalıdır.

40 Alexandra Adler. "Alfred Adler's individual psychology, s. 119.

41 Alexandra Adler. "Alfred Adler's individual psychology, s. 119.

42 Alexandra Adler. The Feeling of Inferiority and the Striving for Recognition (W. B. Wolfe, Trans.). In C. L. Stacey & M. DeMartino (Eds.), Understanding human motivation (pp. 466–473). Howard Allen Publishers. 1958, s.26

43 Z. J. Lipowski. "Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine." *Comprehensive Psychiatry*, 1981.

1.3.1.4. Bireyin Dikkat Çekme İsteği

Bu tür bireyler hayata karşı her türlü ilgiden vazgeçerler ve intiharları yoluyla genel dikkatleri çekme ve böylece bir katil gibi yüksek bir üstünlük duygusu elde etme düşüncesi ile doludurlar. "Herkesin yapamayacağı şeyi yaptım. Eskiden kimse beni dikkate almadı; ama şimdi." Yaşam ve ölüm üzerinde efendi olmak, onları, başkalarının hayatını elden çıkaran katil gibidir. İntihar her zaman mükemmel "zekice" argümanlar bulacaktır.⁴⁴ Bireyin kişilik gelişimini tamamlayamaması üzerine bazı dönemlerde kaldığı ve olayları bu şekilde çözme durumu ilerleyen psikolojik bağımlılığın sonucu yaşama kaybına kadar yol açmaktadır. Adler bunu şöyle tanımlamaktadır: bireyin kendini başkasına gösterme çabasıyla intihar girişimi gerçekleşebilir veya dünyada beni görmediniz, farketmediniz, önemsemediniz ancak ölürken unutulmaz olacağım diye düşünüp, ölümün oyun kurucusu imajı ile ötanazi kararı alabilir.

1.3.1.5. Başkasında Suçluluk Uyandıracak Öç Alma Hırsı

Nevrotik bir yaşam tarzını araştırırken her zaman önce nevrotik kişinin hayattaki rakibini ve hastanın arasındaki ilişkiyi çözmek lazımdır ki genelde aile üyesinden biridir. Çünkü nevrozda her zaman bir gizli suçlama unsuru vardır, yani kişi belli bir zamana kadar ilgi odağındadır ve bir tür sebeple odaktan düştüğünü düşünür ya da doğuştan ilgi odağından mahrummuş gibi hisseder ve sorunu sabitlemek ve birini suçlamak ister. Bu tür gizli intikam(öç alma) ve suçlamayla, kişilere ve kurallara karşı savaşırken sosyal aktiviteyi hayatından çıkartıp, sorunlu çocuk ve sürekli memnuniyetsizliklerinden yıldırarak rahatlama bulur.⁴⁵ Bireyin amacı, aile bireylerini olumsuz yönde etkileyerek benliğinin hırçınlığını kabul ettirmek ister. Özellikle iradenin zayıf ama cesaretin yüksek olduğu ergenlik döneminde intihar aslında bir "öç alma" hikâyesiyle başlayabilir. Kişinin amacı ölmek değildir. Çevresinde pişmanlık uyandıracak ve taleplerine boyun eğecek bir intikam duygusuyla beslenir. Bu aşamada yasal olarak ötanazi uygulamasına kolaylık sağlayan ülkelerde, gençlerin tercih etmesi olası durumlar arasında bir sorun teşkil edebilmektedir.

1.3.1.6. Kendi Kaderini Belirleme İsteği

Ötanazi konusundaki tartışmaların çoğunun merkezinde, kendi kaderini tayin ilkesi vardır. İnsanların, neyin hayatı güzel kıldığı, hayatlarını nasıl yönetecekleri hakkındaki kendi inançlarına göre, kendileri için karar vermeye ilgi duydukları varsayılır. Ancak intihar olarak kaderi belirleme işi teorideki kadar olsaydı, sadece kişisel seçim üzerine kurulu şekilde uygulanırdı. Ama bir insanın en temel hakkı olan yaşam hakkını sonsuza kadar bitirmek ve dönüşsüz yola sokmak elbette ki tartışmaya açık bir hal almıştır. Bu durumda ötanazi kaderi

⁴⁴ Alexandra Adler. "Alfred Adler's individual psychology", s.151.

⁴⁵ Alexandra Adler. "Alfred Adler's individual psychology", s. 270.

belirleme isteği bir uzman hekim tarafından uyutularak intiharı talep etmesi demektir. Bu konuda doktoru ve talep eden kişinin hem manevi hem mesleki hem de fiziksel açıdan aktif olması gerekmektedir. Ötanazi artık iki kişi arasında alınan sosyal bir karardır; biri ölmek, diğeri öldürmek için. Temelde doğmamızdaki karar hükmü insan zorlanınca vazgeçilen bir hayat olmamalıdır. Ölüm gününe ve şekline karar vermek, gizli bir güçsüzlüğü beraberinde gezdirir. Yaşam hakkımız, bedeli (mutluluk, ıstıraptan kurtulma) doğruysa başkasına verilecek veya yabancılaştırılacak bir mülk parçası gibi düşünmek ve sonra yabancılaştıktan sonra iznimizle yok edilmek doğru bir seçim değildir ve hiçbir savunma buna cevap veremedi.⁴⁶

1.3.1.7. Yaratıcı İle Bağ Kuramama

Kişinin değer verdiği ve kendi açısından üstün bir varlıkla ayrılması, kişide derin sorunların başlangıcı olabilmektedir. Anksiyeteye çözüm olacak davranış tarzı Horney tarafından şöyle sıralanmıştır:⁴⁷

- 1- Sevgi(affection),
- 2- Teslimiyet(submissiveness),
- 3- Kudret,
- 4- İçe Dönme

Bu maddelere bakıldığında insan için mutlak mutluluk, sağlam temel kişilik taşlarından oluşmaktadır. Yaratıcı'da bulunan sonsuz güce sahip inancı her türlü zorluğun üstesinden gelmek için erken öğrenmiş bir çocuk, hayatı daha kolay alacaktır.⁴⁸ Böylece erken bağ kuran çocuğun hayatta karşılaşabilecek durumlarda güçlü bir duruş sergilemesi olasıdır. Aksi takdirde manevi bir güce yaslanmayan ruh, zihin ve beden bir müddet sonra tatminsizlik ile karşılaşacaktır. W.James'in sözleri buna ışık tutacak niteliktedir;" Tanrı, kişinin ancak iç yaşantılarıyla kendisine ulaşılabilen manevi realitedir".⁴⁹

Yani insanın varoluşundan bu yana aşkın bir varlığa yönelme ihtiyacı insanda teskin edilmeye ve sıkıntılarla başa çıkma olarak yardımcı olmuştur. Bu ihtiyacın giderilmemesi halinde elbette insanın hayatında da belirsizliğe ve boşluğa yol açmaktadır. Sıkıntılarla baş edemediği durumlarda hayattan soğur ve bir kopuş meydana gelir. Zamanla da varoluş ve dünyaya geliş

46 Callahan, Daniel. "When self-determination runs amok." *The Hastings Center Report* , 1992, 22.2, s. 52.

47 Frederick L. Coolidge et al. "On the relationship between Karen Horney's tripartite neurotic type theory and personality disorder features." *Personality and Individual Differences*, 2001, 30.8: 1387-1400.

48 James, W. (1929). *The varieties of religious experience: a study in human nature; being the Gifford lectures on natural religion* (Vol. 70). Modern library, s. ,75.

49 W. James: *The Varieties of Religious Experience*,s. 75.

amacını öğrenemez. Böylelikle yaşamak ve ölmek arasındaki duyguları ayıramaz ve yaşamdan ayrılmak ister.

1.3.2. Sağlık boyutu

Hem bedensel hem zihinsel olarak ihtiyacı olan bireylerin sosyal sorumluluk kapsamında taleplerinin karşılığında yararına olan tedaviyle gerçekleştirildiği iyilik haline “sağlık” denir. Sağlık sistemleri, sağlık eylemleri üretmeye adanmış tüm kuruluşları, kurumları ve kaynakları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.⁵⁰ Bu boyutta hastanede tüm personelin bağlı olduğu yasal sözleşmeleri, tedavi de başlangıç-süreç-sonuç zamanlamasını göz önüne alınarak sağlık sistemi oluşturulmuştur. Kanuni Sultan Süleyman’ın hasta yatağında söylediği söz olarak bilinen “*Halk içinde mu ’teber bir nesne yok devlet gibi, Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi*” sözünün kısaca anlamı; “Hayat, sevinç ve mutlulukla, acı ve sıkıntılarla iç içe yaşanır. Pek çok dert ve sıkıntı insanın karşısına çıkabilir. Ancak bütün bu problemler sağlık kadar önemli değildir. Tek bir nefesin bile değeri bilinmelidir diyerek sağlığın en temel yaşamı etkileyen unsur olduğunu söylemiştir. Bütün dünya insanın olsa bile sağlık olmayınca hiçbir önemi olmuyor” şeklindedir. Peki, sağlık sistemine detaylıca bakacak olursak birkaç maddeyle sıralayabiliriz. Bu maddeler şöyledir:

1. Tedavi Hakkı
2. Hekim Yetkisi ve Aydınlatılmış Onam (Sözleşme Sorumluluğu)
3. Organ Nakli

1.3.2.1. Tedavi Hakkı

Davranışsal tedavinin birincil amacı, bireylerin bağımsızlığı destekleyen işlevsel beceriler edinmelerine yardımcı olmaktır. Bir bireyin hem acil hem de uzun vadeli refahı, tedavi ile ilgili kararların alınmasında müşteri veya yetkili bir vekil tarafından aktif katılım yoluyla dikkate alınır. Yani kişiye tedavi iyileştirmeye yönelik olarak uygulanır. Ancak önemli bir karar verilmesi gerekiyorsa doktorun meslektaşlarıyla istişare yapması, konsülte etmesi gerekmektedir. Hastanın kendisine veya vasi olarak imza yetkisi olan aile bireyine izah edilip onay işlemiyle tedavi devam ettirilebilir. Muamelenin yapılması veya uygulanmasının potansiyel risk içerdiği durumlarda, Akran Değerlendirme Komiteleri ve İnsan Hakları Komiteleri görev almaktadır. ⁵¹

⁵⁰ World Health Organization. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000, syf xi

⁵¹ Ron Van Houten, , et al. “The Right to Effective Behavioral Treatment”. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1988, 21.4: 381-384.

Doktorlar, tedaviye başlamadan önce hastayı, bir beceri eksikliği veya davranış bozukluğunun varlığına neden olan faktörleri belirlemek için eksiksiz bir tanılal değerdendirme hakkına sahiptir. Hekimin bu değerdendirme sonucunda hastanın yaşamasına ve iyilik haline yönelik bir karar alması ve kolaylaştırıcı olması açısından bir tedavi programı ayarlaması gerekmektedir. Bir tedavi programının bireyin haysiyet, mahremiyet ve insani bakım gibi temel haklarını tehlikeye attığı; hızlı tıbbi tedavi; kişisel eşyalara erişim, sosyal etkileşim ve fiziksel egzersiz; insani disiplin ve fizik muayene öncesi bir bireyin sağlık durumunu etkileyebilecek veya bundan etkilenebilecek bir programın başlatılması, aynı zamanda meslektaş ve insan hakları incelemesinin yardım ettiği mesleki yeterlilik, davranışsal tedavinin, danışanın refahına yönelik bir endişe bağlamında sunulmasını sağlayacaktır.⁵²

Davranışsal tedavinin etkilerinin uygulanması, yönlendirilmesi veya değerdendirilmesinden sorumlu olan profesyoneller uygun eğitim almış ve doğru tedavi uygulayacak deneyime sahip yetkin kişilerdir yani tedaviyi planlayacak, başlatacak ve devam ettirecek profesyoneller, hastanın teşhisine yönelik uygulama için harekete geçerler. Bir bireyin, etkili ve bilimsel olarak doğrulanmış tedavi görme hakkı vardır. Buna karşılık, davranış analistlerinin yalnızca araştırmacılar tarafından gösterilen teknikleri kullanma yükümlülüğü vardır. Ancak her zaman bilinen bir tedavi olmamakla birlikte hastanın sağ kalmasına ve iyileşmesine yönelik sistemdeki verilen izinler, profesyonel için alternatif çözüm yolu olmuştur. Bu nedenle, bazı durumlarda, talep edenin etkili tedavi görme hakkı, daha hızlı uygulamaya geçerek hareket eden ancak geçici olarak daha kısıtlayıcı prosedürlerin derhal kullanılmasını gerektirebilir.⁵³

1.3.2.2. Hekim Yetkisi Ve Aydınlatılmış Onam (Sözleşme Sorumluluğu)

Tıp alanında eğitim almış ve profesyonellik açısından yetiştirilmiş uzmanın, hastanın iyileştirilmesine yönelik tanı, tedavi ve etik-hukuk-sağlık açısından sorumluluk şartlarını sağlayan kişilere hekim-doktor denilmektedir. Temel sorumluluğu, bireyin sağlık sorunlarını iyileştirebilme ya da acılarını, sıkıntı ve şikâyetlerini azaltarak refah ve konfor seviyesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Hekimlerin tüm mesleki uygulamalarında şu iki temel sorumluluğu oldukça önem taşımaktadır:⁵⁴

1. Sır Saklama Sorumluluğu
2. Aydınlatılmış Onam Alınması (Sözleşme Sorumluluğu)

52 Jonathan M. Mann., et al. Health and human rights. *Health & Hum. Rts.*, 1994, 1: 6.

53 Diederik Lohman, Rebecca Schleifer ve Joseph J Amon. Access to pain treatment as a human right. *BMC medicine*, 2010, 8: 1-9.

54 Sermet Koç, Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu, s.4. (Çevirimiçi) <http://saglikhukuku.blogcu.com/yasal-duzenlemeler-cercevesinde-hekimsorumlulugu/3035662>, 29 Kasım 2023.

Sır saklama; Tabip ve diş tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.⁵⁵

Hekimlik meslek etiği kuralları madde 9-Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.⁵⁶ Bu maddeler açıkça ifade etmiştir ki hasta mahremiyeti öncül prensiplerdendir. *“Hastanın bilinen basit tedavili durumlarda izin alındığı sürece paylaşılabılır ancak hastaya zarar gelecek bir durum varsa kesinlikle anlatılmamalıdır. Hasta öldükten sonra bile, bana verilen sırlara saygı göstereceğim”*.⁵⁷ Hekimin temel olarak mahremiyet ile tedavisi hastanın kendisine daha güvenilir gözüyle bakmasına da imkan sağlar. Böylelikle bir senkronizasyon hastayla doktor arasında güvene dayalı bir iletişim başlar. İletişim ne kadar kuvvetli olursa tedavi daha etkili ve kısa sürebilir. *“Hastalarımın hayatında, mesleki uygulamalarımınla bağlantılı olsun ya da olmasın, dışarıda söylenmemesi gereken her ne görürsem ya da duyarsam, bu tür şeylerin özel olduğunu düşünerek sır olarak saklayacağım”* (Hippocratic oath). Sır konusu hasta ve hekim arasındaki iletişimdir diyebiliriz.

Bilgilendirilmiş onam süreci, hasta ile hekim arasındaki iletişimin, hastanın belirli bir tıbbi müdahaleye izin vermesi veya tedavi anlaşmasıyla ortaya çıkar. Hekimler, hastanın bilgilendirilmiş onamını alırken (veya hastanın karar verme kapasitesi yoksa ya da karar alma sürecine katılmayı reddediyorsa hastanın vekilinin onamını) şunları yapmalıdır:⁵⁸

1. Hastanın ilgili tıbbi bilgileri ve tedavi alternatiflerinin sonuçlarını anlama ve bağımsız, gönüllü karar verme yeteneğini değerlendirin.
2. Hastanın tıbbi bilgi alma tercihlerine uygun olarak ilgili bilgileri doğru ve hassas bir şekilde sunun. Doktor aşağıdakilerle ilgili bilgileri içermelidir:
 - I. Teşhis (bilindiğinde);
 - II. Önerilen müdahalelerin niteliği ve amacı;
 - III. Tedaviden vazgeçmek de dahil olmak üzere tüm seçeneklerin yükleri, riskleri ve beklenen faydaları.
3. Bilgilendirilmiş onam görüşmesini ve hastanın (veya vekilin) kararını bir şekilde tıbbi kayıtlara kaydedin. Hasta/vekil özel yazılı onam verdiğinde, onam formu kayıtlara eklenmelidir.

55 Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi- 13.1.1960, No: 4/12578 madde 4.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf>.

56 Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, madde 9, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf.

57 WMA Declaration of Geneva, madde 6, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>.

58 <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/informed-consent>, The AMA, OPINION 2.1.1, Informed Consent

Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin vicdan ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler ve görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.⁵⁹ Halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve ilgili diğer mevzuat hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin adilane bir surette düzenlenmesine çalışmak vazifelerinin öncüleridir.⁶⁰ Kanunların belirlediği iş vazifesinde etik kuralların yer alması mesleğin vicdani bir boyutta da yer aldığını göstermektedir. Hastayla hekim arasında kurulan bu bağın temeli iki taraf içinde iyilik sağlanması olacaktır. Hekimin hastayı gereken tedavi konusunda bilgilendirmesi ve onam gerçekleşmediğinde tedaviyi ret açısından saygı duyma şeklinde ilerlemelidir. Hasta haklarına saygı kavramını Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının Dördüncü Bölümünün 21.Maddesinde yer alan *"Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır"* kısmı çerçeveyi net bir şekilde çizmiştir. Aynı zamanda Türkiye TCK 1997 Tasarısı ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin İkinci Bölümü 13. Maddesinde şöyle ifade edilmektedir:

"Ötanazi Yasağı 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."

Aydınlatılmış onam, hekimin sözleşmeli sorumluluğundan kalktığı durumları ifade eder. **Aydınlatılmış Onam Madde 26-** Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.⁶¹ Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal - durumuna özen gösteren uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Yani hastaya sunulan tedavinin, risk taşıdığı yönleriyle ilgili bir sözleşme ifade edilir ve hasta bu riski göze alıyorsa sorumluluk doktorun üzerinden kalkar ve tedaviye başlanır. Öncesinde hasta, hastaneye kriz anında getirilirse ve karşılaşılan bir durumda tedavi edilmemesini önceden belirtip sözleşmesi imzaladıysa doktor hastanın ölümle sonuçlanacak şekilde kararı olsa bile tedavi etmeme özgürlüğüne sahiptir. Çünkü sözleşmeyle birlikte doktorun hukuki sorumluluğu ortadan

59 Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 5-6

60 23.1.1953 tarih; 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği(TTB) Kanunu, madde 4.

61 Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 15.

kalkmıştır. Ancak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı karar uygulaması biraz daha kapalı bir yol izlemektedir. Bazı bölümlerde tedavinin karar aşamasında da doktor merkezli olarak devlet hastanelerinde süreç işlemektedir. Bu süreçte hasta/hasta yakınının sözlü veya imzalı belgesini geçerli saymaz ve hastaneye gelen her bireyi yaşamasına ve hayatta kalmasına öncelik tanıyarak tedaviye başlar. Tam olarak burada değinmemiz gereken konu şudur: yasal dayanağın baskısını hissetmediği bir ülkede doktor, tedavi sürecinde etik açıdan bilinçli durumda olan ya da olmayan hastayı bilerek ve isteyerek ölüm sürecine bırakabilir mi? Uygulamaların hepsi insanın özüne saygı üzerineyse hangi perspektif bize doğru yolu gösterebilir: Sıkıntılarında yanında yer alarak var olmasını desteklemek ya da kararına saygı duyup ölüme bırakmak.

Şifacı, hastanın iyileşme durumunu ve bulunduğu psikolojik seviyeyi göz önüne alarak tedaviden mahrum etmeyi(pasif ötanazi) ya da yaşam hakkının kutsallığını düşünüp, sorumluluk alarak yaşaması adına gerekli her türlü tedbiri almak için bir karar vermelidir. Bu karar, bireyin hayata tutunmasını sağlayacak tedavi konusunda, istekli ve umutlu olmalıdır. Önce bulunduğu durumu kabul etmeli, içtenlikle şifanın faydasına inanmalı ve tedaviyi uygulayacak uzmanıyla güven iletişimde yer almalıdır. Hekim açısından ise hastanın üzerinde asla deney yapılamaz. Sadece tedavisi olmayan hastalık evresinde olan bireyin, tüm tedavilerin tükendiği aşamada, hasta çok yorulmadan, bünyesine zarar vermeden son seçenek olarak hastanın rızasıyla ve bilgilendirilmesiyle, laboratuvar kısmı tamamlanmış, klinik kısmının gelişme aşamasında olan bir tedavi uygulanabilir.

Profesyonellik açısından bakacak olursak işlevsel ve yaşantıda hekimlik önemli bir iş sahası olarak da yer alır. Andrew Abbott profesyoneller üzerinde önceki çalışmaları geliştiren birkaç "güçlü fikirden" bahsetmektedir:⁶²

1. Mesleklerin gelişimi ve değişimine uygun perspektif ekolojiktir.
2. Meslekleri anlamak için, meslek gruplarının rekabet ettiği yargı bölgelerini, çalışma alanlarını incelemek gerekir.
3. Meslekler bir sistem oluşturur.
4. Mesleki mücadele üç düzeyde gerçekleşir: işyeri, kültür ve kamuoyu ile yasal ve idari kurallar.
5. En önemli mücadeleler, yeterlilik ve teori temelinde yürütülür. Başarılı meslekler, temel bir yetki alanı üzerinde 'stratejik merkezi tekel' sürdürürler.

Hekimin tedaviyi yarıda kesmesi, hastanın kendisi veya bir vasisinin tedaviyi bırakma talebi sonucunda, verilen karar ve sergilenen tutum hastanın tedavideki ve hayatındaki gidişatı

⁶² Andrew Abbott, *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago press, 2014.

belirleyebilmektedir. Bu kararın sonunda karşılaşılan ölüm durumunda, sorumluluğun kimde ve nerede olması gerektiği kanunlarla belirtilmiştir. Hekimin bulunduğu ülkenin kanunlarının verdiği yetkiyle beraber, özellikle kendi etik ve vicdani düşüncelerinin hayatına yansımalarıyla alacağı bir karar da olabilmektedir.

Ötanazi uygulamasıyla ilgili hekimlerin belli bir görüş üzerine olduğunu söyleyebiliriz. Ancak görüşlerini etkileyen birçok faktör yer almaktadır. Doğdukları ve yetiştirildikleri çevre, almış oldukları eğitim ve yaşadıkları ülke kanunları, yaş, cinsiyet veya hayattan şahsi olarak beklentileri vs. birçok etken görüşlerini etkileyebilmektedir. Ancak günümüzün başlangıcı olan ve çok eskilere dayanan güzel ve sakin, ani ölüm anlamına gelen ötanazi kavramını tıp dünyası halen kullanmaktadır. Yunanlılarda M.Ö. 5. YY'da tıbbi metinlerde, doktorun ölümcül derecede hasta olanların acısını hafifletme görevinden bahsedilmemişken, nazik bir ölümü garantilemek için palyatif bakım antik tıbbın önemli bir sorunuydu. Hipokrat'ın kutsal yaşam desteği alanında söylemleri, ölümlerle ilgili tartışmayı o dönem de kesmiştir.⁶³

Özellikle vurgulanan “*Bana sorulursa hiç kimseye öldürücü bir ilaç vermeyeceğim ve böyle bir plan önermeyeceğim ve benzer şekilde bir kadına kürtaja neden olması için ilaç vermeyeceğim. Hayatımın ve sanatımın saflığını koruyacağım.*” maddeleri çok açık tartışmanın veya böyle bir sistemin varlığından haberdarım, ancak asla yapmayacağım diye ötanazi konusunda tartışmalara son vermiştir (Hippocratic Qath). Sadece Hipokrat Yemini değil onun dışında Cenevre Bildirgesi'nde geçen şu kısımda ötanazi konusunda hekimlere üstü kapalı engel koymuştur:

“Hastanın sağlığı ilk düşüncem olacak; Tıbbi bilgilerimi hastanın yararı ve sağlık hizmetlerinin ilerlemesi için paylaşacağım”.⁶⁴

Ötanazide aslında hekimin ahlaki ilkelerinden daha ziyade yaşamın kutsallığını ön plana alması gerekmektedir. Hekim, hiçbir zaman ölüm cezasının infazında bulunamaz, infaza yardımcı olamaz, ölüm cezası uygulamasında tıbbi hizmet veremez.⁶⁵ Aynı zamanda hekimin dini bakış açısı Makasad-ı Şeria'da ilk ve en önemli husus “canı koruma” yani insanı koruma ilkesidir.⁶⁶

Ötanazinin uygulanması açısından 4 Aralık 1973'te Amerikan Tabipler Birliği Temsilciler Meclisi tarafından kabul edilen bir bildiride onaylanmıştır: Bir insanın hayatının başka bir merhamet cinayeti ile kasıtlı olarak sonlandırılması, tıp mesleğinin dayandığı ve Amerikan Tabipler Birliği'nin politikasına aykırıdır. Biyolojik ölümün yakın olduğuna dair reddedilemez kanıtlar olduğunda, vücudun ömrünü uzatmak için olağanüstü araçların çalıştırılmasının

63 Anton JL Van Hooff. Ancient euthanasia: 'good death' and the doctor in the graeco-Roman world. *Social science & medicine*, 2004, 58.5: 975-985.

64 WMA Declaration of Geneva.

65 Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Madde 37

66 Şahin Filiz., “İnsanın “Uzun Ölüm” le Sınavı ya da Ötanazi Tartışmalarının Felsefi Değeri”. *Akademia Sosyal Bilimler Dergisi*, 2017, 3: 120-139.

durdurulması kararı, hasta ve / veya yakın ailesi. Hekimin tavsiyesi ve yargısı, hasta ve / veya yakın ailesi için ücretsiz olarak erişilebilir olmalıdır.⁶⁷

Konu olarak bakıldığında hekimin yetki alanları ülkelerin belirlediği siyasal politikalar üzerine de inşa edilmektedir. Ancak insanın temel hakkı olan yaşam hakkı çok güçlü bir tartışmayı da beraberinde getirmiştir. İnsanın duygu temelinden aldığı kararlar ve yaşam hikâyesinin henüz bitmemiş olması, bireyin alacağı kararlarda bireyi yetki sahibi yapar. Çok ağırlı bir anda sağlıklı karar veremeyen bireyin, yasal özerklik sağlayan ülkelerde yaşama karşı ölümü savunmak alenen cinayete teşebbüs ifadelerine yol açmaktadır. Bazı ülkelerde çok rahat ve kolay, bazı ülkelerde ise çok iyi tespit edilerek ve incelenerek uygulama şartları getirilmiştir. Ama maalesef gözden kaçan bir şart bile geri dönülmez bir istismara yol açmaktadır. Hukuksal yollar, işlem gerçekleştiği anda bitmektedir. Hatta bazı ülkelerde, ötanaziye ticaret anlayışına çevirmiş bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Benzer uygulamalarla tedavi eden doktorun, kalifiye hekimler arası konsülte olması halinde belli bir görüşte birleşip tedavi uygulamasına geçebilmektedirler. The AMA (The American Medical Association -Amerika Tabipler Birliği) kararı alırken aşağıdaki maddelere göre hareket edilmesi gerektiğini belirtmiştir. “*Hekimin Vicdan Egzersizi*” bölümünde yer almaktadır. Hekimler vicdanen şunları yapmalıdır:⁶⁸

1. Bir eylemin (ya da eyleme geçmeyi reddetmenin) hekimin kişisel bütünlüğünü zedeleyip zedelemeyeceği, hekim için duygusal ya da ahlaki sıkıntı yaratıp yaratmayacağını ya da hekimin bireye ve diğer hastalara bakım sağlama becerisini tehlikeye atıp atmayacağına ve bunun ne kadar önemli olacağına iyice karar verin.
2. Bir hasta-hekim ilişkisine girmeden önce, hekimin derin kişisel inançlarına aykırı olması nedeniyle vicdan rahatlığıyla sağlayamayacağı herhangi bir spesifik müdahale veya hizmeti açıkça belirtin. Aksi durumda hastanın muayenehaneden makul olarak bekleyebileceği müdahalelere veya hizmetlere odaklanın.
3. Eylemlerinin bireysel hastalara veya hasta gruplarına karşı ayrımcılık yapmamasına veya gereksiz yük oluşturmamasına ve hastaların veya kamunun güvenliğini olumsuz yönde etkilememesine dikkat edin.
4. Eylemlerinin meslektaşlarınıza yükleyebileceği yüke dikkat edin.

⁶⁷ James Rachels. Active and passive euthanasia. In: *Death, Dying and the Ending of Life, Volumes I and II*. Routledge, 2019.

⁶⁸ Physician Exercise of Conscience, <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/physician-exercise-conscience>)(<https://code-medical-ethics.ama-assn.org/chapters/patient-physician-relationships> -OPINION 1.1.7 -)

5. Bilgilendirilmiş onam standartlarını destekleyin ve hastayı, hekimin ahlaki açıdan karşı çıktığı seçenekler de dahil olmak üzere, ilgili tüm tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirin.
6. Genel olarak hekimler, hastayı, hekimin önermeyi reddettiği tedaviyi sağlaması için başka bir hekime veya kuruma sevk etmelidir. Derinlemesine benimsenmiş, iyi düşünülmüş bir kişisel inanç, hekimin de sevk etmeyi reddetmesine yol açıyorsa, hekim, hastalarına arzu edilen hizmetlere erişim konusunda kendilerini nasıl bilgilendirecekleri konusunda tarafsız rehberlik sunmalıdır.
7. Hastaya devam eden diğer bakımı sağlamaya devam edin veya hasta-hekim ilişkisini etik rehberliğe uygun olarak resmi olarak sonlandırın.

1.3.2.3. Organ Nakli (Organ Transplant)

Organ nakli bir bağışçının organlarını devredecek durumda rıza onayıyla başka bir bedene nakledilmesidir. Yaklaşık 50 yıl önce böbrek, karaciğer, kalp gibi hayati bir organın fonksiyonunu yerine getirememesi genellikle muazzam ıstırap ve kesin ölüm anlamına gelmekteydi. Klinik organ naklinin ortaya çıkmasıyla ve özellikle son otuz yılda meydana gelen birçok ilerlemeyle, cerrahi teknikler, moleküler biyoloji, immünoloji ve etkili reddedilmeyi önlemek için immünosupresyon, binlerce hasta için ikinci bir yaşam şansı doğurmuştur. Organ nakli ikiye ayrılır:⁶⁹

1. Canlı Organ Nakli:

Canlı organ nakli kişinin henüz yaşıyorken gönüllü olduğu ve hayat yaşam kalitesinin de düşürülmeden onay verdiği işlemidir. Kendini yenileyebilen ya da telafisi olan belli organlar sınırlamasıyla kabul edilir. Örneğin Karaciğer, ilik, böbrek vs.

2. Kadavra Organ Nakli:

Beyin ölümü teşhisi için yoğun bakım ünitelerinde uygulanan Glasgow Skor Tablosu Sağlık Bakanlığı uygulamasında yer almaktadır. Hayati belirtileri gösteren bu tablo, hasta takibinde sık sık kullanılır. Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastanın kalp ölümü çok kısa süre içinde gerçekleşeceği araştırmalar yönünde öngörülebilir. Beyin ölümü geri dönüşsüz bir süreç olduğu için resmi olarak ölüm sayılır. Bu teşhis için beyin kan akışı görüntülenmesi ve Glasgow skor tablosuyla bir test süreci işler.

⁶⁹ George M. Abouna, "Ethical issues in organ transplantation". *Medical Principles and Practice*, 2003, 12.1: 54-69, s.56.

Tablo 1.1. Glasgow koma skor tablosu⁷⁰

GÖZ AÇMA KAPAMA TEPKİSİ	- Göz kendiliğinden açık	4 Puan
	-Gözler komuta, konuşmaya veya bağırmaya açık	3 Puan
	-Gözler ağrıya açık(yüze uygulanmaz)	2 Puan
	-Göz açıklığı yok	1 Puan
SÖZLÜ TEPKİ	-Odaklı Konuşma	5 Puan
	- Karışık konuşma ama soruya yanıt verme	4 Puan
	- Uygunsuz yanıtlar ama kelimeler fark edilebilir	3 Puan
	- Anlaşılmaz sesler veya konuşma	2 Puan
	- Sözlü yanıt yok	1 Puan
MOTOR TEPKİSİ	-Hareket Komutlarına Uyar	6 Puan
	- Ağrılı uyarana karşı bilinçli hareket	5 Puan
	- Acıdan çekme refleksi	4 Puan
	- Anormal fleksiyon, dekortik duruş	3 Puan
	- Ekstansör yanıt, sert duruş	2 Puan
	-Yanıt yok	1 Puan
13-15 HAFİF DERECE BEYİN HASARI/9-12 ORTA BEYİN HASARI/3-8 ŞİDDETLİ BEYİN HASARI		

Bu skor tablosuyla hastanın evresi puanlanır ve gidişata karar verilir. Eğer beyin ölümü tanısı koyulmuşsa hekim önce hastanın sağ iken imzalanmış bir onayı var mı diye bakar yoksa hastanın resmi yakınına danışır ve bir başkasına donör olması için ikna etmeye çalışır. O süreçte kaldığı merkezde organ bakımı yapılır ve hastanın gidişatı stabil tutulur. Eğer bir onay verilmezse bakanlığın sağladığı süresiz destekleyici çekilir, hastanın doğal ölümüne giden yollar açılır. Zaten beyin ölümü gerçekleşen hasta, zamanla tüm organlarına giden kanallara sirayet eder ve kısa bir süre sonra kalp durur, beden vefat eder. Bu onay işlemi Türkiye’de yasal süreçtir ancak bazı ülkelerde farklı şekilde ilerler. Örneğin beyin ölümü gerçekleşmiş hastaların İspanya’da herhangi bir onay olmaksızın sadece bir hekimin imzalamasıyla donör

⁷⁰ **Kaynak:** [https://sttgmcom.wordpress.com/score-calculator/gcs/#:~:text=Contact%20Us-,Glasgow%20Coma%20Scale%C2%A0\(GCS\),-The%20Glasgow%20Coma](https://sttgmcom.wordpress.com/score-calculator/gcs/#:~:text=Contact%20Us-,Glasgow%20Coma%20Scale%C2%A0(GCS),-The%20Glasgow%20Coma)

olarak kullanılması organ bağışında hukuksal zeminde aktif olarak yer almaktadır. Bir başka örnek ise İran'dır. Organ bağışı teşviki konusunda hem baskın fetvalar yayınlanmıştır hem de teşvik amaçlı bağış yapan kişinin şehit unvanını almasına ve bir yakınının işe yerleştirilmesine veya ödeme yapılmasına imkân sağlamıştır. Böylelikle yeterince teşvik alan kişi donör olmayı kabul etmektedir.⁷¹

Beyin ölümü, içerik olarak ilk kez 1959 yılında Mollaret ve Goulon tarafından tanımlanmıştır. Ancak onlar "coma dépassé" terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Coma dépassé; beyin ölümü değil, "yaşamla ölüm arasında bir sınır" anlamına gelir. Günümüz beyin ölümü kriterlerine çok yakın ifadeler kullanılan bu yayında, "coma dépassé" hastaları; "koma durumunda, hem iç hem dış uyaranlara cevap vermeyen, vucüt sıcaklıklarını ve kan basınçlarını kontrol edemeyen, kardiyak fonksiyonları da birkaç saat ya da gün içerisinde sonlanan" hastalar olarak tarif edilmiştir. "Coma dépassé" olarak tanımlanan sınırdan yaşama geri dönenin olmaması, tüm vakaların ölmesi, bilim insanlarını yapılan bu tanım üzerinde daha çok düşünmeye ve araştırmaya itmiştir. Bu araştırmalar kısa zaman içerisinde 3 önemli sonuç vermiştir. Bunlar Almanya'da yayınlanan "Alman Cerrahi Derneği Önerileri", Dünya Tıp Birliği'nin (WMA) yayınladığı Sydney Deklerasyonu ve Harvard Kriterleridir. Üçü de 1968 yılında, yayınlanmıştır ve içerik olarak birbirine çok benzemektedir. Bu bildirilerden, Harvard Tıp Fakültesi'nin özel olarak bu araştırma için toplanmış komitesi (Ad Hoc Committee) tarafından yayınlanan "Ölümün yeni kriteri; geri dönüşümsüz koma" çok popüler olmuştur ve beyin ölümü tanımı için bir dönüm noktasıdır. Harvard Kriterleri, yayınlanmasının hemen ardından pek çok dile çevrilmiş, tıp dünyasında büyük ölçüde kabul görmüştür. Ölümün tanımı için bir rehber bulunması, hem yoğun bakım ünitelerinde tedavi standartlarının belirlenmesini sağlamış, hem de ileride üzerinde daha çok konuşulacak olan "kadavradan organ nakli" konusunun önünü açmıştır.⁷²

Dini kaynaklarımızda ölüm, ıstılah olarak ruhun bedenden ayrılması şeklinde tarif edilmekle birlikte bu ayrılışın zamanı ve şekli tanımlanmamıştır. Bu itibarla ölümün hangi şartlarda ve ne zaman gerçekleştiğinin öngörülmesi, yani ölümü tanımlamak tıbbın alanına girmektedir. Yine de kesin bir vakit veya zaman yoktur sadece önceki ölümlerden edinilen tecrübe göz önüne alınmaktadır. Günümüzde hem tıp hem de hukuk çevrelerinde genel kanaat, beyin ölümünün "ölüm" olduğu yönündedir. Nitekim, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nde organları alınacak kişinin beyin ölümünün gerçekleşmiş olması gerektiği ifade edilmiş ve "Beyin ölümü, klinik bir tanıdır ve bütün beyin fonksiyonlarının tam ve geri dönüşümsüz olarak kaybıdır." şeklinde tanımlanmıştır. Bu doğrultuda Din İşleri Yüksek Kurulu konuyla ilgili mütalaasında; "Yaşam destek ünitesine bağlı bir kişi; beynin kesin olarak bütün fonksiyonlarını yitirdiğine ve bu durumdan geri dönüşün artık imkansız olduğuna uzman

⁷¹https://parstoday.ir/tr/news/iran-i216508-%C4%B0ran_organ_ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1nda_asya'da_ilk_s%C4%B1rada (Erişim: 14 Mart 2024)

⁷² Orçun Çil ve Şefik Görkey. Beyin ölümü kriterlerinin tarihsel gelişimi ve kadavradan organ nakline etkisi. *Marmara Medical Journal*, 2014, 27: 69-74.

tabiplerce karar verilmesi şartıyla yaşam destek ünitesinden çıkarılabilir” diyerek beyin ölümünü ölüm olarak değerlendirmiştir.⁷³

Tıbben ve hukuken “ölüm” demektir. Dini açıdan ise İslam Konferansı Teşkilatı'na bağlı fıkıh kurumu 1987 Ekim'inde Ürdün'de yaptığı toplantıda konuyu etraflıca tartışıp beyin fonksiyonları tamamen duran ve bu doktor raporu ile belgelenen kişi '*dinen de ölmüş*' sayılır. Türkiye'de uygulama hukuken ve tıbben beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastanın tam ölü sayılmasıyla beraber süreç işler. Beyin ölümü tanısı, beyinde kan akış şemasıyla, radyolojik ve klinik testler ile birlikte konulmaktadır.



Resim 1.1. Koma ve beyin ölümü⁷⁴

Sol akış olan beyin normal insanlarda işleyiş durumudur. Ancak sağ beyin kan akımı olmayan ölmüş durumda bir hastanın görüntü bulgusudur. Bu süreçten sonra ölü sayılan beden için sadece bağıış teklifi boyunca destek ünitesiyle organ bakımı yapılır, hastanın yakını organ bağıışına onay verirse hızlı sürede hastane olanaklarıyla donör bulunup yerine ulaştırılır yoksa

⁷³ <https://kurul.diyaret.gov.tr/Cevap-Ara/1286/beyin-olumu-dinen-olum-olarak-kabul-edilebilir-mi>

⁷⁴ Kaynak: <https://www.pahssc.org.tr/haber/471/beyin-olumu-nedir-2021-04-17>.

destek ve bakım kesilir ve hastanın kalbi durana kadar beklenir. Aradaki zaman farkı çok kısadır ve organların fonksiyonu bozulunca kalp durur.

Hristiyanlık, Yahudilik ve İslam da dahil olmak üzere çoğu büyük din, 1992'de Papa II. John Paul, 1991'de Amerika Yahudi Haham Konseyi ve özellikle Kuveyt İslami Fetva Komitesi tarafından ifade edildiği gibi bu temel ilkeye itiraz etmemektedir. 1979 yılında İnsan hayatını kurtarma zorunluluğu olduğu ve insan organları aileye değil Allah'a ait olduğu için ailenin iznine ihtiyaç duyulmadığı takdirde ölü bir donörden organ nakli gerçekleştirilebilir. Batı ülkelerinde, şüphesiz organ tedarikini artıracak ve daha birçok hayat kurtaracak olan bu varsayılan rıza ilkesini uygulamak için yapılmıştır.⁷⁵

Ayrıca organ tahsisinin sosyal, mali veya politik durumdan ziyade sadece tıbbi kriterler ve hastanın ihtiyacına göre kullanılması çok önemlidir. Nitekim Şubat 2002'de acil kalp nakline ihtiyaç duyan ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde hırsızlıktan dolayı cezayı çekmekte olan bir hasta, yasal ve sosyal statüsüne rağmen kalp nakli almak üzere seçilmiştir. Bu olay, bekleme listesindeki hastalar tarafından büyük itirazlara neden olmuştur. Ancak yerel nakil merkezi, haklı olarak organ nakline en çok bu hastanın duyduğunu belirleyerek insani nedenlerle kalp nakli yapılmıştır. Bu durum, organların bireyin sosyal, mali veya politik statüsünden çok insani ihtiyaç temelinde tahsis edilmesi gerektiği şeklindeki sağlam etik ilkesini göstermektedir. Organ dağıtımı ve tahsisi için bir başka ahlaki kriter, hayat kurtaran bir organ için acil olarak ve alıcının ırkı, dini veya etnik kökenine bakılmaksızın temel kriter olması gerektiğidir.⁷⁶

Organ bağışı eğer hayati risk taşıyorsa veya hayati bir organını vermeyi istiyorsa, sonuçlarını bilerek, isteyerek veriyorsa bu da bir şekilde intihar diye savunulan araştırmalar mevcuttur. Fakat beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişi artık sadece refleksif olarak çok kısa zaman daha kan akışı sağlamakta ve sonunda kalp durmasıyla süreç bitmektedir. Bu durum ötanazi anlamı taşımamaktadır.

1.3.3. Din boyutu

Dinlerin kavramlara bakışları objektif ve genel din kuralları çerçevesinde ele alınırken, ayrıca yaşanan coğrafyada dini anlamlandırmasıyla da sübjektif olarak değerlendirilir. Yani ılımlı din anlayışı veya uygulamanın toplum tarafından ne kadar içselleştirildiği ile alakalıdır. Din, bir nevi insanlık üstü ilahi kaynaklı bir öngörü sağlar, böylelikle kutsal sayıldığı için çoğu toplumu şekillendirmiş, doğumdan yaşamaya, ölümden hatta ölümden sonraki yaşama kadar uzanan bir olgu gelişir. İnsanın karar vermesine etki eden başlıkları sıralarsak din bu sıralamanın ilk aşamasında gelebilir. Çünkü insan var olduğundan beri her dönemin güncelliğini tutan ilkel değerler dizisinin başı din boyutudur. Göçebe, yerleşik, bedevi, eğitim

⁷⁵ George M. Abouna, "Ethical issues in organ transplantation, s.56.

⁷⁶ George M. Abouna, "Ethical issues in organ transplantation, s.58.

görmüş, okuma yazma bilmeyen, dünyayı gezmiş ya da tüm ömrünü bir küçük evde geçirmiş herkes için geçerli tek literatür “din” olmuştur.

Ötanazi açısından incelediğimiz dinler:

1. Yahudilik
2. Hristiyanlık
3. İslamiyet
4. Hinduizm

1.3.3.1. Yahudilik

Yahudilik ilahi kaynaklı çok eski bir dindir ve kaynaklarında bolca mitolojik hikâyeleştirmeden yararlanılmıştır. Verilen mesajlar, peygamber yaşantıları diye bildiğimiz olaylardan çıkarımsanmıştır. Kendine özgü ritüelleri vardır ve kapalı sayılabilecek bir anlayışla hareket ederler. İbranice masalları incelendiğinde tamamen Tevrat kaynağındaki kıssalardan yazılmış olduğu görülmektedir. İlahi ilham üzerine yaşadıklarından çocuk eğitimleri çok küçük yaşta başlamaktadır. Yerleşik dinlerde olduğu gibi Eski Ahitte de, ölümü ve dünyadan sonraki hayatın temelini, muhafazakâr bakış açısıyla değerlendirir.

Tevrat'ta Yasa'nın tekrarı 5 On Buyruk kısmının 17.bölümünde “Adam öldürmeyeceksin”

“Katletmeyeceksin, zina etmeyeceksin, çalmayacaksın, komşuna karşı yalan şahadette bulunmayacaksın, komşunun evine tamah etmeyeceksin, komşunun karısına, kölesine, cariyesine, öküzüne, eşeğine veya komşunun hiçbir şeyine göz dikmeyeceksin” (Tevrat, Çıkış, 20/13-17).

“Suçsuz birini öldürmek için rüşvet alana lanet olsun!” (YASA'NIN TEKRARI 27:25) bölümlerinde de bahsedildiği gibi öldürmek eylemi dine bağlılık açısından kabul görmemiştir. Buna en güzel örnek kısaca Eski Ahit yani Tevrat'ta yer alan Eyüp Bölümündeki Eyüp Peygamberin acılarından ve ölümüne olan yakınlığından sonra sabır sonucu kurtuluşa eren kısımdır. Bu kısımda ne kadar sıkıntı yaşarsan yaşa mutlaka yine de teslimiyetle doğal olanı yaşamak tavsiye edilir. Kıssa da şöyle geçmektedir:

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 6.Metin *“Bir gün ilahi varlıklar RAB'bin huzuruna çıkmak için geldiklerinde, Şeytan da onlarla geldi.”*

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 7.Metin *RAB Şeytan'a, “Nereden geliyorsun?” dedi. Şeytan, “Dünyada gezip dolaşmaktan” diye yanıtladı.*

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 8.Metin *“RAB, “Kulum Eyüp'e bakıp da düşündün mü?” dedi, “Çünkü dünyada onun gibisi yoktur. Kusursuz, doğru bir adamdır. Tanrı'dan korkar, kötülükten kaçınır.”*

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 9.Metin *Şeytan, “Eyüp Tanrı'dan boşuna mı korkuyor?” diye yanıtladı.*

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 10.Metin “Onu, ev halkını, sahip olduğu her şeyi sen çitle çevirip korumadın mı? Elleriyle yaptığı her şeyi bereketli kıldın. Sürüleri bütün ülkeye yayıldı.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 11.Metin “Ama elini uzatır da sahip olduğu her şeyi yok edersen, yüzüne karşı sövecektir.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 12.Metin “RAB Şeytan'a, “Peki” dedi, “Sahip olduğu her şeyi senin eline bırakıyorum, yalnız kendisine dokunma.” Böylece Şeytan RAB'bin huzurundan ayrıldı.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 14 ve 15.Metin “bir ulak gelip Eyüp'e şöyle dedi: “Öküzler çift sürüyor, eşekler onların yanında otluyordu. Sabalılar baskın yaptı, hepsini alıp götürdü. Uşakları kılıçtan geçirdiler. Yalnız ben kaçıp kurtuldum sana durumu bildirmek için.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 16 ve 17.Metin “O daha sözünü bitirmeden başka bir ulak gelip, “Tanrı ateş yağdırdı” dedi, “Koyunlarla uşakları yakıp küle çevirdi. Yalnızca ben kaçıp kurtuldum durumu sana bildirmek için. ”O daha sözünü bitirmeden başka bir ulak gelip, “Kildaniler* üç bölük halinde develere saldırdı” dedi, “Hepsini alıp götürdüler, uşakları kılıçtan geçirdiler. Yalnızca ben kurtuldum durumu sana bildirmek için.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 18 ve 19.Metin “O daha sözünü bitirmeden başka bir ulak gelip, “Oğullarınla kızların ağabeylerinin evinde yemek yiyip şarap içerken ansızın çölden şiddetli bir rüzgar esti” dedi, “Evin dört köşesine çarptı; ev gençlerin üzerine yıkıldı, hepsi öldü. Yalnız ben kurtuldum durumu sana bildirmek için.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün Birinci Sınavı 20, 21 ve 22.Metin “Bunun üzerine Eyüp kalktı, kaftanını yırtıp saçını sakalını kesti, yere kapanıp tapındı. Dedi ki, “Bu dünyaya çıplak geldim, çıplak gideceğim. RAB verdi, RAB aldı, RAB' bin adına övgüler olsun!” Bütün bu olaylara karşın Eyüp günah işlemedi ve Tanrı'yı suçlamadı.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün İkinci Sınavı 7 ve 8.Metin “Böylece Şeytan RAB' bin huzurundan ayrıldı. Eyüp'ün bedeninde tepeden tırnağa kadar kötü çibanlar çıkardı. Eyüp çibanlarını kaşımak için bir çömlek parçası aldı. Kül içinde oturuyordu.”

Eyüp Bölümü, Eyüp'ün İkinci Sınavı 10.Metin Eyüp, “Aptal kadınlar gibi konuşuyorsun” diye karşılık verdi, “Nasıl olur? Tanrı'dan gelen iyiliği kabul edelim de kötülüğü kabul etmeyelim mi?” Bütün bu olaylara karşın Eyüp'ün ağzından günah sayılabilecek bir söz çıkmadı.

Sonrasında kıssa şöyle devam etti:

Eyüp Bölümü, Eyüp Konuşuyor:

11.Metin “Neden doğarken ölmedim, Rahimden çıkarken son soluğumu vermedim?

16.Metin Neden düşük bir çocuk gibi, Günyüzü görmemiş yavrular gibi toprağa gömülmedim?

17.Metin Orada kötüler kargaşayı bırakır, Yorgunlar rahat eder.

18.Metin Tutsaklar huzur içinde yaşar, angaryacının sesini duymazlar.

19.Metin Küçük de büyük de oradadır, Köle efendisinden özgürdür.

20.Metin “Niçin sıkıntı çekenlere ışık, Acı içindekilere yaşam verilir?

- 21.Metin** Oysa onlar gelmeyen ölümü özler, Onu define arar gibi ararlar;
22.Metin Mezara kavuşunca neşeden coşar, sevinç bulurlar.
23.Metin Neden yaşam verilir nereye gideceğini bilmeyen insana, Çevresini Tanrı'nın çitle çevirdiği kişiye?
24.Metin Çünkü iniltim ekmekten önce geliyor, Su gibi dökülmekte feryadım.
25.Metin Korktuğum, Çekindiğim başıma geldi.
26.Metin Huzur yok, sükûnet yok, rahat yok, Yalnız kargaşa var.”

Eyüp Bölümü, Elifaz

- 1.Metin** *Temanlı Elifaz şöyle yanıtladı:*
2.Metin *“Biri sana bir şey söylemeye çalışsa gücenir misin? Kim konuşmadan durabilir?”*
3.Metin *Evet, pek çoklarına sen ders verdin,
Zayıf elleri güçlendirdin,*
4.Metin *Tökezleyeni senin sözlerin ayakta tuttu, Titreyen dizleri sen pekiştirdin.*
5.Metin *Ama şimdi senin başına gelince gücüne gidiyor, Sana dokununca yılgınlığa düşüyorsun.*
6.Metin *Senin güvendiğin Tanrı'dan korkun değil mi, Umudun kusursuz yaşamında değil mi?*

Eyüp Bölümü, 5.sayfa

- 6.Metin** *Çünkü dert topraktan çıkmaz, sıkıntı yerden bitmez.*
7.Metin *Havaya uçuşan kıvılcımlar gibi sıkıntı çekmek için doğar insan.*

Eyüp Bölümü, Eyüp şöyle yanıtladı:

- 2.Metin** *“Keşke üzüntüm tartılabilse, Acım teraziye konabilseydi!*
3.Metin *Denizlerin kumundan ağır gelirdi, Bu yüzden abuk sabuk konuştum.*
11.Metin *Gücüm nedir ki, bekleyeyim? Sonum nedir ki, sabredebeyim?*
12.Metin *Taş kadar güçlü müyüm, Etim *tunçtan mı?*
13.Metin *Çaresiz kalınca kendimi kurtaracak gücüm mü olur?*

Metnin sonunda Eyüp Peygamber ölmeyi arzu ettiği o sıkıntı veren halden çıkıp eski ihtişamlı günlerine geri dönmüştür. 140 yıl daha yaşayıp yaşama doymuş şekilde ölmüştür⁷⁷ diye Eski Ahitte yazılan kısımda verilen mesaj, ölümün değil içinde bulunulan sıkıntılı durumdan mücadele ve sabırla çıkılması gerçek bir kurtuluştur. Bu kıssa hem çocukları ölen, hem itibarı zarar gören, hem sağlığından olup acılar içinde kıvranan, malını mülkünü kaybeden bir insanın ölümü arzu etmesinden sonra sabırla telafi ettiği maneviyata uzanan bir yolculuğu göstermektedir.

Deneme yazarı Elliot N. Dorff bu muhafazakâr içgörüyü “Ölüme Kadar Acı Çekelim mi?” diye sorgulamıştır ancak sonunda sonsuz yaşamın olmadığı gerçeğiyle yüzleşmiştir. Dorff, makalesinde, “Yahudi hukuku ve teolojisi, sağlığımızı korumamızı ve onu hastalara geri vermede

⁷⁷ <https://www.kitabimukaddes.com/kutsal-kitap-hakkinda-bilgilendirme-ve-tam-metni/eski-antlasma/eyup>

Tanrı'nın ortakları olarak hareket etmemizi talep ediyor" diye belirtmektedir. Dorff, bir cana kıymakla ilgili konuları da Yahudi geleneği bağlamında incelemektedir. *"Kendini veya başkalarını"* öldürmenin her zaman *"teknik olarak mümkün"* olduğuna dikkat çekerek, *"diğer birçokları gibi Yahudi geleneğinin de bu olasılıklar hakkında söyleyecek çok şeyinin olması şaşırtıcı değildir"*. Tüm ilahi kaynaklı dinlerde olduğu gibi verilen canın ehemmiyeti çoğu yerde belirtilmiştir. Acı, mutluluk ve ızdırabın bu dünya için normal ve Yaratıcının insana verdiği yaşantı kazanımıdır.⁷⁸ Sonuç olarak genel perspektifte dogmalara karşı eleştiriler olsa da Yahudilikte de temel öğretilerde ölmek, ölümü istemek ve öldürmek hiçbir durumda uygun değildir.

1.3.3.2. Hristiyanlık

İlahi kaynaklı dinlerden biri ve dünya üzerinde en çok mensuba sahip olan Hristiyanlık'ta da, yaşamın ve varoluşun aşkın bir varlıkla olduğunu savunur ve yaşamak için ne gerekiyorsa yapılmalı ve aktif olarak "kul" olunmalıdır düşüncesi yer alır. Var olmanın önemli olduğu bu şekilde vurgulanmıştır. Ahlaki ilkelerin tanrının bir pınarında hiç olmak gibi olduğunu ve kadere razı gelindiğini ifade eder.⁷⁹

İncil de Matta 5/21 Öfke ve Cinayet Bölümünde şu ayetlerle ifade edilmiştir *"Atalarımıza, 'Adam öldürmeyeceksin. Öldüren yargılanacak' dediğini duydunuz"*. Bir başka ayette yine cinayetin kötülüğünü şöyle ifade etmiştir *"Ne var ki ağızdan çıkan, yürekte kaynaqlanır. İnsanı kirleten de budur. Çünkü kötü düşünceler, cinayet, zina, fuhuş, hırsızlık, yalan yere tanıklık ve iftira hep yürekte kaynaqlanır. İnsanı kirleten bunlardır. Yıkanmamış ellerle yemek yemek insanı kirletmez."*(İncil, Matta 15, 18,19,20.ayet)

Hristiyanlıkta insanın canının kıymetini ve verilen kaderin dışına çıkıldığını, sonunda da bunun karşılığında hesap vereceğini ifade eder. *"İnsan bütün dünyayı kazanıp da canından olursa, bunun kendisine ne yararı olur? İnsan kendi canına karşılık ne verebilir? İnsanoğlu, Babası'nın görkemi içinde melekleriyle gelecek ve herkese, yaptığı için karşılığını verecektir"*(İncil, Matta 16-17, 26-27.ayet)

"Adam öldürmeyeceksin"(İncil, Matta 19-20, 18-19.ayet) İncil'de de açıkça belirtildiği gibi ölmek ve öldürmek asla bir tercih değildir, kesin bir dille yasak edilmiştir ve yapılırsa da belli bir yaptırım uygulanacağı belirtilmiştir. Yaşamının kutsallığı yanında tanrı iradesinin üzerine çıkıp sadece basit bir ölümü tercih etmek insanın hayatta kazandıklarını tamamen yok eder demek istemiştir. Belki de ilk yokuşlu yolda dünya hayatından vazgeçtiği için ölümden sonraki

78, Ronald P. Hamel ve Edwin R. DUBOSE. "Must we suffer our way to death? Cultural and theological perspectives on death by choice". 1996.s. 166)

79, Michael James, et al. *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Routledge, 2003. S. 45.

hayatında sonsuz ızdırap ve başarısızlıkla son bulmuş ruhu, ölüm hakikatini olması gerektiği gibi yaşamadığı için bir hesap ile karşı karşıya kalacaktır.

Hristiyanlıkta ölüm anında, hem insan kişiliğinin onuru hem de yaşam kavramı, istismara dönüşme tehdidinde bulunan her türlü teknolojik tutuma karşıdır.⁸⁰

Son dönem Hristiyan durumunda ise hüküm değişmemiş sadece güncellenerek yumuşatılmıştır. 23 Eylül 2020'de yayınlanan bir haberde Vatikan'a bağlı İnanç Doktrini Ofisi ötanazi ve yardımcı intiharın 'özünde kötü' bir eylem olduğunu ve yardım eden sağlık personelinin de "*büyük bir günahın suç ortağı*" olduklarını belirtilerek bitkisel hayattakiler de dahil olmak üzere kronik rahatsızlığı olan hastaların hidrasyon ve beslenme gibi "normal" bakım görmesi gerektiği konusunda ısrar edilirken ancak olağanüstü bakımın, artık işe yaramadığı ya da belirsiz ve ağırlı bir yaşamı uzatması gibi durumlarda askıya alınabileceği ancak belgede, olağanüstü bakımdan vazgeçilmesinin hiçbir şekilde yardımcı intihar veya ötanazi talebi anlamına gelemeyeceğini vurgulanmıştır.⁸¹

1.3.3.3. İslamiyet

İslam, kişilerin "*yaşama değerini*" teyit etmekte ve her insanın kutsal bir cevherle Yaratıcının özünü taşıdığını bilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu cevher, ebedi aleme gitmeden dünya hayatının eğitiminde ona yol gösterecek olan bir ışıktır. Elbette ki yaratılan her insanın kendi bedeninden sorumlu olduğunu ve bu nedenle, hayatının sürecine ve tercihlerine İslam dini, irade söz konusu olduğundan müdahale etmez. Ancak öldükten sonra sonsuz hayatımızda bu dünyada tercihlerimize bağlı eylemlerin olumlu/olumsuz yaptırımları olacağını çok net bir şekilde insanlara iletmiştir. Özgür irade, yaratılışımızın temel şartları arasında yer alır ve kendi sorumluluğunda ya bir tedavi seçeneğiyle devam eder ya da verilen kıymetli hayatı hiçe sayıp ölmeyi talep eder. Temyizin sağlıklı düşünce durumunda alınan kararlar, kapasitesinin yetkisinde davranışlarının sorumluluğuna sahip olduğunu vurgular. Birçok ayette ve hadis kaynaklarında yardımcı ya da yardımsız intiharın, geri dönüşü olmayan bir yol olduğunu ve dünya kapısının kapanmasından dolayı da tövbe ve af sürecinde de geri dönüşsüz olduğundan söz etmektedir. Tüm dinlerin temelinde yaşamın kutsallığı önde gelir. Zaten dinler yaşayanlar için var olduğundan ölenlerin farz-ı ayn kısmında yeri kalmamıştır. İslam dini, özellikle yaşamayı, sabretmeyi, iyileştirmeyi, mücadeleyi çok kıymetli görmektedir. O yüzden hemen pes etmeyi, umutsuzluğa düşmeyi, buhranlı günleri helak ederek gün geçirmeyi kendine yakıştırmaması gerekmektedir. Bazen de sırf ölüm kaygısından hekim eliyle ölmeyi tercih

80 Joachim Cohen, et al. "Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries." *International journal of public health*, 2014, 59: 143-156.

81 <https://tr.euronews.com/2020/09/23/vatikan-dan-otanazi-ve-yardimli-intihar-aciklamasi> Erişim:16.03.2024.

etmeyi caiz görmemektedir. Ötanazi, İslami öğretilerin “*hekimin iyileştirme taahhüdü veya sözleşmesine*” bağladığı kutsallığın ihlali olarak kabul eder.⁸²

Eski Ahit’te geçen Hz Eyüp kıssası Kuran’ı Kerim’de de özet halinde yer almaktadır. İçerisinde çok büyük bilgelik barındıran bu örnek kıssa, Hz Eyüp(as)ün dünya yaşantısında her türlü sıkıntının ve hastalığın ardındaki hikmeti, derin anlamı sorgulamasıyla başladı. Nitekim bir anda her kıymet verdiği şeyden alıkonulmuş gibi hissediyordu. Ama sonra Allah’a olan inancının verdiği güçle, sıkıntılara karşı ilk itidal duygusu kabul aşamasıydı ve sonrasında süreçte aktif sabredip, aktif bekleyiş aşamasına doğru yol aldı. Yaratıcıya olan sonsuz güveniyle İlah’ın hikmetini bekleyen bir Allah dostu, sonunda kendisine verilen mükafatı içselleştirdi. Asıl mükafat hastalığın iyileşmesi ve sağlıklı günlere kavuşmasından ziyade artık çok daha derin hikmete vaki olduğunu görmesiydi. Allah’la bağ kurmuş olanın sıkıntılardan sonra çok büyük bir nimete kavuşturulduğunu görmekteyiz. Asıl en önemli nokta şurası olmuştur; her hissi bilinçli yaşamış, sorgulamış, teslimiyet duygusuna kapılarını açmış aktif olarak hayatının hikayesinde yer almıştır. O önemli dönüm noktasında gösterdiği teslimiyet, gidişattaki düğümün çözülmesine doğru denklem sağlamıştır.

İslam dininde doğrudan bir ötanazi tanımı olmadığı ancak Allah’ın verdiği canı, bireyin kendi isteğiyle almayı talep etmesi İslam’da kabul edilecek bir tutum değildir. Nitekim Kuran-ı Kerim’de birçok yerde yaşamının ve yaşatmanın önemi açık bir şekilde belirtilmiştir. Kuran-ı Kerim de geçen bazı ayetler şöyledir;

“Hiçbir kimse Allah’ın izni olmadan ölmez. Ölüm belirli bir süreye göre yazılmıştır. Kim dünya menfaatini isterse, kendisine ondan veririz. Kim de ahiret mükâfatını isterse, ona da ondan veririz. Biz şükredenleri mükâfatlandıracağız.” (Ali İmran 145. Ayet)

“Şüphesiz O, öldürür ve diriltir.” (Necm 44.ayet)

“İşte bundan dolayı İsrâiloğulları’na şöyle yazmıştık: ‘Bir cana kıymaya veya yeryüzünde fesat çıkarmaya karşılık olması dışında, kim bir kimseyi öldürürse bütün insanları öldürmüş gibi olur. Kim de bir can kurtarırsa bütün insanların hayatını kurtarmış gibi olur. Şüphesiz peygamberlerimiz onlara apaçık deliller getirdiler. Ama bundan sonra da onların çoğu yeryüzünde taşkınlık göstermektedirler.’” (Maide 32)

“Haklı bir sebep olmadıkça Allah’ın dokunulmaz kıldığı cana kıymayın.” (İsra 33.ayet)

Bazı Hadis-i Şeriflerde de şöyle geçmektedir:

“Başına bir musibet geldi diye hiç biriniz ölümü temenni etmesin. Mutlaka böyle bir şey temenni etmek zorunda kalırsa: ‘Allahım, benim için yaşamak hayırlı olduğu sürece beni yaşat, hakkımda ölüm hayırlı olduğu zaman da beni öldür’ desin.” (Buhârî, Merdâ 19; Daavât 30; Müslim, Zikir 10, 13.)

82, Mahmud Adesina Ayuba. “Euthanasia: A Muslim’s perspective”. *Scriptura: Journal for Contextual Hermeneutics in Southern Africa*, 2016, 115.1: 1-13.

Ebû Hüreyre radiyallahu anh'dan rivâyet edildiğine göre Rasûlullah sallallahu aleyhi ve sellem şöyle buyurdu:

"Zehir yut(up da canına kıy)an cehennem ateşi içinde ebedi kalarak o zehiri yutmaya çalışmakla meşgul olacaktır." (Buhârî, Kitabu Tıbb, Babu şürbüss-emmi, n. 7/180; Müslim, Kitabu İman, n. 109;)

"Kim kendisini dağdan atarak intihar ederse, o cehennemlik olur. Orada ebedi olarak kendini dağdan atar. Kim zehir içerek intihar ederse, cehennem ateşinin içinde elinde zehir olduğu halde ebedi olarak ondan içer. Kim de kendisine demir saplayarak intihar ederse, cehennemde ebedi olarak o demiri karnına saplar." (Müslim Cenaiz 107)

İslam da gerçek yaşamın ebedi alem olan ahiret yurdu inancı sebebiyle ölümün müdahalesiz olması gerektiği belirtilmiştir.

Câbir b. Semüre (ra) anlatıyor: *"Oklarla canına kıyan bir adam(in cenazesi) Peygamber'e (Sav) getirildi de (Hz. Peygamber) onun cenaze namazını kılmadı."* (M2262 Müslim, Cenâiz, 107)

Kuzman hadisesinde Hz Muhammed'in(Sav) aldığı tavır İslam'ın tavrıdır. Hadisede bahsedildiği üzere de İslam da niyetin ve hayatın sonunu nasıl getirdiğinin de önemi vardır. Hatta ne kadar anlamlı yaşam yaşamış olursak olalım bazen hayat tek bir sonuç ile de bitebilir.

"Allah Teâlâ Hazretleri hastalığı da ilacı da indirmiştir. Ve her hastalığa bir ilaç var etmiştir. Öyleyse tedavi olun. Ancak haram olan şeyle tedavi olmayın." [Ebu Dâvud, Tıbb 11, (3874).]

"Tek bir hastalığın ilacı yoktur." dedi. Kendisine: "O hangi hastalıktır?" diye soruldu da: "İhtiyarlık!" cevabını verdi." [Buhârî, Tıbb 1, Ebu Dâvud, Tıbb 1, (3855); Tirmizî, Tıbb 2, (2039); İbnu Mâce, Tıbb 1, (3436).] *ihtiyarlık yerine ölüm diye geçen çevirilerde vardır*

Yani ebedi yurt için Allah'la bağ kurulmalı, yaratıcıyla sürekli iletişim halinde olunmalı, iki dünyanın dengesi üzerine çalışılmalı, anlamlı yaşanmalı, Allah'ın dünyaya gönderiş amacına yönelik seçimler yapılmalı ve huzurlu bir şekilde beden emaneti teslim edilebilmelidir. Her şeyin gelip geçici olduğunu ve hiçbir şeyin baki olmadığını bilerek bu dünyaya çok hırsla bağlanılmamalı ve Allah'ın öğretilerini içselleştirerek hayatı yönlendirmemiz gerektiğinin farkında olunmalıdır. Yaşantımıza serpiştirilen hikmetleri görmeli ve Allah'a sonuna kadar güvenmeliyiz. Tüm mezheplerde yaşamak çok kıymetlidir ve zarar verildiği vakit, yaptırımı vardır. Ancak rıza kısmında görüş ayrılıkları yaşanmıştır. Ama ortak olan bir konu şudur ki cana zarar vermenin cezai sisteme gireceğidir. İslam'ı doğru anlamamak, ölümü en kötü ve istenen son olarak görmek, *"asıl olan ahret yurdudur, dünya bir gölgeliktir"*, diyen İslam'ın ruhuna da aykırıdır.⁸³

83 Şahin Filiz. İnsanın "Uzun Ölüm" le Sınvı ya da Ötanazi Tartışmalarının Felsefi Değeri.

1.3.3.4. Hinduizm

Çoğulcu etik ve etnik zeminde yer alan Hinduizm, inançlar, değerler ve uygulamalarda önemli bir esneklik sunar. Etik konulardaki esneklik ve çoğulluk, Hinduların tümdengelimli bir prosedürden daha çok, tümevarımsal bir prosedür izlemeleri gerçeğinden yararlanılmaktadır. Başka bir deyişle, gerçek yaşam durumlarında, eylemlerini düzenlemek için Hindular, önce kendi vicdanlarına sonra modellerin, liderlerin ve yaşlıların yaşamlarına başvururlar ve sonrasında “*dharma*” üzerine kitaplarından yararlanır (smṛiti literatürü) veya uzmanlara danışırlar ve sadece son çare olarak ilahi vahye, Vedalara (śruti) yönelirlerdi.⁸⁴

Bunun halkın eğitim seviyesi ile orantılı olduğu araştırmalarda gözlemlenmiştir. Esneklik ve etnik çoğulculuğun ortasında, dharmik (kökeni kadim belgelere ve öğretilere dayanan inanışlar) yol gösterici ilkeler sağlar. Dharma kavramı, her bireyin her yaşam durumunda doğruluğu tesis etme niyetiyle hareket etmesi gerektiğini vurgular. Bu, büyük ölçüde dört Varṇa'ya (sosyal kast) bağlı olacağından, her bireyin bir svadharma'ya (iç gözlem ve kendini inceleme) , yani çok özellikli dharma 'ya sahip olduğu söylenir. Hindu dharma, haklardan çok görevlere vurgu yapar; bir şekilde, bir kişinin görevleri diğerinin hakları haline gelir. Dharma, bireyi sosyal bir varlık olarak hareket etmeye zorlarken, tamamlayıcı karma kavramı, bireyin eyleminin kendisi ve gerçekliğin geri kalanı üzerindeki yansımalarına işaret eder. Bu, “*Kozmos-Tanrı-İnsan*” birbirine bağlılığına atıfta bulunan kozmotheandrik(Tanrı, İnsan ve Dünya arasında dar ve kurucu bir ilişki kuran sezgi) dünya görüşünden kaynaklanmaktadır. Karşılıklı bağımlılık ilkesi, özerk bireyler olmaya değil, kozmik ve ekipsel bir bütünün parçası olmaya vurgu yapar. Bireyin ben duygusuyla değil biz duygusuyla hareket etmesine ihtiyaç duyar. Bağımlılıkları bir şekilde sorumluluk anlamına gelir ve birbirlerinin davranışı mutlaka ortak sonuca gideceği inancı taşırlar. Biz bilinci hem devlet hem ülke hem din ve köken olarak tutucu oldukları için çok fazla bir aşınma söz konusu olmamaktadır. Bu antropolojik şemada insan onuru, aşkın ve kozmik gerçeklik arasındaki köprü olarak kişinin sahip olduğu bilince ve hissettiği sorumluluğa sıkı sıkıya bağlıdır.⁸⁵

Tüm yaşam biçimlerine saygı duyulması ve gereksiz öldürmeye elverişsizlik Hinduizm'de ötanaziyi mümkün kılmaz. Çünkü ortaklık bilinci ve küçüğünden büyüğüne bağlı bir dinin mensubu olan insanlar, bir bireyin belli bir aşamadan sonra ölümü tercih etmesi uygun değildir. Önemli bir Hindu tutumu, ölümcül hasta bireyin, ölmesi için doğru zaman (kāla) gelene kadar beklemesi gerektiğini söylemektedir. Ölümcül hastalara bakanlar acıyı ve ıstırabı azaltmaya çalışabilirler, ancak prensipte diğer kişinin hayatına son verme hakları yoktur”.⁸⁶

84 Francis-Vincent Anthony ve Carl Sterkens. “Religion and socioeconomic wellbeing—empirical study of the impact of religion on socioeconomic rights in the pluralistic and democratic context of tamil nadu, india.” *Religions*, 2020, 11.9: 454.

85 Raghvendra Singh Shekhawat, et al. “Euthanasia: global scenario and its status in India.” *Science and engineering ethics*, 2018, 24: 349-360.

86 Francis-Vincent Anthony ve Carl Sterkens. Religion and socioeconomic wellbeing.

MÖ 1 yy'da yazılan Shukla Yajurveda'nın en kısa Upanişad'ı olan Isavasya Upanişad, "*kendini alan kişinin ölümden sonra aşılmaz karanlığın kapladığı güneşsiz bölgeye ulaştığını*" belirtir (Is Hinduism ambivalent about suicide? Lakshmi Vijayakumar sayfa 4) Benzer şekilde, Mauryan İmparatorluğu'nun baş danışmanı Kautalya yaklaşık MÖ 350-275, Arthashastra, devlet idaresi, ekonomik politika ve askeri strateji üzerine incelemesinde, çok sert bir dille, aşka, öfkeye veya diğer günahkâr tutkulara kapılarak iple, silahla ya da zehirle intihar eden veya intihara neden olan kadın ve erkekleri kınamaktadır.⁸⁷

Ayrıca intihar veya cinayet nedeniyle ölümün belirlenmesine ilişkin cesetleri inceleyen, koşulları tespit eden ve ölüm nedenini bulmaya çalışan komisyon üyeleri tarafından gerçekleştirilen işleme '*Kantakasodhana*' adı verilir. "*Bir kişi intihar ederse vücudunun saf olmayan şeylerle lekelenmesi gerektiğini öne sürer ve eğer yaşarsa, 200 pana (geçerli para birimi) para cezasına çarptırılmalı, arkadaşları ve oğulları ise 1 pana para cezasına çarptırılmalıdır*"⁸⁸ cezası örnek teşkil eden yazılardan biridir. Dharmashastra'nın (Hindu kural, davranış ve ahlak kitabı) yazılarından intiharın ve intihara teşebbüsün büyük bir günah olarak kınanması gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak bazı durumlarda intiharın izin verildiği alanlar da vardır:⁸⁹

1. Mahaparasthana: Büyük Yolculuk, sadece su ve havayla manevi bir yolculuğun sonunda ölüme giden intihardır.
2. Kasi veya Varanasi adlı hac yerlerinde ölmek: Kişinin hayatını bu yerlerde sonlandırması durumunda doğum ve ölüm döngüsünden kurtulacağına ve böylece reenkarnasyonu önleyeceğine inanılıyor.
3. Yaşlı veya bedensel arınma kurallarına uymayan kişi (Örneğin bedensel fonksiyonlarını kontrol edemeyen veya tıbbi beceriyi aşacak kadar hasta olan kişi)
4. Hayatıyla işi bitmişse, hayatın zevklerine karşı arzusu yoksa yaşamak istemiyorsa ve hayatın geçici olduğuna kanaat getirmişse, oruç tutarak kendini öldürebilir.

Genel olarak, Hindular ölümle barışık ve dünya hayatında da gelenek bağları baskın olan bir gruptur. Bu nedenle esneklik sağladıkları durumlar vardır ama yaşam şartlarının varlığı keyfi ve dünyalık için olmaması gerektiğine inanırlar. Ölmek tercihini de yine kendi dini-etnik yapının içsel dinamiklerine göre seçenekleştirmişlerdir. Zihinsel ve fiziksel ızdırap, karma ve şamsāra (yeniden doğuş döngüsü) teorileriyle ilişkilendirilirken ızdırap, olumsuz davranışın ve günahın adil bir sonucu olarak görülür. O halde, ızdırap, içsel benliği doyurulup ameli etkilemediği için, nihai kurtuluş hedefine (mokşa) doğru ilerleyen bir dinginlik tutumu olarak

87 Lakshmi VIJAYAKUMAR ve Sujit John. "Is Hinduism ambivalent about suicide?." *International journal of social psychiatry*, 2018, 64.5: 443-449. S. 446.

88 Upendra Thakur. *The History of Suicide in India: An Introduction*. (No Title), 1963.

89 Lakshmi Vijayakumar ve Sujit John. "Is Hinduism ambivalent about suicide?." S.447.

görülmektedir. Ama intihar veya yardımlı intihar, şiddetsizliğin etik normuna (ahimsā) aykırı olacağından dolayı ritüeller haricinde, dış müdahaleyi doğal ölüm olarak görmez.⁹⁰

1.3.4. Etik boyut

Ahlaki ikilem olarak değerlendirilen ötanazi kavramı, her güncellemede kendini bir çatışmanın ortasında bulur. Temelinde sübjektif bir tercih olsa da çevresel faktörler karar üzerinde çok etkilidir. Çünkü bir tarafta önemli şahsiyetler, bireyin yaşam serüveninde, hissettiği küçük/büyük ızdırapta mücadele vermesini nasihat etmekte, sıkıntılı yolları görünce de yaşamdan bir an önce kopması için ötanaziye işaret etmişlerdir. Sebebini de kolay ölüm diye belirterek desteklemişlerdir. Diğer yanda sağduyulu bilgin önderler, onurlu tedavi ve yaşam için insan olarak yaratılışımızın doğasına müdahale edilmemesi gerektiğini ve insan yaşamının kıymetli olduğunu savunmuşlardır. Doğarken veremediğimiz kararı, ölümün belirsizlik kaygısıyla yaşama son vermeyi nasıl tercih edebiliriz? Bir başkası adına bu kararı nasıl onaylar ve en temel hakkı olan yaşamayı elinden alabilir? Kaderi belirleyecek yetkide insan kendisini nasıl ve nereye konumlandırabilir? Yaşatmak için yemin etmiş, tüm benliğini insanlığın iyileşmesi için ortaya koyan bir şifacı, nasıl bir başka insanı öldürebilir, ölümünde aktif olabilir? Mesela çok ızdıraplı ve amansız bir hastalık üzerinden örnekleyecek olursak, öncelikle artık tıp imkânları çok ilerledi ve ulaşılabilir hale geldi. ızdırapı dindirecek birçok seviyede ağrı kesiciler, destek tedavileri ve ilaçları kullanmak mümkün olmaktadır Hastanın ağrısı yoksa sadece hastalık multiorgan yetmezliği durumundan rahatsızsa, hastanelerde, özellikle yoğun bakım ünitelerinde konsültasyon sistemine bağlı hareket ederek tüm branşlardaki doktorlar hasta için hangi tedavi cevap veriyorsa takipli olarak hastanın konfora ulaşması sağlanmaktadır. Diyelim ki herhangi bir şikâyet yok ama hastalığın tedavisi de yok ise destek tedaviler süresiz sağlanmaktadır. Zaten gün geçtikçe de tıp çok hızlı ilerleme kat etmekte ve belli bir hastalık sebebiyle ölmeyi tercih eden kişinin ölümünden 1 hafta sonra tedavisi ortaya çıkabilmektedir. Ama ötanazi ile ölen kişi, geri dönüşsüz yola çoktan girmiştir.

Bu dünyada varoluşumuz sadece sağlıklı, mutlu, huzurlu, güneşli günlerde buluşmak için değil aynı zamanda bir eğitim düzeneğinden geçmektir. Dünyaya açılan pencere olan bedenimiz bu dünyada kalacakken yaşadığımız üst biliş ve manevi aklımız bizimle beraber gelecektir. Şuan bir oyunun içinde rolleri yaşıyoruz ama zamanı gelince roller bitecek ve sadece ilahi cevherin öğrettikleri kalacak. Şair demiş ya “*Kuş ölür, sen uçuşunu hatırla*” Yani beden ölür ama eseri ve ameli daim kalır.

Yaşamının kaidelerine göre insanın bu dünyada belli bir eğitimden geçtiğini ve ahlaki evrelerinin tamamlanmasıyla, yaşam sürecinde aktif olması gerekir. Ahlaki ilkelerle yaşamak

⁹⁰ Dagmar Wujastyk. *Well-Mannered Medicine: Medical Ethics And Etiquette In Classical Ayurveda*. Oxford University Press, 2012.S.635.

ve sonunda bahşedilen yaşam ödevini yerine getirerek, gerçek ve sonsuz dünyada kutsal bir hayatla uyanmak çok kıymetlidir. Bu nihai hedefe ulaşırken Gazzali'nin Makasid teorisi bizlere yol gösterir. Makasid teorisi "*iyiliğe, refaha, menfaate, faydaya ulaşmak ve kötülükten, zarardan, yaratıkların kaybından korunmak*" olarak tanımlanmıştır.⁹¹

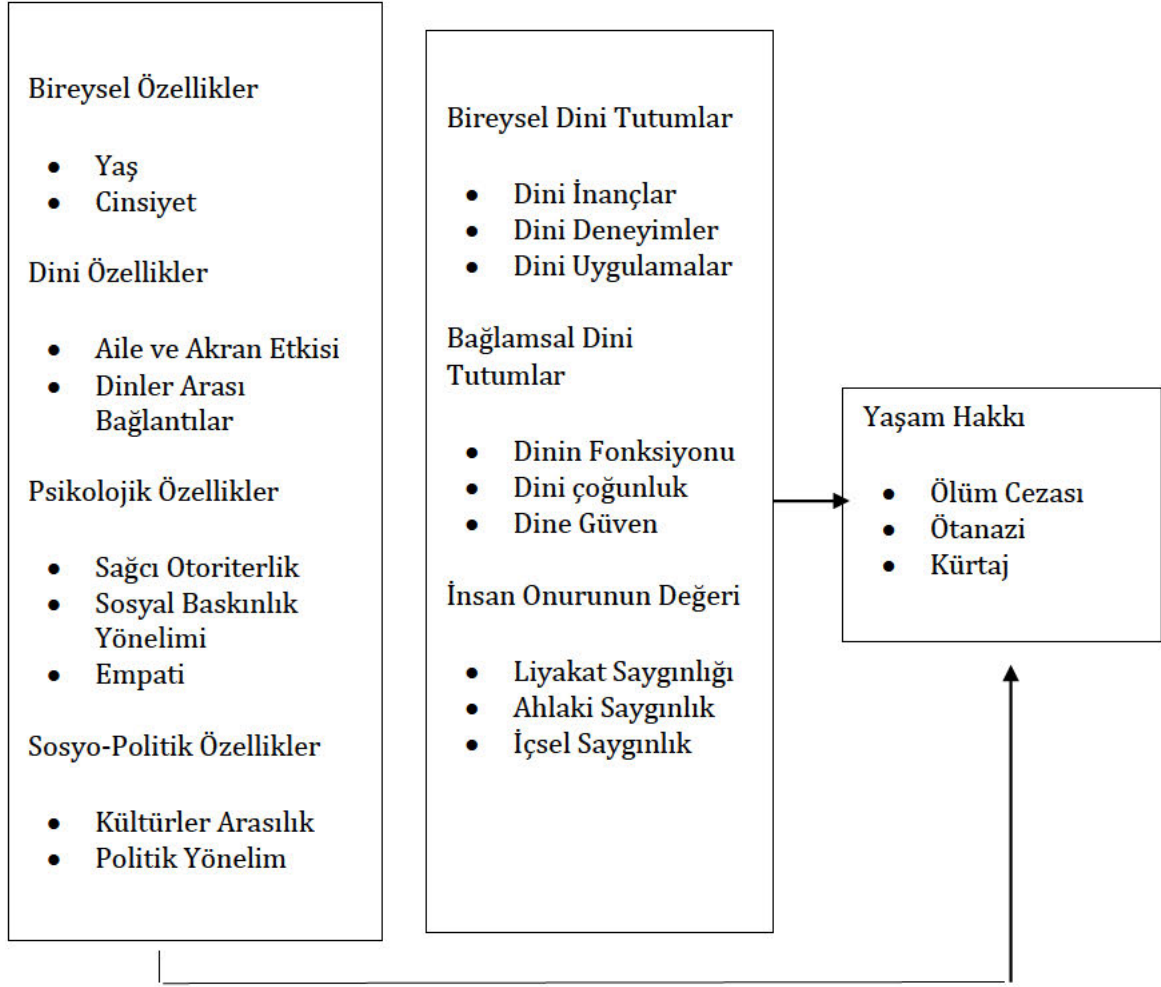
Aynı zaman Makasid teorisinde Şaibi'de "*özünü israf eden kişi, hukuka uymaz*"⁹² sözüyle özünün cevherinin kıymetini bilmesini tavsiye etmektedir. Bir kişinin kendinde sahip olduğu ancak başkası için sahip olmadığı bu tür bir değer, Kant'ın ahlak teorisinin temelini oluşturur. Kant'ın bu değer için kullandığı terim "*haysiyettir*" ve rasyonel doğaları nedeniyle tüm insanlara haysiyet atfeder. Kant'a göre ahlakın bizden istediği şey, kişilerin onuruna saygı duymamızdır.⁹³

Hayatın doğal düzeneğinde var olmak, yaşamanın sadece nefes almanın çok ötesinde kalifiye bir yaşam sergilemesi, insanın nihai hedefi olması gerektiğini bilmek gerekmektedir. Mutlaka zorlukların olduğu çetrefilli, bazen dolambaçlı yollardan geçilecektir ama sonunda o karanlıkların bir gün aydınlığa çıkacak umuduyla yaşamak gerekir. Aristoteles'in bahsettiği gibi **eudomania** (iyi bir ruh hali ile yaşamak, saadet) mutluluk veren uzak, kalıcı hedefler, insanı daha kaliteli bir yaşam hikâyesine yönlendirmektedir. İnsanın gönderiliş amacını unutmadan bu süreçte başa çıkma yollarını, kendisinden ayrı manen ilişkilendirdiği aşkın varlıkla aşması gerekmektedir. Hiçbir yol kolay değildir, gidilen yolları kısa ve basit beklememek gerekir. "*Bugün uyandıysam bir şans daha verildi*" gözüyle bakmak ve kıymeti hayattayken iyi değerlendirmek önemli bir aşamadır. Hayatta olan bireyin, manevi enerji ve kutsalına olan teslimiyet hissiyle yola çıkmalı ve Bakara Sûresi 286. Ayetinde buyrulduğu gibi "*Yüce Allah hiç kimseye kaldıramayacağı yükü yüklemez ve hiç kimseyi gücünün yetmeyeceği şeylerle sorumlu tutmaz.*" (Mehmet Okuyan Meali) bilinci içimizde var olmalıdır. Bir İnşirah gibi feraha erişmenin sırrı hikayeye acı son yazmak değil yaşarken var oluşumuza kutlu, yaşamanın onuruna yaraşır bir başka işe koyulmaktır!

91 M. Fahim Khan ve Noor Muhammad Ghifari. Shatibi's Objectives of Shariah and Some Implications For Consumer Theory'. *Readings in Islamic Economic Thought: Selected Readings*, eds. Abul Hasan M. Sadeq & Aidit Ghazali (Kuala Lumpur: Longman Malaysia, 1992), 1992.

92, A. Al-Raisuni Nazariyyat al-Maqasid 'ında al-Imam al-Shatibi. *Egypt: Dar Al-Kalimah, Mansoura*, 1995. s.129.

93 J. David Velleman. A right of self-termination?. *Ethics*, 1999, 109.3: 606-628.? S. 611).



Şekil 1.2. Kavramsal model: bağımsız değişkenlerin (kişisel ve çekişmeli tutumlar ve insan onuruna verilen değer) ve arka plandaki değişkenlerin (kişisel ve dini özellikler, psikolojik ve sosyo-politik özellikler) bağımsız değişken üzerindeki etkileri (yaşam hakkı, ölüm cezası, ötanazi ve kürtaj)⁹⁴

1.3.4.1. Teorik Ve İşlevsellik (İşevurukluk) Penceresinden Ötanazi

- Ölüm bilincin ya da kişisel kimliğin sonu mudur?
- Hayat üzerindeki kontrolüm azaldıkça benimle sevgiyle ilgilenecek biri olacak mı?
- Hayatımın kontrolünü yavaş yavaş kaybettiğimde psikolojik acılarım çok mu büyük olacak?

⁹⁴ Kaynak: JR, John Witte ve M. Christian Green (ed.). *Religion and human rights: An introduction*. Oxford University Press, 2011, s. 36.

- Dayanılmaz acılar çeker miyim? vb

Bu endişelere yanıt olarak ötanazi konusu büyük ilgi uyandırmıştır. Teorik açıdan dünya yaşantısında ilk dönemin şifacıları, olağanüstü hallerde ve durumlarda fikir yürütmüş, eylem için belli bir otorite yasası olmadan uyarlanabilirliği işleve koymuşlardır. Ancak zamanla imkânlar ve teknoloji ilerledikçe ve savaş, açlık gibi temel ilkel sorunlar da bir nebze geride kalınca, hukuk ve etik boyutlarıyla gündeme geldi. Hatta ülkelerin sağlık gelişim politikalarında hızlı uygulanan tedaviler ile yaşam-ölüm sürecinde daimi olarak yerini aldı. Pek çok insanın bu evrensel süreç hakkında bilmediği şey, neredeyse tüm fiziksel ağrıların hafifletilebileceğidir.⁹⁵

Buna rağmen tıbbın gelişmesiyle beraber yaşamın sunileşmesi, yapay yaşamın baş göstermesi, eşzamanlı dezavantaj olarak ortaya çıkmış oldu. Yani doğal ölümle göç etmesi gereken insanı, bazen çok fazla emek ve tedaviyle yıllarca yatağa bağımlı hale getirdi. Sonuçta beklenen zaman, harcanan emek, işgal edilen yatak, hastane ve tedavi masrafları, doktorların kurtarılması gereken sağlıklı bireylere daha az enerjilerinin kalması, hasta yakınları için yıllarca süren umut, ilaç masrafları, konaklama problemleri vs. yorucu ve zahmetli olduğundan tedaviden mahrum etme, fişi çekme olayı pasif ötanaziye gündeme getirdi. Hatta sağlık sisteminin temeli bu durumlar göz önüne alınıp belirlendi. Hekimlerin tedavi kararları bir denge üzerinde durmalı ve dengenin basit yapısı insan hayatını kurtarmaya yönelik olması gerekmektedir. Yardımlı intiharın yasallaştırılmasından yana olan yazarlar bazen asistanın ölümü başlı başına bir amaç olarak düşünmesinin gerekmediğini, yalnızca daha ileri bir amaca, örneğin doktor-hasta ilişkisi bağlamında acı ve ıstırapın sona ermesine yönelik bir araç olarak niyetlenmesi gerektiğini söylerler. Ancak amaçlanan durumun, bütün bir dizi eylemin "merhametle öldürme" gibi bir ifade altında yeniden tanımlanmasına yol açabileceğini söylemek kesinlikle tuhaftır.⁹⁶

Tercih edilen, tercih eden, zaruret gerektiren olaylara göre yasal düzenlemelerin müsaade ettiği kadarıyla şekil alan bir sağlık sürecidir. Uygulamasını bir profesyonel görev tanımında belirlenen ölçütle konsülte şekilde kararlaştırır ve uygular. Kimi ülkelerde doktor başvuru yapar ve hukuk onaylar, kimi ülkelerde ise doktor karar verir ve uygular. Tek değişmeyen hekim destekli olmasıdır. Yasalarla gelen yetki, profesyonellerin dönülmez yola girdiklerinde ve hastaların\yakınlarının aldığı kararları sadece biyolojik olarak değil ahlaki ve vicdani ödev durumları da devreye girmelidir. Çünkü yaşamın kutsallığı açısından daimi yaşatmak için eğitim alan profesyonelin tedavi amacıyla yaşatmaya yemin ettiği, ancak yaşamın sonlanmasına da yardım edecek ve hastayı ebedi olarak dönülmez bir yola sokacaktır.

95 Patricia Mazzarella. "Euthanasia: An Inclusive Definition". *The Linacre Quarterly*, 1991, 58.4: 56-62, s.57.

96 Craig Paterson. On clarifying terms in applied ethics discourse: Suicide, assisted suicide, and euthanasia. *International philosophical quarterly*, 2003, 43.3: 351-358, s.355.

1.3.5. Hukuk boyutu

Hukuk, insanların yaşadıkları ülkelerde sınırları belirleyen ve yaptırımlarla koruyan bir yazılı düzendir. Yani insanın yaptığı veya yapacağı eylemlerin sorumluluk ve hak ehliyet üzerindeki yasal düzenlemeleri içerir. Bu düzenleme yaşadıkları ülkenin kanunları çerçevesinde belirtilir. Bu kanunların muhatabı olmanın temel şartı sağ doğum ile yaşam hakkıdır. Hukuksal olarak sağlık alanlarında imkânlardan yararlanan, imkânlarla hizmet eden, her türlü kademe görev ve sorumluluk yazılı metinlerle sabitlenmiştir. Aydınlanma öncesinde intihar konusunda tüm Avrupa'da tam bir yasak hakimdi. Bu yasak, 19. yüzyılda kıta Avrupa'sında kaldırıldı, ancak örf ve adet hukuku ülkelerinde varlığını sürdürdü. Ötanazi kavramı ise önce sosyolojik ve felsefi olarak tarih sahnesinde yerini almış olsa da ilerleyen zamanlarda insanların yerleşik hayata geçmesiyle hukuksal alanda da kanunla var olmayı başarmıştır. Suiistimale karşı kendini koruyan ülkelerde vardır. Mesela 1922' de Rusya ötanaziyi kabul edip yasalaştıran ilk ülkedir ama suiistimale açık olduğu düşünüldüğünden birkaç ay içinde yasa iptal olmuştur.

Bazı ülkelerin yasal süreçleri incelenmiştir. Bu ülkeler şunlardır;

- 1.Belçika
- 2.Hollanda
- 3.Amerika Birleşik Devletleri
- 4.Birleşik Krallık
- 5.Almanya
- 6.İsviçre

1.3.5.1.Belçika

Ötanazi 2002 yılında Belçika'da yasallaştırılmıştır, ancak mevzuat Hollanda'dakine benzer ve sadece doktorların ötanazi eylemleri gerçekleştirmesine izin vermektedir. Bu nedenle, hemşireler tarafından hastalara ölümcül ilaçların verilmesine Belçika yasalarına göre izin verilmemektedir. Hemşireler sadece tedavi uygulayıcı konumda yer alır. 1998'de hastalar için ölüm sertifikaları imzalayan 1925 Belçikalı doktorla ilgili bir incelemede, hemşire katılımı hakkında birkaç soru ortaya çıkardı. Sonuçlar, hemşirelerin kurumlardaki ötanazi vakalarının %58,8'inde ve evde meydana gelen ölümlerin %17,2'sinde öldürücü ilaç uyguladıklarını göstermiştir. Bu sonuçlar çarpıcı olsa da ve yazarların da kabul ettiği gibi kolayca açıklanamasa da, hemen hemen tüm vakalarda uygulanan ilaçlar opiatlı (OPİATLAR ömrü kısaltan ağrı kesiciler veya bir bakıma solunumu bozan afyon). Opiatlar için son dönem hastalar zaten belirli bir süre bu ilaçları kullandıklarından dolayı normalde solunumu durdurması beklenen dozlar, bazı hastaların bünyesinde tolere edilebilir hal almıştır. Opiatlar da dahil olmak üzere ilaçların uygulanması kurumsal ortamlarda genellikle hemşirelere verilir ve çift etki doktrini

uyarınca hastayı öldürmek yerine ağrıyı hafifletmek amacıyla uygulanmış olabilir. Bu nedenle, bu çalışmada bildirilebilecek olan, aktif ötanaziden ziyade pasif ötanazi örnekleridir.⁹⁷

3 Şubat 2014'te Belçika Parlamentosu, 2002 Belçika Ötanazi Yasasındaki uygulama süreci devam ederken kronik hastalığı olan çocuklara da ötanazi yapılmasına izin veren bir değişikliği onayladı. Belçikalıların çoğunluğunun desteklediği ve yakın zamanda Kral Philippe tarafından yasalaştırılan değişiklik, "sürekli ve dayanılmaz acı çeken" çocuklara ötanazi yapılmasına izin vermektedir. Yeni yasa, çocuğun kendi gönüllü ve açık ötanazi talebini zorunlu kılmanın yanı sıra, ebeveynlerin rızasını da gerektiriyor, zihinsel engeli veya akıl hastalığı olan çocukları kapsam dışında tutuyor ve çocuğun ayırt etme kapasitesini dikkatli bir şekilde inceleyen multidisipliner bir ekibin görevlendirilmesini zorunlu kılıyor. Aşağıdaki tabloda görüldüğü üzere Belçika'ya ait araştırmalar sonucu ölüm sebep, süreç ve kararları yıllara göre değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır.⁹⁸

Tablo 1.2. Belçika'nın Flanders bölgesinde 1998, 2001, 2007 ve 2013 yıllarında ötanazi ve diğer yaşam sonlandırma uygulamalarının yaygınlığı⁹⁹

Yıllık toplam ölüm sayısı	56.354	55.793	54.881	61.621
Örnekleme yer alan ölüm sayısı	3999	5005	6202	6188
ankete katılan hekimlerin yüzdesi	48,1	58,9	58,4	60,6
İncelenen vaka sayısı	1925	2950	3623	3751
En az bir yaşam sonlandırma uygulamasının ardından gerçekleşen ölüm	39,3 (37,0–41,6)	38,4 (36,5–40,3)	47,8 (45,9–49,8)	47,8 (46,1–49,5)
Ağrının ve diğer semptomların yoğun şekilde hafifletilmesi	18,4 (16,6–20,4)	22,0 (20,5–23,6)	26,7 (25,1–28,4)	24,2 (22,9–25,7)
Yaşamı uzatan tedavinin durdurulması	16,4 (14,7–18,3)	14,6 (13,2–16,0)	17,4 (15,9–19,0)	17,2 (15,9–18,6)
Hekim yardımlı ölüm	4,4 (3,5–5,5)	1,8 (1,4–2,4)	3,8 (3,2–4,5)	6,3 (5,6–7,1)
Ötanazi	1,1 (0,7–1,7)	0,3 (0,2–0,5)	1,9 (1,6–2,3)	4,6 (4,0–5,2)
Yardımlı intihar	0,12 (0,04–0,36)	0,01 (0,00–0,10)	0,07 (0,02–0,19)	0,05 (0,02–0,13)
Ötanazi veya yardımlı intihar talebiyle gerçekleşen ölümlerin yüzdesi	2,1 (1,6–2,9)	-	3,5 (3,0–4,1)	6,0 (5,3–6,7)

⁹⁷ Luc Deliens, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*, 2000, 356.9244: 1806-1811..

⁹⁸ Johan Bilsen, et al. Changes in medical end-of-life practices during the legalization process of euthanasia in Belgium. *Social science & medicine*, 2007, 65.4: 803-808..

⁹⁹ Kaynak: Kenneth Chambaere, et al. "Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium." *New England Journal of Medicine*, 2015, 372.12: 1179-1181.

Ötanazi veya yardımlı intihar taleplerinin kabul edilme yüzdesi	57,4 (41,0–72,4)		56,3 (48,2–64,0)	76,8 (71,2–81,6)
Hastanın açık talebi olmadan ölümün hızlandırılması	3,2 (2,4–4,1)	1,5 (1,1–2,0)	1,8 (1,3–2,4)	1,7 (1,3–2,2)
Ölüme kadar sürekli derin sedasyon	8,2 (7,1–9,4)		14,5 (13,1–15,9)	12,0 (10,9–13,2)

Tablo incelendiğinde, 2001 ile 2007 arasındaki büyük artışın ardından, bir veya daha fazla muhtemel yaşamı kısaltan yaşam sonlandırma uygulamalarının yol açtığı ölümlerin toplam yüzdesi 2013'te %47,8'de sabit kalmıştır. İlaç kullanımıyla ağrının ve diğer semptomların yoğun bir şekilde hafifletilmesi, olası yaşam süresinin kısaltılması da dikkate alınarak (ölümlerin %24,2'si) ve yaşamı uzatan tedavinin durdurulması veya geri çekilmesi (%17,2) en yaygın tedavi sonlandırma yöntemi olmaya devam etmiştir. Ötanazi oranı 2007 ile 2013 yılları arasında önemli ölçüde artarak ölümlerin %1,9'undan %4,6'sına çıkmıştır. Genel artış, hem talep sayısındaki (ölümlerin %3,5'inden %6,0'ına) hem de kabul edilen taleplerin oranındaki (yapılan taleplerin %56,3'ünden %76,8'ine) artışlarla ilgilidir.

Ötanazi ve hekim destekli intihar kararları, 2007 yılı uygulamalarıyla karşılaştırıldığında, 2013 yılında daha çok ötanazi yasasının gereği olarak hastanın sözlü ve yazılı talebini ve başka bir hekime danışılmasını içermekteydi. 2013 yılında vakaların %73,7'sinde palyatif bakım hizmetleri yer almıştır. Bu sonuçlar, 2013'te yasal uygunluk kriterlerinin 2007'ye göre daha katı bir şekilde değerlendirildiğini göstermektedir. Diğer yaşam sonlandırma uygulamalarında karar verme süreci, giderek artan oranda hasta ve aile girdisini de iç. Belçika'da 2007 ile 2013 yılları arasında ötanazi talebinin arttığını ve çoğunlukla palyatif bakım hizmetlerinin devreye girmesinden sonra doktorlar arasında bu talepleri karşılama konusundaki istekliliğin arttığını görülmektedir. Tüm bulgulardan hareketle, Belçika'da 11 yıllık deneyimin ardından ötanazinin giderek artan bir şekilde yaşamın sonunda geçerli bir seçenek olarak kabul edildiği söylenebilir.

1.3.5.2. Hollanda

1960'larda tıp teknolojisindeki gelişmelere ve yoğun kullanımına tepki olarak Hollanda'da ciddi tartışmalar yaşanmıştır.100 1973'ten beri Hollanda'daki doktorlar, belirli koşullar mevcut olduğu sürece, kovuşturma korkusu olmadan intihar eden hastalara yardım

100 Loes Kater, et al. "Health care ethics and health law in the Dutch discussion on end-of-life decisions: a historical analysis of the dynamics and development of both disciplines. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2003, 34.4: 669-684..

ediyorlardı. Doktorlar aşağıda belirtilen gerekli bakım kriterlerini sağlamaları durumunda katı yönergelere uyulması koşuluyla tolere edilmekteydiler:101

1. Hastanın aklı başında olmalıdır.
2. Talep gönüllü, bağımsız, kalıcı bir şekilde gerçekleşmeli ve gönüllü tamamen bilgilendirilmiş olmalıdır.
3. Katlanılan ağrı, dayanılmaz olmalı ve tüm ağrı giderme yöntemlerine karşı tepkisiz olmalıdır.
4. Doktor başka bir bağımsız meslektaşına danışmalıdır.

28 yıl boyunca bu tür eylemlere fiilen izin verdikten sonra, Hollanda parlamentosu, "ötanaziyi ve doktor yardımcı intiharı resmen yasallaştıran" bir yasanın kabulü ile bu tür eylemlere de kanuna uygun izin vermek için harekete geçmiştir (Yani Facto kuramından (yasallaşmamış uygulamadan, (Latince deyim) De Jure (Kanuna ve hukuka uygun) uygulaması yerini almıştır).102 Bugün Hollanda'da ötanazi ve doktor destekli intiharın yasal statüsü, ölüm hakkını savunanlar tarafından kutlanmakta ve buna karşı çıkanlar tarafından saldırıya uğramaktadır.

2001'de Hollanda Parlamentosu, uzun süredir devam eden yasal ötanazi uygulamasına yasama onayı verdi. Talep Üzerine Hayata Son Verme Kanunu (İnceleme Prosedürü), Ceza Kanunu'nun 293 ve 294. maddelerinde cezalandırılan davranışın - istek üzerine öldürme ve intihara yardım etme - iki şartı yerine getiren bir doktor tarafından işlenmesi halinde cezalandırılmayacağını öngörmektedir.

İlk koşul, doktorun kanunun 2. maddesinde belirtilen "*dikkatli uygulama gerekleri*" ne uygun hareket etmesidir. Gereklilikler şunları belirtir:103

1. Doktor, hastanın gönüllü ve iyi düşünülmüş bir talepte bulunduğuna ikna edilmelidir;
2. Doktor, hastanın ıstırabının umutsuz ve dayanılmaz olduğuna ikna edilmelidir;
3. Doktor hastayı durum hakkında bilgilendirmiş olmalıdır;
4. Hem doktor hem de hasta, duruma makul bir alternatif çözüm bulunmadığına ikna edilmelidir;
5. Doktor en az bir başka bağımsız doktora danışmış olmalıdır;

101 (Sleeboom-Faulkner, 2006)

102 Kathleen Foley ve Herbert Hendin. The Oregon experiment. In: *The case against assisted suicide: For the right to end-of-life care*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 2002. p. 144-174.

103 Heleen Weyers. "Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands: how the sociology of law can help the sociology of bioethics." *Sociology of health & illness*, 2006, 28.6: 802-816.

6. Yaşamın sona ermesi, gerekli tıbbi bakım ile gerçekleştirilmelidir.

İkinci şart ise, doktorun, Cenazelerin İmhası Hakkında Kanun'un 7. maddesinde belirtilen bir forma göre davranışı adli tabibe bildirmesi gerektiğidir. Rapor daha sonra doktorun dikkatli uygulamanın gereklerini yerine getirip getirmediğini değerlendiren bir "değerlendirme komitesine" gönderilir. Komite, doktorun tüm gereklilikleri yerine getirdiğine karar verirse, cezalandırılmayacaktır. Değerlendirme kurulu, doktorun 'dikkatli olmadığını' tespit ederse, dosya savcılıklara ve Tıbbi Müfettişliğe gönderilir.

Gerçi artık bununda geçerli bir tarafı kalmadı çünkü artık yaşamdan ayrılmak isteyenlere el sallıyor doktorlar Hollanda yasalarında. Bu da yeni bir tartışma ortaya çıkarmaktadır.¹⁰⁴

Ötanazi ve/veya doktor yardımlı intihar da dahil olmak üzere, yaşam sonu seçeneklerini ve seçimlerini savunan kişiler için Hollanda, yasallaştırmanın, hastaların ne zaman ve nasıl acı çekmesi gerektiği konusunda seçimler yapmalarına izin vermek için doktorların ve hastaların birlikte çalışmasına nasıl olanak tanıdığına dair bir örnek sunmaktadır. Ötanaziye yani doktor destekli intihara karşı olanlar için Hollanda, suistimallere açık bir örnek olarak gösterilebilir. Kaygan bir yokuştan, geri dönüşsüz yola itekleme yardımı, artık yaşamak istemeyen herkesin yaşamı sona erdirmek için yasalarla mevcut olduğu bir ortama doğru kayan bir ülkenin örneğini bizlere sunuyor.

'Hollanda' kıyafetiyle giyinmek Azrail gibi giyinmeyi gerektirir. Bir zamanlar Laleler ve Yel Değirmenleri Ülkesi olan Hollanda, artık dünya çapında çiçekler ve sulama ustalığıyla değil, ölüm ve kürtajlara tanınıyor. Bugün müttefik adaletinden kaçmaya çalışıyorsa, Nazi "Ölüm Meleği" Dr. Joseph Mengele Brezilya ormanlarına gidemezdi; Hollanda muhtemelen onu kollarını açarak karşılayacaktır. Bu yeni "Hollanda İkrarı". Birkaç yıl önce Hollanda, dünyanın en liberal yardımlı intihar yasalarını çıkararak kendisini modern çöküşün en ileri noktasına gururla yerleştirdi. Ülkenin güçlü tıp camiası, ülkenin yardımlı intihar yasasını tıbbi cinayet için bir talimata dönüştürecek yeni yasal yönergelerle, artık ölüme yaşamdan daha fazla değer veren bir topluma doğru önemli bir adım attı. 105

1.3.5.3. Amerika Birleşik Devletleri

Tarih 1906'da ötanazinin yasallaştırılmasının önerildiği Ohio'da başladı. Tasarı sonuçta yenilgiye uğratıldı. ABD'de ötanazi savunuculuğu 1930'larda yeniden zirveye ulaştı ve II. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında azaldı. Ötanazi çabaları 1960'larda ve 1970'lerde, ölme hakkı başlığı altında, liberal biyoetikte doktor destekli ölüm ve ileri direktifler ve yeniden canlandırma talepleri arttı. Bazı önemli mahkeme davaları, hastaların veya vasilerinin gönüllü

¹⁰⁴ <https://www.milliyet.com.tr/dunya/son-dakika-28-yasinda-kendini-oldurme-karari-aldi-sevgilisi-dahil-dur-diyen-olmadi-randevu-verdiler-korkuyorum-7107583> (Erişim: 04.04.2024)

¹⁰⁵Euthanasia ... or a 'Dutch treat', <https://www.washingtontimes.com/news/2004/dec/26/20041226-123251-5015r/> Erişim 24.03.2024

pasif ötanazi veya doktor destekli ölüm uygulama konusundaki yasal haklarını geliştirmiş ve genişletilmiştir. Sonrasında Amerika Birleşik Devletleri'nin Oregon eyaletinde, önerilen yasanın referandumla güçlü bir şekilde onaylanmasının ardından 1997 yılında doktor destekli intihara izin veren yasa çıkarıldı. Daha sonra 1997'de Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Mahkemesi doktor yardımlı intiharın anayasal bir hak olmadığına karar verdi; ancak Mahkeme, özerk eyaletlerin doktor yardımlı intihar lehine yasa çıkarmasını engellemedi (bu nedenle Oregon mevzuatı etkilenmedi). O tarihten bu yana Oregon mevzuatı önemli sayıda kişi tarafından başarıyla kullanıldı ve benzer yasalar 2009'da Washington eyaletinde, 2013'te Vermont'ta ve daha yakın zamanda Kaliforniya, Colorado, Hawaii, Maine, New Jersey'de kabul edildi. New Mexico ve Columbia Bölgesi, Montana eyaletinde 2008 ve 2009 yıllarında alınan bir dizi yargı kararı, devletin doktor yardımlı intiharı yasaklayamayacağını ortaya koydu ancak hukuki durumu kanunlaştıracak bir yasa henüz çıkarılmadı. Kalan eyaletlerin bir kısmı şu anda doktor destekli intihar yasa tasarılarını değerlendiriyor.¹⁰⁶

Kişinin kendi varoluş, anlam, evren ve insan yaşamının gizemi kavramını tanımlama hakkıyla devam sağlayan bu alt mahkemeler ABD tarihinde ve geleneğinde yardımlı intihara karşı muhalefeti görmezden geldi, Casey'nin soyut bürokrasi ikna ediciğine(retorik) başvurdu ve bu görüşe göre, "*Onurlu bir şekilde ölme hakkı, Amerikan değerleri olan kendi kaderini tayin etme ve kişisel kararların mahremiyetiyle uyumludur*"¹⁰⁷ tasarısını onayladı. Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca Amerikalılar, ötanaziye karşı yasal engelleri aşındırırken, kendi kaderini tayin hakkını ve hasta özerkliğini savunan bir toplumsal trendin dalgasında yer alıyor. Bu ikilemde kalan Amerika, yasalaşmamasının sebebini merhamet, sağduyu ve haysiyetli ölüm retorikleriyle destekleyen Amerikalılar, başka bir şekilde çelişki yaşıyor ve yeni bir uygulamaya öncülük ediyor: "*ölenleri öldürün*". Bu uygulamada daha dramatik olanı, başka bir uygulamayı doğurabilecek bir ideolojiyi benimsiyoruz: *pahalı olanı öldürmek*.¹⁰⁸

Bu ölüm yasası Adrenochrome teorisinde öldürme izni sağlamaktadır. Kimyasal bir bileşik olan "Adrenochrome" (Adrenokrom) ABD'li yazar Hunter S. Thompson'ın 1972'de yayımlanan "Fear and Loathing in Las Vegas" adlı romanında adrenochrome çocukların beyninden diri diri elde edilmesi gereken bir gençlik iksiri olarak anlatılıyor.¹⁰⁹ Adrenochrome, milyarlarca dolar değerinde dünyanın en güçlü uyuşturucusu ve adrenalın türevi bir ilaçtır, yasal olarak satılmaktadır. Ne yazık ki, bu tür ölüm trajedileri meydana geldiğinde, olaya karışan herkesin hayatı etkilenebilmektedir. Hatta bazen coğrafyalar arası krizde önemli rol oynayabilmektedir. Vaka incelemesinde ötanazinin tarihine ilişkin hiçbir tartışma, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en iyi bilinen ve çoğu zaman tartışmalı vakalardan bazılarını vurgulamadan tamamlanmış sayılmaz. Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan ve Terri Schiavo için trajedi yaşandı

106 (Voluntary Euthanasia, *First published Thu Apr 18, 1996; substantive revision Tue May 24, 2022*.)

107 (Compassion in Dying v. Washington, 850 F. Supp. 1454, 1459 (W.D. Wash. 1994).)

108 C. Ann Potter. "Will the Right to Die Become a License to Kill-The Growth of Euthanasia in America." *J. Legis.*, 1993, 19: 31-62.

109 (<https://tr.euronews.com/2020/07/13/adrenochrome-adrenokrom-zenginlerin-olumsuzluk-iksiri-mi>).

(Örneğin şu davalar: Karen Ann Quinlan davası (1976), Brophy ve Nancy Cruzan vakaları.²²) Aileleri için dünya tersine döndü ve sevdikleri birinin hastane yatağında yatmasıyla, yürek burkan kararlarla ve bitmek bilmeyen mahkeme kavgalarıyla karşı karşıya kaldılar. Olaya karışan herkesin hayatı daha da kötüye doğru ve sonsuza kadar değişti.¹¹⁰

Karen Ann Quinlan vakasını çevreleyen trajik hikaye 15 Nisan 1975'te başladı. Uyuşturucu ve alkolün etkileşimiyle komaya giren 21 yaşındaki Karen Ann Quinlan, New Jersey'deki bir hastaneye kaldırıldı. Birkaç ay boyunca onu izledikten sonra doktorları Quinlan'ın kalıcı bitkisel hayatta (PVS) olduğu ve geri dönüşü olmayan beyin hasarına maruz kaldığı teşhisi koydular. Ailesi, kızlarının nefes almasını sağlayan solunum cihazını çıkarmanın kızlarının yararına olacağına ve doğal ölüm yaşayarak ölmesine karar verdi. Quinlan'ın ebeveynleri, acı çekmesine neden olduğu için hayatını uzatmanın olağanüstü bir yolu olduğuna inandıkları solunum cihazıyla bağlantısının kesilmesini talep etti. Solunum cihazı olağanüstü bir yaşam desteği aracı olarak görmüşlerdi. Hastane yetkilileri başlangıçta Karen Ann Quinlan'ın ebeveynleri tarafından verilen karara katıldı. Ama daha sonra fikirlerini değiştirip solunum cihazının çıkarılmasını reddettiğinde, Bay ve Bayan Quinlan kavgalarını mahkemeye taşıdı. Mahkeme savaşları devam ederken Karen Ann Quinlan hastane yatağında kalıcı bir bitkisel hayatta kaldı; ancak hemşiresi onu solunum cihazından ayırmayı başarmıştı ve Quinlan, mekanik yardım olmadan kendi başına nefes almaya başlamıştı. Mahkeme sonuçta Quinlan ailesiyle aynı fikirde olmasına rağmen, Karen Ann Quinlan'ın o zamana kadar artık solunum cihazına bağımlı olmaması nedeniyle konu tartışmalı hale geldi. Quinlan, Mayıs 1976'da solunum cihazından çıkarıldığında yardımsız nefes almaya devam ederek birçok kişiyi şaşırttı. Ailesi hiçbir zaman onun beslenme tüpünün çıkarılmasını istemedi. Julia Quinlan, "Onun ölmesini hiçbir zaman istemedik. Sadece Tanrı'nın zamanında ölebilmesi için doğal durumuna geri döndürülmesini istedik" dedi.¹¹¹ Bir huzurevine nakledildi. Quinlan, 11 Haziran 1985'te solunum yetmezliğinden ölene kadar dokuz yıl daha yapay beslenmeyle beslendi. 1985'te zatürreden öldü.¹¹²

Karen Ann Quinlan'ın hayatıyla ilgili uzun süren mücadeleden önce beş eyalet, ölme hakkıyla ilgili mevzuatı ele almıştı. Dava ve onu çevreleyen ulusal medyanın ilgisi bu konuyu ön plana çıkardı ve bir yıl içinde yaşamın sonuyla ilgili altmış yedi yasa tasarısı sunuldu. Bu mevzuatlardan sekizi yasalaştı. Ülke çapındaki hastane yetkilileri, her kararın söz konusu hastanın yararına olup olmadığını doğrulamak için vasiler tarafından verilen kararları incelemekle görevli etik kurullar kurarak davaya yanıt verdi. Karen Ann Quinlan davasından etkilenenler yalnızca hastane yetkilileri ve eyalet yasa koyucuları değildi; o dönemde yaşam

¹¹⁰ Robert L. Fine. "From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury." In: *Baylor University Medical Center Proceedings*. Taylor & Francis, 2005. p. 303-310.

¹¹¹ Nessman, Ravi (April 7, 1996). "Karen Ann Quinlan's Parents Reflect on Painful Decision 20 Years Later". Los Angeles Times. http://articles.latimes.com/1996-04-07/news/mn-55744_1_karen-ann-quinlan Erişim.27.06.2024

¹¹² Ian M. Kennedy. "The Karen Quinlan case: problems and proposals." *Journal of medical ethics*, 1976, 2(1), 3-7.

vasiyetnamesi taleplerinin sayısının dramatik bir şekilde artması da bunu gösteriyor. Görünüşe göre dava, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki insanlara kendi hayatlarının sonu ile ilgili konuları dikkate almaları için açık bir çağrıydı. Bu durumdaki böylesine genç bir yetişkinle ilgili haber anlatımları, pek çok insanı felaket niteliğindeki tıbbi durumların beklenmedik bir şekilde ortaya çıkabileceği gerçeğini kabul etmeye zorlamış görünüyordu; bu kabul, böyle bir durum öncesinde yaşam sonu sorunlarını ele almanın kişinin dileklerini duyurmanın etkili bir yolu olduğu farkındalığıyla birleşti.¹¹³

25 yaşındaki Nancy Cruzan, 1983 yılında Missouri'de kırsal bir yolda giderken arabasının kontrolünü kaybetti ve bir vadiye çarptı. Ağır yaralanmalar, oksijen yoksunluğu ve kalıcı beyin hasarı yaşadı ve derin bir komadaydı; daha sonra bunun kalıcı bitkisel hayatta olduğu belirlendi. Cruzan'ın ailesi, onunla konuşarak, uyarım sağlayarak ve onu rahatlatarak onu bu durumdan çıkarmaya çalışsa da, dört yıl sonra onun bu durumdan çıkamayacağı gerçeğini kabul etmeye başladılar. Nancy Cruzan bu kalıcı bitkisel hayatta kalırken ve ailesi ona ellerinden geldiğince yardım etmeye çalışırken, medyanın geniş yer alması, durumla ve yaşamın sonuyla ilgilenen kişilerin vakayı takip etmesine ve yeni gelişmeleri takip etmesine olanak sağladı. Karen Ann Quinlan vakasında olduğu gibi, Nancy Cruzan vakasında da pek çok kişi yaşamın sonuyla ilgili kendi isteklerini ve hazırlıklarını incelemeye başladı.¹¹⁴

Bir besleme tüpü aracılığıyla yapay beslenme ve hidrasyon aldı; Bay ve Bayan Cruzan'ın kızlarının o zamanki gibi hayatta kalmak istemeyeceğini söylemeleri üzerine bu besleme tüpü büyük ilgi gördü. Yaşamı sürdüren tedaviye son vermek için beslenme tüpü mevcut tek seçenektir; Bu nedenle anne ve babası, kızları adına hayatının sona ermesini istediklerini söyleyince tüpün çıkarılmasını istediler. Nancy Cruzan'ın kaldığı rehabilitasyon tesisinin yetkilileri karara karşı çıkınca Cruzan'lar konuyu yine mahkemeye taşıdı.¹¹⁵

Cruzan'lar kızları adına beslenme tüpünün çıkarılması gerektiğini açıklayınca medyada yer alan haber çarpıcı biçimde arttı. Bu olay, besleme tüpünün çıkarılmasını insanlık dışı bir ölümün başlangıcı olarak görenlerin tepkisine yol açtı. Besleme tüpü sıradan bir tedavi olarak kabul ediliyordu; bazı kişi ve kuruluşlar, bunun kaldırılmasının toplumu, kendi adlarına konuşamayan insanları tehlikeye atacak kaygan bir zemine sürükleyeceğini iddia etti. Ancak diğerleri, Nancy Cruzan'ın yaşamak istemeyeceği bir hayat yaşamak yerine ölmesine izin vermenin ebeveynlerinin hakkı olduğunu savundu.¹¹⁶

Herhangi bir ön direktifin yokluğunda mahkeme, devletin yaşamı sürdürme konusundaki çıkarının, ailenin Nancy Cruzan'ın yaşam kalitesine ilişkin iddialarından daha büyük olduğunu

113, Hannah C. Kinney, et al. "Neuropathological findings in the brain of Karen Ann Quinlan--the role of the thalamus in the persistent vegetative state." *New England Journal of Medicine*, 1994, 330.21: 1469-1475.

114 George J. Annas. "Nancy Cruzan and the right to die." *New England Journal of Medicine*, 1990, 323.10: 670-673.

115 Richard A. McCormick "The Cruzan Decision." *Midwest Medical Ethics*, 1989, 5.1: 3-6.

116 Fred Rosner Death by Withdrawal of Nutrition and Hydration. *Einstein Journal of Biology and Medicine*, 2016, 20.2: 81-84.

ilan etti. Cruzan'lar bu karara itiraz etti ve dava ABD Yüksek Mahkemesine gitti. Mahkeme 25 Haziran 1990'da bir karar verdi; Cruzan - Missouri Sağlık Bakanlığı Direktörü davasında Mahkeme Cruzan'ların yanında yer aldı. Kararda Mahkeme, tedaviyi reddetme hakkının, hatta suni beslenme ve sıvı alımının bile Amerika Birleşik Devletleri Anayasası'ndaki özgürlük maddesiyle garanti altına alındığını ileri sürerek, ölme hakkının anayasal olarak korunan bir özgürlük hakkı olduğunu beyan etti.¹¹⁷

Karen Ann Quinlan'ın davasının yaşamın sonu sorunlarına olan ilginin artmasına neden olması gibi, Nancy Cruzan'ın davası da Amerika Birleşik Devletleri ve ötesindeki insanların bu konuların çoğunu yeniden incelemeye başlamasına neden oldu. Missouri Senatörü John Danforth da bir istisna değildi. Amerika Birleşik Devletleri'nde direktifleri ilerletmek için bir tekdüzelik ve düzen duygusu getirmek amacıyla Kongre'ye "Hastanın Kendi Kaderini Tayin Etme Yasasını" (PSDA) tanıttı. Kabul edildiği şekliyle mevzuat, doktorlar, hastalar, aileler ve sağlık kurumları da dahil olmak üzere çeşitli tarafların sorumluluklarını açıkça tanımlayarak bu alanda daha fazla açıklama getirmiştir. 1 Aralık 1991'den itibaren geçerli olmak üzere, derhal mevcut eyalet yasalarının yerini aldı ve ileri düzey direktifleri Amerika Birleşik Devletleri'nin her yerinde daha erişilebilir hale getirdi. Hastanın Kendi Kaderini Tayin Yasası bu alanda gerekli açıklığı sağlasa da hâlâ eyaletten eyalete değişen bileşenler mevcuttur. Örneğin, ön direktiflerde kullanılan dil her eyalete göre değişir. Ayrıca ileri direktifler yalnızca hastanın yaşadığı eyalette geçerlidir. Tutarsızlıklara ve kısıtlamalara rağmen, Kendi Kaderini Tayin Etme Yasası bir tekdüzelik unsuru ve bir dereceye kadar açıklama getirmiştir.¹¹⁸

Aktif ve Pasif Ötanazide Rachels (1975), öldürme (komisyon) ile ölüme izin verme (ihmal) arasında ahlaki bir fark olmadığını, aksine bunun "ahlaki muhakemenin tuhaf bir sapkınlığı" olduğunu ileri sürmüştür. Amerikan Tabipler Birliği'nin yaşamı sürdüren müdahalelerin geri çekilmesinin yaşamın kasıtlı olarak sonlandırılması anlamına geldiği yönündeki inkârına karşı çıkıyor. Uzun süreli bir ızdırapla sonuçlanacağı için bir tedaviyi erteleme (ölmesine izin vermenin) "açıkça zalimce" olduğunu ileri sürüyor; bu nedenle öldürücü bir ilacı enjekte etmek (öldürmek) daha insancıldır görüşünü savunmaktadır. Amerikan Tabipler Birliği'nin görüşü, belirli durumlarda tedaviyi durdurmaya (ölmeye izin verme) izin verilebileceği, ancak hiçbir durumda bir hastanın hayatına son vermek için olumlu bir adım atılamayacağı (merhametle öldürme) yönündedir. Amerikan Tabipler Birliği'nin bahsettiği şeyin, ölümün yakın olduğu açık olduğunda "olağanüstü yolların" geri çekilmesi (yani, durdurulması değil, "durdurulması") olduğunu unutmayın. Geri çekilmek, verilen bir şeyi bırakmaktır; tutmak, vermeyi reddetmektir.¹¹⁹

117 Steven Goldberg. "The changing face of death: computers, consciousness, and Nancy Cruzan." *Stanford law review*, 1991, 659-684.

118 George J. Annas. Nancy Cruzan and the right to die.

119 Gregory E. Pence. *Classic cases in medical ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds*. 2004.

Yaşanan ideolojik ve hukuki dönüşüm bir isyanla başlamadı. Tutum değişikliğiyle başladı. Amerika Mahkemeleri ve yasama organları yavaş yavaş ölümcül hastalara veya ağır engelli hastalara yönelik yaşam desteğinin bu hastaların çıkarlarına ters olduğu önermesini benimsedi ve ardından onlara "ölme haklarını" kullanmaları için yasal araçlar sağladı. Yasaları, "yaşamaya değer olmayan bir hayat" diye bir şeyin olduğunu zımnen kabul ediyor ve ötanaziye uygun bir yasal ortam yaratıyor. İnsani acının azaltılması hedefini desteklemek kolay olsa da, uzun vadede uygulayan devlete yük teşkil etmektedir. Böylelikle bu yükü kaldırmak isteyen devlet ötanazi kavramını parlatmak isteyenlere destek sağlamıştır. Ancak meydana gelen dönüşümün nedenlerini fark etmeden ve bunun daha geniş sonuçlarını incelemeyen, ileri sürülen kamu politikası önerilerini ülkenin yaşam standardına göre incelemeliyiz.¹²⁰



Resim 1.2. Jack Kevorkian Van-Post

Bir doktor örneği verecek olursak Doktor Jack Kevorkian (Patolog doktor ölüm lakabıyla) cezai uygulamada karşımıza bilindik isim olarak çıkmaktadır. Dr Jack Kevorkian hukuki yaptırımdan kaçmak için bir ölüm makinesi icat etmiş, cezai işlemten böylelikle kurtulmayı hedefleyerek 130 kişiye yardımcı ölümü (assisted suicide) ya da bir başka deyişle uyutarak ölme işlemini gerçekleştirmiştir. Fakat bir hastasının son anlarını videoya çekmesiyle ortaya çıkan ölümün sonucunda hukuki süreç başlatılmış, 1998'de Dr Kevorkian'ı ikinci derece cinayetten 25 yıl hapse çaptırılmıştır ve 1 Haziran 2007 'de bir daha ölüm gerçekleştirmeme şartıyla serbest bırakılmıştır¹²¹

¹²⁰, Ian Dowbiggin. *A merciful end: The euthanasia movement in modern America*. Oxford University Press, 2003.

¹²¹ (https://tr.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian erişim 15 Kasım 2020).



Resim 1.3. Patoloji Uzman Doktor Jack Kevorkian ve ölüm makinesi¹²²

Örneğe bakacak olursak hekim merkezli aktif ötanazi uygulamasında bireysel olarak tedaviyi esirgeme anlayışı ya da ölümü çabuklaştıracak şeyler yapmak Amerika'da cezai işlemle karşılık bulmaktadır.

1.3.5.4. Birleşik Krallık

Resmi olarak Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı olarak bilinen Birleşik Krallık, İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'dan oluşur. 1948'de İkinci Dünya Savaşı'nın ardından uygulanan büyük sosyal reformların bir parçası olarak kurulan Büyük Britanya'nın sağlık sisteminde ötanazi yasa dışıdır ve ceza hukuku kapsamında cezalandırılır. İngiliz hukukunda '*merhamet amaçlı cinayetler*' için herhangi bir istisna yoktur, ancak acı çeken bir kişinin akrabasını suçlamayı cinayetten kasıtsız adam öldürmeye indirgemek için bir savunma sunabilir. Bu durum, Kasıtlı cinayete karşı tavizsiz tutum sergilediğini göstermiş, Büyük Britanya yasalarında geleneksel olarak sosyal düzeni korumanın bireysel özerkliğin önüne geçtiği gerçeğini yansıttığını ifade etmiştir.¹²³

Yaşamın dokunulmazlığına yönelik bu katı tutumun kökeni, genel hukukun evriminin uzak geçmişinde bulunabilir. Dini öğretilerden büyük ölçüde etkilenen yasalar, yaşamın kutsal kabul edildiğini ve bu nedenle koruma düzeneği, ölenleri bile kapsayacak şekilde genişletilir. Yaşam

¹²² Kaynak: <https://www.mynet.com/olum-makineleri-110100470681>

¹²³ Andrew Grubb. Euthanasia in England—A Law Lacking Compassion?. *European Journal of Health Law*, 2001, 8.2: 89-93. S. 89;

devredilemez olarak kabul edilir; bir başkasının suç işlemesine izin verilemeyeceği gibi, bunun sona ermesine de razı olunamaz. Ancak bu, ötanazi tartışmasını sona erdirmez.¹²⁴

Sorun İngiltere'deki ortak hukukta ortaya çıkmaktadır. Akıl sahibi tüm hastaların tedavi konusunda kendi kararlarını verme hakkı vardır.¹²⁵ Aslında kendi kaderini tayin hakkı, ortak hukuk rıza doktrinini doğurur. Kişi kendi rızasını sona erdirmek için bir başkasına rıza veremez. Bu, İngiliz hukuk sisteminde bir tür çıkmaza neden olmuştur. Kamuoyu kanun koyucu organları özerkliğin yaşamın kutsallığına üstün geldiği yönünde ikna ettiğinde, kanunlar büyük olasılıkla değişmeye başlayacaktır şeklinde itirazlar yer almaktadır.¹²⁶

Büyük Britanya'daki yasanın eninde sonunda ötanaziye izin vereceğini varsaymak haddini bilmezlik gibi görünebilir, ancak artan özerkliğin tarihi dikkate alındığında, yasallaştırılmış ötanazinin ortaya çıkması muhtemeldir diye güncel savlar yer almaktadır. Tıbbi konularda hasta özerliği yaklaşık 1914'te İngiliz mevzuatına dahil edilmiştir. Elbette bu, kişinin dokunulmazlığına ilişkin genel hukuk geleneklerine uygundur. Geriye özerklik hakkı ile toplum düzeni arasındaki denge kalıyor. Ancak mevzuatın oluşturulması yavaş bir süreçtir. Şu anda, Ölümçül Hastalığa Karşı Yardımlı Ölüm Yasa Tasarısı Büyük Britanya'da tartışılıyor. Sorun, yasa tasarısının karmaşık parlamento prosedürlerinden geçip geçmeyeceği ya da yarı yolda kalıp kalmayacağı meselesi. Bunu son derece tuhaf kılan şey, adalet kurumları ile yasama organları arasındaki uyumsuzluk ve ötanazinin yargılanma şeklidir. Merhamet cinayeti vakalarında jürilerin, hem sanığın hem de mağdurun sempatisinden dolayı cinayetle suçlanan aile üyelerini veya doktorları mahkûm etme konusunda genel bir isteksizliği vardı. Bu durum kovuşturmayı oldukça zorlaştırmış olduğu ifade edildi. Bu durum, eğer bir kişinin ötanazi yaptıktan sonra ortaya çıkması durumunda maddi hukuku ihlal etmesine rağmen bu kişinin bulunacağı yönünde yaygın bir görüşe yol açmıştır. Dr. Cox'un cinayete teşebbüsten mahkûm edilmesiyle bu durum değişmiştir.¹²⁷

Britanya'nın ötanazi tarihi, 1935'te İngiliz Gönüllü Ötanazi Derneği'nin oluşumunda başlamıştır. Lord Moynihan ve Dr. Killick Millard tarafından kurulan örgüt, intihar etmeye ilişkin yönergeleri içeren "*A Guide to Self-Reliverance*" adlı bir yayın sundu. Yayın kısmen üyelerin çabalarına karşılık tıp camiasından yardım alamamalarından dolayı duydukları hayal kırıklığıyla yarım kalmıştır.¹²⁸ Her ne kadar örgüt, dağıtımı en az yirmi beş yaşındaki üyelerle sınırlamayı kabul etse de, "*Kendini Kurtarma Rehberi*" özellikle tartışmalı hale geldi çünkü "1961 İntihar Yasası, bu eylemi gerçekleştiren herkesin on dört yıla kadar hapis cezasına çarptırılmasını hükmedildi. Yardımlı intihar ve eylemin nasıl başarılı bir şekilde

124, Margaret Otlowski. *Voluntary euthanasia and the common law*. Oxford university press, 1997., (Claredon Press, Oxford, 1997), s. 59 .

125 Grubb, Euthanasia in England—A Law Lacking Compassion?. S. 89-90.

126 Otlowski, Voluntary Euthanasia and the Common Law, s. 59 .

127 Otlowski, Voluntary Euthanasia and the Common Law, s. 35.

128 Ian Dowbiggin. 'A Prey on Normal People': C. Killick Millard and the Euthanasia Movement in Great Britain, 1930–55. *Journal of Contemporary History*, 2001, 36.1: 59-85.

tamamlanacağına dair bilginin yayılmasının teknik olarak intihara yardım olup olmadığı hala şüpheliydi. Başka bir yayın, 1980 yılında İskoçya Gönüllü Ötanazi Derneği'nin İngiliz Gönüllü Ötanazi Derneği'nden ayrılmasıyla gerçekleşti. Yeni derneğin *"How to Die with Dignity"*si dünyada türünün ilk yayınıydı.¹²⁹

Daha yeni gelişmelerde, İsviçre merkezli bir kuruluş olan Dignitas, Birleşik Krallık'ı, kronik depresyonla karşı karşıya olan kişilerin hayatlarını sona erdirmek için yardımcı intiharı seçebilmeleri için mevcut intihar yasalarını gevşetmeye çağırdı. Örgütün başkanı Ludwig Minelli, All Headline News'e verdiği röportajda şunları söyledi:¹³⁰

"Bugün Britanya'daki politikacıların sorduğu soru şu: Neden vatandaşlarınızı, en korkunç koşullar altında olan ve acılarını kendi seçecekleri şekilde sona erdirmeye kararlı olan insanları, ülkelerini terk edip özgür iradelerini kullanmak üzere İsviçre'ye gitmeye zorluyorsunuz?" (Roque 2006). Minelli'nin sözleri, kendisiyle aynı fikirde olmayan kişi ve kuruluşların yanı sıra, kendisiyle aynı fikirde olmayanların da ilgisini çekti. Telegraph'ta yazan James Le Fanu şöyle diyor: *"gönüllü ötanazi lehine uzun süren kampanya sona ermiş gibi görünüyor"*, bu nedenle birinin hayatına son verilmesine yardımcı olmak için İsviçre'ye seyahatler devam ediyordu. Bununla birlikte, "Tıp dergisi Update'te Dr. David Garwood' un yazdığı" bir makaleye atıfta bulunarak, yardımcı intiharı Britanya'da yasa dışı kalmasına rağmen, "arayanlar gerekli fona sahip olduğu sürece" bunun elde edilmesinin imkânsız olduğu anlamına gelmediğini ortaya koymaktadır. (yaklaşık 3000 £).

Ancak İsviçre'ye seyahat etmek Britanya'daki herkes için gerekli bir adım olmayabilir. Guardian' da 2006 yılında yayınlanan bir makaleye göre, bazı hastaların yasa dışı olmasına rağmen, hayatlarına son verme konusunda kendilerine yardım edecek doktorları bulmayı başardıkları söylemektedir. Makale, Batı Londra'daki Brunel Üniversitesi'nden Profesör Clive Seale tarafından yürütülen ve *"doktorların tedaviyi durdurarak veya onlara yaşamlarını kısaltacağını bildikleri ağrı kesiciler vererek ölümcül hastaların yaklaşık üçte ikisinin ölmesine yardımcı olduğunu"* gösteren bir çalışma hakkında rapor veriyordu. Ancak ölümün birkaç gün uzakta olduğuna inandıklarında ve hastalara, yakınlarına veya diğer doktorlara danıştıktan sonra bu kararı aldıklarını ifade ediyorlar. Makalede Profesör Seale'in araştırmasının "Britanya'daki doktorların başka yerlere göre daha temkinli bir yaklaşım sergilediğini" ve "Birleşik Krallık 'ta yaşam süresinin çok düşük olduğunu, buna karşın hastalar, yakınları ve meslektaşlarıyla istişarede bulunduğunu" gösterdiği iddiasına dikkat çekmektedir.¹³¹

129 Jennifer M. Scherer ve Rita James Simon. *Euthanasia and the right to die: a comparative view*. Rowman & Littlefield, 1999, s. 61.

130 Jennifer Fecio McDoughall ve, Martha Gorman. *Euthanasia: A reference handbook*. Bloomsbury Publishing USA, 2007.

131 Sarah Boseley. "Euthanasia: doctors aid 3,000 deaths". *The Guardian*, 2006, s. 18.

1.3.5.5. Almanya

Burada adı geçen ülkelerin hepsinin ötanazi kavramıyla ilgili bir geçmişi olsa da Almanya'nın bu konuyla ilgili geçmişi benzersizdir. Adolf Hitler, Nazi Partisi'nin lideri olarak kusurlu olduğunu düşündüğü herkesi Almanya'dan uzaklaştırmak istiyordu. Amacı bir üstün ırk yaratmaktı. Program zihinsel engelli çocuklarla başladı, daha sonra zihinsel ve bedensel engelli yetişkinleri de kapsayacak şekilde genişletildi. Programın ardındaki mantık kısmen ekonomikti, devleti 'işe yaramaz' insanlara bakma masrafından koruma isteği ve kısmen de yalnızca sağlıklı olanın üremesi gerektiğini iddia eden *öjeni* inancından kaynaklanan biyolojik sebepti.¹³² Almanya'da imha edilenler arasında zihinsel engelliler, psikotikler (özellikle şizofrenler), epileptikler ve yaşlılıktan kaynaklanan sakatlıklar ile çocuk felci, Parkinsonizm, multipl skleroz ve beyin tümörleri gibi çeşitli organik nörolojik rahatsızlıklardan muzdarip hastalar yer alıyordu. Gerçekte çalışamayan ve rehabilite edilemeyeceği düşünülen herkes öldürüldü. Bu insanlar "işe yaramaz" oldukları ve "topluma yük oldukları" için öldürülmüştü. Yalnızca ölüm biçimlerinin nispeten kolay ve sessiz olduğu düşünülebilir, çünkü merhamet göstermeyen liderin işkenceyle başka yöntemlere de başvurma ihtimali vardı.¹³³ Ama en temel hakkı elinden aldıkları insanları bir çöp gibi attılar.

Her ne kadar bazı kişi ve kuruluşlar Nazi Almanya'sındaki bu ve diğer politika uygulamaları kaygan zemin argümanlarında nihai tehdit olarak gösterse de, yazar ve doktor Charles McKhann bunun, bu argümanların geçersiz bir uygulaması olduğunu savunmaktadır. McKhann, "hiçbir eğitim olmadığını" öne sürerek, 1933'te kabul edilen "Kalıtsal Hasta Çocukların Önlenmesi" ile ilgili olan ve "zihinsel engelli veya ciddi genetik kusurları olan hastalar için zorunlu kısırlaştırma" sağlayan Nazi yasasından alıntı yapmaktadır. Kendisi, bu politikanın Hitler'in "tüm ağır aptallık, mongoloidizm (Down sendromu), mikrosefali (gelişim) bozuklukları, hidrocefali (omurilik sıvısının beyinde birikmesi), deforme olmuş ekstremiteler (organın son veya uç sinir kısmı) ve felç vakalarını" tanımlamaya yönelik bir çabası olan "Çocuk Eylemi" de dâhil olmak üzere başkaları tarafından da takip edildiğini belirtiyor. Bu koşullardan muzdarip olanlara *"ebeveyn bilgisi veya rızası olmadan ötanazi yapılabilir"*.¹³⁴

McKhann, ötanazi kavramının Nazi partisi ve uygulamaları tarafından nasıl yozlaştırıldığını açıklayarak tartışmasına devam etmiştir. Nazilerin ötanazi yolsuzluğu, kelimenin orijinal anlamıyla ya da bugün yardımcı ölüm kavramındaki kullanımıyla hiçbir benzerlik taşımıyordu. Kelimeyi kasıtlı olarak yanlış kullanarak toplumun "kusurlu" üyelerini ortadan kaldırma sürecini aklamaya ve meşrulaştırmaya çalıştılar. Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Almanya da şu sıralar yaşamın sonuyla ilgili sorunlarla boğuşuyor. Alman gazetesi *Deutsch Welle*' ye göre yakın zamanda yaşanan bir gelişme, vasiyetnamelere ve tedavinin askıya alınmasına odaklanmaktadır. Bir federal mahkeme 2003 yılında, yaşam vasiyetnamelerinin

¹³² Lisa Yount. Physician-assisted suicide and euthanasia. New York: Facts On File. 2000, s. 10.

¹³³ Leo Alexander, "Medical Science under Dictatorship," Bibliographic Press, 1996 p. 10.

¹³⁴ Charles F. McKhann. "When a Person Wants to Die: Legal Considerations". *Elder's Advisor*, 1999, 1: 16., 185.

doktorlar ve bakıcılar için bağlayıcı olduğuna, ancak yaşamı sürdürme tedbirlerinin yalnızca hastalığın ölümcül olması durumunda askıya alınabileceğine karar verdi. Asıl sorun, durumları ölümcül olmayan hastaların (büyük ölçüde şiddetli demans hastası olan veya kalıcı bitkisel hayatta askıya alınanların) tedavisinin askıya alınmasına izin verilip verilmeyeceğidir.¹³⁵

Anayasa Mahkemesi 2020 yılında verdiği bir kararda, ötanazinin insani bir hak olduğunu ve anayasa tarafından da uygun olduğunu belirtmiş ve Federal Meclis'in, kişinin kendi ölümüyle ilgili karar alabilmesi konusuna açıklık getirmesini ve ötanazi için yasal bir çerçeve belirlenmesini talep etmişti. Almanya' da "pasif ötanazi" diye adlandırılan uygulama ile yaşamasından ümit kesilen veya tedavisi imkansız hastalığı bulunan kişilerin kendi isteği ile tedavisinin sonlandırılması mümkündür. Son olarak 2023 yılında Almanya'da İki farklı milletvekili grubunun hazırladığı ve Federal Meclis'te görüşülen yasa tasarısı, yeterli çoğunluğu alamadı. Yasa tasarıları, Almanya'da 18 yaşından büyük kişilerin, ağır çaresiz hastalığı bulunan ya da dayanılmaz acılar içinde olmaları durumunda tıbbi yardım olarak hayatlarını sonlandırma haklarını içeriyordu. Parlamentodaki tüm partiler oylamada grup kararı almamış milletvekillerini bu konuda serbest bırakmıştı. Sağlık Bakanı Karl Lauterbach, tasarıların hiçbirinin çoğunluk bulamamasından üzüntü duyduğunu belirterek, "Mevcut durum doğal olarak belli bir yasal belirsizliğe yol açıyor" demiştir.¹³⁶

1.3.5.6. İsviçre

İsviçre'de intihara yardım etmek, karar verme kapasitesi olan bir kişiye bencil bir amaç taşımadan teklif edilmesi durumunda yasalıdır. Hekimlerin katılımıyla ilgili doğrudan yasal kurallar yoktur ve yardımcı intiharların çoğu, sıradan ölme hakkı dernekleri tarafından sağlanmaktadır. Her ne kadar bazı ülkeler ve diğer yargı bölgeleri hem ötanaziye hem de yardımcı intihara izin veriyor olsa da, İsviçre'nin yasal ve tıbbi olmayan yardımcı intihar durumu çok farklı ve rahattır. Bu uygulamanın normatif bağlamı büyük ölçüde sağlık uzmanları tarafından hazırlanan etik kurallardan ve sağın politikalarından hiç de küçük olmayan çeşitli düzenlemelerden oluşmaktadır. İsviçre uygulaması birçok nedenden dolayı genel ilgi çekicidir. Birincisi, İsviçre'de yardımcı intihar tedavisinde örtülü olan normatif iddialar, İsviçre'ye intihar yardımı almak amacıyla gelen yabancı sakinlerin önemli sayısının somut olarak gösterdiği gibi, İsviçre sınırlarının ötesinde bir ilgiye sahiptir. Bu intihar turizmiyle ilgili yakın zamanda yapılan bir çalışmada Zürih Kantonunda 611 vaka tespit edildi. 2008 ila 2012 yılları arasında çoğu vakanın meydana geldiği yerdir. Ayrıca, İsviçre'ye yönelik

135 Judith Hartl, "Germany Debates Physician-Assisted Death." *Deutsch Welle*, March 24, 2005, <http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1529079,00.html> (Erişim tarihi 29 ocak 2024).

136 <https://www.trthaber.com/haber/dunya/almanya-parlamentosunda-otanazi-yasa-tasarilari-kabul-edilmedi-779919.html>

intihar turizmi diğer ülkelerdeki intihar yardımı taleplerinin yapıldığı bağlamı da etkilemektedir.¹³⁷

İntihar, ceza kanunundan çıkarıldığında artık intihardan kaçınmaya yönelik (yasal) bir görev kalmadı. Bu hak, intihara ilişkin her türlü cezayı ortadan kaldırdığı için öncelikle bir eğitim sisteminde işlenilmeye başlanılmıştır. İsviçre’de de intihar yardımını suç olmaktan çıkarmanın ardındaki mantık bunun intiharın suç teşkil etmemesi olmasından kaynaklanmaktadır. İsviçre ceza kanunu bir suç içermektedir. İntihara yardım ve yataklık etmekle suçluyor, ancak yardımcının bencil saikini suçun tanımlayıcı bir özelliği haline getiriyor. “Kanunsuz ceza olmaz” (nulla poena sine lege) ilkesi, kişinin kanunlarla yasaklanmayan bir şeyi yaptığı için cezalandırılmamasını gerektirmektedir. Bu nedenle yasalıdır. İçtihat hukuku, karar verme kapasitesine sahip ve iyi düşünülmüş bir ölme arzusu olan bir kişiye sunulan özgecil intihar yardımının 115. madde kapsamında dava edilemeyeceğini ısrarla doğrulamıştır. Bu nedenle sıradan vatandaş için intihara yardım etme ayrıcalığı vardır ve intihara yardım etme ayrıcalığı İsviçre’de pratikte uygulanmaktadır. İsviçreli Doktorlar Federasyonu ve İsviçre Tıp Bilimleri Akademisi (SAMS), sırasıyla hekimler için bir mesleki davranış kuralları ve tıbbi-etik kurallar sunmaktadır. İkincisi, intihar yardımı talebiyle karşı karşıya kalan doktorlara yönelik bazı rehberlikler içerir ve bunun koşullarını tanımlar.¹³⁸

İlk olarak, intihara yardım etme ayrıcalığı doktorlara da uzanır. Alanları ne olursa olsun tüm asistanlar için yardımcı intiharın yasallığı, yardım edenin özgeci motivasyonuna ve kişinin karar verme yeteneğine sahip olmasına ve kendi kendini özgürce yönetebilmesine bağlıdır. İkinci olarak, yardımcı intihar tıbbi faaliyetin bir parçası olmasa da bireysel bir doktor belirli yasal güvenceler dahilinde bunu uygulamayı seçmekte temel olarak özgürdür. Temel olarak, hızlı etkili bir barbitürat (sakinleştirici ve uyku getirme amacıyla kullanılan ağır bir etki yaratabilen, anestezi amaçlı da kullanılabilen bir ilaçtır) özel muayeneyane lisansı olan bir doktor tarafından reçete edilmesi, tıp biliminin kabul görmüş kurallarına uymanın yasal gerekliliğine uygun olmalıdır. Federal Mahkeme’nin 2006 yılında aldığı bir karara göre bu, bir tanıyı, endikasyonu, hastayla kapsamlı bir tartışmayı ve hastanın yaşamına son verme kararına ilişkin karar verme kapasitesinin titizlikle belirlenmesini gerektirir. SAMS’nin etik kurallarından farklı olarak Federal Mahkeme, ölümcül bir hastalığı, bir hekimin yasal yardımcı intiharı için bir ön koşul haline getirmez. Doktorların yardımcı intihar imtiyazı İsviçre’de sağlam temel üzerine yerleşmiştir; bunun nedeni kısmen ilgili mesleki kuralların nispeten bireysel özgürlükçü olmasıdır, ancak aynı zamanda mahkemelerin, doktorun katılımını içersin veya içermesin, yardımcı intihar konusunda tutarlı bir şekilde liberal bir duruşu savunmasıdır. İsviçre’de yardımcı intiharın yasal çerçevesi zayıftır. Yardımlı intihar için tıbbi endikasyonun nasıl yapıldığına ilişkin ayrıntılara girmediği gibi, yardımcı intihar örgütlerinin varlığıyla da

137 Samia A. Hurst ve Alex Mauron. “Assisted suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims.” *Bioethics*, 2017, 31.3: 199-208, s. 199.

138, Marcos Neves. Freire de Andrade. *Lawful Life: Itineraries of care and life in a landscape of assisted suicide*. 2018.

açıkça ilgilenmez. Örneğin, yardımlı intiharın yetkililer veya tıbbi personel tarafından aktif olarak önlenmeyeceği konusunda üstü kapalı bir anlaşma vardır. Yasal veya düzenleyici normların veya ölme hakkı dernekleri tarafından belirlenen resmi olmayan normların ciddi bir şekilde ihlal edildiğine dair bir karine vardır. Yani sadece doktor değil derneklerin belirlediği uygulayıcılarda aynı işlemi çok rahat bir şekilde yapabilmektedir. Özellikle öldürücü ilaç olan sodyum pentobarbitalin doktor reçetesi olmadan elde edilmesi hakkını da reddeder. Ancak bu hukuki doktrin, yalnızca devletten yardımlı intihar elde etme ve özellikle tıbbi gözetim olmadan öldürücü bir madde elde etme yetkisini hariç tutar.¹³⁹

Ancak talep hakları, yetki haklarından çok daha geniş bir kapsamı kapsar. O yüzden ölmeyi ısrarla isteyip hak iddia ederlerse yüksek olasılıkla yerine getirilir. Örnekleyecek olursak “Elma” kişinin talebi ölmek üzerine ise, yetkili olan “Armut”, “Elma” kişinin ölümüne yardım etmelidir. Vicdani ret haricinde bir görev bilinciyle yapılmaktadır ve şahsi görüşe yer bırakmamaktadır. Kendi hayatına son vermek İsviçre Ceza Kanunu'nun 115. Maddesi, kişinin kendi hayatına son vermesi yönünde genel bir takdir hakkı tanımaktadır. Bununla birlikte, yukarıda belirtildiği gibi, İsviçre'de intihar yardımına ilişkin kabul edilen normlar, mesleki kanunlarda da bulunmaktadır. Kendi kararıyla gerçekleşen bir tercih olmayıp, akıl hastalığı ya da diğer faktörlerin etkilediği karar süreçlerinin sonucu olan, irrasyonel bir saik nedeniyle yardımlı intihar talebinde bulunan bir kişi, yine devlet tarafından intihardan korunma hakkına sahiptir ve uygulayıcılar tarafından gerçekleştirilir.¹⁴⁰

Yani İsviçre yasaları, ölmekte olan kişinin karar verme, temyiz yeteneğine sahip olmasını gerektirir; bu, İsviçre yasalarının tıbbi karar verme için özel olarak tanımlamadığı bir kapasitedir. Buna başka bir çözüm olarak da birisi intihar yardımını talep ettiğinde, onun kapasitesini değerlendirmenin ikinci yolu, patolojik intihar isteklerine ilişkin şüpheleri hafifletmek olacaktır. Kendini ifade edemeyen ve suistimale açık bir şekilde gelen kişilere özgü devlet koruma politikasıyla belli tetkikler yaptırıyor ve kanıtlayıcı hüküm üzerine karar veriliyor. Bundan yola çıkarak, intihar yardımının yalnızca ilgili kişinin özgür iradesine dayalı bir karar olduğunu teyit ediyor ve psikiyatrik değerlendirme sonrasında tıbbi reçete alınmasına, sodyum pentobarbitalin uygulanmasına onay veriliyor. Dünyada “Ötanazi Turizm” i yaparak çok ün yapan İsviçre'ye ölmek için seyahat düzenleniyor.¹⁴¹

1.4. Ötanazi Türleri

Ötanazi kendi içerisinde belli bir düzenlemeye göre ayrılır. Bu düzenlemelerin temeli hukuk, etik, sağlık ve istisnai uygulamalara göre belirlenmiştir. Belirlenen bu maddeler aynı zamanda

139 David Albert Jones. “Euthanasia, Assisted Suicide, and Suicide Rates in Europe”. *Journal of Ethics in Mental Health*, 2020, 11.

140 Samia A. Hurst ve Alex Mauron. “Assisted suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims.”, s. 204.

141 <https://www.hurriyet.com.tr/dunya/yuzlerce-kisi-ismicreye-olmeye-gidiyor-10570296> (Erişim 17.03.2024)

devletlerin uzmanlara tanımladığı görev listesinde izleyecekleri rotayı da belirler. Farklı terimlerin anlamlarına ilişkin tartışmalar devam ederken herhangi bir eylemin ahlaki ve hukuki meşruluğu sorunu tanımsal emir yoluyla çözmeyi amaçlamaktadır. 142

Böylelikle belirlenen sınırlarla beraber, farkında olarak tedaviye devam edilmesi ya da hukuksal-sağlık sürecinde işleyiş durumuna göre tedaviye son verilir. Ölmek bir izolasyondur, ölmeyi tercih etmek kişinin tüm sevdiği ve değerleriyle olan bağlantısını kaybetmek istemesidir. Pek çok arkadaşıyla ve ailesiyle olan bağlarını koparmak için yaşama sırtlarını dönme eğilimindedir tercih eden kişi. Hastalığın, imkânların, hukuki yaptırımların veya sağlık izinlerinin belirlenmesiyle beraber konsülte şekilde ilerler ölüm başvurusunda bulunan için. Ancak hekimlerin şahsi bir durumları söz konusu değilse ülkelerin ötanazi savunması doktorun niyetinden ziyade genelde başvuranların özerkliği konusunda hemfikir olarak karar verirler. Ancak ayrılan ve tartışılan nokta tedaviye cevap vermeyen hastayı doğal akışına bırakmak için pasif ötanazi mi olmalı ya da kişinin artık ölmesi gerektiğini düşünen doktor-hasta ve-hasta yakını için aktif olarak ölümün gerçekleştirilmesi mi olmalıdır.143

1.4.1. Aktif ötanazi

Aktif ötanazi uygulamanın süreçte bir uzman veya bilirkişi tarafından uygulanan yöntemdir. Bir uzmanın ahlaki ve etik kavramlar açısından süreci uygularken iyi niyet ve evrensel bilgi boyutunda değerlendirmesi gerekir. Gerekli koşullar ve yeterlilik düzeyi sağlandığında tedavi etmek yerine son bulmasına karar veren doktorun herhangi kişisel çıkar olmaması kaydıyla işleme geçirdiği ötanazi türüdür. Uygulamada doktor kişinin ölümünü gerçekleştiren kişinin, aktif rol oynar. Böylelikle hem hastayı hem uzmanı ölüm ve veda sürecinde yer alır. Aktif ötanazi uygulaması, izin verilen ülkenin politikasına göre değişim göstermektedir. O yüzden izin vermeyen ülkeler sadece tedavi-sağlık sorunu açısından bakarken, izin veren ülkeler ticaret ve sağlık turizmi olarak ölümü özerk seçim olarak popülerleştirmiş durumdadır. Suistimale ve çıkarlar doğrultusunda kullanılmaya müsait olan yardımcı intihar, gelişen teknolojiyle beraber tıp alanında olan bilimsel tedavilerle belki de hasta kurtulacakken dönülmez bir pişmanlığa yönlendirilecektir. Yaşamda kutsal görülen var olma bilinci her canlı için geçerlidir. Engelli olması, felçli olması ya da ifade edemeyecek durumda yaşaması onun bu dünyada yaşamayı hak etmiyor anlayışı asla onun öz benliğine saygı bahanesiyle yaşamına son vermeye razı edilemez. Zaten sonsuz bir yaşamda değiliz ve ölümde insan hayatında var olan bir deneyim. Acele etmeye ya da belirsizliği gidermek, tüm bağları yok etmek için ölümü seçmek manevi anlamda huzurlu bir kurtuluş olmayacaktır. Her birey için, her canlı için devletler koruyucu, kapsayıcı ve sosyal düzeni sağlamıştır. O yüzden her yaşamın kıymeti

142 Andrey Ivanovich Baksheev, et al. Euthanasia in modern society: the topicality, practicability, and medical aspect of the problem. *Journal of pharmaceutical sciences and research*, 2018, 10.6: 1360-1363.

143 Bernard Gert ve Charles M. Culver Distinguishing between active and passive euthanasia. *Clinics in geriatric medicine*, 1986, 2.1: 29-36.

vardır, sağlıklı olmayan yaşamları mağduriyet ve yük olarak görmemek gerekir. Hekim destekli intihar, bir hekimin, hastanın yaşamı sona erdiren eylemi gerçekleştirmesini sağlamak için fazla detay vermesi hastanın ölümünü kolaylaştırması durumunda meydana gelir (örneğin, hekimin, ölümcül doz hakkında bilgi verirken uyku hapları ve öldürücü doz hakkında bilgi vermesi ölümün kolay yöntemleri gibi düşünmesine yol açabilir ve hasta intihar edebilir). Ölüm kararı sadece bireysel bir karar değildir. Çünkü ölüme karar veren bireyin çocukları, ebeveynleri, kardeşleri ya da yakın çevresi de bu karardan etkilenir. Psikolojik olarak yok olma isteği ya da içinden çıkamadığı durumda aldığı karar, fayda ve zarar açısından değerlendirilir. Hastanın iyiliği için karar verilen ölüm günü aslında hastanın ömrünü de kısalttığı düşünülebilir. Bir insanın sırf kendi hayatının yeterince değerli olmadığına inandığı için çocuklarını ebeveyninden mahrum etme hakkı var mı?¹⁴⁴

Ölümcül, acı verici, zayıflatıcı bir hastalıktan muzdarip olanlar gibi aşırı baskı altındaki bazı hastaların, ölümün yaşama tercih edildiğine karar vermesi trajik olsa da anlaşılabilir bir durumdur. Ancak doktorların yardımcı intihara girişmesine izin vermesi sonuçta yarardan çok zarara yol açacaktır. Çünkü hasta üzerindeki baskı ve kaygı düzeyi normal seviyelere doğru dengelenirse düzelebilir olan psikolojik ihtimali ölümle sonuçlandırmak, yaşamın son bulmasından sonra dönülmez bir hal alır. Hekimin şifacı ve yaşatmayı destekleyen bilgi ve beceriler üzerine aldığı eğitim, temelinde ne sebep olursa olsun öldürmeyle asla bağdaşmaz. Hastayı yardımcı ötanaziye yönlendirmek yerine, Amerikan Tabipler Birliği Etik bölümünde hekimi şifacı yönlendirmiştir. Hekimlerin yaşamlarının sonundaki hastaların ihtiyaçlarına girerken bir şekilde yanıt vermeleri gerekiyor. Doktorlar:¹⁴⁵

1. Tedavinin imkânsız olduğu belirlendikten sonra hastayı terk etmemelidir.
2. Hasta özerkliğine saygı duymalıdır.
3. İyi iletişim ve duygusal destek sağlamalıdır.
4. Uygun konfor bakımı ve yeterli ağrı kontrolü sağlanmalıdır.

Böylelikle hastanın vücut dengesi ve benlik bütünlüğü sıkıntıya girmeden doğal akışında ömrünü huzurlu görev bilinciyle tamamlayabilir.

1.4.2. Pasif ötanazi

Pasif ötanazi bir eylemsizlik halidir. Pasif ötanazi, yaşamı koruyan bir madde veya prosedürün kasıtlı olarak durdurulması yoluyla, yalnızca ölen kişinin çıkarları gözetilerek, bir kişinin yaşamının bir başkası tarafından kasıtlı olarak sona erdirilmesidir.¹⁴⁶Pasif ötanazi

144 J. David. Velleman. "A right of self-termination?". *Ethics*, 1999, 109.3: 606-628, s. 608.

145 (<https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/physician-assisted-suicide> - OPINION 5.7, Physician-Assisted Suicide)

146 Lain Brassington. "What passive euthanasia is." *BMC Medical Ethics*, 2020, 21: 1-13, s. 3.

perspektifinden bakıldığında, aktif ötanazi talebini hekim yerine getirirken pasif ötanazide, ayrılmak ve "müdahale etmemek", ihmal edilenlere tecrit tohumlarını terk etmek, ayırmak ve sağlamak anlamına gelir.¹⁴⁷

Tedaviyi bırakma, tıbbi destek kesilmesi, kurtarma mücadelesinden vazgeçme, kişisel çıkar olmayan uzman tarafından boşa verilen çaba, suni yaşam sorunsalı öngörüldüğünde, hastayı daha fazla yaşamına yük olmamasını tercih etme, tedaviden mahrum etme gibi birçok düşünceyle beraber eylemsizlik ile gelen uygulamadır. Buna karar verirken birçok yönden düşünülür ve daha az zararlı, daha iyi alınabilecek yol hesaba katılarak değerlendirme yapar. Doktorun bazen tek başına bazen de konsülte yaparak, sürekli takip ettiği hastaların tedavi gidişatına karar verir. Klinik bulgularla, laboratuvar testleriyle, radyolojik görüntülemelerle ve hastanın hastalık gidişatından bir öngörü elde edilir. Araştırmalarda verilen sonuçlar ve bireysel gelişim tablolarıyla hastalığın yönü genel bir şekle girer.

Aktif ötanazinin aksine pasif ötanaziyi ayırmak için standart olarak kabul edilen şey, pasif ötanazinin, eğer sağlanırsa ölümü geciktirecek bir şey sağlamayarak ölümü hızlandırmasıdır; yani pasif ötanazi, yaşamı uzatan tıbbi tedavinin geri çekilmesini veya durdurulmasını içerir. Yani pasif ötanazinin meydana gelmesi için (en azından) üç gerekli koşul vardır:¹⁴⁸

1. Yaşamı uzatan tedavinin geri çekilmesi veya durdurulması,
2. Bu geri çekme veya alıkoymanın ana amacı (veya ana amaçlarından biri) hastanın ölümüne neden olmak (veya "hızlandırmak"),
3. Ölümü "hızlandırmanın" nedeni, ölmenin (veya daha sonra değil, daha erken ölmenin) hastanın kendi çıkarına olmasıdır.

Yaşamı uzatan tedavinin geri çekildiği veya durdurulduğu vakaların tamamının pasif ötanazi vakası olmadığını belirtmek önemlidir. Gördüğümüz gibi, pasif ötanazinin gerekçesi, beklenen yaşam kalitesinin onlar için ölümden daha kötü olacağı kadar kötü olan hastaların çıkarlarıdır. Ancak tedaviyi geri çekmenin veya tedaviyi durdurmanın birçok başka nedeni vardır. İlk olarak, tedavi boşuna olabilir ve dolayısıyla hastaya fayda sağlayamayabilir. İkincisi, tedavi uygun maliyetli olmayabilir. Haklı olsun ya da olmasın, maliyet etkililik gerekçesiyle tedaviyi reddetmek pasif ötanazi anlamına gelmez, çünkü koşul 3'ü (her türlü ötanazi için geçerlidir) karşılamaz, yani ölümün hastanın kendi çıkarları doğrultusunda hızlandırılmasıdır. Üçüncüsü, aşırı derecede külfetli veya zararlı olduğu için tedavi durdurulabilir veya geri çekilebilir. Bu pasif ötanazi anlamına gelmez çünkü koşul 2'yi ihlal eder: sağlık görevlisinin niyeti ölüme yol açmak değil, hastayı bir yükten veya zarardan korumaktır. Bu gibi durumlarda sağlık çalışanının ölümüne neden olmak niyetinde olup olmadığı karşı-olgusal test kullanılarak belirlenebilir: Hasta ölmediyse sağlık görevlisi amacına ulaştı mı? Pasif ötanazi durumunda

147 Patricia Mazzarella. *Euthanasia: An Inclusive Definition*, s. 61.

148 Eve Garrard ve Stephen Wilkinson, "Passive euthanasia". *Journal of medical ethics*, 2005, 31.2: 64-68, s. 64-65.

cevap “hayır” olacaktır çünkü sağlık görevlisi hastanın ölümünü hedeflemektedir. Ancak külfetli veya zararlı olacağı için tedavinin geri çekilmesi veya durdurulması durumunda, hasta tedavi olmadan atlatsa bile sağlık çalışanı bu amacı -hastayı belirli bir yükten veya zarardan korumak- başarmış olabilir. Tedaviyi geri çekmenin veya durdurmanın dördüncü olası nedeni, hastanın söz konusu tedaviyi reddetmesidir. Yetkili her yetişkin hastanın bunu yapma hakkı vardır ve bir sağlık mesleği mensubunun bu reddi kabul etmesi pasif ötanazi anlamına gelmez, çünkü yine koşul 2'yi karşılamamaktadır. Reddeden hasta kendi ölümünü hızlandırmaya niyetli olsa bile, bu durum pasif ötanazi anlamına gelmez. Sağlık uzmanının niyetini paylaştığını takip edin. Sağlık görevlisinin amacı yalnızca yetkin bir hastanın isteklerine ve özerkliğine saygı göstermek olabilir; hastanın ölüme yönelik niyetlerini hiçbir şekilde paylaşımlarına gerek yoktur ve yine hasta tedaviyi reddetmesine rağmen hayatta kalırsa çok memnun olabilirler.¹⁴⁹

Hekimlerin tıpta tedavisi artık mümkün olmayan, bitkisel hayata girmiş hastaların artık yemek, içmek, susuz kalmak gibi bir acıyı hissetmediğinden bazı tedavileri kesebilir veya azaltabilir. Hasta yakınları süreçten haberdar edilir. Destek tedavisi dışında zarar tedavisi bitirilebilir veya solunum cihazının fişi çekilebilir. Sürecin uzayıp düşük yaşam kalitesinde olmasını tercih etmemeleri de bir sebep olarak kamuoyuna sunulmaktadır. Başka sebepler, hastane olanakları, acil ve olağanüstü hal(savaş, pandemi, afet), ilaç imkanları, personel yetersizliği, ulaşım şartları ve hastanın tedaviye cevap vermemesi, tedavinin sonunda hastalığın ilerlemesi veya stabil kalması gibi birçok sebep yer alabilir. Dünyada çoğunlukta pasif ötanazi etik ve yasal durumlarda ise bulundukları ülkenin yönergesine göre hareket edilebilmektedir. Pasif ötanazide hekimler eylemsizlik halindedir ancak verilen tedavi planının uygulayıcısı hemşirelerdir. Bakıma ihtiyacı olan hastanın günlük bakımını yapmamaları da bir ötanazi halini ortaya çıkarabilmektedir. Mesela yoğun bakımda yatan bir hastaya enfeksiyon tedavisi için ilaç verildiğinde düzenli bir rutin sağlanması gerekmektedir. Ancak enfeksiyon üremesin diye enfeksiyona karşı tedbirli davranılıp ağız temizliği, vücut temizliği vs. yapılması hemşirelik görev tanımında yer almaktadır. Doktor tedavi planını yapmış olsa da uygulama sorumlusu hemşiredir. Bakım ve palyasyon aksatıldığı zaman ihmalden enfeksiyon tedavisi bitmeyecektir ve hastaya yarar sağlamıyor diye düşünülerek tedaviyi doktor yarıda kesebilmektedir. Hızlı ölüm kastı mevcutsa ihmal, ötanazi kavramına gelebilir. Uzun vadede ömür kısaltıcı bir sonuca maruz bırakılabilir.

Örnek Vaka: Nisan 1982'de, Baby Jane Doe adı verilen Down sendromlu bir erkek bebek, Bloomington, Indiana, ABD'de trakea-özofagus(yemek borusuyla akciğere giden nefes borusu arasında normal olmayan bağlantı sorunu) fistülüyle doğdu; bu durum midesine yiyecek ulaşmadığı için bebeğin beslenmesini engelliyordu. Tedavi edilmediği takdirde bu rahatsızlık elbette ölümcüldü, ancak rutin bir operasyonla kolayca düzeltilebilirdi. Ancak bebekte Down sendromu da olduğu için ebeveynler trakea-özofageal fistülü düzelten ameliyatın yapılmaması

¹⁴⁹ Eve Garrard ve Stephen Wilkinson, „Passive euthanasia. S. 65.

yönünde talimat yayınladı. Indiana Yüksek Mahkemesi, birçok ailenin Baby Doe'yu evlat edinmeyi teklif etmesine ve Baby Doe'nun 15 Nisan 1982'de zatürre, açlık ve susuzluktan ölmesine rağmen kararın geçerli olmasına izin verdi. Onu isteyen ve seven evlat edinen ebeveynlerle verimli bir hayat yaşamak için pasif olarak ötanazi uygulandı. Baby Doe'nun ikinci koşulu karşılamadığı için Groningen Protokolü kapsamında aktif ötanazi için uygun bir aday olarak görülmeyeceğini belirtmek zorunludur. Trakea-özofageal fistülü ameliyatla tedavi edilebilirdi ve başarılı bir ameliyattan sonra artık ölümcül hasta olmayacaktı ve dolayısıyla sakat olmasına rağmen ilk kriteri karşılamayacaktı. Yani suistimal karşılığında hiçbir hukuki yaptırım olmadı, tedaviyle yaşamasına müsaade edilmeyen down sendromlu doğan bir bebeğin ölüme terk edilmesine tepki gösterenler fazlaydı.¹⁵⁰

2014 yılında Muhabir Jeffrey Lyon olayı araştırdı ve “Çocuk Odasında Tanrıyı Oynamak” başlıklı bir kitap yazdı. Görüşmelerinden ve tıbbi kayıtlarından yola çıkarak Baby Doe'nun çok kısa ömrünü anlattı.

Dördüncü günde erkek bebek

“açlıktan ağlıyordu ve dudakları susuzluktan kurumuştı. Kaburgaları, trakeo-özofageal fistülün neden olduğu solunum sıkıntısının bir sonucu olarak dışarı çıkmıştı. O öğleden sonra mide asidi ciğerlerini aşındırmaya başladığında kan tükürmeye başlamıştı.”



Resim 1.4. Bebek Jane anısına yapılan mezar¹⁵¹

¹⁵⁰ Jo Ann Harri. “Governmental Regulation of Medical Decision-Making: All in the Name of Baby Doe.” In *Pub. Interest*, 1986, 6: 11.

¹⁵¹ (<https://www.downsyndromeprenataltesting.com/today-baby-doe-died/>)

Pasif ötanazide sadece tedaviyi kesme veya ölüme izin vermek maksadıyla değil aynı zamanda her yönden kar-zarar durumuna göre de karar verilmektedir. Mesela belli dozaj alınması gereken ilacın hastada ciddi yan etkiler göstermesiyle ilacın dozajı azaltılabilir ya da tamamen kesilebilir. Ya da bitkisel hayata girmiş bir hastanın yemek tipiyle soluk alması durmaktadır o yüzden tedaviyi yemek tüpü olmadan devam etmek zorunda kalınabilir. Yapay destekli yaşam, bireyi daha pejmürde bir hayata sürüklediği için hekimler olabildiğince yormadan, yıpratmadan süreci ve tedaviyi devam ettirmektedir.

Tablo 1.3. Aktif ve pasif ötanazi arasındaki farklar¹⁵²

<u>Pasif Ötanazi</u>	<u>Aktif Ötanazi</u>
Hekim tedaviyi kesebilir ya da eylemsizlik durumuna girebilir.	Hekim sürece dahil olur ve bir eylem gerçekleştirir.
Doktorun hastanın ölümüne ya da yaşamasına neden olacak hiçbir şey yapmamasıdır.	Doktor hastanın ölümüne neden olacak bir şey yapar: sebebi ne olursa olsun onu öldürme eylemi gerçekleştirir.
Hasta, kendisini etkileyen hastalıklardan dolayı ölür.(örn kanser ölüm sebebidir)	Öldürücü iğneyi yaparak alt temelli hastalık olsa da ölüm beyanı ötanazi ile ilgili olur.
Hekim tamamen pasif değildir süreçte takipçi olarak hastanın ölmesine izin verir.	Hekim destekli olması uygulayıcı olması açısından aktif ötanazinin temel şartıdır.

1.4.3. İradeye bağlı ötanazi (Volonter)

Gönüllü ötanaziye ilişkin ilk yasal onay, Avustralya'nın Kuzey Bölgesi parlamentosunda doktorların gönüllü ötanazi uygulamasına imkan veren bir yasa tasarısının kabul edilmesiyle elde edildi. Bu süreçten önce de başka şekillerde uygulanmaktaydı fakat resmileşme yolu bu sıralamada açılmış oldu. Gönüllü olarak yaşamına son vermek isteyen bir bireyin bilinci açık şekilde beyan etmesi demektir. Hayatında var oluşu kavraması, talepte bulunacak karar yetisinin baskıdan uzak olması ve hekimin süreçte konsülte şekilde duruma kalıcı yön vermesi gerekmektedir. Yetkin bir uzmanın, talepte bulunan kişinin ölmesine yardım edebilmesi için gönüllü ve kalıcı bir talepte bulunduğu ötanazi tercihini, mazeretleriyle belgelendirmesi gerekmektedir (yetkin olmayan kişinin yetkin kalması durumunda seçeceği şekilde) - ikinci bir temel değer ise, ölme konusunda yardım talep eden kişinin yeterliliğidir.¹⁵³

¹⁵² Kaynak: James Rachels. Active and passive euthanasia. In: Death, Dying and the Ending of Life, Volumes I and II. Routledge, 2019. p. V2_5-V2_7.

¹⁵³ Peter Singer. "Voluntary euthanasia: a utilitarian perspective." *Bioethics*, 2003, 17.5-6: 526-541.

Ötanazi sadece hastalık temeli üzerine kurulu yardımlı intihar değildir. Çünkü kişinin kendi ölüm sürecini belirleme ve kendi ölüm sürecini hızlandırma çabası da bu sürece dâhildir. Ölme şekli, ölüm korkusu, yetersizlik hissi, hayatında baskın gelen etkin suçluluk duygusundan kurtulma arzusu, anlamsız yaşam olarak görmesi, hekimlere ve hastane olanaklarına güvensizlik, yapay yaşam korkusu vs karar almakta etkin rol oynayabilmektedir.

Ötanazide belirli durumlarda karar verme ve bunu açık bir şekilde ifade etmesi ve kanıtlayacak nitelikte olması gerekmektedir. Bu süreçte gönüllü, iradesine bağlı şekilde açık beyan veren hastaların genel belirtileri göstermiş olmalıdır. İrade içinde yer alan beyanı genellikle uzmanların, palyatif bakım ve darülaceze gibi kurumlarda koşullar ve imkanlar dahilinde gelişmesi, hastayı ölüme yönlendirmek yerine hayatta kalmasının ve teselli bulmasının iyi bir yol olduğunu savunan ötanazi karşıtı kuramlar geliştirmişlerdir. Ancak bazı yetenekli palyatif uzmanları bazı hastalıklarda palyatif bakımın yeterli olmadığını savunmuşlardır.¹⁵⁴

Terminal bakımın sağlanması, hastaların ve ailelerin acılarını hafifletebilir. Ayrıca iradeye bağlı ötanazide kişinin içinde bulunduğu baskın durum ile hekimin kolay ölüme razı gelmesi açısından bir ucu açık olduğundan suistimal edilme olasılığı artmaktadır. Türkiye’de yasal bir dayanak olmadığı için açıkça verilen beyan karşılığını bulamaz.

Yasal olan ülkelerde bu koşullar genellikle şu şekilde sıralanmaktadır;¹⁵⁵

1. Ölümcül ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalıktan sıkıntı yaşamaktadırlar.
2. Yaşadığı hastalığın, kişinin ömrü yetecek sürede tedavinin bulunmasının mümkün olmamasıdır.
3. Yapay yaşama bağlı daha zor bir hayatı yaşamasına bağlı olarak yüksek düzey rahatsızlık ve dayanılmaz acılarla beraber yaşam desteği kesilme durumunda olmasıdır.
4. Ölmenin kalıcı bir yol olduğunu bilerek, gönüllü ve yetkili bir isteğinin olması (veya bunu yapma yetkisini kaybetmeden önce, koşullarının karşılanması durumunda ölmeye yardım edilmesi yönünde bir isteğini ifade etmiş olması)
5. Bir hekimin yardımı olmadan kendi ölememe halinde başvurulabilir.

1.4.4.İrade dışı ötanazi (Non Volonter)

İrade dışı yani kişinin açık beyan verememesi durumunda yapılan ötanazi işlemidir. Bunun en başında bebek yaşta olanlar, bitkisel hayatta olanlar, zihinsel ağır engelli vb. olanlar bu gruba

¹⁵⁴ Lydi-Anne Vézina-Im, et al. “Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review.” *BMC palliative care*, 2014, 13: 1-17.

¹⁵⁵ Penney Lewis. “The empirical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia.” *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2007, 35.1: 197-210.

girmektedir. Mesela Aralık 2004'te Hollanda'nın Amsterdam kentindeki Groningen Akademik Hastanesi tarafından önerilen ve doktorların ölümcül hasta bebeklere aktif olarak ötanazi yapmalarına izin veren kılavuz ilkeleri taslak olarak hazırlandı ve Groningen protokolü resmi olarak Temmuz 2005'te Hollanda genelinde tanıtıldı. Doktorlar, avukatlar, ebeveynler ve Savcılık arasındaki kapsamlı istişareler sonucunda hazırlanan protokol, doğru karar ve performansın alınmasına yönelik prosedür ve yönergeler sunuldu. "Bebeklerin aktif olarak yaşamına son verilmesi" konusundaki nihai karar "hekimlerin değil, ebeveynlerin elindedir" ifadesi doktorlar ve sosyal hizmet uzmanları bu konuda hemfikir olmuşlardır. Belirlenen ölçütler, diğerlerinin yanı sıra "dayanılmaz acılar" ve "beklenen yaşam kalitesi" şeklinde yer almıştır. İşlemi yalnızca ebeveynler başlatabilir.¹⁵⁶ Groningen Protokolüne aşağıda belirtilen maddeleri içermektedir:¹⁵⁷

1. Acı o kadar şiddetli olmalı ki, bebeğin bir gelecek şansı kalmamış olmalı.
2. Bebeğin ilaçla ya da ameliyatla iyileşmesi ya da rahatsızlığının hafifletilmesi mümkün olmamalı.
3. Anne-babanın rızasını alması gerekiyor.
4. İkinci bir görüş, çocuğun tedavisiyle ilgisi olmayan bağımsız bir doktor tarafından sağlanmalıdır.
5. Yaşamın kasıtlı olarak sonlandırılması önem verilerek titizlikle gerçekleştirilmelidir.

Bebeklerin, toplumda üretime katkı sağlayamayan sorunlu bireylerin, engellilerin, bakan kişilere yük olunacağı düşünülerek ölmesini tercih etmek ve öldürmek için, insanları iyileştirmeye yemin etmiş kutsal bir görev olan hekimlikte yaşatmak yerine öldürmede aktif olmak etik kurallarına hiç de uygunmuş gibi gelmiyor. Bu eleyici sistem bize daha çok Josef Mengele¹⁵⁸ gibi doktorluğu katillikle karıştırılmış bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu uygulamalar ötanazide Nazilerin öjeni gruplarını tekrar hatırlatır durumdadır. Yenidoğan bebeklerle ilgili gelişmeleri bir yazar şöyle ifade etmiştir;

"Bu tüyler ürpertici, korkunç gelişme, yaşananlar kadar dehşet verici bir hikaye ama aynı zamanda şaşırtıcı da değil. Hayatın ve ruh fikrinin değersizleştirilmesi o kadar tamamlandı ki, 60 yıl gibi kısa bir sürede Auschwitz'in kapılarına geri döndük".¹⁵⁹

Bir başka yazıda, yani 2004 yılında yayınlanan haberde durum şu şekilde ifade edilmiştir;

¹⁵⁶ Kumar Amarasekara ve Mirko Bagaric. "Moving from Voluntary Euthanasia to Non-Voluntary Euthanasia: Equality and Compassion." *Ratio Juris*, 2004, 17.3: 398-423. S.406.

¹⁵⁷, Bertha A. Manninen. "A case for justified non-voluntary active euthanasia: exploring the ethics of the Groningen Protocol." *Journal of medical ethics*, 2006, 32.11: 643-651.

¹⁵⁸ (<https://encyclopedia.ushmm.org/content/tr/article/josef-mengele>) (Erişim 24.03.2024)

¹⁵⁹ Bertha A. Manninen. "Revisiting justified nonvoluntary euthanasia". *The American Journal of Bioethics*, 2008, 8.11: 33-35.

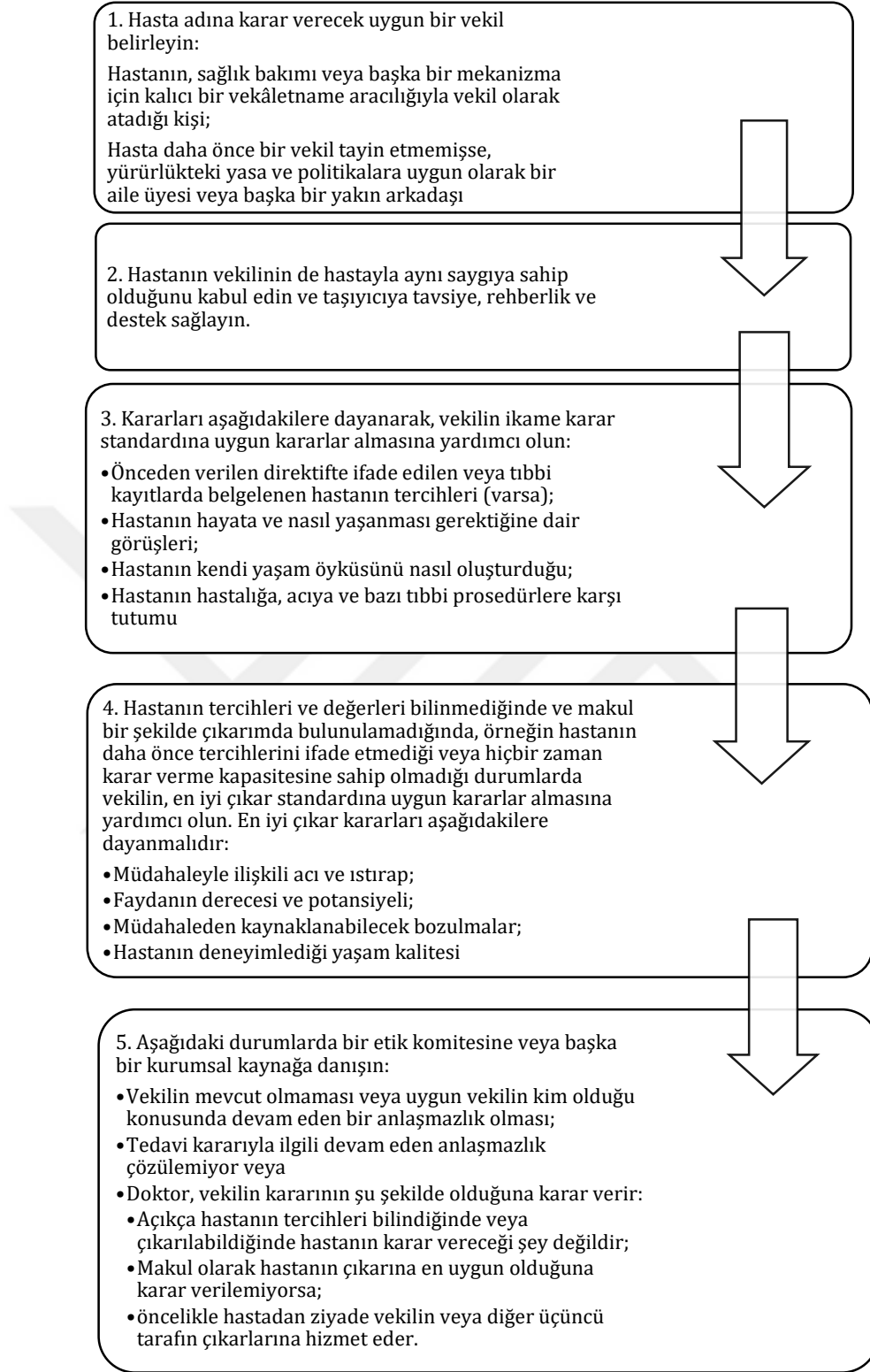
"Groningen Protokolü resmileşirse, engelli bir çocuk yetiştirmekle uğraşmak istemeyen ebeveynlerin, bebeğin anlamlı bir yaşam için mücadele etme şansı olsa bile bebeklerine veya küçük çocuklarına ötanazi yaptıracaklarından hiç şüphem yok. Groningen Protokolü, bu "doktorların" ve diğer tıp "uzmanlarının" görüşüne göre "özgür irade" ye sahip olmayan hastalara doktorlara ötanazi yapma olanağı sağlayacak. Bu talihsiz kişiler kategorisi, yeni doğmuş bebekleri, geri dönüşü olmayan komadaki kişileri ve ciddi zihinsel engelli kişileri içerir".¹⁶⁰

Belirtilen şartların temelinde dayanılmaz bir acı içinde olmak ve hastanın karar verme kapasitesi olmadığına da hastalığının tedavisiz ve kişinin geleceği olmayacağı kanaati varsa karar verilir. Hekimin bu süreçte aşağıdaki konularda etik sorumluluğu vardır: Tabloda bu sorumlulukları sırasıyla inceleyelim;¹⁶¹



¹⁶⁰ (Euthanasia ... or a 'Dutch treat', <https://www.washingtontimes.com/news/2004/dec/26/20041226-123251-5015r/> Erişim 24.03.2024)

¹⁶¹ <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/decisions-adult-patients-who-lack-capacity> (OPINION 2.1.2, Decisions for Adult Patients Who Lack Capacity)



Şekil 1.3. Hekimin etik sorumluluğu

Kişi gönüllü ötanazi hakkında ne düşünürse düşünsün, umarım çoğu insan birisinin hayatını rızası olmadan sona erdirmenin toplumda son derece rahatsız edici, aslında korkutucu, kaygan bir yokuşun zirvesine koyacağı konusunda hemfikirdir. Çünkü süreçte başkasının refahı için bir sürü insanın hayatı risk altında olabilir.

“ Birey var olmak, korunmak için haykırır, çünkü bunlar yerine getirilmezse kişi kaybolur... Bir refah çıkarının istilası, bir kişinin maruz kalabileceği en ciddi zarardır” .162

1.4.5. Medikal ötanazi

Medikal ötanazi ise ötanazi istemini bir hekim veya konsülte doktor kurulu onaylar yada karara bağlar. Bunun üzerine ötanazi yasal süreç içinde gerçekleşir. Hastanın ya da başvuran kişinin uygunluğu, yasal şartları sağlaması, uygulamayı yapacak olan hastane veya klinik ortamının onaylı olması, doktorun diğer doktorlarla hem fikir olması, işlevsel olarak asist-intiharın zeminini hazırlar. Ancak yine bu süreçler işlerken hastanın ya da yakınının beyanını takip de eder.¹⁶³

1.5. Bireysel Değişkenlerin Ötanazi Kararlarına Etkisi

Ölmek, yaşam döngüsü boyunca insan gelişimini etkileyen; bireyleri, toplulukları ve toplumu etkileyen bir olaydır. Bununla birlikte, kötü haberlerin iletilmesi, canlandırma talimatları ve yaşamın gönüllü olarak sonlandırılması konularında hastaların karar verme ve özerkliklerine ilişkin zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışma, terminal bakımın altında yatan etik sorunları tartışmayı ve hastaların karar verme ve özerklik sorununun yaşamın sonunda nasıl çözülebileceğini göstermeyi amaçlamaktadır. Farklı gelişim aşamalarında sağlık bakımına yönelik etik kararların temelini oluşturabilecek değerli ölüm kavramını birbirinden ayırır.

Her insanın zihinsel örüntüsü, yaşadıkları durumlar üzerinde belli değişkenlik gösterir. Bu değişkenlerin olma sebebi herkesin olayları değerlendirmedeki zekâ, duygu, edinimsel koşullanmalar, manevi yönelimler, temel sosyal çevre vs. karar verme sürecinde aktif rol oynarlar. Yani farklı gözlem seviyelerinde etkileşimler ve onlar arasındaki ilişkileri tanımlayan güvenilir modeller, hiyerarşik olarak sıralanmış sistemlerde kullanılmıştır. Sosyal araştırmalarda en sık karşılaşılan hiyerarşik olarak sıralanan sistem türleri, kültürler, organizasyonlar, okullar, bölümler veya ekipler gibi daha üst birimlerde yuvalanmış bireysel

162 Joel Feinberg. *The moral limits of the criminal law: volume 3: harm to self*. Oxford University Press, USA, 1989.

163 David W Meyers. “The legal aspects of medical euthanasia.” *Bioscience*, 1973, 23.8: 467-470.

kişilerden oluşur. Belirli bir düzeydeki açıklayıcı etkenlerin, farklı düzeydeki değişkenlerin değerine bağlı olarak, sonuç üzerindeki etkileri ortaya çıkmaktadır.

Modern tıbbın teknolojik müdahaleleri birçok insanın ölmesi gereken süreyi uzatma etkisi yarattı. Bazen bunun getirdiği hayat sevinmek için bir fırsattı; bazen de kişinin yaşadığı önemli fiziksel ve entelektüel gerileme dönemini uzatıp hayatın artık yaşanmaya değmez hale gelmediğini düşünmesine neden oldu.¹⁶⁴ Bu durumda ölümün ve yaşamın çeşitlilik kazanması hayattaki belirsizliği önümüze getirmiş oldu. Manevi olarak güçlü veya içsel güdümlü olarak dayanıklılık durumu o kadar da etkili değilse maalesef ölüm büyük kaygı üzerine inşa edilmiş olmaktadır. En sağlıklı şekilde görmek için hastanın içinde bulunduğu yaşamı iyi kavramak gerekmektedir. Mutlaka hayat hikâyesinin öncesini ve sonrasını bilmeli ve sıkıntılarını giderecek yolu göstermek lazımdır. Çünkü her gün yeni bir buluş, tedavi ve tıp gelişim gösterirken, en temel hak olan yaşama hakkını kalıcı ve dönüşü olmayan bir yere sığdırmak kolay gelebilir. Bunun adına özerklik diyerek de sorunluları ölüme yolcu etmekle işin içinden çıkılabilir. Tüm yaşamın yanında ait olduğu bir hayatı hatırlatmak ve teselli olmak da hekimliğin bir görevidir. Bu karar vermedeki en önemli kıstas, bireyin zihinsel olarak ölüm-yaşam mücadelesinde ne tarafı tuttuğudur.

1.5.1. Kohlberg'in ahlaki gelişim kuramı

Ahlak kavramı insanın iyiyi kötüye bilinçli şekilde tercih eden kurallar çerçevesi olarak tanımlanır. Kohlberg'in ahlaki gelişim kuramında ilk üç aşamada otoriter vicdan, sonraki üç aşamada hümanistik vicdan devreye girer ve ruhsal gelişim ile dış güçlerden arınmaya başlayabilir.¹⁶⁵ Bu kuralları belli bir düzenleme üzerine savunan Kohlberg insanın belli aşamalardan sonra böyle bir dünya görüşünü kazanacağını söyler. Bu nedenle ahlaki gelişim, ahlaki normlar ve geleneklere dair artan bilgiden ziyade, niteliksel olarak farklı ahlaki düşünce kalıplarıyla karakterize edilir. Ahlaki aşamaların özelliklerini yapısal olarak ayırt etmek için iki bileşene ihtiyaç vardır: "Bu, öncelikle bir aşamanın kuralcı akıl yürütmesinin sosyo-ahlaki perspektifi ve ikinci olarak aşamanın adalet işlemleridir".¹⁶⁶ Bu ahlaki gelişim kişinin aslında karar vermedeki içsel yaşam doyumu ve motivasyonunu bir şekilde ele alma şeklidir. Ahlaki gelişim evresinde insanların yaşama ve hayata dair birçok görüş geliştirip bir şekilde var olma-benliğini sürdürme aşamasında, ilkel bir sıralama takip eder. Bu ahlaki gelişim aynı zamanda her zaman pozitif bir yöne doğru götürmez. Bazen bir vazgeçiş süreci devreye girmektedir. Kohlberg'e göre sosyal dünyayı, sosyal perspektif düzeyinden görmek, bir şeyin ahlaki açıdan doğru veya yanlış olduğuna karar vermekten daha kolaydır, ulaşılan sosyal perspektif algılama düzeyinin kendisi için gerekli ama yeterli olmayan bir koşuldur. Manevi ve ahlaki açıdan

164 Neil Campbell. "A problem for the idea of voluntary euthanasia." *Journal of Medical Ethics*, 1999, 25.3: 242-244.

165 Öznur Özdoğan. *Aşkın yanımız maneviyat*. Özdenöze Yayınları, 2009. 93-94.

166 (Colby et al. 1987, p. 13).

içselleştirilmemiş hayat kişiye iğreti gibi gözükmektedir. Ait olmadığını ve sosyal ahlaki bağlamda ağ kuramadığını düşünen birey ölümü kendisine yakın hisseder. Ayrıca ahlaki kuramın bir diğer tavrı da topluma fazla bağımlılıktan da gelebilir. Mesela bir aile içinde çok yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan bireyin artık ailesine yük olmama düşüncesiyle ölüm kararını destekleyebilir. Ya da mahkemeye 0-1 yaş aralığında olan bir engelli bireyin ailesi ötanazi başvurusunda bulunurken mahkemenin aile rahatına kavuşsun diye karar alması ahlaki süreçte aykırıdır. Her durumda erişilen seviyede hayatı bırakmak yolu yarıda kesmektir ve her yaşamayı hak eden, üretken ve bilinçli birey olmak zorunda değil.

1.5.2. Kant'ın ödev ahlaki kuramı

Kişinin kendi düşünme ve karar verme sürecinin özerkliği, Kant etiğinin temel kavramlarından biri olmasının yanı sıra, ahlakın en yüksek ilkesidir. Özerklik, rasyonel ve öz-bilinçli varlıkların, seçme ve irade yeteneğini ifade eder. Kant'ın özerkliğinden bahsederek, bireylerin kendi yaşamları hakkında bağımsız olarak karar verme hakkına sahip olduklarını savunur ancak bunu sadece yaşam sınırları içinde değerlendirilmesi ve her kararın, bireyin akli başındayken uygulanması gerektiğini de düşünür. Özerkliğe saygı açısından öncelik olarak değerlendirdiğimizde, her durumda olduğu gibi ölüm konusunda da aynı denklemi düşünebiliriz. Mesela sağlıklı, buhranlı süreçte bir insanın ölümü düşünmesi olağandır ama sağlığına kavuşturmadan, insanı ölüme götürecek her yol hatalıdır. Hayata tutunmasını sağlamak yerine kişinin ölümünü tercih etmesine saygı maksadıyla onay vermek aslında var oluşuna yapılmış saygısız bir girişimdir ve Kant'a göre bu temel ahlaki bir sorunu göstermektedir. Çünkü bilinçlilik ve özerklik hali devreden çıkınca kişinin karar verecek mekanizması ortadan kalkar. Özerklik yaşam sınırları içinde yer alan bir kavramdır. Yani yaşam bir sahneyse sahnenin arkasına geçip rol yapmak hiçbir şey ifade etmez senaryoda. Ölmek oyun dışı kalmak demektir ve özerklik artık bir anlam ifade etmez. Akli dengesine erişince ve sıkıntılarından kurtulunca insan, neden yaşayabildiği kadar yaşamasın? Öldürme eylemi, o kişinin özerkliğine saygı duyulmadığının göstergesidir. Özerkliğin temel şartı kişinin var olmasından geldiği için de kişi yok oluşa giderse özerklik diye bir şey konuşmaya gerek kalmaz. 167

Kendi canına kıyan bir fail, Kant'a göre ahlak yasasını ihlal eden bir eylemde bulunur; intihar ve buna bağlı olarak yardımcı intihar bu nedenle yanlıştır. Kendini koruma maksatlı ve öldürme niyetiyle bilinçli yaklaşımdan öldüren ya da daha çok zarar yerine daha az zararı tercih etmek gibi bazı hukuki istisna dışında öldürmek yanlıştır. Mesela frenleri patlamış bir araba pazar yerinde on kişinin ölümüne sebep olacak durumdayken bir kişinin ölebileceği تنها bir dükkâna direksiyon çevirip çarpmasını ödev bilincinde değerlendirir. Genel olarak bakacak

167 Michael Cholbi. Kant on euthanasia and the duty to die: clearing the air. *Journal of Medical Ethics*, 2015, 41.8: 607-610.

olursak kendi canına veya başkasının canına kastetmenin ötanazi olacağını ve dolaylı olarak gönüllü ötanazinin de yanlış olduğu kanısına varabiliriz. Kant, intihara kalkışan bir bireyin, insanlığı sadece acıdan kaçmak için kullanılan bir araç olarak ele aldığını iddia etmektedir. Peki, özerklikliği savunan biri ölümü neden seçemiyor diyorsanız; bunun temelinde olan kişi, kendi seçimlerini yapmasını sağlayan özerk doğasını yok etmeyi amaçladığı için intihar etmeyi rasyonel olarak seçemez. Kant, intiharı ve ötanaziyi yasaklarken, kişilere saygı ile insanlara saygıyı birbirine katkı sağlıyor ve bir kişiyi (kendini ya da başkasını) öldürerek, böylece kişiliğin altını oyduğumuzu varsayıyor.¹⁶⁸

Kısacası Kant, hayat kötüye işaret ettiğinde kendimizi öldürmenin yanlış olduğunu düşünmekte ve savunmaktadır. Ancak eğer kendinizi öldürmek yanlışsa, doğal olarak diğer insanları öldürmenin (kendi çıkarları için ya da onların isteği üzerine bile olsa) ya da başkalarının sizi öldürmesini sağlamanın ahlaki bir deformasyon olduğunu ifade etmektedir. Sonuçta temel problem öldürme eyleminden ve kendini yok etme isteğinden olduğu görülmekte ve bunu kimin gerçekleştirdiğinin de çok az fark yaratacağını varsayılabilir. Robert Sharp, Kant'a göre intiharın yasaklanmasının kategorik ve istisnasız uygulanması gereken ahlaki bir görev olduğuna inanmaktadır.¹⁶⁹

Kant'ın bir başka kuramıyla açıklayacak olursak, "Ahlak Metafiziğinin Temelleri" adlı eserinde, acı dolu bir hayattan kaçınmak için intihar etmenin ahlaka aykırı olduğunu savunmuştur ama bir de intiharın yaşamı destekleyen doğa kanununa da aykırı olduğunu iddia eder. Beckler'e göre Kant burada yaşamı koruma işlevi olan öz sevgiden söz etmektedir.¹⁷⁰ Yani Kant, temelinde ait olma, kendini sevmek(self love) kuramıyla ahlaki ödev kuramını bir bütün olarak değerlendirmiş ve intihar kavramının sorununun buradan kaynaklandığını savunmuştur. Kendini sevmek kişinin mutluluğunu amaçlayan eğilimlerin toplamıdır.¹⁷¹

Ancak sevgi ve özbenlik gelişimi tek çare değildir. Tek başına bir karar duygusu değildir ama içine girilen süreçte etkili ve yol gösteren bir argümandır. Belli kalıplarla olacak bir fiil değildir. Dünya görüşü ve duygular, insan temelli olduğundan bir çerçeveye sığmaz ve herkesin anlayışı kendi hayat hikâyesiyle bütünleşerek gelişir. Kendi eyleminin ilkesi, senin isteğinle doğanın evrensel bir kanunu olacakmış gibi davranılması tavsiye edilir.¹⁷²

"Varsayımsal zorunluluk" terimi, Immanuel Kant'ın "kategorik zorunluluk" kavramı ahlak felsefesinden gelmiştir. Varsayımsal zorunluluk, sebep verme gücü açısından failin belirli bir amaca sahip olmasına bağlı olan bir emir veya gereklilik ifadesidir. Örneğin, birinin bana bugün

¹⁶⁸ Iain Brassington. "Killing people: what Kant could have said about suicide and euthanasia but did not". *Journal of medical ethics*, 2006, 32.10: 571-574.

¹⁶⁹ Robert Sharp. The Dangers of Euthanasia and Dementia: How Kantian Thinking Might Be Used to Support Non-Voluntary Euthanasia in Cases of Extreme Dementia. *Bioethics*, 2012, 26.5: 231-235, s. 231.

¹⁷⁰ Joshua Beckler. Kantian ethics: A support for euthanasia with extreme dementia. 2012, s. 1.

¹⁷¹ (Reliğiski-filozofiski raksti XVI syf 92)

¹⁷² Michael Cholbi. Kant on euthanasia and the duty to die: clearing the air.

Ankara'ya yola çıkmam gerektiğini söyleyebilmesi, genellikle oraya gitme amacımın olup olmamasına bağlıdır. Eğer bu amacımdan yoksun kalırsam ya da kişisel olarak aldığım kararda bundan vazgeçersem, o zaman kimsenin yola çıkmam gerektiğini savunmaya devam etmesinin hiçbir anlamı kalmaz. Buna karşılık, kategorik zorunluluk, akıl verme güçleri açısından herhangi bir özel amaca sahip olmamıza bağlı değildir; yani bizim bireysel tercihlerimiz dışında sabittir, amaçlarımız ne olursa olsun bizim için yasal otoriteye sahiptirler. Yani doğa kanunları bizden bağımsız ideal benlik sürecinde var olurlar ve kişinin özüne hatırlatıcı birer amaç vazifesi görürler. Bu amaca göre yaşamak kişinin ödev sorumluluğunda ve benlik sevgisiyle beraber her türlü mücadeleyi verecek gücü içimizde yakalamamızı arzu etmektedir.

*"Kendine olan sevgiyi izole edilmiş bir bireyin arzularının "egoist" bir tezahürü olarak gören geleneksel yorumların çoğunun aksine, Kant'ın kendine olan sevgiyi fiziksel bir benliğin çıkarlarıyla sınırlamadığını savunuyorum."*¹⁷³

Kant'a göre insanın ahlaki ödevi, yaşam döngüsünde seçimleri de etkilediği düşünülmektedir. Bununla ilgili Kant şu ifadeleri kullanmıştır; "Gerek kendin için gerekse herhangi bir diğer insan için öylesine davran ki asla bir araç olarak değil, her zaman bir amaç olarak insanlığı kullan."¹⁷⁴ Kant'ın yaşamının onuruna ithafen özerklik, özsevgi, kategorik otorite, bize yaşam içinde geniş yetki ve alan verirken, yok olmaya teşebbüs etmeye izin verilmediği gibi dolaylı olarak ötanaziye de izin verilmediği yönünde öğretisi sunmaktadır.

1.5.3. Erik Ericson'nun benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk aşaması(Integrity vs. Despair)¹⁷⁵

"İlahım, her birimize kendi ölümümüzü,
Her birimizin yaşamlarından kaynaklanan ölümü ver:
Sevme şeklimiz, yüklediğimiz anlamlar, ihtiyacımız.
Çünkü biz sadece kabuğu ve yaprağıyız.
Her birimizin içimizde taşıdığı büyük ölüm, meyvedir.
Her şey onu kuşatıyor."

Rainer Maria Rilke, Rilke's Book of Hours: Love Poems to God, III, 2-6.

¹⁷³ Anderson-Gold, Sharon. Kant, Radical Evil and Crimes against Humanity // Kant's Anatomy of Evil. Ed. by Sharon AndersonGold and Pablo Muchnik. Cambridge University Press, 2009, s. 196.

¹⁷⁴ Elvira Şimfa, et al. "Being Moral and Loving Oneself. Kant on Morality, Self-Love and Self-Conceit". *Religiski-filozofski raksti*, 2013, 16.1: 90-110.

¹⁷⁵ Rainer Maria Rilke. "Rilke's book of hours: Love poems to God." Penguin, 1997.

Tablo 1.4. Erik Erikson'un (1950/1963) psikososyal gelişimin sekiz aşaması¹⁷⁶

Aşamalar	Erikson'un psikososyal gelişimin sekiz aşaması	Psikodinamik psikoterapinin sekiz aşamalı modeli
Aşama 1 Bebeklik	Temel Güven ve Güvensizlik Umudun Erdemi	Cesaret Arayışı: Temel Güven ve Güvensizliğin kutuplarını dengelemek
Aşama 2 Erken Çocukluk	Özerklik Utanç ve Şüphe İradenin erdemi	Ne Zaman Olduğunu Bilme Arayışı: Bırakmak ve Sahnede Tutmak arasındaki kutupları dengelemek
Aşama 3 Oyun Çağı	Girişim ve Suçluluk Amacın Erdemi	Azim Arayışı: İlerlemeye Karşı Suçluluk Karşısındaki Kutupları Dengelemek
Aşama 4 Okul çağı	Çalışkanlık ve Aşağılık Yetkinliğin Erdemi	Verimlilik Arayışı: Verimlilik ve Yetersizlik kutuplarını dengelemek
Aşama 5 Ergenlik	Kimlik uyumu ve rol karışıklığı Sadakat Erdemi	Aidiyet Arayışı: İkiyüzlülük ile Sadakat arasındaki kutupları dengelemek
Aşama 6 Genç Yetişkinlik	Yakınlık ve İzolasyon Sevginin erdemi	Karşılıklı Sevgi Arayışı: Bağlantı ve Ayrışma kutuplarını dengelemek
Aşama 7 Yetişkinlik	Üretkenlik ve Durgunluk / kendini özümseme Bakımın erdemi	İhtiyaç Arayışı: İlgili Olmak ve Atalet arasındaki kutupları dengelemek
Aşama 8 İhtiyarlık	Dürüstlük ve Umutsuzluk Bilgeliliğin erdemi	İç Huzur Arayışı: Memnuniyet ile Memnuniyet arasındaki kutupları dengelemek, Pişmanlık

Ericson'un işaret ettiği, insanın duygudurum halinin son evresi olan benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk, yaşlıların yaşamlarının son evrelerinde giderek daha fazla geçmişleri üzerine düşünmeleriyle başlar. İnsan gelişimi sırasında kazanılan benlik bütünlüğü, onların hastalık ve ölümle daha iyi başa çıkmalarını sağlayabilirken, bu bütünlüğü geliştiremeyenler, ölümü umutsuzlukla karşılayabilir ve yaşamlarını bir başarısızlık deneyimi olarak hissedebilirler.¹⁷⁷

Erik Ericson'un geliştirdiği Psikososyal Gelişim kuramında umutsuzluk, ötanazinin sadece hastalar için değil aynı zamanda depresif ve kendi benliğinden kopmuş kişiler için de geçerli olduğunu savunmaktadır. Antik Yunan felsefesinde intiharın toplum üzerindeki etkisinden daha fazla endişe duyan intiharı inkar edenler ve ayrıca bireyin kişisel talihsizliklerden kaçınmak için hayatına son verme hakkını kabul ederek intiharı kabul edenler vardı. Antik Yunan zamanlarında doktorlar prensipte intiharı onaylamadılar ve bunu zihinsel hastalıkların,

¹⁷⁶ Kaynak: Zeldi Gillian Knight." A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development." *Clinical psychology & psychotherapy*, 2017, 24.5: 1047-1058, s. 1051.

¹⁷⁷ Rafael Nogueira Furtado. "The Dying Process across Human Life Cycle: Ethical Considerations on Terminal Care". *Open Journal of Medical Psychology*, 2020, 9.4: 141-149.

melankoli ve maninin gelişmesinde delice bir davranış olarak ele almışlardı. Umutsuzluğa kapılan kişiler hayal kırıklıkları, başarısızlıklar ve hayatta kaçırılan fırsatlar nedeniyle depresyona girebilirler diye ifade edildi. Her ne kadar herkes muhtemelen bir dereceye kadar bu tür duyguları hissetse de, bazı gruplarda bu duygular çok daha baskındır. Bu gruptaki bireyler makul bir yaşam doyumu elde etmek için dünyayı veya içinde bulundukları koşulları yorumlama tarzlarına yeterince uyum sağlamamış olduğu görülmektedir.¹⁷⁸

Erikson'un öngördüğü son evrede, yaşamı gözden geçirme sürecinde kişi, yaşamdaki başarılarını ve hayal kırıklıklarını dengelemeye ve bütününde şefkatli, derin, hikmetli bir anlayışa ulaşmaya çalışılır. Bu, bireyin kendi tarihinin, ait olduğu kültürel grubunun ve onun merkezi kurumlarının hikâyeleriyle daha büyük bir insani anlatıya dönüştürmeye ihtiyacı vardır.¹⁷⁹

Birey, tekâmülünü tamamlamış olsun ya da olmasın hayatının daha sonraki yıllarında kendine şunu sorar: "Hayatım ne anlama geliyor ve bu konuda nasıl hissediyorum? Üzülecek, gurur duyacak, telafi edecek neyim var ve bu şeylerle ilgili geriye dönük ne yapılmalı?".İnsan ağırlıklı olarak sorgulama sürecinde ya uzlaşma ve kabullenmeye ya da hayal kırıklığı ve umutsuzluk sonucuna varır.¹⁸⁰

Özellikle yaşlılarda, fiziksel hastalık ve kaşeksi ile birlikte yetenek kaybı, bu kişilerin intihara karar vermesinde önemli rol oynamaktadır. Sık sık üzüntülerini, pişmanlıklarını veya başarısızlıklarını hatta bazen kendilerini aşağılama veya alaycılık şeklinde ifade ederler. Bazen ne yapacaklarını bilemezler ve sürekli kafaları karışıktır. Bu karışıklık boşluk üzerine kurulabilir ya da fazlaca üzüntü, pişmanlık ve acıyı bastırma olarak özellikle suçluluk psikolojisinden kaçış olarak ötanaziyi tercih edebilir. Umutsuzluğa kapılan kişiler oldukça yansıtıcı olabilirler, ancak bazı kısmi yaşam doygunluğuna rağmen nihai sonucun tatmin edici olmadığını hissederler. Yetersiz bir aidiyet duygusu vardır ve tatmini yeniden bulmak için yeterli zamanı kalmaz. Erikson'un ifadesiyle, bu kişi 'binlerce küçük tiksinti hisseder'. Sonucunda da varlığıyla yaşamayı bırakabilir.¹⁸¹

Emekliliğe alışmaya çalışırken sıklıkla hayatlarının erken dönemlerinde karşılaştıkları kimlik sorunlarını yeniden ele alırlar. Bağlamlar farklı olsa da, benzer duygusal gerilimleri yönetmek, kişisel farkındalığı ve yaşam boyu edindiği tecrübelerinde yetersiz geldiğini düşünebilirler. Bu süreçte aşkın bir güçle beraber olduğunu hissetmesi kritik benliğine olan güvensizlik duygusunu teslimiyet inancıyla aşabilir. Benliğini onarabilir ve suçluluk halini atlatabilir. Ancak tüm umudunu benliğine karşı yitirmiş bir birey ölüm fikrini sürekli düşünür. Çevresine karşı bilinmez bir mahcubiyet yaşar, zamanla içine kapanır ve ölümü bu devrede talep edebilir.

178 Liubov Ben-Nun. King Saul: Death of Despair. B. N. Publication House. Israel. 2023.

179 Simon Hearn, et al. "Between integrity and despair: Toward construct validation of Erikson's eighth stage". *Journal of Adult Development*, 2012, 19: 1-20, s. 3.

180 Erik H. Erikson, Joan M. Erikson ve Helen Q Kivnick. *Vital involvement in old age*. WW Norton & Company, 1994.

181 Erik, H. Erikson *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & company, 1994.

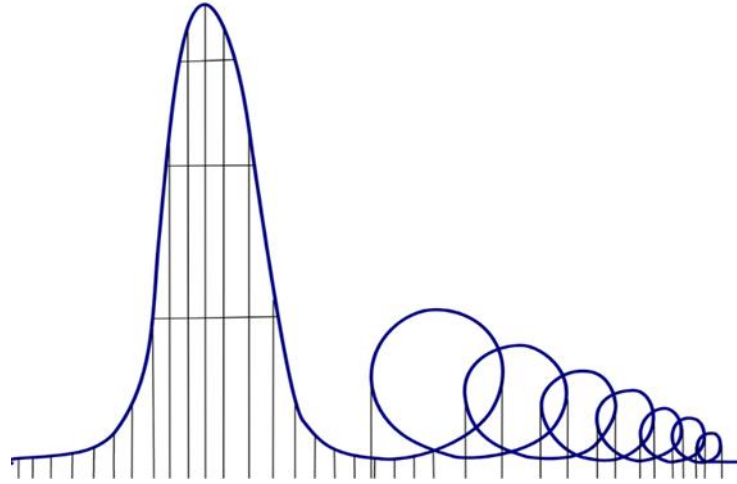
Mesela Hollanda'nın eski Başbakanı üretkenliğinin durduğunu düşünerek 93 yaşında eşiyle ötanazi şeklinde ölümünü tercih etmişlerdir.

Sonuç olarak yaşamı değersizleştiren ve "işe yaramıyorsan herkese yüksün, ölmelisin" şeklindeki teşvik politikaları ve savları yaygınlaştı. Özellikle yaşlıların "acısız ölüm" adı altında yaşama son verme isteklerini pekiştirdiler. Bazı ülkeler, sağlıklı ve üretken bireylerin kalmasını ve bu grup dışında kalan sorunlu grupları bir şekilde hayattan elemek ve mali yükü hafifletmek olarak görmektedirler.. Mesela ötanazinin yasal olmadığı bir ülke olan Almanya Covid-19 sürecinde ilaç ve test yetersizliğinden sağlıklı ve genç olan kesimi, yaşlı ve bakıma muhtaç bireylere tercih etmiştir.¹⁸²Yani bunu şu şekilde yorumluyorum: *"Külfetli gruptaysanız düştüğünüz yerde el verip kaldırılmayı beklemeyin. Hatta oracıkta hemen ölmenizi arzu eden insanlar var"*

1.6. Ötanaziye İlişkin Haberler

- https://www.sondakika.com/amp/haber-ispanya-da-otanazi-yasallasti-14004693/#aoh=16161837409816&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&_tf=%251%24s%20alan%C4%B1ndan
- <https://www.mynet.com/avusturyada-hekim-destekli-intihara-izin-veren-yasa-yururluge-girdi-110106898091>
- <https://www.cnnturk.com/dunya/hollandayi-karistiran-otanazi-davasi-igneye-direndi>
- <https://www.youtube.com/watch?v=CE-9gESz3fk>
- <https://www.haberler.com/amp/12-yasindaki-kiza-otenazi-yapildi-6630835-haberi/>
- <https://www.sozcu.com.tr/bir-dugmeye-basarak-hayati-sonlandiran-3d-baskili-otenazi-makinesi-isvicrede-yasal-oldu-wp6811210>
- <https://www.hurriyet.com.tr/dunya/covid-19-hastalarini-aci-cekmesin-diye-olduren-doktor-tutuklandi-41668123>
- <https://tr.euronews.com/2024/02/11/hollanda-eski-basbakani-van-agt-esiyle-birlikte-el-ele-otanazi-yoluyla-hayatlarini-sonland>
- <https://www.ntv.com.tr/dunya/daesin-bombali-saldirisini-atlatamadi-23-yasinda-otenazi-ile-oldu,qaFWKnyDDky587A1m4lZRw>
- <https://www.popularmechnics.com/science/a44492068/euthanasia-roller-coaster/>

¹⁸² <https://www.sabah.com.tr/pazar/2021/10/31/merkelden-tarihi-itiraf-onlari-koruyamadik>



Resim 1.5. Ötanazi treni

Euthanasia Coaster, RicHard-59 tarafından yapılmıştır, Londra Kraliyet Sanat Koleji öğrencisi Julijonas Urbonas'ın tasarımına dayanmaktadır, 2010

- <https://tr.euronews.com/2019/04/05/hala-olmek-istiyor-musun-esinin-olumune-yardimci-olan-koca-gozalti-sonrasi-serbest>
- <https://tr.euronews.com/2021/12/18/otanazi-makinesi-sarco-destekli-intihar-tart-smalar-n-alevlendirdi> (Erişim 17.03.2024)



Resim 1.6. Ötanazi makinası SARCO

- <https://www.hurriyet.com.tr/dunya/yuzlerce-kisi-ismeyeye-olmeye-gidiyor-10570296> (Erişim 17.03.2024)
- <https://www.ntv.com.tr/saglik/otanazi-nedir-otanazi-hangi-ulkelerde-yasal,J4Xdgzi0f0-2zYuoyEsc5g> (Erişim 17.03.2024)
- <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-43002451> (Erişim 27.05.2024)

2. BÖLÜM

DOKTORLARIN ÖTANAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Bu kısımda araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama araçlarına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Bilimsel olarak araştırmanın yöntemi nitel araştırma yöntemlerinden içerik analiz şeklindedir. Uzman görüşü alma, görüşme, Delphi Tekniği, kaynak taranması, güncel haber listelenmesi olarak uygulanmıştır.

Yapılan bu çalışmada Samsun, Ankara, İzmir ve Van şehirlerindeki Yoğun Bakım Uzman Doktorları, Genel Cerrahları Onkoloji, Anestezi ve Reanimasyon Doktorları, Çocuk Cerrahları ve Çocuk Sağlığı bölümündeki doktorları görüşmeye dahil edildi. Toplam 78 uzman doktor programa gönüllü olarak katkı sağladı.

Araştırmanın içerikleri hazırlanırken kaynak olabilecek bilimsel verileri sunarak, uzman görüşünden geçirilerek, etik kurul onayı alarak, yapılandırılmış açık uçlu görüşme sorularıyla çalışma yapıldı. Ülkemizde yasal olmayan ama gün geçtikçe yayılan bir sağlık politikası hakkındaki çalışma, doktorlar tarafından ilgiyle karşılandı. Verileri elde ettikten sonra ülkemizde nabız ölçmek amacıyla kavramı genişletmek için, bu çalışmayı nitel yöntemin içerik analiz araştırması olarak tasarlandı. Ayrıca yasal olmayan bir kavramı, sahada yer almayan bir uygulamayı, doktorların öznel bakış açısından değerlendirme imkânı elde edildi.

Araştırmanın içeriği ve analiziyle ilgili olarak araştırılan konunun güncel olması, problemin temeli ve içeriğin değerlendirilmesi açısından içerik analiz deseninden yararlanıldı. Uzman görüşmesi yaparak ülkenin tedavi sürecine karar veren kişinin, ötanazi kavramına yaklaşımı açısından derinlemesine analiz etmek maksadıyla gerçek düşüncelerini ifade edebilecek tekniklere dayanan nitel yöntem tercih edildi.

Çalışmanın hedef kitlesi, sağlık personelinin tedavi planlayıcısı olan hekim üzerinden gerçekleştirildi. Çünkü tedavi gereksinimi ve bireysel tedavi takibi tamamen hekime ait bir karardır ve ötanazi uygulaması yapan ülkelerde hekimler temel taşıdır. Sağlığın temel dinamikleri hekimler üzerinden devam eder. Çalışmanın temel kapsamı ve içeriği ötanazi kavramını Türkiye yasalarında olmamasına rağmen, bu ülkenin içinde yetişmiş şifacıların manevi açıdan nasıl düşündükleri ölçülmüştür. Ölüme, hastaya, insana karşı tutumları belirlenilmesi açısından çok önemli sonuçlar elde edilmiştir.

İçerik Analizi Çalışmasında şu aşamalar dikkate alınarak uygulandı;

- Samsun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesindeki Başhekimlikten onay alınarak tüm Yoğun Bakım, Onkoloji, Klinik ve Palyatif Bakım doktorlarıyla ikili görüşme sağlandı.
- Ötanazi ile ilgili kavramların olduğu organ nakli koordinasyon, beyin ölümü ve Nutrisyon toplantılarına davet edildi ve toplantılara katılarak sistemin işleyişi somutlandırıldı ve belgelendi.
- Yapılandırılmış, açık uçlu görüşme sorularıyla doktorların düşüncelerini ses kaydı izin verilmediği için her cümleye kadar not tutuldu ve eksiksiz yazıya aktarıldı.
- Görüşme formundan ayrı olarak ötanazinin Türkiye basamağını serbest şekilde sorarak görüşme stilini geliştirdim
- Ankara Onkoloji Hastanesinde doktorlarla görüşme sağlandı.
- Van Yüzüncü Yıl ve İzmir Bakırçay Üniversitesindeki uzman doktorlarla Delphi tekniği kapsamında dijital ortamda görüş alındı ve kayda geçirildi.
- Türkiye'nin **Karadeniz, Ege, Doğu Anadolu ve İç Anadolu** bölgesinden görüşlere ulaşılmış oldu.

2.2. Evren Ve Örneklem

Araştırmanın problemine ışık tutacak olan sorulara cevap bulmak için veri elde edilebilecek bireylerden oluşan, araştırmanın hedefine bağlı olarak üzerinde araştırma yapılabilecek varlıklardan oluşan büyük gruba evren denilmektedir (Büyüköztürk vd.2012)

Araştırma, Samsun, Ankara, İzmir, Van şehirlerinden doktor katılımcılarla gerçekleştirildi. Araştırmanın büyük oranını Samsun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yüz yüze olarak uygulandı. Katılımcıların ölümle ve hastanın kritik dönemlerinde süreci takip eden bölüm hocaları tercih edildi. Samsun Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde;

- Cerrahi Yoğun Bakım
- Genel Yoğun Bakım
- Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım,
- Onkoloji
- Radyoaktif Onkoloji
- Ketem
- Palyatif Bakım
- İnme Merkezi(Nöroloji)

- Ek Konsülte Servisli Bölümler(Genel Cerrah, Çocuk Sağlığı, Dahiliye, Patoloji)

-bölümleriyle görüşme sağlandı.

Ankara Onkoloji Yerleşkesinde Onkoloji hekimleriyle görüşme sağlandı. İzmir Bakırçay Üniversitesinde, Ege Üniversitesi ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde Delphi Tekniğiyle Yoğun Bakım hekimleriyle görüşüldü.

Aynı zamanda yoğun bakım ortamında sık gözlem yaparak çalışan personel ve hastaların genel rutinleri hakkında tecrübe edinildi. Araştırmanın amaçlarının desteklenmesi amacıyla nitelikli sonuçlara götürecek bilgi ve veriler seçilen, çalışmanın temel amacına ulaşmak için, en doğru ve iyi bilgiyi kimlerin sunabileceğine ilişkin yargı ile oluşturulan örneklem seçimi, amaçlı örneklem olarak belirtilmiştir (Büyüköztürk vd., 2012). Uygulama ötanazinin yasal olarak karar veren grubun yani hekimin görüşü üzerine örneklendirilmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması, hastanenin onaylı çalışma alanlarına bizzat gidilerek doktorlarla sahada ve nöbet zamanlarında yapılmıştır. Toplamda 8 açık uçlu soru sorulmuştur. Uzaktaki hastanelerin doktor görüşleri Delphi Tekniğinden yararlanılarak toplanılmıştır. Çalışmayı yaparken aynı zamanda yoğun bakım ünitelerinde yakından gözlem yapma imkânına erişilmiştir. Klinik sorumlularında aldığım izinlerin, süreci çok daha kolay hale getirmiştir: hem bilgilendirme yapıldı hem alanda bulunma izni alındı. Ayrıca tarafsızlığın olduğu sağlık biriminde manevi değerlerle ilgili yapılan bu çalışma, uzman doktorlar tarafından çok olumlu karşılandı ve doktorların da aslında bunu düşünmeyi ve ifade edebilecekleri bir ortamda olmayı istediklerini, böylelikle onlarla çalıştığım alan arasında bilimsel bir bağ kurulmuş oldu. Herhangi bir yorumla yönlendirilme yapılmadı. Objektif ve dini değerlerden bağımsız sorular soruldu. Öznel düşüncelere müdahale edilmeden yazıya aktarıldı.

Etik Kurul Onaylı 8 Madde Soru Şu Şekildedir;

1. Hastanızdan veya hasta yakınından bir talep gelse ve uzman yardımıyla ölüm yasal olarak mümkün olsa, bir hekim veya personel olarak bu talebi yerine getirme konusunda düşünceniz ne olurdu?
2. Ölümcül hastalıklarda hastanın artık son evreye girdiği nasıl belirleniyor?
3. Ağır hastalıklarda tedaviyi sonlandırmaya nasıl/ hangi kriterlere göre karar veriliyor?
4. Artık tıbbi bir tedavi uygulanması mümkün olmayan, tedaviye cevap vermeyen hastalara nasıl bir uygulama yapılıyor?

5. Ölümcül/ağır hastalıklarda tedavi esnasında hekime (ya da hasta ve yakınlarına) tedaviyi sonlandırmaya sebep olan etik ya da hukuksal bir boşluk var mı? Var olduğunu düşünüyorsanız nedir?
6. Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan siz nasıl değerlendiriyorsunuz?
7. Gözlemleriniz doğrultusunda, ölümcül veya tedavinin etkisiz kaldığı durumlarda hastanın veya hasta yakınlarının tedaviyi sonlandırmayı tercih etmedeki sebepleri nelerdi?
8. Kişilerin yaşamına son vermeyi istemesini “yaşamın kutsallığı” çerçevesinde nasıl değerlendiriyorsunuz?

2.4.Araştırmanın Dahil Edilen Grup Ve Dışarıda Kalan Grup

Bir çalışma grubu, belirli bir zaman diliminde başlangıçta tanımlanan, oluşturulan ve daha sonra incelenen veya izlenen, ortak özelliklere sahip bireylerden oluşan bir gruptur (Defining the Study Cohort: Inclusion and Exclusion Criteria, Emily Z. Keung syf 2) Araştırmaya katılacak ölçütlerdeki kişiler belirlenmiştir. Ona göre de çalışma tamamlanmıştır.

Dahil Edilen Grup:

- Yoğun bakım, Palyatif, Onkoloji, Ketem, İnme Merkezi gibi hayati organların tedavi edildiği ve ölüm riski yüksek hasta grupların tedavisiyle ilgilenen uzman doktorlarla görüşme yapıldı.

Dışarıda Kalan Grup:

- Planlamayı uygulayan hemşireler, hastanedeki diğer tüm personel,
- Hasta ve Hasta yakınları,
- Asistan Doktor
- İntörn Doktor
- Tıp fakültesi Öğrencileri

2.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

- Doktorların fazla yoğun çalışmasından dolayı görüşme için uzun süren bekleyişler ve günler, çalışmayı yavaşlattı.

- Ötanazi uygulamasının yasal olmadığı bir ülkede aldıkları eğitimlerin ve yaptıkları uygulamaların dışında bir araştırma olunca düşünmek için zaman istemeleri süreci uzun hale getirdi.
- Doktorlardan bazıları sağlık sektörünün iç dinamiklerinden gelmediğini düşünerek önyargılı olanlar oldu ama sonradan ifade ettikçe gönüllü olundu.

2.6. Araştırmanın Bulguları

Nitel çalışmanın verileri dört merkez üzerinden toplandı. Özellikle hayati risk gruplarıyla ilgilenen Uzman doktor statüsünde 78 hekime ulaşıp görüşme sağlandı. Yüz yüze yapılan görüşmelerde bazen yapılandırılmış bazen de yarı yapılandırılmış gözlem tekniğinden yararlanıldı. 44 Kadın, 34 Erkek katılımcı yer aldı. 3 hekim sözlü fikir alışverişi yapıldı, bilgiler ve şahsi fikirler beyan edildi, çalışma çok ilgilerini çektiği için yorum yapıldı fakat yazılı metine dönüştürülmesini tercih etmediler. Gönüllülük esası gereği verilen bilgilerden şahsi olarak istifade edildi. Çoğunluğun Yoğun Bakım Üniteleri olması sebebiyle doktorlar, çalışmanın ana teması olan “Ötanazi” uygulamasından haberdardı. Tam alt bilgilendirme yapılan katılımcılarda oldu. Çalışmaya Sağlık Bölümünün Eğitim Sorumlu Birimiyle başlandı. Bu konuyla ilgili birçok kaynak tarandı ve güncelliği daim olarak takip edildi. Ancak sahada ve işevuruk sisteminde sürecin izlenimi çok daha net olarak takip edilebildi. Hastane personeli ve özellikle doktorlar çalışmaya katkı sağlamayı seve seve kabul ettiler. Gönüllü olmalarıyla verilen cevaplar, çalışma adına büyük netlik kazandı.

Tablo 2.1. Araştırmaya katılan uzman doktorların demografik özellikleri

Katılımcı 1	Genel Cerrahi Onkoloji Diyabet	Erkek	İzmir
Katılımcı 2	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 3	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 4	Palyatif Bakım Ünitesi Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 5	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 6	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 7	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 8	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 9	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 10	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 11	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 12	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 13	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 14	Palyatif Bakım Ünitesi Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 15	Palyatif Bakım Ünitesi Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 16	Tıbbi Onkoloji Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 17	Tıbbi Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun

Tablo 2.2. Araştırmaya katılan uzman doktorların demografik özellikleri (devamı)

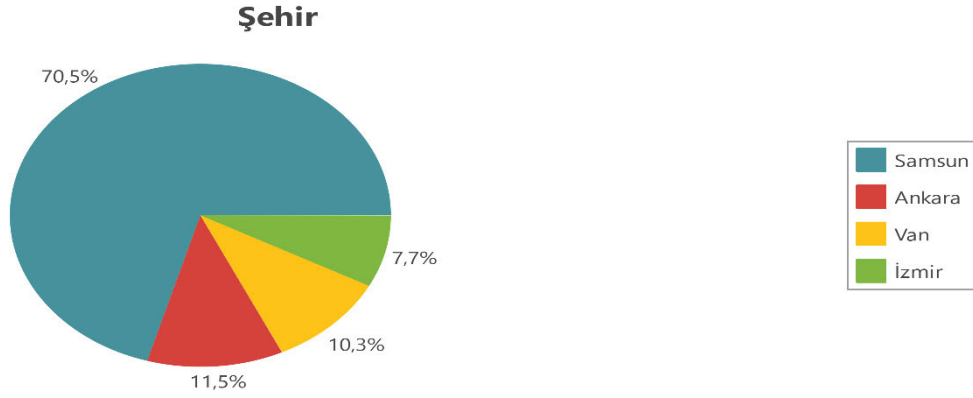
Katılımcı 18	Tıbbi Onkoloji Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 19	KETEM Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 20	KETEM Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 21	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Ankara
Katılımcı 22	Yoğun Bakım Çocuk Cerrahi	Erkek	Ankara
Katılımcı 23	Yoğun Bakım Dâhiliye Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 24	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 25	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 26	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 27	Patoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 28	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 29	Yoğun Bakım Dâhiliye Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 30	Yoğun Bakım Dâhiliye Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 31	Yoğun Bakım Dahiliye Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 32	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 33	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 34	Yoğun Bakım Çocuk Cerrahi	Erkek	Samsun
Katılımcı 35	Yaşam Polikliniği Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 36	İnme Merkezi Nöroloji Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 37	İnme Merkezi Nöroloji Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 38	Palyatif Bakım Psikiyatr	Kadın	Ankara
Katılımcı 39	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Van
Katılımcı 40	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Van
Katılımcı 41	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Van
Katılımcı 42	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Van
Katılımcı 43	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Van
Katılımcı 44	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Van
Katılımcı 45	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Van
Katılımcı 46	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Van
Katılımcı 47	Patoloji	Kadın	Ankara
Katılımcı 48	Patoloji	Kadın	Samsun
Katılımcı 49	Patoloji	Kadın	Samsun
Katılımcı 50	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 51	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 52	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 53	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 54	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	İzmir
Katılımcı 55	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Erkek	Ankara
Katılımcı 56	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 57	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Ankara
Katılımcı 58	Palyatif Bakım Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 59	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 60	Palyatif Bakım Uzman Doktor	Erkek	Samsun

Tablo 2.3. Araştırmaya katılan uzman doktorların demografik özellikleri (devamı)

Katılımcı 61	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Ankara
Katılımcı 62	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 63	Palyatif Bakım Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 64	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 65	Yoğun Bakım Genel Cerrahi	Kadın	Samsun
Katılımcı 66	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 67	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	İzmir
Katılımcı 68	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 69	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 70	Yoğun Bakım Nöroloji Uzmanı	Erkek	Samsun
Katılımcı 71	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	İzmir
Katılımcı 72	Yoğun Bakım Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı	Kadın	Samsun
Katılımcı 73	Onkoloji Psikiyatr	Kadın	Ankara
Katılımcı 74	Radyasyon Onkoloji Uzman Doktor	Kadın	Samsun
Katılımcı 75	Onkoloji Genel Cerrahi	Erkek	İzmir
Katılımcı 76	Onkoloji Uzman Doktor	Erkek	Samsun
Katılımcı 77	Onkoloji Uzman Doktor	Erkek	İzmir
Katılımcı 78	Palyatif Bakım Uzman Doktor	Kadın	Ankara

Tablo 2.4. Demografik dağılımları itibariyle kod sistemi

Kod Sistemi	Frekans
Kod Sistemi	2207
Şehir	78
Samsun	55
Van	8
Ankara	9
İzmir	6
Cinsiyet	78
Erkek	34
Kadın	44



Şekil 2.1. Katılımcıların çalıştığı şehirler

Tablo 2.5. Katılımcıların görüşlerine göre kod ve frekans değerleri genel tablo

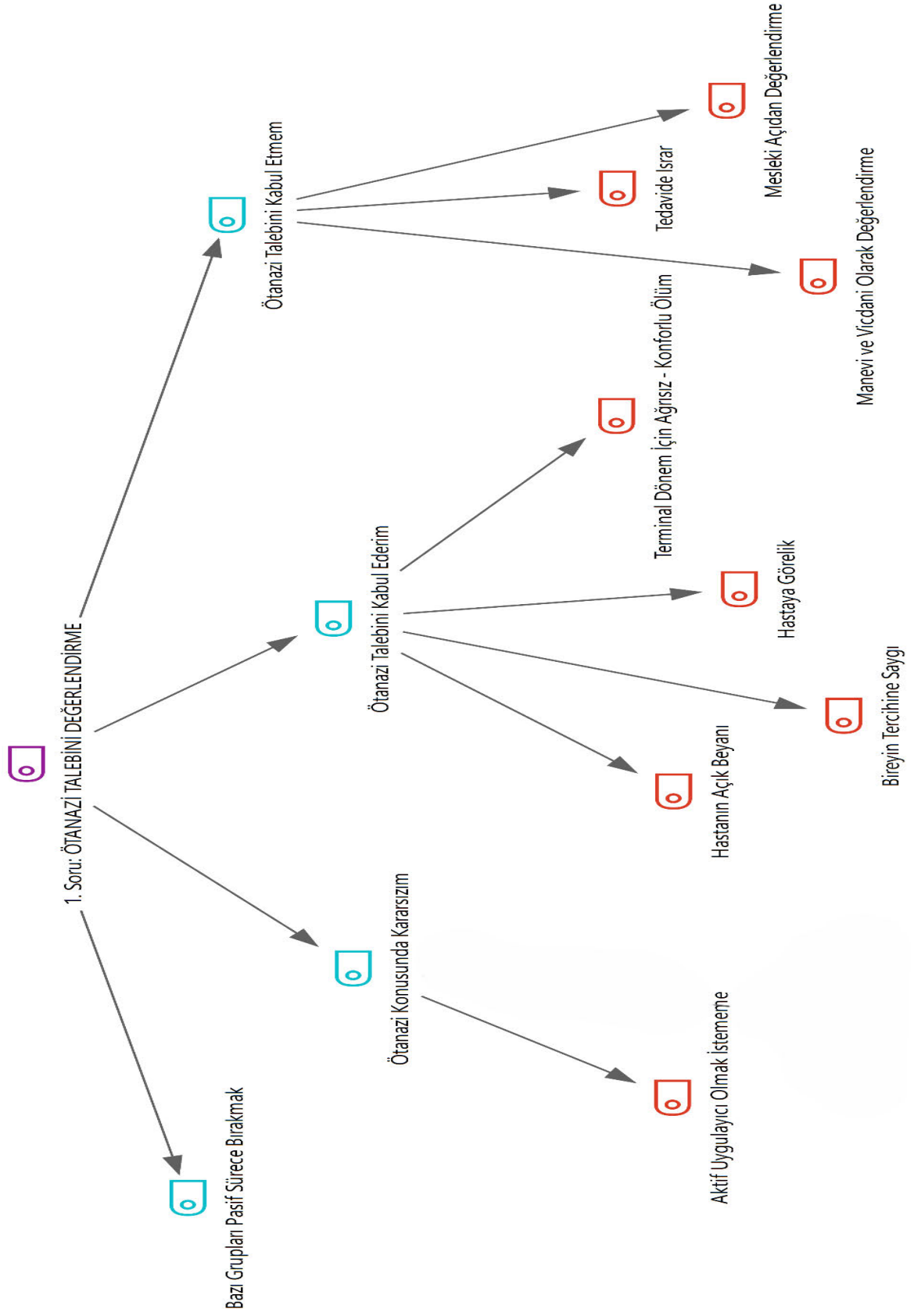
Kod Sistemi	Frekans
Kod Sistemi	1879
1. Soru: ÖTANAZİ TALEBİNİ DEĞERLENDİRME	213
Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak	6
Ötanazi Konusunda Kararsızım	7
Aktif Uygulayıcı Olmak İstememe	2
Ötanazi Talebini Kabul Ederim	23
Bireyin Tercihine Saygı	2
Hastanın Açık Beyanı	3
Hastaya Görelik	6
Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm	8
Ötanazi Talebini Kabul Etmem	49
Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme	22
Mesleki Açıdan Değerlendirme	9
Tedavide Israr	4
2. Soru: HASTANIN SON EVRESİNİ BELİRLEME ÖLÇÜTLERİ	233
Beyin Ölümü	3
Bilinç Kaybı / Deliryum	12
Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü	15
Glasgow ve EcOG Skor Tabloları	16
Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi	20
Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma	34
Klinik ve Radyolojik Bulgular	38
Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar	6

Tablo 2.6. Katılımcıların görüşlerine göre kod ve frekans değerleri genel tablo (devamı)	
Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi	4
Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi	3
Vital Bulgularda Bozukluk	4
3. Soru: TEDAVİ SONLANDIRMA KRİTERLERİ	224
Beyin Ölümü	7
Dozaj ve Tedavi Değişikliği	11
Hasta Tetkik Verileri	13
Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme	7
Palyasyon ve Destek Tedavileri	26
Süresiz Tedavi	11
Tedavi Takibi	24
Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması	14
Terminal ya da Metastaz Hastalar	8
Yasal Prosedür Tedavi Sistemi	25
4. Soru: TEDAVİNİN ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDAKİ UYGULAMA	220
Ailesiyle Son Vedası	3
Alternatif Tıp Tedavileri	2
Bedeni Yormadan Stabil Konforlu Yaşam Sağlanması	17
Dozaj Değişikliği	5
Evde İmkan ve Bakım Zorluğu	2
Gereksiz Uzatılmayan Konforlu Bir Ölüm Sağlanması	10
Hasta Takibi	3
Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri	4
Palyasyon ve Destekleyici Tedavi	56
Tedavi Değişikliği veya Planlanması	14
Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum	8
Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması	3
Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi	9
Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi	6
5. Soru: TEDAVİ VE ÖLÜM KONUSUNDA ETİK VE HUKUKSAL BOŞLUK	213
Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok	27
Ailesiyle Son Vedasını Gerçekleştirememesi	2
Hasta ve Yakınıyla Yasal İletişim	8
Hekime Yasal Baskı	12
Manevi Bakım Uygulaması	6
Palyatif Bakım Uygulaması	10
Sağlık Personelinin İş Yüğü	10

Tablo 2.7. Katılımcıların görüşlerine göre kod ve frekans değerleri genel tablo (devamı)	
Sağlık Personeline Manevi Açıdan Destekleyici Yaklaşılması	4
Süresiz Tedavi Sorunsalı	8
Tedavi Uygulamaları	32
Suni Yaşam Sorunu	9
6. Soru: HEKİMLERİN MESLEKİ VE ETİK AÇIDAN ÖTANAZİ GÖRÜŞLERİ	267
Yasal Durum	9
Yorum Yapmak İstemiyorum	1
Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım	4
Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	109
Bilinçli Öldürme Eylemi	18
Kişisel Ölüm Tercihine Saygı	3
Hipokrat Yeminine Aykırılık	3
Konsülte Tedavilerle Rahatlatma	5
Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim	12
Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme	23
Zarar Vermeme İlkesi	4
Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum	35
Konforlu ve Hızlı Ölüme Yardımcı Olmak	6
Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep	5
Ölme Hakkına Saygı	3
Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	31
Terminal Dönem Hastaları	5
Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar	6
Tedaviyi Kesme / Tedaviden Mahrum Etme	2
Yapay Yaşam Sorunsalı	2
Özbakım Becerilerinde Bağımlı Olma	3
7. Soru: TEDAVİYİ SONLANDIRMA TALEPLERİ	255
Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum	5
Yasal Engel	3
Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	12
Hasta Bakımının Zorluğu	5
Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış	4
Hastaya Rahatlatıcı Tedaviler Sağlanması	2
Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	18
Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak	7
Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları	28
Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi	6

Tablo 2.8. Katılımcıların görüşlerine göre kod ve frekans değerleri genel tablo (devamı)	
Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk	9
Hekime veya Hastaneye Güvensizlik	6
Tedaviden Memnun Olmama	8
Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda	26
8. Soru: YAŞAMIN KUTSALLIĞI	254
Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum	13
Kararsızım	2
Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum	42
Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum	12
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	24
Hekime Vicdani Yük	4
Son Dönem Hastalar	14
Dindirilemez Ağrı ve Acı	5
Tedaviyi Kesme	2
Yapay Yaşam Sorunları	4
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	54
Doğal Ölümle İnsana Saygı	7
Manevi Olarak Değerlendirme	18
Sabır ve Manevi Başa Çıkma	4
Ölüme Karar Yetkisi	13
Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalık	6
Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak	4
Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi	12
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	29
Aidiyet Duygusundan Yoksun ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi	4
Onurlu Tedavi	7
Yasal Durum	3
Ölme Hakkı - Özerkliğe Saygı	15

Tablo 2.3' te Doktorların sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda kodlanılmıştır. Kodlamaların bazen benzer ifadelerle bazen de çok farklı durumda olabildiklerini göstermiştir.



Şekil.2.2. 1.Soruya verilen cevaplar doğrultusunda yapılan kodlama

2.6.1. Ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin bulgular

Ötanazi yasallaşması son dönemlerde yaygınlık kazanması üzerine hukuki açıdan bir görev tanımında yer alması hekimin görüşünü etkiler mi diye soru soruldu. Nesnel bir bakış açısıyla değerlendirme imkânı sağlarken doktorun aynı zamanda cevabı bir sonraki sorulara öngörü sağlandı. Cevapları hekim veya personel diye belirtme sebebi, ötanazi uygulamasını yapan ülkelerde aktif olarak gerçekleştiren personel her zaman doktor statüsünde olmayabilmektedir. (katılımcıların 1.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek-2 Tablo 2** ulaşabilirsiniz.)

2.6.1.1. Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak

Ötanazi talebi gelmiş olursa cevabınız ne olurdu? Sorusuna doktorların birkaçı hastayı artık – girdi-çıktı- işlemleriyle yormak istemediklerini ifade ettiler. Var olan bir tedavi artık cevap vermiyorsa ya da stabil durumdaysa yani bir ilerleme katetmiyorsa, iyileşme yönünde bulgular yoksa hastayı kendi haline bırakmayı tercih etmek istediklerini söylediler. Bu süreçte belli grupları kapsadığını ve kimsenin aktif olarak ölümüne sebep olmayı istemediklerini söylediler.

Mesela **Katılımcı 71** aslında kişinin bazı durumlarında bedeninin dünyaya tutunup tutunmamasıyla alakalı olduğunu söyledi. Hastanın genel bulgularına da değinen hekim kendi haline bırakmayı öngördü.

“Geçen gün haberlerde okumuştum böyle bir şeyi. Bu konuyu hatta kendime sormuştum okurken şimdi bu tezi duyunca çok şaşırdım acaba Türkiye’ye mi geliyor dedim. Kesin yaparım ya da yapamam diyemiyorum bazen öyle bir hastayla karşılaşıyoruz ki ya böyle yaşamaktansa ölmek kurtuluş diyoruz ama bazen de öyle bir kötü gidişattan dönen görünce de umut kesilmez diyoruz. Sanırım uygulayamazdım ama kendi haline bıraktım. Tutunmak isteyen bir şekilde tutunuyor hayata o yüzden kararı yine vücudu vermeli. Ben buna çok inanıyorum gerçekten yani”

Bir örnekte de **Katılımcı 18** in cevabına göre aktif olarak ölüme karar vermemeyi ama yapay yaşama girecek kadar da zorlamamayı tercih edebileceğini ifade etti.

“Yani hasta terminal dönemde çok acı çekiyorsa ve tedavi olasılığı yoksa sıcak bakarım. Tedaviyi keserim ama zehir veya ilaç vererek aktif olarak ölümü elimle tercih etmem.”

Katılımcı 19 ise ailesinin ya da kendisinin tercihinin iyiliği üzerine olduğunu düşünüyorsa başka branşlarla konsülte ederek tedaviyi kesebilirim diye ifade etti.

“Yasal olarak mümkün olsa ve psikiyatr servisinin onayı da varsa, hastanın temyiz gücü de yeterliyse uygulardım. Hasta yakını da talep ediyorsa eğer gerçekten geçerli sebepleri varsa ve iyilik için istiyorlarsa da desteklerim. Çünkü daha fazla acı çekmesini istemiyordur ailesi. Ama aktif olarak öldürmeyi değil sadece tedaviyi kesmeyi tercih ederdim.”

2.6.1.2. Ötanazi Konusunda Kararsızım

Hastaya uygulama konusunda hem aktif ötanazi açısından hem de hastanın çektiği acılar olarak değerlendirme de kararsız kalan katılımcılar oldu. Hayatını kutsal olarak görüp öldürme eylemini istemeyen ama çok acı çektiğini gördüğü hastalarının da kurtuluşu olduğuna inandıkları bir ikilem durumunu belirttiler.

Örneğin **Katılımcı 38**'in açıklamasında

“Zor bir kere. Bir yandan hayatın kutsallığı ilkesi var ama bir yandan da ötanazi yani yaşamın sonlandırılmasına birinin yetkisi var mı diye düşünüyorum. Sonuçta benim hayatım benim kararım da üzerine bir de acı çekiyorum. Yasal olarak mümkün olsa hekim ya da personel yerine getirme konusunda duruma göre değişirdi, kolay değil emin değilim ama kesinlikle tek başıma bu sorumluluğu almazdım. Ama muhtemelen bazı vakalarda uygun olabilir diye düşünürdüm. Sonuç olarak bazı durumlar sakıncalı oluyor. Ama mesela hasta yakınları vefatını isteyebilir. Sözde vasiyetinde ötanazi istiyor diye ama işte bilinci kapalı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş hasta yakını diyor ki ölebilir ötanazi yapılsın diye. Bunu yapmak veya kabul etmek o kadar kolay değil. Kendim yapmak istemezdim ama başkasının yapmasını belli koşullarda yapanları destekleyebildim. Zaten pasif ötanazi diye bir şey var tedaviyi belli noktadan sonra tedaviyi bırakabilir. Bu da mümkündür.”

Bir başka örnek de ise biraz daha gerçekçi bir yaklaşımda şunları söyledi. **Katılımcı 25**:

“Net bir şey diyemiyorum ama Allah kimseyi o kadar acılar içine düşürmesin kimseyi.”

2.6.1.2.1. Aktif uygulayıcısı olmak istememe

Hastanın en ağır dönemlerine şahitlik etmiş bazı hekimlerin bu süreçte aktif öldürmek yerine başka hekimlerin uygulamasına da uygun bir talep olarak değerlendirdiğini ifade etti:

“Net bir şey diyemiyorum ama Allah kimseyi o kadar acılar içine düşürmesin kimseyi”

2.6.1.3. Ötanazi Talebini Kabul Ederim

Ötanazi talebini kabul edenler belli şartlar altında uygulayabileceklerini ifade edenler oldu. Bu madde özellikle ötanazi uygulaması konusunda hekimlerin durumu kendi açılarından netleştirdiği anlaşılmaktadır. Yasal olması gerektiğini savunan görüşme yaptığım hekimlerde oldu. Kabul eden hekimlerin bazıları net bir şekilde zorlanmadan yerine getireceğini söyledi. Bu kavramlar birbirlerine çok yakın kavramlar olmakla beraber katılımcının esas aldığı noktalara göre ayrılmıştır. Mesela hepsinde bir talep durumu var, onaylayan hekim görüşü var ama hangi alanın altını çizerek ifade ettilerse kavramları o şekilde kodladım. Diyelim ki hasta beyan ettiği için mi ya da terminal dönemde olması ya da ağır engelli olarak doğması bunlar doktorun kabul etme kıstaslarını ortaya koymuştur.

Katılımcı 29: “ Aktif olarak yerine getirirdim”

Katılımcı 69: “ Olumlu bakarım ve uygulayırım.”

Katılımcı 45: “ Bence yapılabilir. Ama bunun eğitimi de alınması şart.”

Hekimlerin görüş ve uygulama şartlarına göz atacak olursak ilk şartımız hastanın açık beyanıdır.

2.6.1.3.1. Hastanın açık beyanı

Hastanın yakınından değil bizzat kendisinden duyarlarsa uygulayacaklarını ifade ettiler. Bu aslında düşündükleri gibi suistimale açık olmasın diye belirttikleri bir görüştü ama görüşmede aklıma hep şu soru geldi“acaba kişi bizzat ölümü isterken kendine karşı da suistimal etmiş olmuyor mu?” Çünkü gelişen teknolojiyle beraber tüm imkanlara bir şekilde erişim kapısı açık. Ama hangi durum bizi ölüm kapısından çıkmaya zorluyor? Beyanı isteyen hekim katılımcılar şu ifadelere yer verdiler:

Katılımcı 64: “Bence olmalı. Ama ailesinden değil de hastanın bizzat onayını alarak yapardım. Çünkü yakınlarının ne niyetle olduğunu bilemezdim.”

Katılımcı 12: “Bence yasal olarak olması gerekir. Ama hasta yakını değil hastanın direkt kendinden sözlü, yazılı beyanla isterse kabul ederim”

Katılımcı 20: “Yasal olarak geçerli olsaydı bu da bir görev sayar ve yerine getirirdim. Ancak hastanın kendi temyiz gücü yoksa yakınının kararıyla hareket etmezdim.”

2.6.1.3.2. Bireyin tercihine saygı

Bu hastanın açık beyanı ile da bir şekilde bağlantılı ama değinmek istedikleri bireyin ölümü seçmesiyle hayatına kendi karar vermesi açısından saygı duyduklarını ve uygulayacaklarını ifade ettiler. Özerklik diye de benzer kavram olan tercihe saygı kısmı bugün hala tartışılan bir durumdur. Literatür kısmında yer verdiğim kavram detaylarıyla açıklanmıştır. Hekimlerin saygı kısmını ele aldıkları yer şöyledir.

Katılımcı 63: “Belli seviyedeki hastalara yapardım hatta ailesiyle son vedasını yapardı hasta sonrada ölümünü gerçekleştirirdim en azından sürpriz sonlu olmazdı. Ama tabi yasal olsaydı.”

Katılımcı 55: “Uygulardım. Her yaşamın kendine özgü bir sonu olmalı ve ötanazi yasal olsa bu sonu belirlemek insan için büyük şans.”

2.6.1.3.3. Hastaya görelilik

Aktif ötanazi uygulamayı diyen katılımcı hekimlerin bazıları hastaların bulundukları mevcut durumlar üzerinden uygulamayı yapabileceğini ifade etmiştir. Mesela hastalık çok ileri düzey bir süreçteyse veya hasta metastazın son evresindeyse, multi organ yetmezliği hastalığının üzerine eklendiyse bu vakalar için aktif ölüme yardım etme eylemini uygun gördüler. Ya da ağır engelli veya bakıma tümüyle muhtaç birinin yaşamanın anlamlı olduğunu düşünmediklerini form dışında da ifade ettiler.

Katılımcı 15: *“Yasal olsaydı yerine getirirdim. Hastanın durumuna göre de karar alırdım”*

Katılımcı 76: *“Ağır engelli, çoklu organ yetmezliği olan hastaların, son evrede bitkisel hayatta olanların, yaşı 80 ve üstü olup bakıma muhtaç olan yaşlılar için tercih edilmelidir. O yüzden böyle vakalarda uygulamaya sıcak bakıyorum.”*

Katılımcı 74: *“Bazen çok ağır şeyler yaşayanları görünce olabilir neden olmasın diyorum. Bir de şöyle düşünüyorum her alınan nefes için anlamlı bir yaşam diyebilir miyiz? Düşünüyorum, uygulardım sanırım.”*

Katılımcı 67: *“Ya pek üzerine düşünmüş değilim tabiki de. Zaten yakın bir gelecekte yasal olacağını da düşünmüyorum. Ama olsaydı ve birçok alandaki doktorlar hastanın gerçekten çok müşkül durumda olduğuna dair raporlasaydı uygulayabilirdim herhalde. Yine de o günün şartları ve bana hissettirdikleri de önemli.”*

2.6.1.3.4. Terminal dönem için ağrısız ve konforlu ölüm

İyileşme ihtimali olmayan, ağrılı ve hayati organların çalışmadığı terminal dönem hastaları için ölümün tek çıkış yolu olduğunu düşünen katılımcılarım vardı. Terminal dönem zaten her şekilde hastanın dayan gücüne bağlı ölüme yakın dönem diye tıp literatüründe geçiyor. O yüzden doktorlar daha fazla ölümü uzatmamak adına aktif olarak ölüme yardımcı olabilmeyi kabul ettiler. Bazı katılımcıların ifadeleri şöyledir;

Katılımcı 76: *“Ağır engelli, çoklu organ yetmezliği olan hastaların, son evrede bitkisel hayatta olanların, yaşı 80 ve üstü olup bakıma muhtaç olan yaşlılar için tercih edilmelidir. O yüzden böyle vakalarda uygulamaya sıcak bakıyorum.”*

Katılımcı 26: *“Eğer yasal olsaydı kesinlikle uygulardım çünkü zaten ağrının bile dinmediği dönemler var hastalıklarda. Hastanın her ağrılı günü bin tane ölüme bedel geçiyor.”*

Katılımcı 47: *“Sorun görmüyorum çünkü dünyada o kadar çok acılar var ki bazen gerçekten ölmeli dediğimiz hastalar.. Biz yaşayacak kimseyi zaten yaşatmaya çabalıyoruz.”*

Katılımcı 3: *“Yasal olarak mümkün olsa ve talep gelse konforlu, ağrısız olarak hastaya ötanaziyi uygulamayı kabul ederdim”*

Katılımcı 58: *“Yasal olsaydı kabul ederim. Tabi kanlı canlı birine değil de belli şartları vardır hastalık evrelerinin herhalde o ölçülere uyanlara yapardım. Bir hasta yakınının bir çıkarı yoksa ayırt edici davranırdım.”*

2.6.1.4. Ötanazi Talebini Kabul Etmem

Ötanazi talebini ne şartı olursa olsun asla kabul etmeyen hatta bazen çok kızarak bunu insanlığa yapılmış hain gibi düşünen doktor grubu çoğunlukta idi tez çalışmasında. Bu grup biraz daha farklı hasta potansiyeli olan bir gruptu. Kabul etmeyen kişiler daha çok vicdani ve insani açıdan değerlendirdi. Ayrıca meslek tanımında ve Hipokratın yeminine aykırı düşündükleri de oldu. Görüşmeyi yaptığım çoğu hekim katılımcı formun dışında kendi aralarında da bu konu üzerine detaylı görüşüp fikir beyan ettiler. Görüşler tıp teknolojisinin gün geçtikçe çok daha ilerlediğini ve hastalığın bile planlandığını söylediler.

Katılımcı 32: *“Asla uygulamam bu benim tercihim”*

Katılımcı 1: *“İsteklerini yerine getiremezdim”*

Katılımcı 39: *“kesinlikle yapmam.”*

Katılımcı 9: *“Ötanazinin her türüsüne tüm benliğimle karşıyım.”*

Katılımcı 31: *“Yasal olsa bile asla uygulamayı düşünmezdim”*

Katılımcı 35: *“Yerine getirmezdim”*

Katılımcı 65: *“Yasal olsa da uygulamazdım suistimale çok açık bir alan. Böyle bir sorumluluğu kimse için almazdım.”*

Şimdi bu kodlamaları detaylı inceleyelim.

Katılımcı 8: *“Kabul etmezdim. Hiçbir şekilde bir ölümden bilerek ve isteyerek rol almak istemezdim.”*

2.6.1.4.1. Manevi ve vicdani olarak değerlendirme

Kimi doktor milli kimi doktor insani kimi doktor da manevi açıdan sebep göstererek kabul etmediler. Bu kodlama gerek tez gerek de manevi anlamda görüşlerini öğrenmem açısından önemli bir maddedir. Hekimin yasal uygulamalarında sadece bir komuta emriyle çalışan personel dışında çok daha insancıl ve merhametli yaklaşıtlarını gördüm. Aslında kabul eden ve etmeyen tüm doktorlar çok daha can havliyle çalışıp ellerinden gelenin fazlası için çabalıyordu. Zaten görüşme yaptığım doktor odaları yoğun bakım ünitelerinin içinde. O yüzden hem hastaları hem de uygulayış kısımları görme imkanım oldu. Bazı katılımcıların hatta kabul

edenlere karşı itiraz ettiklerini de gördüm. Bazı katılımcıların değerlendirmeleri şu şekilde oldu;

Katılımcı 73: “ Bu soruyu okuduğumda ilk aklıma gelen 'bu talepte bulunan hasta ve hasta yakını ruhsal açıdan sağlıklı mı? ' sorusu olmaktadır. Hasta veya hasta yakınının neden bu talepte bulunduğunu, ne gibi zorluklar yaşadığını, hangi zorluklardan kaçmak için uzman yardımıyla ölümü talep ettiğini anlamaya çalışır, bu zorlukların üstesinden gelmeye yönelik müdahalelerde bulunurdum. Örneğin kişi kanser nedeniyle ağrılar içinde ölmek istemediği için böyle bir talepte bulunuyorsa uzman yardımıyla ölüm yerine ağrılarına yönelik tedavi önerirdim. Eğer kişi depresyonu nedeniyle böyle bir talepte bulunuyorsa depresyonunu tedavi ederdim. Uzman yardımıyla ölüm kavramı sanki bireyin yaşamın içindeki zorluklardan kaçınma çabası gibi geliyor bana. O zaman hepimiz zorlandığımız noktalarda uzman yardımıyla ölüm talep edelim. Uzman yardımıyla ölüm bir yandan da kişinin kendi ölümünü kendi kontrolünde yapma çabası. Sanki burada belirsizliğe tahammülsüzlük de var gibi. Hiçbirimizin ne zaman öleceğimizi bilemediğimiz bir tarihi kişinin uzman yardımıyla ölümü tercih ederek kendi kontrolü altına alma çabası. Doğum kadar doğal olan ölüm ile ilgili nasıl bir kaygı var ki birey uzman yardımıyla ölümü tercih ediyor? Bu soruların cevabını bulmak, hastanın kaygılarını anlamaya yönelik psikoterapötik müdahaleler yapmayı tercih ederdim. Uzman yardımıyla ölüm yasal olarak mümkün olsa bu talebi yerine getiren kişi ben olmazdım. Diğer yandan bizler hayatın içinde ölümü inkâr ederek yaşamımızı sürdürüyoruz. Aslında hepimiz ölümlülüğümüzü kabul edebilsek ve bununla yüzleşebilsek yaşantımızı daha anlamlı yaşama çabasında oluruz. Yaşamı daha anlamlı yaşayan bireylerin ölümü kabullenmeleri de daha kolay olabilmektedir. Uzman yardımıyla ölüm kavramı yerine yaşamı daha anlamlı hale nasıl getiririz konusuna odaklanmanın önemli olduğu kanaatindeyim.

Katılımcı 68: “Doğal ölüm sürecini bir kez daha düşünmesi için ayrıntılı değerlendirme, bilgilendirme yaparım. Kendisini çaresiz hissettiren ızdırabının nedenini anlamaya ve bu nedeni gidermeye çalışırım. Kendilerini maddi ve manevi teskin edici aile ve sosyal destek sistemlerinin devreye girmesini sağlarım.”

Katılımcı 51: “Hayır, ne uygulamam ne de uygulamak için getirilecek yasayı kabul ederim. Bu insanlık dışı bir uygulamadır yasal olup olmamasıyla ilgisi yok.”

Katılımcı 48: “ Ötanazi bu ülkede asla olmaması gereken bir uygulamadır çünkü suistimale açıktır ve ölüm bir devletin vatandaşının koruması gerekirken korumayı üzerinden çekmek demektir.”

Katılımcı 36: “ Reddedirdim sadece doktor olarak değil vicdanen de kabul edemem.”

Katılımcı 78: “ Tercih eden ülkedeki insanlar neye göre karar veriyor bilmiyorum ama ülkemizde ölüme karar verme fikri asla uygun değil. Bizler öldürmeyi uygun görmüyoruz. Zaten son evreye gelen palyatif hastası istese de çok uzun vade yaşayamıyor.”

Katılımcı 70: “Uygulamam. Ne sebeple olursa olsun kimseyi ölüme götürecek işlemler yapmam. Bu uygulamalar daha çok aile duyguları olmayan toplumlarda yapılır. Bu sistem aile ve aidiyet kavramının altını oymak için kurulmuştur.”

Katılımcı 66: “Uygulamazdım. Kimin talep ettiğinin bir önemi yok. Asla bizim görev tanımımızda uygulanabilecek bir şey değil. Zaten uygulayan ülkelerin de politikalarına bakmak lazım insanı tam olarak nereye koyuyor.”

Katılımcı 72: “Uygulamazdım. Ne kadar şartlarla ikna etmeye çalışsalar da asla geçerli bir sebep bulamazlar insan öldürmek için.”

Katılımcı 57: “Uygulamazdım. Zaten hasta yakınları devreye girmesine bile müsaade edilmemeli. Çünkü başkasının yaşamı hakkında ölüm talep edilmesi kadar anlamsız bir şey var mı yani.”

Katılımcı 17: “Yasal olsa bile bu talebi kabul edemem. Bir gün bile insan için kıymetlidir.”

Katılımcı 52: “Yasal ülkelerde koşullar nasıl belirlenip yapılıyor bilmiyorum ama ben yapmazdım. Zaten yasaları belirleyende politikacılar olunca asla güvenmem, onlar çıkarsız hiçbir şey yapmazlar.”

2.6.1.4.2. Tedavide ısrar

Bazı görüş belirtilen hekimlerin hastanın elinden tutup ölüme götürmek yerine tedavilerde ısrarcı olarak hayatta kalması için çaba göstermeyi çok daha anlamlı olduğunu düşünüyorlardı. Çünkü ölüm onlar için umutsuzluğun son evresiydi insan için. O açıdan tüm tedavi seçeneklerini deneyip tedavide ısrarcı olmak gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 28: “Asla kabul etmem çünkü hastanın her aşaması için bir alternatif geliştirdi tıp biliminde. Onları denerim.”

Katılımcı 68: “Doğal ölüm sürecini bir kez daha düşünmesi için ayrıntılı değerlendirme, bilgilendirme yaparım. Kendisini çaresiz hissettiren ızdırabının nedenini anlamaya ve bu nedeni gidermeye çalışırım. Kendilerini maddi ve manevi teskin edici aile ve sosyal destek sistemlerinin devreye girmesini sağlarım.”

Katılımcı 5: “Ötanaziye yardımcı olmam fakat bunun ayrıntıları var. Tedavide ısrarcı olmak gerekir. Akciğer hastalığı solunum cihazına ya da multiorgan yetmezliği varsa süreci değiştiririm.”

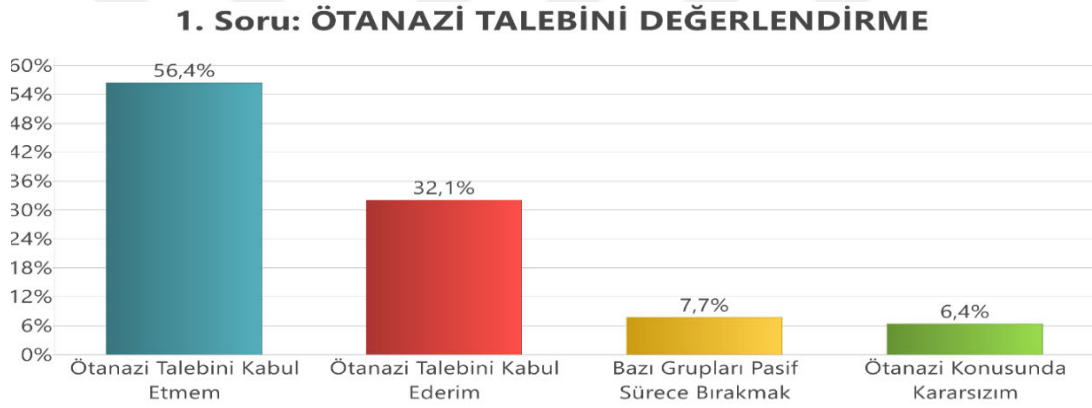
2.6.1.4.3. Mesleki açıdan değerlendirme

Doktorluk mesleğinin gereğine göre değerlendiren bazı katılımcılar öldürmek için değil yaşatmak için hayatta tutmaya çalıştıklarını ifade ettiler. Bu alan aynı zamanda eğitimlerin geleneksel durumlarla da örtüştüğünü göstermektedir. Katılımcılardan bazılarının görüşleri şunlardır;

Katılımcı 21: “Hekim olarak bizim andımız yaşatmak üzerine olduğu için kabul etmezdim bizim branşımızın diğer adı Reanimasyon hekimliği yani yeniden can verme Bu nedenle tablo bana hitap etmiyor”

Katılımcı 78: “Tercih eden ülkedeki insanlar neye göre karar veriyor bilmiyorum ama ülkemizde ölüme karar verme fikri asla uygun değil. Bizler öldürmeyi uygun görmüyoruz. Zaten son evreye gelen palyatif hastası istese de çok uzun vade yaşayamıyor.”

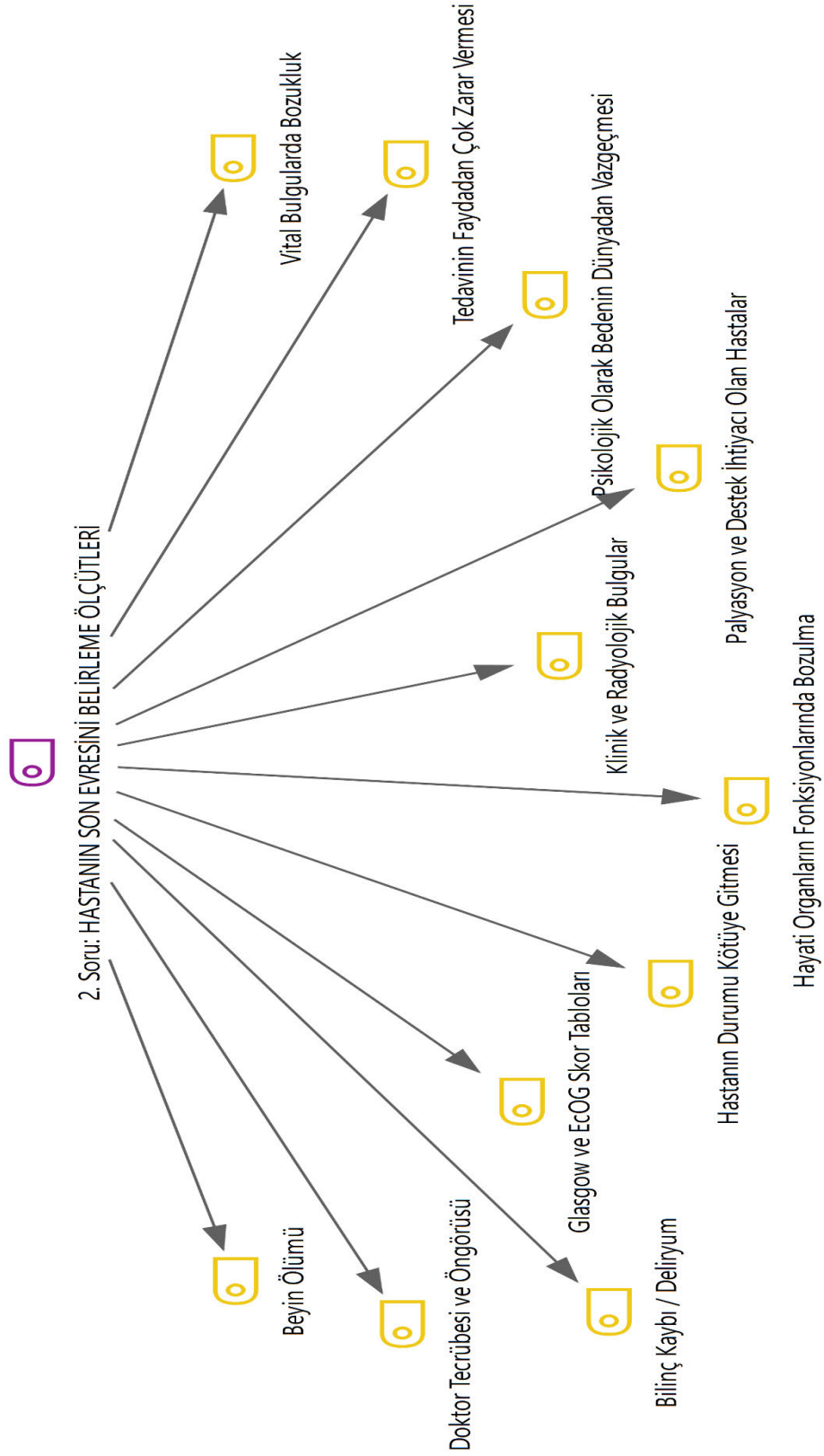
Katılımcı 10: “Yasal olsa bile talebi kabul etmem. Zaten mesleki açıdan da uygun görmüyorum.”



Şekil 2.2. Katılımcıların ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin yüzdelik oranları

Tablo 2.9. Katılımcıların ötanazi talebine ilişkin değerlendirmeleri

	Frekans	Yüzde
Ötanazi Talebini Kabul Etmem	44	56,41
Ötanazi Talebini Kabul Ederim	25	32,05
Ötanazi Konusunda Kararsızım	5	6,41
Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak	6	7,69
Kodlanmış BELGELER	78	100,00
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.3. Hastanın son evresini belirleme ölçütlerine ilişkin kodlar

2.6.2. Hastanın son evresini belirleme ölçütlerine yönelik bulgular

Bu soruda ölümcül hastalığın son evre belirleme ölçütleri için teze yardımcı olması açısından çok önemlidir. Çünkü hastalığın hangi durumlarda, hangi boyutlara gelmesi öngörülüyor, geline evrede tıbbi uygulama ve araştırmalar temel alınıp süreci planlama aşamasına geçilmektedir. Hastalığın evresini öğrenmek adına bu soru yöneltmiştir. Bu sorudan sonraki aşamalar ise hastalık evresinin belirlenmesinden sonra yapılan uygulamaları kapsar. Sorular sarmal modelde ilerlemektedir.(Katılımcıların 2.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek-3 Tablo 3'**den ulaşabilirsiniz)

2.6.2.1. Beyin Ölümü

Hastaların son evresi hastalık olarak bakacak olursak beyin ölümü diyen doktorlarımız oldu. Beyin ölümü hem tıbben hem de hukuken ölüm sayılıyor. Teşhis için bir çok doktorun görüşü ve evreyi belirlemesi gerekir. Önemli bir noktadır. Hasta için beyin ölümü gerçekleştirdikten sonra donör olarak organ bakımı yapılıyor ve aile organ bağışına razı gelmezse makinadan çekiliyor, kalbi durana kadar bekleniyor.

Katılımcı 8: *"Beyin ölümü gerçekleştiğinde son evre olarak kabul ediliyor. Bazen skor tablosundaki durumda ağır seyrederse oda biraz öngörü sağlar."*

Katılım 40 ve Katılımcı 41: *"Çoklu organ yetmezliği veya beyin ölümü." olarak ifade ettiler.*

2.6.2.2. Doktor Tecrübesi Ve Öngörüsü

Araştırmalar sonucu hastalıkların bazı evreleri bilimsel olarak bir sıra izler. Bu araştırmalar bazen tecrübeyle bazen de olan hastalıkla mücadele ederken organların bulunduğu durum bir öngörü sağlar. Özellikle hayati işlevselli organların gidişatı birbirini tetikler nitelikte bir anatomiye sahiptir. Doktorların bazıları artık tecrübe ve öngörünün olduğunu, zamanla da sürecin nasıl ilerleyeceğini az çok tahmin ettiklerini söylediler. Ayrıca bakanlığın belirlediği skor tabloları da bu alanda kullanılan uluslararası kıstas olarak kabul edilmiştir. Katılımcı doktorlardan bazılarının açıklaması şu şekildedir.

Katılımcı 29: *"Birçok parametresi var. Mesela organ yetmezliği, klinik sonuçlar, ilaçların fayda etmemesi ve hastalıkların öngördüğümüz yaşam süreleri yapılan klinik çalışmalarla belirleniyor."*

Katılımcı 19: *"Evreleri var. Klinik testler, hastanın bağışıklık sistemi, ilaçların vücut fonksiyonlarına etkisi, gelişen multiorgan yetmezliği bizim için bir ön bulgu oluyor."*

Katılımcı 10: *"Hastanın yaşamsal belirtileri, çeşitli radyolojik görüntüleri süreçle ilgili bir öngörü sağlıyor."*

Katılımcı 14: *“Her türlü klinik testler, metabolik hasta durumu, gözlem ve doktorun deneyimi son evreyi öngörebiliyor.”*

Katılımcı 17: *“Klinik testler ve radyolojik görüntüler öngörü gösteriyor ona göre belirliyorum”*

Katılımcı 18: *“Mesela bir mide kanseri hastanın hayatta kalma performansı düşüktür ve bakım hastası olmuştur. Vücut fonksiyonları gün geçtikçe daha da kötüye gidiyorsa ECOG skor tablosundan da yola çıkarak sona geldiğini düşünüyoruz.”*

Katılımcı 13: *“Tüm organ fonksiyon parametlerine bakarak, laboratuvar verilerine, belki son dönem gelişen organ yetmezliğine göre gün geçtikçe kötüleşen tablo bize bir şekilde gösteriyor kendini.”*

2.6.2.3. Bilinç Kaybı Ve Deliryum

Bazı katılımcılar hastalığın son ölüm öncesi evre olarak son evre diyebiliriz dediler. Bunlar biraz daha ölüme dahil durumlar gibi düşünülüyor. Çünkü her insan mutlaka bir süre zarfında yaşıyor ve yaşama dahil zamanları son evre diye nitelendiremeyiz dediler. Ancak ölüm anına yakın bir zaman olursa bu bizim için çabanın azaldığı durumlar diye nitelendiriliyor.

Katılımcı 7: *“Bilinç yoksa Glasgow skoru düşükse, normal yaşamsal paranormalleri yoksa, tedaviye cevap vermiyorsa bu kriterlere göre belirlenir.”*

Katılımcı 5: *“Bilinçsel fonksiyonlar kötüleşiyor. İşitsel- görsel sanrılar görmeye başlıyor. Bu sürece deliryum denir. Algı düzeyi zayıflıyor ve sekarat haline dönüyor.”*

Katılımcı 67: *“Hastanın artık tedaviye dahi gücü kalmadıysa son evre olduğu belirleniyor. Mesela beslenme bozukluğu, organ fonksiyon bozukluğu ya da bilinç de gidip gelmeler ya da tamamen gitmesi diyebiliriz.”*

Katılımcı 73: *“Kanser gibi bir hastalıkta eğer tümör tüm vücuda yayılmışsa, laboratuvar tetkiklerinde artık düzeltilemeyen ciddi bozukluklar görülüyorsa, bireyin bilincinde açılıp kapanmalar oluyorsa, zamanı, yeri, kişileri karıştırmaya başlıyorsa, genel tıbbi durumu giderek bozuluyorsa son evreye girdiği düşünülüyor. Genelde ölmekte olan hastalar ölüm öncesi deliryum denilen bir tabloya girmektedir. Bu tablo bireyin tıbbi durumundaki bozulmanın sonucunda bilincinde, dikkatinde açılıp kapanma şeklinde bozulmalar, zihinsel karmaşıklığın yaşandığı, görsel halüsinasyonların görülebildiği bir klinik tablo şeklinde kendisini gösterebilmektedir.”*

Katılımcı 50: *“Son evrede hastaların artık yaşamaya hali bile kalmıyor. Genelde ağrı hissetmeleri dışında bariz bir uyarı da almıyor beynine. Yani hep deriz ağrı hissetmek bile bir yaşam belirtisidir diye.”*

Katılımcı 59: “Son evrede hastanın bilinç düzeyi düşüyor, çoklu organ yetmezliği, hayati organların işlevleri yerine getirmeyişi, yüksek halsizlik halinden anlaşılır.”

Katılımcı 38: “Terminal evredir. Hastanın genel durumu bozulabilir, bilinci kapanabilir. Son evre kavramını tanımlamak kolay değildir. Mesela vakanın son evresinde nefes mi alamıyor, karaciğer mi iflas etti, ya da bilinci mi kapalı buna bakarak tanımlamak lazım. Ama bana göre tanımlamanın mantığı kişinin bedensel değil de ruhsal, nörolojik sıkıntılarıdır gibime geliyor. Vakanın artık dış dünyanın bağının kalmadığı ya da bağın giderek koptuğu bir evre gibi geliyor. Diyelim ki hasta 15 gün içinde ölecek, bu aşamadaki evre belki son diyebilir. Pankreas hastası son 4. Evre. 6 aylık bir süre kaldı desek de buna son evre demek mi gerekir. Burada muhtemelen onkolojik açıdan ya da palyatif açıdan vs. son evre tanımı farklılığı vardır. genel olarak hastalık ve vaka bazında değerlendirilir.”

Katılımcı 54: “Testler kötüdür, Görüntülerde organ işleyiş bozuklukları görüldüyse, bilinç kaybı sıklaştıysa ya da tamamen gittiyse ölüm yakındır.”

Katılımcı 37: “Tıbbi bilgilerle, hastanın beyin işleyiş fonksiyonlarıyla, vücut sağlamlığıyla, verilen tedavilerin artık iyileştirmedeği yönündeyse artık hastanın son zamanlarına girdiğini anlıyoruz.”

2.6.2.4. Glaskow ve Ecog Skor Tabloları

Glasgow Skor Tablosu uluslararası koma ve insanın bilinçlilik seviyesi objektif olarak değerlendiren ve kaydeden bir ölçüm düzeneğidir. Bir önceki evreyi kaydederek hastanın gidişatı konusunda da ön bilgi verir. Genellikle Yoğun bakım uzmanları tarafından kullanılır. EcOG tablosu da genel olarak onkoloji ve palyatif bakım için kullanılıyor. Bakanlık sistem olarak doktorların bu tablolar ışığında uygulamalarını destekliyor. (Glasgow skor tablosu ve EcOG tablosu için detaylı bilgiye tezin literatür kısmından ulaşabilirsiniz) Son evre kısmını da bu skaladan yararlanarak doktorlar teşhis edebilirler. Katılımcıların beyanları çoğunluk yoğun bakım uzmanı oldukları için bu tablonun seyri gösterdiğini ifade ettiler.

Katılımcı 6: “Tıbbi bilgilerle, hastanın beyin işleyiş fonksiyonlarıyla, vücut sağlamlığıyla, verilen tedavilerin artık iyileştirmedeği yönündeyse artık hastanın son zamanlarına girdiğini anlıyoruz.”

Katılımcı 7: “Bilinç yoksa Glasgow skoru düşükse, normal yaşamsal paranormalleri yoksa, tedaviye cevap vermiyorsa bu kriterlere göre belirlenir.”

Katılımcı 18: “Mesela bir mide kanseri hastanın hayatta kalma performansı düşüktür ve bakım hastası olmuştur. Vücut fonksiyonları gün geçtikçe daha da kötüye gidiyorsa ECOG skor tablosundan da yola çıkarak sona geldiğini düşünüyoruz.”

Katılımcı 8: “Beyin ölümü gerçekleştiğinde son evre olarak kabul ediliyor. Bazen skor tablosundaki durumda ağır seyrederse oda biraz öngörü sağlar.”

Katılımcı 47: “ Birçok bulgusu var ama her hastalığın kendine göre tablosu var ona göre değerlendirilir. Ama çoğu hastalık bir araya geldiyse ve artık beden kaldırmıyorsa maalesef son aşama orada ortaya çıkıyor.”

Katılımcı 76: “ Ecog, görüntüleme ve klinik bulgulara göre karar veriliyor.”

Katılımcı 60: “ Genelde hastalık ilaçlara verdiği algoritmaya göre, aynı zamanda demans, metastaz veya ileri onkolojik vaka ise kendi içlerindeki tablodan yola çıkarak karar veriliyor. Tabi makale ve güncel dünya sağlık örgütünde resmi kabul ettiği sistem var bunları takip ediyorum.”

Katılımcı 55: “ Hastanın durumu normal insan durumundan çok aşağı seviyelere düştüyse, klinik bulguları ve testleri anormal tabloda seyrediyorsa son evre olduğu anlaşıyor. Bir de tabi bakanlığın kriter tablosunda hastanın yerini anlıyorsunuz.”

Katılımcı 74: “ Hastanın Ecog tablosu var bizde o tabloya göre değerlendiriyoruz. Bakanlığın kriterlerine göre evre belirleniyor.”

Katılımcı 62: “ Hastanın kendi içinde yaşadığı ve teşhisi koyan bölümün kendi kriterlerine göre belirlenir. Şöyle örnek vereyim diyelim ki yoğun bakım hastasıysa Glasgow skoruna göre kötü tablo seyrindeyse ya da kanser tedavisinde ise hasta ECOG tablosuna göre düşük seviyedeysen belirlenir.”

Katılımcı 57: “ Mesela ecog değerlerine bakılır, vücut fonksiyonlarından aşınmalar var mı ona bakarız. Hastanın zaten iyilik hali bir şekilde belli olur ama kanıtlarla ve teşhislerle son evre tanısını koyarız.”

2.6.2.5.Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi

Hastanın gidişatı genel olarak bir seyir halindedir. Ya iyileşme gösterir ve vücut toparlanma eğilimine gider ya da vücut kendini bırakır, iyileşme olmadığı gibi büyük bir düşüşle kötüye doğru da yol alır. Bu evre hastanın hangi evrede olabileceğini gösterir. Tüm seçeneklere rağmen hasta iyileşmiyorsa diri tutulmaya çalışılır veya bünyesine takviye destek ilaç verilir. Doktorlarımızdan bazıları kötüye gitme durumunun son evre olduğunu savunmuşlardır.

Katılımcı 32: “ Hastanın gidişatından son evreye girdiği belirleniyor. Tedaviye cevap vermezse rahat ettirecek tedavilerle devam ediyoruz.”

Katılımcı 47: “ Birçok bulgusu var ama her hastalığın kendine göre tablosu var ona göre değerlendirilir. Ama çoğu hastalık bir araya geldiyse ve artık beden kaldırmıyorsa maalesef son aşama orada ortaya çıkıyor.”

Katılımcı 42: “Birden Çok metastatik odak, cerrahi şansı olmayan veya kemoterapi ile radyoterapiden fayda görmeyen hasta, İleri derece kaşeksi durumlarında.”

Katılımcı 56: “Hasta artık bakımını yapamayacak durumdaysa, organları kendine yetmiyorsa ve ağır bir hastalığın pençesindeyse son evreyi görmemek mümkün değil. Yani ağır bir tablo seyrediyor hasta için.”

Katılımcı 51: “Hastanın gidişatından anlaşılıyor. Hastalığının tedavisi olsa bile artık tedavinin fayda vermediği durumlar son evreye geçtiğini gösteriyor. Hatta size şöyle diyeyim artık bedeni dünyaya ait hissetmiyorsa kendini ölüme hazırlıyor.”

Katılımcı 20: “Hastanın kendisinde travmatik bir süreç söz konusu değilse vücudunun tükendiğini ve organların işlevlerini yitirdiğini süreç içinde görüyoruz sonun yaklaştığını.”

Katılımcı 28: “Hastanın kötüye giden seyri tüm gerçekliğiyle ortaya koyar.”

Katılımcı 65: “Her gelen hastanın kendine özgü bir durumu vardır o yüzden son evre de kişiye özgüdür. Bünyesinin kaldıramadığı her evre hasta için son evredir.”

Katılımcı 52: “Klinik takibinden gidişat kötüye gidiyordur. Risk grubu yüksektir.”

Katılımcı 11: “Laboratuvar değerleri, hastanın kimlik bulguları, uyguladığım tedaviye cevap vermemesi, günden güne iyileşme hali gösterememesi son evrede olduğunu gösteriyor.”

Katılımcı 37: “Tıbbi bilgilerle, hastanın beyin işleyiş fonksiyonlarıyla, vücut sağlamlığıyla, verilen tedavilerin artık iyileştirmedeği yönündeyse artık hastanın son zamanlarına girdiğini anlıyoruz.”

Katılımcı 9: “Tıbbi olarak uygulanan tüm seçenek tedavilere cevap vermeyince son evreye girdiği anlaşılıyor.”

Katılımcı 13: “Tüm organ fonksiyon parametlerine bakarak, laboratuvar verilerine, belki son dönem gelişen organ yetmezliğine göre gün geçtikçe kötüleşen tablo bize bir şekilde gösteriyor kendini.”

2.6.2.6. Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma

Hayati önem taşıyan organların birçoğunda işlev bozukluğu başladıysa ya da hastalığın üzerine eklendiyse son evreye girildiğini göstermektedir. Skor tabloları bu süreci net gösterir o yüzden birbirleriyle bağlantılır bu kavramlar. Tedavi için yoğun bakım ünitelerinde organların en azından stabil kalması için özen gösterilir. Katılımcılardan bazıları tedavinin son evresi kısmını çoklu organ yetmezliği ya da hayati risk taşıyan organların bozulması ya da işlevini artık yerine getirmiyor oluşu son evre kısmıdır diye düşünen hekimlerimiz fazladır.

Katılımcı 22: “Son evre dediğimizde hayati fonksiyonları yerine getiren organlarımızın artık görevlerini yapamaz hale gelecek kadar tahrip olması söz konusudur. Örneğin, kanı vucuda dağıtan pompalayan kalbin bu fonksiyonun %5 ni bile yapamıyacak derecede tahrip olması son dönemi ifade eder. Gerçi kalp için bu durumda nakil yapma şansı vardır. Ancak birden çok

organlarda kanser, enfeksiyon, damar tahribatı, vs gibi nedenlerle bu durum oluşmuşsa o hasta için son dönemden bahsedebiliriz. Bunların tespitinde muayene, labaratuvar, radyolojik tetkiklerle anlaşılır.”

Katılımcı 75: *“Ani ölümlere heves ettirir bu aşama. Hastanın geri dönüşünün olmadığı tablodur. Genel de artık dayanamaz ve dünyadan ayrılmak isteyen bir beden kendini gösterir zaten. Organların hiçbiri ya da çoğu çalışmaz haldedir.”*

Katılımcı 34: *“Çoklu organ yetmezliği, solunum ve dolaşım yetmezliği gibi hayati risk sıkıntıları...”*

Katılımcı 19: *“Evreleri var. Klinik testler, hastanın bağışıklık sistemi, ilaçların vücut fonksiyonlarına etkisi, gelişen multiorgan yetmezliği bizim için bir ön bulgu oluyor.”*

Katılımcı 45: *“Hastanın artık tedaviye mecali kalmadıysa anlaşılıyor. Çünkü organ yetmezliği, radyoloji bulgular bu konuda belirleyici oluyor.”*

Katılımcı 39: *“Hastanın genel durumu değerlendirilir. Organ fonksiyonlarını gösteren tetkikler ve gerekli filmleri çekildikten sonra son evreye girildiği anlaşılıyor.”*

Katılımcı 49: *“Hastanın hayati organlarında ileri düzey işleyiş bozuklukları varsa bize bir şekilde kendini belli ediyor.”*

Katılımcı 20: *“Hastanın kendisinde travmatik bir süreç söz konusu değilse vücudunun tükendiğini ve organların işlevlerini yitirdiğini süreç içinde görüyoruz sonun yaklaştığını.”*

Katılımcı 53: *“Hastayı takip ediyorsam genel kritik tablosunda düşme eğilimi başladıysa, organlar işlevlerini yerine getirmiyorsa son evreye girmiş demektir.”*

Katılımcı 15: *“Kişiden kişiye değişir. Bilinç durumuna bakılır. Oryantasyon ve vital bulgular, organ yetmezliği gibi alt yapı fonksiyon bozuklukları, laboratuvar testleri hastanın durumunu ortaya koyar.”*

Katılımcı 46: *“Organ disfonksiyonu başlamışsa, yaygın metastaz varsa anlıyoruz.”*

Katılımcı 68: *“Organ yetersizlik evreleme sistemleri ile belirliyoruz.”*

Katılımcı 2: *“Ölümcül hastalarda terminal dönem yani kanser veya tedavisi mümkün olmayan, çoklu organ yetmezliği, her türlü seçeneğe rağmen hastanın hayati fonksiyonları giderek kötüleşiyor ve artık verilen tedavi hastaya fayda yerine zararlı hale geliyorsa son evreye girdiğini tanımlıyor.”*

Katılımcı 36: *“Radyolojik görüntüler, testler, hayati organların işleyişleri takip edilir.”*

Katılımcı 59: *“Son evrede hastanın bilinç düzeyi düşüyor, çoklu organ yetmezliği, hayati organların işlevleri yerine getirmeyişi, yüksek halsizlik halinden anlaşılır.”*

Katılımcı 54: *“Testler kötüdür, Görüntülerde organ işleyiş bozuklukları görüldüyse, bilinç kaybı sıklaştıysa ya da tamamen gittiye ölüm yakındır.”*

Katılımcı 71: *“ Tüm bulgular, testler, organ yetmezliği tanısı, hastanın gidişat yönüyle belirlenir.”*

Katılımcı 13: *“ Tüm organ fonksiyon parametlerine bakarak, laboratuvar verilerine, belki son dönem gelişen organ yetmezliğine göre gün geçtikçe kötüleşen tablo bize bir şekilde gösteriyor kendini.”*

Katılımcı 63: *“Vücut fonksiyonları tamamen bittiyse ne hastalık olursa olsun gidici olduğu anlaşılıyor. Özellikle kalp ritmi hayati riske girdiyse döneni görmemişler.”*

Katılımcı 22: *“Son evre dediğimizde hayati fonksiyonları yerine getiren organlarımızın artık görevlerini yapamaz hale gelecek kadar tahrip olması söz konusudur. Örneğin, kanı vucuda dağıtan pompalayan kalbin bu fonksiyonun %5 ni bile yapamıyacak derecede tahrip olması son dönemi ifade eder. Gerçi kalp için bu durumda nakil yapma şansı vardır. Ancak birden çok organlarda kanser, enfeksiyon, damar tahribatı, vs gibi nedenlerle bu durum oluşmuşsa o hasta için son dönemden bahsedebiliriz. Bunların tespitinde muayene, laboratuvar, radyolojik tetkiklerle anlaşılır.”*

2.6.2.7. Klinik ve Radyolojik Bulgular

Tüm bu sayılan kodlamalar aslında birbirini tamamlar nitelikteki kavramlardır. Fakat doktorun takibi dahilinde hastanın gidişatına bakabilmesi için öntest ve devam testini kontrol etmesi gerekir. Süreci planlarken hastanın durumu ve hastalığın seyri dikkate alınarak yapılır. Doktorlar için nesnel ve bilimsel bir bulgu niteliksel açıdan önem göstermektedir. Katılımcıların bazıları tablo ya da refleks ölçümünü sadece teşhis detekleyici olarak düşünüyor. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir.

Katılımcı 27: *“Çeşitli tetkiklerle, patolojik ve radyolojik test ve görüntülemelerle bize tanı veriyor.”*

Katılımcı 4: *“Çeşitli tıbbi tetkiklere göre kriterlerle birlikte belirleniyor”*

Katılımcı 69: *“ Fizik muayene, görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarıyla hastanın evresi belli olur.”*

Katılımcı 55: *“Hastanın durumu normal insan durumundan çok aşağı seviyelere düştüyse, klinik bulguları ve testleri anormal tabloda seyrediyorsa son evre olduğu anlaşılıyor. Bir de tabi bakanlığın kriter tablosunda hastanın yerini anlıyorsunuz.”*

Katılımcı 72: *“Hastanın hem takibi vardır aynı zamanda testleriyle ve görüntülemeyle sonuca varılabilir.”*

Katılımcı 26: *“Hastanın klinik ve laboratuvar test sonuçlarıyla belirleniyor.”*

Katılımcı 70: *“Hastanın laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle gidişatına teşhis koyulur. Ama takipli olması şartı gerekir.”*

Katılımcı 77: *“Hastanın takip cetveli, klinik testler, radyolojik görüntülemeler, organların durumları evreyi belirliyor.”*

Katılımcı 10: *“Hastanın yaşamsal belirtileri, çeşitli radyolojik görüntüleri süreçle ilgili bir öngörü sağlıyor.”*

Katılımcı 24: *“Hem hastanın genel iyilik hali, hem klinik hem laboratuvar testlerinden bir görüş alarak belirliyoruz.”*

Katılımcı 17: *“Klinik testler ve radyolojik görüntüler öngörü gösteriyor ona göre belirliyorum”*

Katılımcı 30: *“Klinik ve laboratuvar testleri ile değerlendirebiliyoruz. Genel durumu zaten gösteriyor.”*

Katılımcı 23: *“Malign hastaların son evrelerinde tıbbi testler ve laboratuvar testleri bize bilgi sağlıyor. Ama her hastalığın son evresi malign olarak değerlendirilmez. Mesela Diyabet hastalığının son evresi malign olarak bitmeyebilir. Özellikle dikkat ettiğimiz husus fayda sağlamayacak tedavileri devam ettirip yormuyoruz.”*

2.6.2.8. Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar

Artık tüm seçeneklere rağmen iyilik hali gösteremiyorsa ve yasal olarak tedaviyi sonlandıramıyorsa palyasyon ve takviye destek tedavileriyle devam ediliyor. Palyatif bakım bu süreçte devreye girebiliyor ama bazen de bu evre yoğun bakım üzerinden yürütülüyor. Doktorlar hastanın ağrı, gıda, kişisel temizlik, vitamin ve manevi güç içinde hastalara bazen moral imkanı sağlıyor. Bu durumu belirten katılımcılar uygulamalar konusunu dile getirdi.

Katılımcı 1: *“Palyatif bakım yani hastanın ağrısı varsa azaltılır, yemek yiyemiyorsa desteklenir, bunun gibi problemlerine yönelik çözümlerle son dönemlerinin sorunsuz geçmesi sağlanır”*

Katılımcı 32: *“Hastanın gidişatından son evreye girdiği belirleniyor. Tedaviye cevap vermezse rahat ettirecek tedavilerle devam ediyoruz.”*

Katılımcı 78: *“Ben palyatif bakımda olduğum için son evredeki hastalarla beraberim. Beslenmesini sağlıyoruz, acısını hafifletiyoruz, teselli ediyoruz, bazen sohbete katılıyoruz. Bakımını yaptırıyoruz.”*

Katılımcı 58: *“Biz zaten son evre hastalarıyla ilgileniyoruz. Artık hiçbir tedavi fayda vermiyor ve yaşıda büyükse palyatife yatırıyoruz ve bakım sağlıyoruz.”*

2.6.2.9. Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi

İnsanların bazen hastalıktan bazen de artık tutunacak bir aidiyet duygusu kalmadığından da vazgeçiş yaşıyor. Yani son evreyi bazı hekimlerimiz şöyle ifade ettiler“ bir hasta bedeni aslında dünyadan gitmek istiyorsa hastalıktaki mücadeleyi de bırakıyor. Bu bir kopuş..“ O yüzden hastalığın son evresi bir şekilde bağlantısının kopmasıdır. Bu evre insanı derinden etkileyen bir durumdur. Ama bazı hastalıkların yan etkilerinde depresif halden doğan sıkıntılı durumlarda mevcuttur.

Katılımcı 75: *“Ani ölümlere heves ettirir bu aşama. Hastanın geri dönüşünün olmadığı tablodur. Genel de artık dayanamaz ve dünyadan ayrılmak isteyen bir beden kendini gösterir zaten. Organların hiçbiri ya da çoğu çalışmaz haldedir.”*

Katılımcı 51: *“Hastanın gidişatından anlaşılıyor. Hastalığının tedavisi olsa bile artık tedavinin fayda vermediği durumlar son evreye geçtiğini gösteriyor. Hatta size şöyle diyeyim artık bedeni dünyaya ait hissetmiyorsa kendini ölüme hazırlıyor.”*

Katılımcı 38: *“Terminal evredir. Hastanın genel durumu bozulabilir, bilinci kapanabilir. Son evre kavramını tanımlamak kolay değildir. Mesela vakanın son evresinde nefes mi alamıyor, karaciğer mi iflas etti, ya da bilinci mi kapalı buna bakarak tanımlamak lazım. Ama bana göre tanımlamanın mantığı kişinin bedensel değil de ruhsal, nörolojik sıkıntılarıdır gibime geliyor. Vakanın artık dış dünyanın bağının kalmadığı ya da bağın giderek koptuğu bir evre gibi geliyor. Diyelim ki hasta 15 gün içinde ölecek, bu aşamadaki evre belki son diyebilir. Pankreas hastası son 4. Evre. 6 aylık bir süre kaldı desek de buna son evre demek mi gerekir. Burada muhtemelen onkolojik açıdan ya da palyatif açıdan vs. son evre tanımı farklılığı vardır. genel olarak hastalık ve vaka bazında değerlendirilir.”*

2.6.2.10. Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi

Tedavi hastalık için doğru bir yöntem olsa da “hastalık yoktur hasta vardır” anlayışıyla her tedavi her hastaya uygun olmayabiliyor. Bazen bünye de çok yorulduğu için ağır tedavileri karşılayamaz hale geliyor. Bu artı-eksi yön hastalığın tedavisiyle değil hastanın kendi bünyesiyle alakalı bir durumdur. İşte son evre hastalarında tedavi seçenekleri olağanca azalıyor ve daha fazla yormamak adına bazı tedavilere dur denilebiliyor. Katılımcılar için iyileşme yönü yoksa veya zarar veriyorsa son evre diye belirlenebilir dediler.

Katılımcı 2 *“Ölümcül hastalarda terminal dönem yani kanser veya tedavisi mümkün olmayan, çoklu organ yetmezliği, her türlü seçeneğe rağmen hastanın hayati fonksiyonları giderek kötüleşiyor ve artık verilen tedavi hastaya fayda yerine zararlı hale geliyorsa son evreye girdiğini tanımlıyor.”*

2.6.2.11. Vital Bulgularda Bozukluk

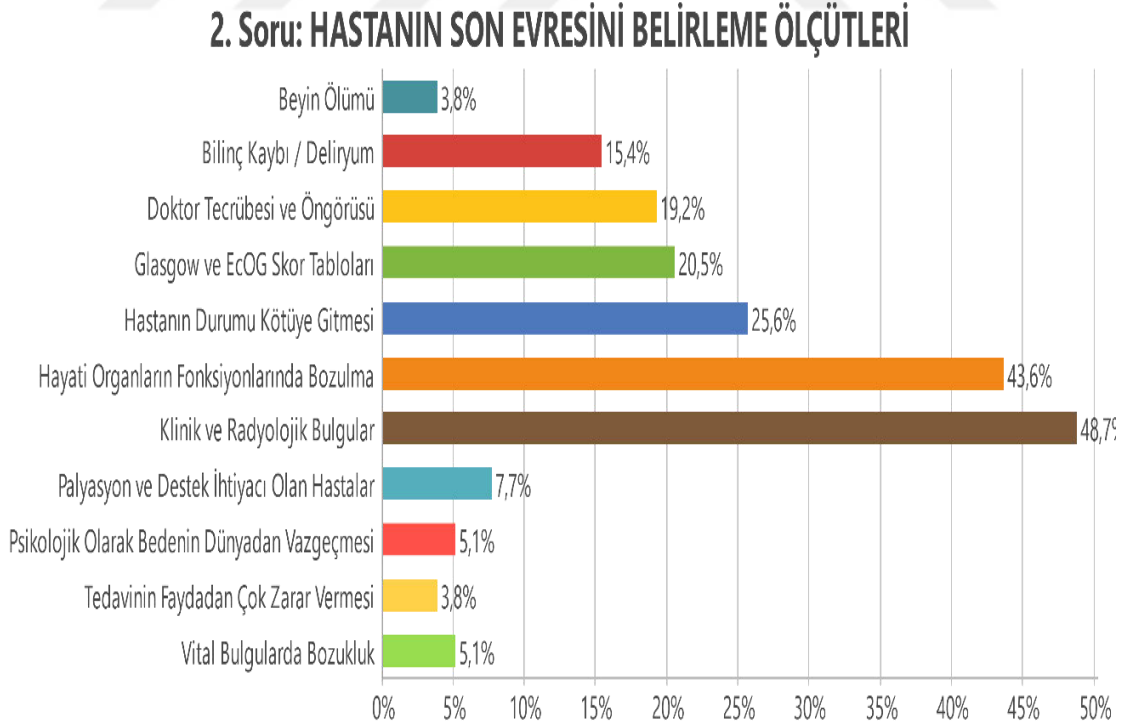
Vital bulgular hastanın fiziksel sağlığıyla ilgili doğrudan bilgi veren testlerdir. Aynı zamanda iç organların işleyişi açısından da bazen ipuçları şeklinde algılanır. Hekimler, vital bulgular konusunda hastalık, yoğun bakım dönemi, multiorgan yetmezliği vb. alt yapıli durumlar söz konusuysa tansiyon, bilinç düzeyi, ani halsizlik durumları için son evre kısmına girdiğini düşünüyorlar.

Katılımcı 12: “ Bilincinin kapanması, tansiyonun düşmesi ve her türlü işlem sonrası yükseltilememesi olabilir. Zaten alt yapı olarak da durumundan az çok haberdarsınızdır.”

Katılımcı 3: “Hastada solunumun şekli değişiyor. Bilinç geriliyor. Hastada soluk beniz ve bitkinlik hali hatta cevap verecek mecali dahi kalmıyor. Bu da hastanın son evrede olduğu anlaşılıyor. Klinik bulgularla da öngörümüz oluyor.”

Katılımcı 15: “Kişiden kişiye değişir. Bilinç durumuna bakılır. Oryantasyon ve vital bulgular, organ yetmezliği gibi alt yapı fonksiyon bozuklukları, laboratuvar testleri hastanın durumunu ortaya koyar.”

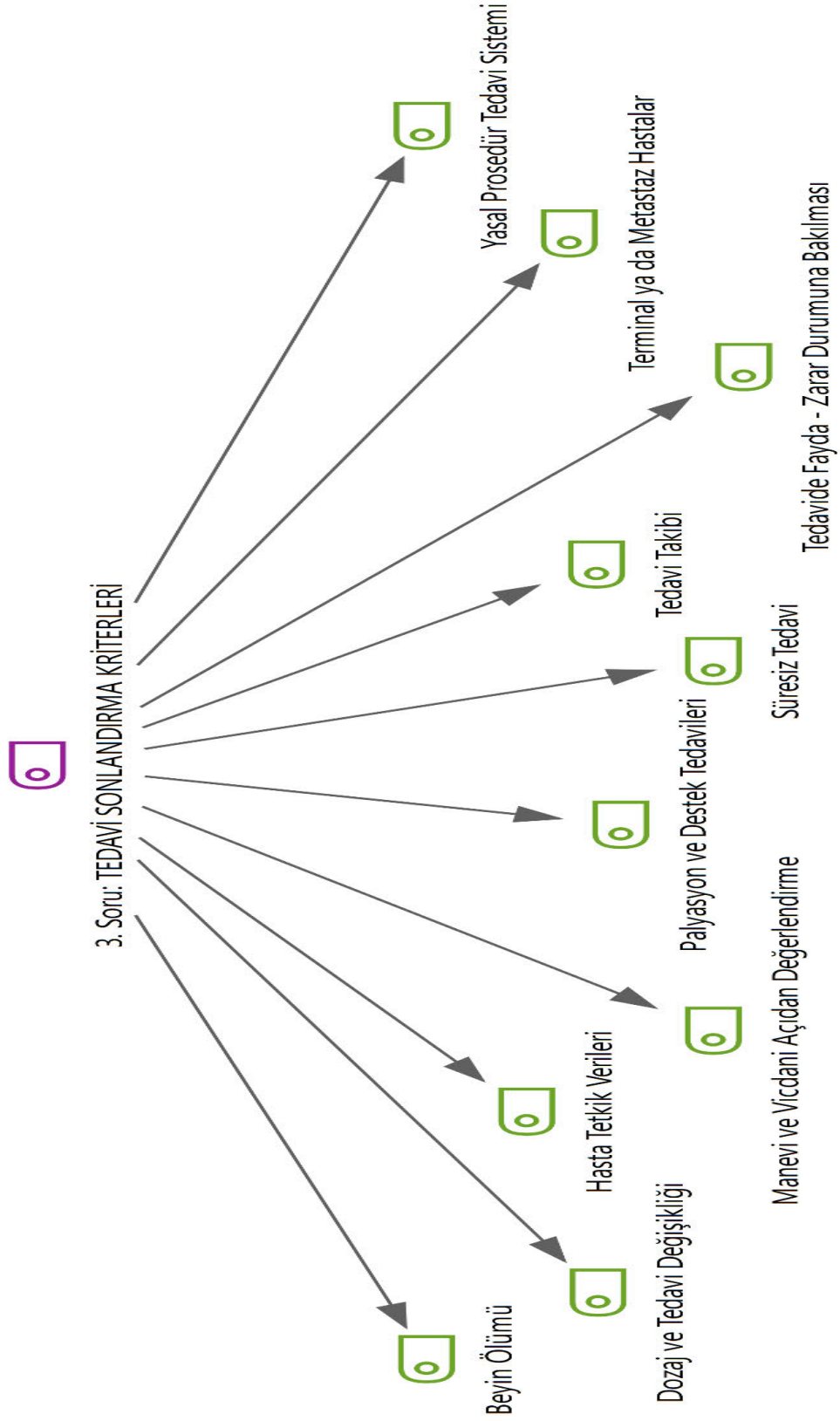
Katılımcı 59: “Son evrede hastanın bilinç düzeyi düşüyor, çoklu organ yetmezliği, hayati organların işlevleri yerine getirmeyişi, yüksek halsizlik halinden anlaşılır.”



Şekil 2.4. Katılımcıların ötanazi talebini değerlendirmeye ilişkin yüzdelik oranları

Tablo 2.10. Katılımcıların ötanazi talebine ilişkin değerlendirmeleri

	Belgeler	Yüzde
Beyin Ölümü	3	3,85
Bilinç Kaybı / Deliryum	12	15,38
Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü	15	19,23
Glasgow ve EcOG Skor Tabloları	16	20,51
Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi	20	25,64
Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma	34	43,59
Klinik ve Radyolojik Bulgular	38	48,72
Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar	6	7,69
Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi	4	5,13
Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi	3	3,85
Vital Bulgularda Bozukluk	4	5,13
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.5. Tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin kodlar

2.6.3. Tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin bulgular

Hastalığın evresi, son evre olarak belirlendikten sonra sonlandırma işlemi hangi kritere göre yapıldığını sormak adına önemli bir sorudur. Aslında pasif ötanazi kısmı bu soruyla alakalıdır. Tedavi kişi yaşarken ve hangi evrede olduğunun bir önemi olmaksızın sonlandırma yapılıyor mu ölçütlere dahil edilmek üzere tasarlanmış bir soru oldu. Amacı, tedaviden mahrum veya tedaviyi kesme hakkı var olsa da olmasa da önemli bir içdinamiğe ayna tutmaktır. Genel olarak varılan sonuçlarda yasal olarak sonlandırma yapılmadığının ve bazı durumlarda doktorun inisiyatifıyla yorucu tedavileri bırakmasının anormal bir durum olmadığı belirlendi. Sonuçta hastanın yararına karar alması da meslek etiği ve görev tanımlamasında yer almaktadır. Bu soru, uygulanmayan ülkelerden bazılarında yasal boşluk olarak değerlendirilebilmektedir. (Katılımcıların 3.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek-4 Tablo 4'**den ulaşabilirsiniz)

2.6.3.1. Beyin Ölümü

Beyin ölümü hem tıbben hem hukuken ölüm sayılan bir durumdur. O yüzden sonlandırma işlemi ancak hastaya beyin ölümü teşhisi koyduktan sonra yapılır. Beyin ölümü gerçekleşen hasta için, ailesi organ bağışına onay verinceye kadar kalbi atmaya devam ettiği sürece organların durumu stabil tutmak adına cihaza bağlı kalmaya devam eder. Organların bakımından sonra aile onay vermezse yaşam desteği olan cihazdan birey ayrılır ve kısa bir zaman diliminde kalp durur. Onay verilirse bu süreçten dönen olmadığı için kadavra organ nakli diye hastane birimlerine iletilir. Doktorlar bu sürecin tedaviyi çekme veya kesme diye nitelendirilemediğini ifade ettiler. Zaten yasal olarak ölü birine sadece organların durumu için cihaza bağlı yaşam desteğini çekmiş oluyoruz dediler.

Katılımcı 9: *“Biz hekimler olarak son ana kadar tedavi ediyoruz. Sonlandırma yok ama beyin ölümü gerçekleşmişse organ bakımı için bekliyoruz.”*

Katılımcı 12: *“Sonlandırmıyoruz sadece beyin ölümü gerçekleşmiş olan hastanın organ bakımını yapıyoruz ama tedavi yapmıyoruz. Zaten dönüşü olmayan bir noktaya gelmiş oluyor beden.”*

Katılımcı 42: *“Terminal dönemdeki inop hastalar, vasopressorlere yetersiz yanıt, beyin ölümü gerçekleşmiş, tüm klinik tedavi yaklaşımlarına cevap vermeyen hastalar için.”*

2.6.3.2. Dozaj Ve Tedavi Değişikliği

Yasal olarak sonlandırma olmayan Türkiye Cumhuriyeti'nde hekimlerin özellikle yoğun bakım uzmanlarının sisteminde sonlandırma süreci yok. Doktorun yasal sorumluluğu yüksek ve hastalara birçok tedavi seçeneği sunuyor. Aynı zaman da ilaç ve medikal tedavinin yanında alternatif tıp ile de bazı durumlarda konsülte ilerleyebiliyor. Ancak yoğun bakım yerlerinde bu

seçenekler sadece ilaç ve tedavi formatında ilerliyor. Katılımcı hekimlerin görüşleri de alanlarına göre değişiklik gösterir.

Katılımcı 48: *“Biz hasta görmüyoruz fakat sonlandırma yasalar çerçevesinde yok. Fakat tedavi değişir, geleneksel tıpla devam da edilebilir ama bir Şekilde tedavi vardır. “*

Katılımcı 50: *“Hiç sonlandırmıyoruz hastanın da bünyesi kaldırdığı sürece devam ediyoruz yoksa azaltıp destekle bırakıyoruz. “*

Katılımcı 17: *“Tedaviye yanıt vermiyorsa sonlandırıyorum. Başka bir seçeneğe geçiyorum. “*

Katılımcı 26: *“Hastanın gidişatı eğer iyileşme yönünde değilse ilaç değişikliği yapıyoruz ya da dozunu değiştiriyoruz “*

Katılımcı 56: *“Sonlandırma yapamıyoruz. Ama ilaç dozlarını değiştiriyoruz, takipte kalıp başka alternatif ilaçlara ve tedaviye yönlendiriyoruz. “*

Katılımcı 59: *“Sonlandırma yoğun bakım için yok. Yasal olarak imza ile de çıkış yapılamıyor. Ama tedavi değiştirebiliriz, doz değiştirebiliriz ya da bazen vücudu dinlendirmek için ara verip sadece bakım tedavileri veririz.*

2.6.3.3. Hasta Tetkik Verileri

Bu kodlama 2.sorunun devamı niteliğinde yer aldı. Çünkü hastanın son evreye girme test sonuçları, laboratuvar bulgular ve radyolojik görüntülemeler sonucunda tedavinin gidişatını etkiledi. Tedavi sonlandırılmalı mı yoksa devam mı etmeli ya da değiştirilmeli mi gibi durumlarda teşhisin önemi çoktur. Tetkik verileri rotayı tekrar oluşturmak açısından objektif bir öngörü sağlar hekime. Doktorlar bu kodlamaya uygun açıklamaları bu Şekilde iletti.

Katılımcı 61: *“Daha önce belirttiğim kılavuzlara göre belirlenip hasta ile tedavi süreci hakkında görüşülüyor. Hasta kararı çok önemli. Tedaviye devam edip etmeme konuları, örneğin kemoterapi/radyoterapi yan etkileri ile hayatının tamamen değişmesi mi yoksa tedavi almadan gittiği yere kadar yaşamak mı? Ya da ağrı palyasyonu, beslenme desteği gibi konular mevcut.“*

Katılımcı 18: *“Hastanın bir alt yapı hastalığı var mı ona bakıyoruz. Mesela 90 yaşındaki bir hasta toksit tedavilerin hangi dozunu kaldırabilir ya da başka söylediğimiz ilaçları ne Şekilde kullanmalı onu takip ediyoruz. Ama kaldıramıyorsa sonlandırıyoruz.“*

Katılımcı 21: *“Radyolojik klinik ve laboratuvar parametrelerinde iyilik hali olmaz ve 2.maddede belirttiğim gibi evrelemede de ileri evre saptanmışsa tedavi kesilir. Bundan sonra tedavi etmek maksatlı değil palyatif yani hastanın konforunu sağlamak maksatlı müdahaleler yapılır.“*

Katılımcı 77: *“Sonlandırma yapmıyoruz, ama ağır tedavileri de her zaman uygulamıyoruz. Bu bir tedaviden mahrum etme değildir.“*

Katılımcı 69: “Yapılabilecek tüm tedavilere yanıt vermiyorsa tedavi sonlandırılır.”

2.6.3.4. Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme

Hekimliğin mesleki yanında bir de manevi ve vicdani bir boyutu da yer almaktadır. Hastalığın ağır semptomlar gösterdiği dönemde doktorun sadece

ilaçla olayı çözmesi onu yetersiz bir duruma da sürüklediği olacaktır. Ama bir yandan etik ve moral değerler bir yandan hekimlik meslek tanımı ve hekim vicdani kavramları hekimin hayat görüşünü de yansıtmaktadır.

Katılımcı 5: “Sonlandırma diye bir şey olamaz. Sadece yasal değil vicdanen de olamaz. Hiçbir türk hekimi sonlandırmaya müsaade edeceğini de düşünmüyorum. Hastada beyhude tedavi olacak tedaviyle oyalamıyoruz. Manevi desteğe ihtiyaç olarak devam ediyoruz.”

Katılımcı 55: “Sonlandırma olamaz sonuçta sizden yardım ve emek isteyen birini tedavi etmek için bu mesleği seçmişsiniz yani edemem deme lüksünüz olamaz.”

Katılımcı 57: “Sonlandırma yapamayız çünkü bizler hayatta tutmak için tüm çabayı son nefesine kadar harcarız. Öylece neyse artık olmadı yapacak da bir şey kalmadı demek istemeyiz.”

Katılımcı 34: “Sonlandırmıyoruz. Her zaman devam ediyoruz. Arrest olduğunda canlandırma yapıyorum. Asla bir çocuğun ölümüne razı gelemem. Son dakikaya kadar çabalarım.”

Katılımcı 51: “Vicdanen asla kesmeyiz. İşte cevap vermiyorsa destek tedavilerinden devam ediyoruz. Son nefesine kadar yalnız bırakmıyoruz.”

2.6.3.5. Palyasyon ve Destek Tedavileri

Tedavi sonlandırma yasal olmadığı için etkili ilaçlar yerini konforlu ve ağrısız bir şekilde geçirebilecek destek tedavileri alıyor. Bunlar içinde ağrı kesiciler, vitamin takviyeleri, beslenme, metabolik rahatlatıcılar, kişisel bakım, enfeksiyon gibi tedavilerle devam ediliyor. Palyatif bakım ünitesi ve yoğun bakım ünitesinde skor tablolarında düşük puan durumundaysa hasta kullanılıyor.

Katılımcı 7: “Sonlandırma kararı yok iyileşmesine yönelik her seçenek denendiyse palyatif bakıma yönlendirilir.”

Katılımcı 59: “Sonlandırma yoğun bakım için yok. Yasal olarak imza ile de çıkış yapılamıyor. Ama tedavi değiştirebiliriz, doz değiştirebiliriz ya da bazen vücudu dinlendirmek için ara verip sadece bakım tedavileri verilir.”

Katılımcı 61: “Daha önce belirttiğim kılavuzlara göre belirlenip hasta ile tedavi süreci hakkında görüşülüyor. Hasta kararı çok önemli. Tedaviye devam edip etmeme konuları, örneğin

kemoterapi/radyoterapi yan etkileri ile hayatının tamamen değişmesi mi yoksa tedavi almadan gittiği yere kadar yaşamak mı? Ya da ağrı palyasyonu, beslenme desteği gibi konular mevcut.”

Katılımcı 75: “ *Eğer ilaçlar ile ilgili bir fayda görmüyorsak sadece ağrılarını, vitaminlerini, organlarını son kalbin atışına kadar sabit tutmaya çalışıyoruz. Yani hadi olmuyor diyerek eve boş bir şekilde göndermiyoruz.”*

Katılımcı 33: “ *Genelde tedaviyi pek fazla sonlandırmıyoruz. Mümkün olduğunca bilinç durumu yerindeyse, vital değerleri iyiye tedaviye devam ediyoruz. Ama değerlerinde bozulmalar varsa, yüksek dozla hastayı yormuyoruz. Sadece destek tedavileriyle ve analjezi/ sedasyonla rahatlatıyoruz.”*

Katılımcı 14: “ *Hastanın bize geliş şekli önemli. Tedaviye yanıt vermeyen hastaya uygun durumda ise tedaviyi kesiyoruz ve sadece beslenme ihtiyacına göre düzenleme yapıyoruz.”*

Katılımcı 20: “ *Hastaya faydadan çok zarar verince önce dozaj değişikliği veya ilaç değişimi. Eğer hiç fayda olmuyorsa sadece destek tedavilerle bir süre daha rahatlatıyoruz.”*

Katılımcı 31: “ *Ölümcül dereceyse artık çok yormamaya gayret ediyoruz. Ağrılarını hafifletiyoruz, psikolojik olarak destek ve teselliye önem gösteriyoruz.”*

Katılımcı 60: “ *Palyatif hastası tedaviye cevap vermeyen gruptur. Ama yatakta boş boş yatırmıyoruz elbette ki. Destek ve ağrısız bir son için çabalıyoruz.”*

Katılımcı 61: “ *Radyolojik klinik ve laboratuvar parametrelerinde iyilik hali olmaz ve 2.maddede belirttiğim gibi evrelemede de ileri evre saptanmışsa tedavi kesilir. Bundan sonra tedavi etmek maksatlı değil palyatif yani hastanın konforunu sağlamak maksatlı müdahaleler yapılır.”*

Katılımcı 10: “ *Sonlandırma yasal olarak yok ama hastanın fayda görüp görmediğine karar veriyoruz. Ona göre ya başka seçeneğe geçiyoruz ya da hastayı destekleyici tedavilerle hayatını kolaylaştırıyoruz.”*

Katılımcı 73: “ *Tedavi kılavuzlarının önerdiği tüm tedavilerin uygulanmasına rağmen hastalığın seyrinde düzelme olmuyor ve giderek kötüleşme oluyorsa, uygulanan tüm tedavilere cevap alınamıyorsa tedavi sonlandırılabilir. Kanseri hastalarında kemoterapi ve radyoterapi sonlandırılabilir ancak bu hastalara yaşamın son anına kadar yaşam kalitesini artırmaya yönelik palyatif tedaviler uygulanıyor. Ölmekte olan ağrısı olan hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik ağrıların giderilmesi palyatif bakıma bir örnek olabilir.”*

Katılımcı 49: “ *Tedavi olumlu ve onarıcı yönden tedaviye yanıt vermiyorsa daha fazla ilaç kullanıp bünyenin genel durumunu da yıpratmamak için dinlendirmeye alıyoruz. Ama destekleyici süreci hiç ihmal etmeyiz.”*

Katılımcı 63: “ *Zaten palyatife gelen kişi için son demektir destek tedavisi dışında bir tedavi yapmıyoruz.”*

2.6.3.6. Süresiz Tedavi

Tedavide sonlandırma yasal olmadığı için hekimlerin süresiz tedaviye hastaları dahil ettiklerini ifade ediyorlar. Mesela akıllı ilaç tedavisi fayda vermeyen son evredeki bir onkoloji hastasının sadece iyileştirmeye yönelik değil aynı zamanda konfor ve ağrısız bir sürece de dahil etmesi gerekir. Hatta konsülte ederek Psikiyatr servisiyle iletişimde kalarak manevi bir hizmete de dahil etme durumu vardır. Hekimlerimizin gayesi hastayı süresiz yaş, cinsiyet, ırk ayırt etmeden süresiz bir tedavi imkanı sağlamaktır.

Katılımcı 3: *“Sonlandırma diye bir sürecimiz yok. Tedavi her durumda devam ediyor. Yani sonlandırmayla ilgili bir yasal düzenleme olmadığı için süresiz tedavi uyguluyoruz.*

Katılımcı 5: *“ Sonlandırma diye bir şey olamaz. Sadece yasal değil vicdanen de olamaz. Hiçbir türk hekimi sonlandırmaya müsaade edeceğini de düşünmüyorum. Hastada beyhude tedavi olacak tedaviyle oyalamıyoruz. Manevi desteğe ihtiyaç olarak devam ediyoruz.”*

Katılımcı 62: *“ Sonlandırma yapmayız her zaman süresiz tedavi mecburidir. Özellikle yoğun bakım hastalarında. Her türlü seçeneği yapıyoruz. En basitinden solunum cihazı bile bir seçenektir.”*

Katılımcı 58: *“ Türkiye sağlık sisteminde ömür boyu tedavi var. Öyle kafamıza göre sonlandırma yok. Gerçi palyatif bakım için doktora biraz daha yetki verilebiliyor. Biraz konukevi gibi düşün burayı.”*

2.6.3.7. Tedavi Takibi

Tedavi sonlandırma yerine hastayı bir müddet dinlenmeye alıp, konforunu sağlayıp sonra tedavinin işe yarayıp yaramadığına odaklanma açısından takip hasta açısından özel ve biricik süreçtir. Her hasta durumunu takip eden doktorun talimatlarına güvenir. Hasta son evrede olsa bile doktorun takip ettiği planı uygular. Sonlandırma olmaz ama hasta takibi daim devam eder. Günlük muayene şeklinde devam ediyorsa muayeneden muayeneye bulgu ve test takibi yapılır. Bu bir sonlandırma değildir.

Katılımcı 38: *“ Her hastanın farklı bir paterni var. Bir kanser tipinde bunu yapmayalım ya da bir başka durumda bu tedaviyi de kullanmayalım gibi bir şey olabilir diye düşünüyorum. Psikiyatri de tedaviyi sonlandırma gibi bir şey yok. Ağır bir felç geçirmiş ya da beyin kanaması geçirmiş birinde de sonlandırma yok. Artık bu tedaviyi verdik başka tedavi yapmayalım denilebilir.*

Katılımcı 70: *“Eğer yatan hastaysa sonlandırma yasak. Ama ayakta gelen hastaysa durumu takip edemeyiz muayeneden muayeneye yazdığımız rapora göre yol çizeriz.”*

Katılımcı 68: *“Palyasyon endikasyonlarına göre süreci takip ediyoruz.”*

Katılımcı 66: *“Tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa daha fazla yormuyoruz. Sadece durumunu stabil tutmaya özen gösteriyoruz. Organların durumu sağlıklı kalırsa ancak kişi iyileşir fikriyle yola çıkıyoruz.”*

Katılımcı 18: *“ Hastanın bir alt yapı hastalığı var mı ona bakıyoruz. Mesela 90 yaşındaki bir hasta toksit tedavilerin hangi dozunu kaldırabilir ya da başka söylediğimiz ilaçları ne şekilde kullanmalı onu takip ediyoruz. Ama kaldıramıyorsa sonlandırıyoruz.”*

2.6.3.8. Tedavide Fayda Zarar Durumuna Bakılması

Tedavinin devamını sağlayacak durum fayda zarar dengesidir. Hastaya göre yapılan ve tercih edilen tedavi her zaman fayda sağlayacak diye bir araştırma sabit değildir. Durum kritik hastalık evrelerinde çok büyük önem arz etmektedir. Doktor tedavi sırasında tamamiyle zarar görüyor veya fayda görüyor diye ayırt etmez ama süreci takip ederken hastanın daha çok hangi durumla karşılaşılıyor ona bakar. Eğer hasta tedavide daha olumlu yönde sonuç alıyorsa baskın olarak tedaviye bir müddet daha devam eder. Ama hastanın bünyesi artık kaldırmıyorsa tedavi bırakılır ve konforlu bir yaşam için destekle devam edilebilir diye hekimlerimiz görüş belirtmiştir.

Katılımcı 75: *“Eğer ilaçlar ile ilgili bir fayda görmüyorsak sadece ağrılarını, vitaminlerini, organlarını son kalbin atışına kadar sabit tutmaya çalışıyoruz. Yani hadi olmuyor diyerek eve boş bir şekilde göndermiyoruz.”*

Katılımcı 15: *“Hasta fayda görmüyorsa ilacın dozu değiştirilebilir. Faydadan çok zarar görüyorsa ilaç kesilir. İyileşme hali göz önüne alınır.”*

Katılımcı 39: *“Hastalığın evresi tetkiklerle belirlenir. Hastalığın geri dönüşümsüz bir evreye girildiği anlaşıldığında ve verilecek tedavinin yan etkileri hastayı daha da kötüye götürecekse tedavi devam etmeyip sonlandırılır.”*

Katılımcı 20: *“Hastaya faydadan çok zarar verince önce dozaj değişikliği veya ilaç değişimi. Eğer hiç fayda olmuyorsa sadece destek tedavilerle bir süre daha rahatlatıyoruz.”*

Katılımcı 23: *“Hastaya verdiğimiz tedaviler artık işe yaramıyorsa hatta olumsuz etki ediyorsa zarar vermeme ilkesinden tedaviyi ya değiştiriyoruz ya sonlandırıyoruz.”*

Katılımcı 27: *“Kar zarar dengesi üzerine veriliyor. Ancak zaten patoloji laboratuvar kısmıyla ilgilendiği için bizzat hastayla yüzleşmiyoruz.”*

Katılımcı 10: *“Sonlandırma yasal olarak yok ama hastanın fayda görüp görmediğine karar veriyoruz. Ona göre ya başka seçeneğe geçiyoruz ya da hastayı destekleyici tedavilerle hayatını kolaylaştırıyoruz.”*

Katılımcı 36: *“Sonlandırma yok. Ama iyi gelmeyen ilaca da usulen devam etmeyiz.”*

2.6.3.9. Terminal Ya Da Metastaz Hastalar

Hastalığın son evresi teşhisi konduysa hastanın artık tedavi seçenekleri çok azalır ve bünyesi de hem hastalıktan hem de denenmiş tedavi seçeneklerinden yorgun düşer. Bu durumdan sonra hekim hastayı dinlendirmek maksatlı tedaviye son vermeyi tercih edebilir. Çünkü zorlayıcı tedavilerde hem organların işleyişleri hem de bütünsel olarak yaşamı kısaltıcı durumlara sokabilir. Bu gruplar için tedavi kesilebilir diyen katılımcılar şöyle ifade ettiler:

Katılımcı 39: *“Hastalığın evresi tetkiklerle belirlenir. Hastalığın geri dönüşümsüz bir evreye girildiği anlaşıldığında ve verilecek tedavinin yan etkileri hastayı daha da kötüye götürecekse tedavi devam etmeyip sonlandırılır.*

Katılımcı 21: *“Radyolojik klinik ve laboratuvar parametrelerinde iyilik hali olmaz ve 2.maddede belirttiğim gibi evrelemede de ileri evre saptanmışsa tedavi kesilir. Bundan sonra tedavi etmek maksatlı değil palyatif yani hastanın konforunu sağlamak maksatlı müdahaleler yapılır.”*

Katılımcı 37: *“Sonlandırma yok ama hastanın gidişatı çok ağırsa sürekli ağır tedaviler yapmıyoruz, bünyesini çok fazla yormamaya çalışıyoruz. Yoğun bakım ekibi beyin ölümü için destek alır.”*

Katılım 73: *“Tedavi kılavuzlarının önerdiği tüm tedavilerin uygulanmasına rağmen hastalığın seyrinde düzelme olmuyor ve giderek kötüleşme oluyorsa, uygulanan tüm tedavilere cevap alınamıyorsa tedavi sonlandırılabilir. Kansere hastalarında kemoterapi ve radyoterapi sonlandırılabilir ancak bu hastalara yaşamın son anına kadar yaşam kalitesini artırmaya yönelik palyatif tedaviler uygulanıyor. Ölmekte olan ağrısı olan hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik ağrıların giderilmesi palyatif bakıma bir örnek olabilir.”*

Katılımcı 42: *“Terminal dönemdeki inop hastalar, vasopressorlere yetersiz yanıt, beyin ölümü gerçekleşmiş, tüm klinik tedavi yaklaşımlarına cevap vermeyen hastalar için.”*

2.6.3.10. Yasal Prosedür Tedavi Sistemi

Aslında temel seçenek bu oldu soruda çünkü sonlandırma aktif bir hastalık süreci için yasal değildi. Ama doktorların bazıları münferit uygulamalarla iyi niyet kapsamında yardımcı olduğunu ifade ettiler. Yasal süreç Türkiye açısından süresiz tedaviye onay veriyor.

Katılımcı 47: *“Sistemimizde son diye bir bitiş yok ama servisli bölümlerde bazı koşullar altında çıkış verilebiliyor. Hastanın iyiliğine olmayan bir şeyi asla yapmıyoruz. Ben zaten hasta gören bölümde değilim ama klinik incelemelerden takip ettiğim öyle oluyor.”*

Katılımcı 3: *“Sonlandırma diye bir sürecimiz yok. Tedavi her durumda devam ediyor. Yani sonlandırmayla ilgili bir yasal düzenleme olmadığı için süresiz tedavi uyguluyoruz.”*

Katılımcı 62: “Sonlandırma yapmayız her zaman süresiz tedavi mecburidir. Özellikle yoğun bakım hastalarında. Her türlü seçeneği yapıyoruz. En basitinden solunum cihazı bile bir seçenektir.”

Katılımcı 53: “Sonlandırma yasal değil zaten sonlandırırsak adı ötanazi olursa sanırım değil mi?”

Katılımcı 52: “Sonlandırma yok bildiğim kadarıyla. Zaten sonlandırmıyoruz. Ağrı var diyene ağrı kesici veriyoruz. Beslenme sorunu olan gıda takviyesi veriyoruz.”

Katılımcı 64: “Sonlandırmıyoruz. İstesek de yasal değil. Adı üstünde Yoğun bakım burası yani normal servise göre daha ağır ve düzenli bir sistemde tedavi ediyoruz hastayı.”

Katılımcı 72: “Tedavi sonlandırma yok.”

Katılımcı 6: “Tedavi sonlandırma yok. Hastanın tedaviyi reddetme hakkı var ama hayati durumlarda savcılık onayı da gereken izin ile gelmelidir.”

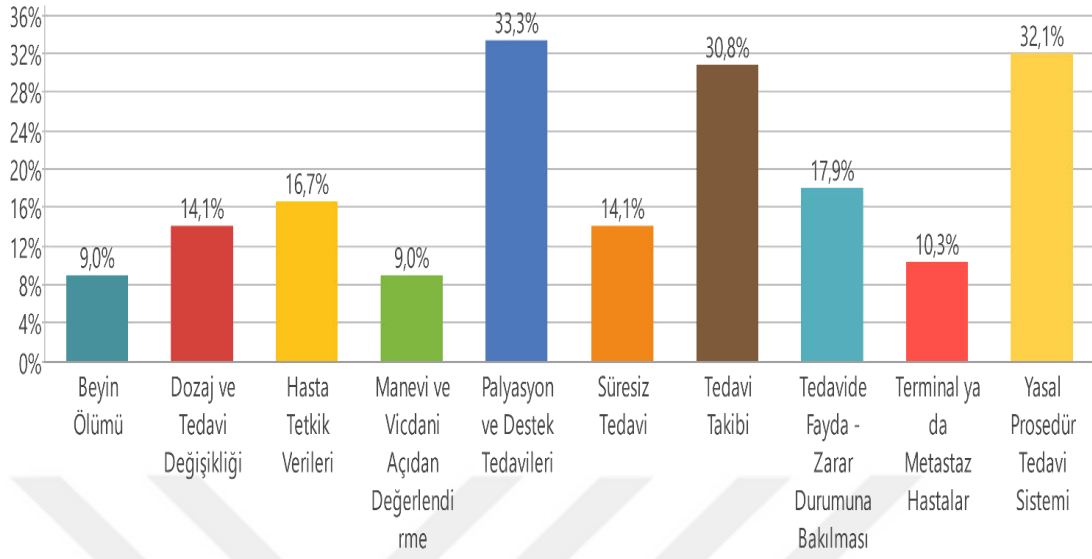
Katılımcı 28: “Tedaviyi sadece ilaç olarak bakmamak lazım çünkü sonlandırma diye bir mevzu yok yasada.”

Katılımcı 24: “Tedaviyi sonlandırmayı yapmıyoruz yasal bir süreçte sonlandırma yok.”

Katılımcı 58: “Türkiye sağlık sisteminde ömür boyu tedavi var. Öyle kafamıza göre sonlandırma yok. Gerçi palyatif bakım için doktora biraz daha yetki verilebiliyor. Biraz konukevi gibi düşün burayı.”

Katılımcı 2: “Ülkemizde sağlık bakanlığı direktiflerine göre hareket ediyoruz ve toplumun geleneklerine uygun şekilde ağır hastaların tedavisine son verilmesi söz konusu değil. Yasal sorumluluk gereği hastanın faydasına olan tüm tedavi seçeneklerini uygulamakla yükümlüyüz.”

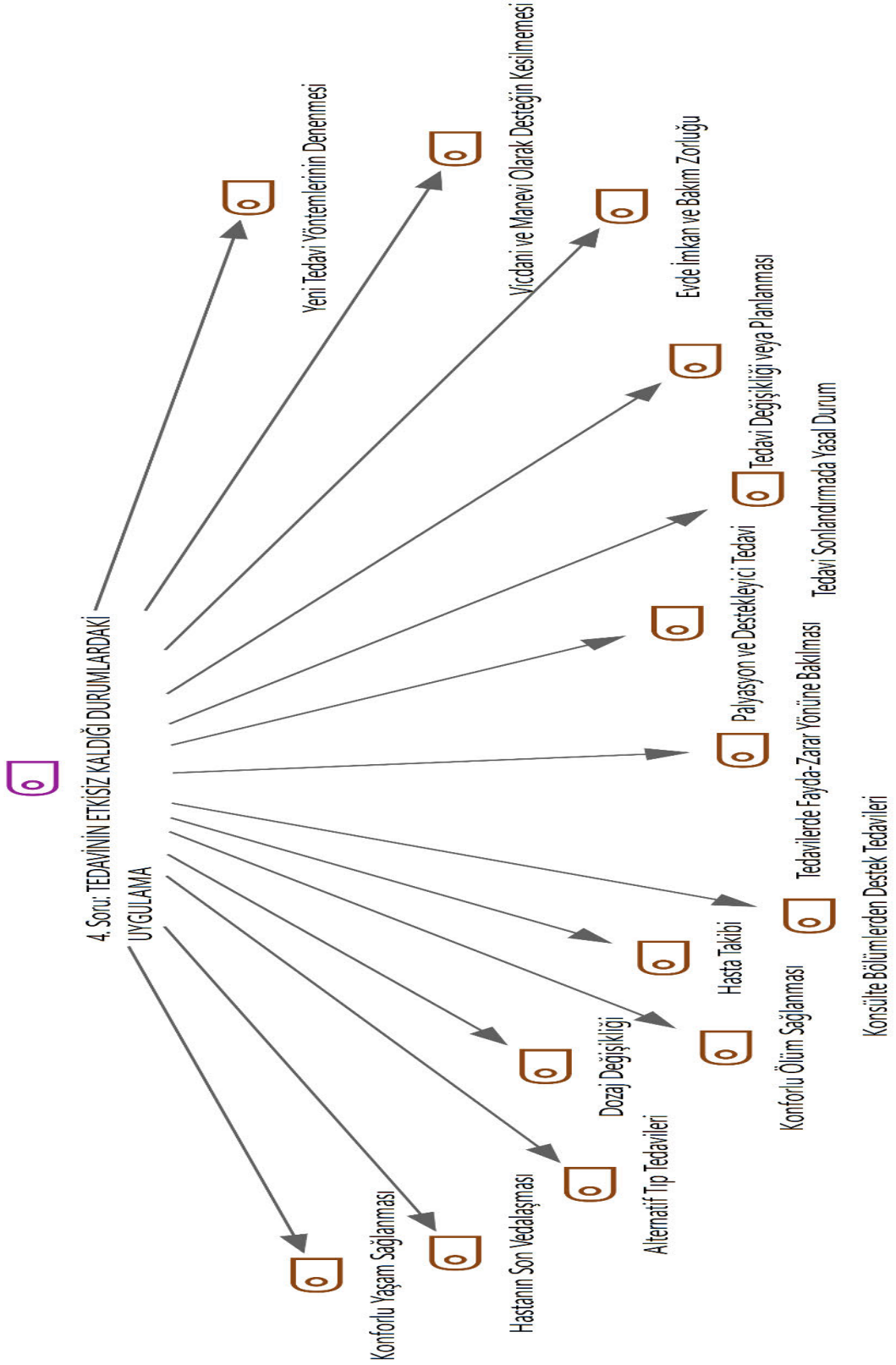
3. Soru: TEDAVİ SONLANDIRMA KRİTERLERİ



Şekil 2.6. Katılımcıların tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin yüzdelik oranları

Tablo 2.11. Katılımcıların tedavi sonlandırma kriterlerine ilişkin değerlendirmeleri

	Belgeler	Yüzde
Beyin Ölümü	7	8,97
Dozaj ve Tedavi Değişikliği	11	14,10
Hasta Tetkik Verileri	13	16,67
Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme	7	8,97
Palyasyon ve Destek Tedavileri	26	33,33
Süresiz Tedavi	11	14,10
Tedavi Takibi	24	30,77
Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması	14	17,95
Terminal ya da Metastaz Hastalar	8	10,26
Yasal Prosedür Tedavi Sistemi	25	32,05
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.7.4.soruya verilen cevapların kodlamaları

2.6.4. Tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamalara ilişkin bulgular

Tıp hızla gelişen bir bilim olmasının yanında sınırlılıkları da mevcut durumu yansıtır. Henüz tedavisi bulunamayan ölümcül birçok hastalık dünyanın her yerinde olmakta ve temel problem olarak geçici tedavilerle ya da ameliyat durumlarıyla ampüte edilmektedir. Böyle bir durumda doktorlarında yapabilecekleri bir şey yokken hastada pejmürde bir yaşama mahkum etmek zorunda kalabilmektedirler. Yani her şeyini yapabilen bir bireyken bakıma muhtaç bir hale gelebilmektedir hasta. Bu sorunun maksadı tedavisi mümkün olmayan yani henüz bulunmamış ya da hastanın tedaviye karşılık bulamadığı durumlarda doktorun izlediği yöntem nedir ve böyle bir hastaya nasıl bir uygulama yapılıyor maksadı taşımaktadır.

3.sorunun çapraz sorusudur. Farklı soru gibi durmakta ama benzer cevapları dönüştürerek istemektedir. Belki “sonlandırma yapmıyoruz yasal olarak” denilebilir ama uygulama açısından bir fark olabilir cevabına açık bir sorudur. Hekimlerin katılımında sonlandırma sormak yerine sebep kısmını perdelendi ve iki soru için verilen cevapları kendi iç dinamiğinde doğrulandı. Biraz sondaj sorusuyla niteliğini de taşıdı. Cevaplar, tedavi sürecini kavramaya daha iyi netlik kazandırdı. (Katılımcıların 4.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek 5-Tablo 5'**den ulaşabilirsiniz)

2.6.4.1. Konforlu Yaşam Sağlanması

Ağır semptom seyreden hastaya fazla girdi-çıkı işlemleri yapıp bedeni yormak istemediğini söyledi bazı katılımcılar. Çünkü hastalıktan iyice zayıflamış bünyesine ağır ilaç ve tedavi uygulamaları maalesef yaşanan sürede çok daha fazla acıya sebep olabiliyor. Hekimler artık yapabilecek bir şey kalmadıysa vücudu dinlenmeye alıyoruz diye ifade ettiler.

Katılımcı 47: “Birçok seçenek vardır. Bedeni güçlü tutacak tedavilerle devam edilir. Sadece hastalığa yönelik değildir.”

Katılımcı 28: “Destek tedavilerle devam ediyoruz ve bu süreçte yine de kaldırabileceği kadar doz da tedavi de yapmış oluyoruz.”

Katılımcı 78: “Genelde uyguladığımız tedaviler ağır olmayan küçük çapta tedaviler. Çünkü ağır dozlardaki ilaçlarda çabuk ölüme götürüyor. Kimsenin sebebi olmak istemeyiz.”

Katılımcı 33: “Hastanın durumu ve hastalığın evresi bu aşamada devreye giriyor. İyileşme yoksa stabil kalması için uğraşıyoruz. Mesela 80 yaşında çoklu organ sorunu olan bir hastanın illa yaşatma adı altında gereksiz cihazla yaşamasına müsaade etmek istemiyoruz.”

Katılımcı 56: “Hiç tedavisi yoksa destekle yani ağrı kesiciler, beslenme, bakım, steril ortam ve özel oda şartlarıyla yaşamını tertipli hale getiriyoruz.”

Katılımcı 51: “Olmadığı zamanlarda bünyesini diri tutmaya çalışıyoruz. En azından vücudu dayanabildiği kadar dayansın diye.”

Katılımcı 19: *“Palyatif bakım aslında cerrahi bir tedavi birimi değildir. Sadece son evrelerini yaşayan hastanın durumunu stabil tutmak için ve vücudunun dayanabildiği noktaya kadar destek ve bakım hizmeti sunmak için vardır. Bulunduğu hastalıklarla yaşayacaklarsa konforlu hale getirilmesini sağlıyoruz.”*

Katılımcı 54: *“Tedavi cevap vermiyorsa daha fazla bünyesini yormuyoruz ve sürekli takip ediyoruz. Sıkıntısı varsa onu gideriyoruz. Ömrünü uzatmaz ama yine de bir şeyler yapmak için yapıyoruz.”*

Katılımcı 76: *“Tedavisi olmayan bir hastalık şu teknolojide biraz zor. Yani hasta cevap vermiyorsa ve ilacın yükünü kaldıramıyorsa sadece kendisini sağlam tutmaya çalışıyoruz destek tedavisiyle.”*

Katılımcı 69: *“Tüm tedavilere devam ediliyor yasal prosedür uygulanır. Ama bedeni yorulmaması için bazen destek tedavisiyle devam ederiz.”*

Katılımcı 74: *“Zaten kanserin birçok evresi ve seçeneği var. Dünyada bu hastalıkla sürekli mücadele ediyor. Son zamanlarda da şaşıyoruz fazlasıyla arttı. O yüzden olabildiğince vücudu yormadan tedaviler yapıyoruz. İşe yaramadığında başka bir evrenin tedavi işlemine geçiyorum.”*

2.6.4.2. Hastanın Son Vedalaşması

Aslında bu kodlama manevi açıdan bir veda olarak düşünülebilir ama aslında temelinde ait olduğu yer veya insanlarla vedasıdır. Fiziksel olarak bir şekilde kendini aidiyet duyduğu ortamda huzurla veda etme durumu yaşayabilir. Bu kodlamada hekimlerimiz sonlandıramıyoruz ama göndermeliyiz şeklinde durumu ifade ettiler. Hatta yabancı olarak benim yanımda ne kadar teskin olabilir ki bir hasta dediler. Hastanın gidişatından durumu anlaşılır hale geliyor ve belli bir zaman sonra vefat ediyor. Katılımcı hekimlerimizin görüşleri şu şekilde oldu:

Katılımcı 12: *“Bence evlerine gönderilmesi gerekir ama hasta yakınları da kabul etmiyorlar. Son zamanlarda insanlar evde hasta bakmak istemiyorlar ve yük olarak görüyorlar.”*

Katılımcı 73: *“Bu soruyu tıbbi onkoloji kliniğinde çalışan hekimlere sormak daha uygun olur. Benim kendi pratiğimde gördüğüm kanseri olan 16 yaşındaki kız çocuğuna hastalığıyla ilgili yapılacak bir şey kalmadığı söylenmemiştir. Sadece tedavilere bir süre ara verileceği, ancak kendisinin evinde mi yoksa hastanede mi olmak istediği sorulmuştu. Aileye ise kanser tedavisi konusunda daha fazla yapılacak bir şey kalmadığı, çocuk nasıl istiyorsa son dönemini o şekilde geçirmesi önerilmişti.”*

Katılımcı 11: *“Çok nadir olan durumda eve gönderiyoruz. Son raddeye kadar hem tıbben hem yasal baskı var üzerimizde. Mesela son dönem kanser hastası varsa rahat ölüm için çıkışına*

müsaade edebiliyoruz eve. Destekleyici tedavisini veriyoruz ve son zamanlarını ailesiyle geçirmesine imkân sağlıyoruz.”

2.6.4.3. Alternatif Tıp Tedavileri

Tıp ve medikal tedavinin etki etmediği durumlarda alternatif tıp ile devam edilebiliyor. Eğitim Araştırma hastanelerinde bir birim olarak konsülte şekilde ilerleyebiliyor. Fakat çok düşük oranda alternatif tıbbı yönelen hasta olduğunu belirten katılımcılarımız daha kısa sürede daha net bir tedavi görmek istedikleri içinde gitmiyorlar dedi.

Katılımcı 38: *“Mevcut tedavi devam edilebilir, yeni bir tedavi veya ilaç değişikliği olmamalı, hiç tedavisiz devam edilebilir ama bunu hasta kabul etmeyebilir. Ben psikiyatr bağlamında değerlendirdiğimde hasta tedavi istemezse istemediğine dair bir belge planlanabilir. Mesela yurtdışında hospistler var böyle tedavisi olmayan hastaların konakladığı bakım evleri gibi yerler, burada farklı yöntemler kullanılabilir. Tıbbi veya medikal tedavi olmayabilir ama müzik, terapi tedavileri olabilir. Ama yanında ağrıları beslenme gibi tedaviler de yapılmalıdır. Ama Türkiye’de her hastalığa farklı farklı tutumlarda vardır.”*

Katılımcı 62: *“Yoğun bakımda hasta tüm ilaç seçeneklerine rağmen artı yönde ilerlemiyorsa organları daha fazla yıpratmamak adına ya geleneksel tıp ile ya da rahatlatmaya yönelik süreç işletiyoruz.”*

2.6.4.4. Dozaj Değişikliği

Tedavilerde oran çok önemlidir. Her şekilde bir tedaviye başlıyorlar, önce az doz ile başlayarak etki sürecine kadar arttırma eksiltme yapıyorlar. Hastaya göre dozaj değişikliğine gidiliyor. Tedaviyi değiştirme seçeneklerine benzer bir durum söz konusudur ama özellikle katılımcıların dozaj değişikliğinin önemine vurgu yapınca bu kodlamayı da eklemem gerektiğini düşündüm.

Katılımcı 13: *“Yaptığım tedavinin dozajını arttırırım ya da azaltırım. Eğer fayda yerine zarar veriyorsa başka bir tedavi seçeneğine bakarım.”*

Katılımcı 27: *“Dediğim gibi klinik bölümü değiliz ama ilaçların kimya kısımlarında dozlar konusunda konsülte bölümüz.”*

Katılımcı 15: *“Tedavi her seçeneğe rağmen cevapsız kalıyorsa sadece farklı bir yol denenebilir. İlaç dozunu emsalini değiştirebiliriz. Vicdanen de biraz son aşamaya kadar kesmek istemeyiz.”*

Katılımcı 8: *“Tedavi her şekilde devam ediyor ancak dozları değişir. İçindeki maddelere göre başka bir ilaca geçebiliriz. Hastanın daim takviye almasını sağlarız.”*

Katılımcı 72: *“Vermiyorsa muadili ya da farklı dozlarda bir ilaç başlıyoruz. En azından destek tedavisi sağlıyoruz.”*

2.6.4.5. Konforlu Ölüm Sağlanması

Hastanın artık ölüm evresine girdiğini öngören hekimlerden bazıları süreci yapay yaşam haline getirerek hastayı bunaltarak uğurlamayı istemiyorlar. Belli yaş, hastalık ve evre kısımlarında acılarını dindirmek, mutlu ve konforlu bir ölüm yaşamasına yardımcı oluyoruz dediler. Zaten ölüm sürecine girene kadar asla tedavisiz bırakmıyoruz sadece son anlarını artık yorucu geçirmesini istemeyiz diye belirttiler.

Katılımcı 37: *“Bizim alanımızda beyin sapı tümörleri dediğimiz ameliyatı dahi imkansız olan bir hastayı yüksek tedaviler vermiyoruz. Ağrılı ise ağrısını gideriz ama doğal ölümü tercih ediyoruz.”*

Katılımcı 26: *“Hastaya hiçbir faydası yoksa palyatife yönlendiriyoruz orada sadece bakım tedavileri uyguluyoruz. Oda rahat ölüm gerçekleşsin diye.”*

Katılımcı 48: *“Rahatlatmaya yönelik devam ediyoruz, ölme durumu varsa bile konforlu, mutlu vefatını tercih ediyoruz.”*

Katılımcı 57: *“Son zamanlarını konforlu ve acısız geçirsin isteriz. O yüzden iyileşmesi yönünde bir seçenek kalmadıysa en azından organları idare edebilsin diye direncini yükseltiriz.”*

Katılımcı 2: *“Tedavi sadece hastanın hayatta kalması veya ömrünü uzatması diye bir şey söz konusu değil. Hastanın hayatta kalması mümkün değilse ağrılarını ve acılarını hafifletmek en önemli amaçtır. Yani hastayı hayatta tutamıyorsak geri kalan zamanını konforlu geçirmesini sağlarız.”*

Katılımcı 66: *“Tedavisi mümkün değilse ve son evredeyse hasta rahatlatıyoruz sadece. Zaten elimizden tedavi yönünden bir şey gelmiyorsa bizde vicdani yönünden destek olmaya gayret ediyoruz.”*

Katılımcı 7: *“Yönlendirmeye ağrıları kesiliyor ve kolay ölüm sağlanıyor. Yaşam konforu yanında ölüm süresini de kolaylaştırma uygulaması yapıyoruz.”*

2.6.4.6. Hasta Takibi

3.soruda olduğu gibi burada da hastayı sürekli olarak takip ediyorlar ve hastane iletişim ve irtibatında kalabiliyorlar. Ancak tedaviyi yoğun bakım ünitesinde devam ediyorlarsa günlük olarak hastanın tedavi ve durumu takip ediliyor, hastayı kendi haline bırakmıyorlar ya da tedaviyi tamamen kesmiyorlar. Katılımcılardan bazıları tedaviye yanıt vermiyorsa hastayı takipte tutuyoruz diye ifade ettiler.

Katılımcı 16: *“Destek tedavisi veriyorum, ağrısını, dinlenmesini sağlayacak ilaçları veriyorum. Hastayı sürekli takip ediyorum.”*

Katılımcı 38: *“Mevcut tedavi devam edilebilir, yeni bir tedavi veya ilaç değişikliği olmamalı, hiç tedavisiz devam edilebilir ama bunu hasta kabul etmeyebilir. Ben psikiyatr bağlamında değerlendirdiğimde hasta tedavi istemezse istemediğine dair bir belge planlanabilir. Mesela yurtdışında hospistler var böyle tedavisi olmayan hastaların konakladığı bakım evleri gibi yerler, burada farklı yöntemler kullanılabilir. Tıbbi veya medikal tedavi olmayabilir ama müzik, terapi tedavileri olabilir. Ama yanında ağrıları beslenme gibi tedaviler de yapılmalıdır. Ama Türkiye’de her hastalığa farklı farklı tutumlarda vardır.”*

Katılımcı 54: *“Tedavi cevap vermiyorsa daha fazla bünyesini yormuyoruz ve sürekli takip ediyoruz. Sıkıntısı varsa onu gideriyoruz. Ömrünü uzatmaz ama yine de bir şeyler yapmak için yapıyoruz.”*

2.6.4.7. Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri

Başka bölümlerin alanlarında yer alan ilgili hastalığın tedavisi için başka konsülte alana yönlendirip tedavi edilebilir diye yorumladılar. Ayrıca bazen hastalığın tedavisi yanında ek destek tedavisiyle aynı anda da yürüttüklerini de ifade ettiler.

Katılımcı 35: *“Destek tedavisi yapıyoruz. Palyasyon yapıyoruz. Mevcut durumunu stabil tutup, ağrıyı azaltarak ve de psikiyatr tedavisiyle rahatlatıyoruz.”*

Katılımcı 10: *“Konforlu şekilde hayatına devam etme desteği veriyoruz. Böylelikle hasta koşarak kapıdan çıkmasa dahi en azından hastalıkla mücadele ederken savaşırken ağrısını hafifletiyoruz. Psikiyatr servisinden destek alıp psikolojik bunalımdan çıkarmaya çalışıyoruz.”*

Katılımcı 31: *“Tüm alanlarla görüşüp hastanın durumuna göre tedavi için karar alıyoruz.”*

Katılımcı 30: *“Hastanenin diğer bölümlerinde max. şekilde konsülte olarak destek alıyoruz. Yani daim tedavi devam ediyor.”*

2.6.4.8. Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması

Hastanın gidişatının önemli olduğunu vurgulayan doktorlarımız oldu. Aynı zamanda hastaya konfor sağlamak maksadıyla da zarar verdiklerini düşündükleri ilacı değiştirebildiklerini ifade ettiler. Önemli olan hastanın iyilik hali üzerine kalan zamanını konfor içinde geçirmesini istiyorlar.

Katılımcı 14: *“Entübasyon kriterleri vardır. Zaten palyatif bakımda çok entübe hasta yok ama hasta için olursa ve faydasına inandığımız tedaviyi takipte kalarak düzenleriz.”*

Katılımcı 13: *“Yaptığım tedavinin dozajını arttırırım ya da azaltırım. Eğer fayda yerine zarar veriyorsa başka bir tedavi seçeneğine bakarım.”*

Katılımcı 62: *“Yoğun bakımda hasta tüm ilaç seçeneklerine rağmen artı yönde ilerlemiyorsa organları daha fazla yıpratmamak adına ya geleneksel tıp ile ya da rahatlatmaya yönelik süreç işletiyoruz.”*

2.6.4.9. Palyasyon ve Destekleyici Tedavi

Bu soruların tam olarak temelini palyatif destek tedavileri oluşturuyor. Katılımcılarla yaptığım görüşmede hemen hemen hepsi süreçte medikal tedavi olmasa da konfor sağlayan tedavileri daim uyguladıklarını ifade ettiler. Soruları sorup cevapları alırken medikal tedavinin eksikliği de acaba bir sonlandırma süreci mi diye sorguladım. Çünkü nihayetinde sadece acıları hissetmemekle ilgili sorunun çözeceği bir durum değildi diye düşünüyorum. Elbette ki ölümü isteyecek kadar acılar var ve tedavi edilebilir ama iyileştirecek tedavi cevap vermiyor diye yerine sadece ağrı kesici ile devam etmesi sanki sıkıntının üstüne bir örtü çekiliyormuş gibi düşündüm.

Katılımcı 34: *“Dolaşım ve solunum desteği veririm. Sıvı desteği, iç organ bakımı yaparım, ve damardan beslenmesine dikkat ederim.”*

Katılımcı 44: *“Hastanın ağrılarını dindirmek en temel çaba haline gelmekte. Ayrıca vital bulguların stabil seyredebilmesi için zaruri semptomatik semptomların giderilmesine gayret edilir.”*

Katılımcı 3: *“Hastanın solunum, enfeksiyon, ağrı vb. sıkıntıları varsa gerekli müdahaleyi yapıyoruz ve zamana bırakıyoruz. Tedaviyi süreçte çözüyoruz ve takip ediyoruz.”*

Katılımcı 19: *“Palyatif bakım aslında cerrahi bir tedavi birimi değildir. Sadece son evrelerini yaşayan hastanın durumunu stabil tutmak için ve vücudunun dayanabildiği noktaya kadar destek ve bakım hizmeti sunmak için vardır. Bulunduğu hastalıklarla yaşayacaklarsa konforlu hale getirilmesini sağlıyoruz.”*

Katılımcı 20: *“Sadece dediğim gibi destek tedavisi veriyoruz. Bakımını yapıyoruz, gıda ve vitamin takviyesi veriyoruz.”*

Katılımcı 46: *“Yaşam desteği sağlanır, analjezi desteği verilir vs.”*

Katılımcı 9: *“Yoğun bakım anestezi olarak palyatif bakım birimine yönlendiriyoruz. Destekleyici tedavi yani ağrı kesici, kişisel bakım ve beslenme ihtiyacı gibi yapıyoruz.”*

Katılımcı 21: *“Bahsettiğim üzere Palyatif tedaviye geçiliyor. Beslenemiyorsa burnuna hortum veya midesine beslenme deliği açılıyor. Kuvvetli ağrı kesiciler reçete ediliyor gibi..”*

Katılımcı 55: “Birçok seçenek var yaşamak isteyen için. Eğer hiçbir şey yapamıyorsak en azından destek ve vitaminlerle bünyesini hastalığı içerden bastırabilsin diye destekliyoruz.”

Katılımcı 77: “Cevap vermeyen hastalara palyasyon ile devam ettiriyoruz. Mesela ağrısını azaltıyoruz, uykusunu düzene sokuyoruz, beslenmesine ve vitaminlerine dikkat ediyoruz gibi.”

Katılımcı 35: “Destek tedavisi yapıyoruz. Palyasyon yapıyoruz. Mevcut durumunu stabil tutup, ağrıyı azaltarak ve de psikiyatr tedavisiyle rahatlatıyoruz.”

Katılımcı 33: “Hastanın durumu ve hastalığın evresi bu aşamada devreye giriyor. İyileşme yoksa stabil kalması için uğraşıyoruz. Mesela 80 yaşında çoklu organ sorunu olan bir hastanın illa yaşatma adı altında gereksiz cihazla yaşamasına müsaade etmek istemiyoruz.”

Katılımcı 23: “Hastanın günlük konforuna yönelik palyatif uygulamalara ağırlık veriyoruz.”

Katılımcı 56: “Hiç tedavisi yoksa destekle yani ağrı kesiciler, beslenme, bakım, steril ortam ve özel oda şartlarıyla yaşamını tertipli hale getiriyoruz.”

Katılımcı 18: “Hiçbir seçeneği kalmamış hasta için en iyi destek tedavisi(BSC) ile devam ediyoruz. Ağrı, beslenme, enfeksiyon tedavisine yönlendiriyoruz.”

Katılımcı 22: “İyileştirici tedavi şansı kalmayan bu son dönem hastalara daha çok semptomatik tedavi verilir. Yani hastanın o anki yaşam konforunu arttırmaya yönelik uygulamalardır. Örneğin, ağrıları azaltan ilaçlar, beslenmesinin devamını sağlayan girişimler vs.”

Katılımcı 61: “Palyasyon dediğimiz kavram ile devam ediliyor. Hastanın mevcut koşullarda ağrı, beslenme, konforlu yaşama gibi alanlarda desteklenmesi gerekiyor.”

Katılımcı 75: “Palyasyonla destek sağlıyoruz. Bazen burada onlar için bir şeyler yaptığımızı göstermek, onları dinlemek, vitamin vermek bile rahatlatıcı olabiliyor.”

2.6.4.10. Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum

Tedavinin sonlandırılması yasal değil ama ağır tedavilerin kesilmesi ve sadece palyasyon tedavileriyle devam edilmesi aynı zamanda süresiz tedaviyle birlikte hastanın takipli olarak sistemde yer alması önemli bir etkidir. Doktorun uygulayış biçimini uluslararası bir uygulamada izleyeceği yolu belirler ve hastanın suiistimalini engeller. Hekimlerden bazıları uygulamalarının yasal dayanak üzerine olduğunu savundu. Ayrıca

Katılımcı 32: “Sonlandırma yok ama yasal sürecin dışında hastanın kaldırabilir potansiyeline göre değerlendiriyoruz.”

Katılımcı 69: “Tüm tedavilere devam ediliyor yasal prosedür uygulanır. Ama bedeni yorulmaması için bazen destek tedavisiyle devam ederiz.”

2.6.4.11. Tedavi Değişikliği Veya Planlanması

Cevap vermeyen veya dozun artıp eksilmesiyle bir iyileşme hali görülüyorsa tedavi değiştirilir veya başka muadili bir tedavi süreci planlanır. Bu süreç klinik sorumlusu uzman doktor tarafından planlanır ve uygulayıcısı hemşireler ve asistan doktorlardır. Hastanın kendine özgü durumu takip edilir ve tedavi oryante edilir ve rapor oluşturulur. Katılımcılar tedavilerin iyileşme gösteremediği durumlarda başka tedaviye geçtiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcı 17: *“Destek tedavisi bu süreçte etkin olarak daim kalıyor. Ona göre süreci göz önüne alıp yeni bir duruma plan yapıyoruz.”*

Katılımcı 52: *“Sadece konforuna erişirme ve palyatifle destek sağlıyoruz. İhtiyacı neyse onu planlıyoruz.”*

Katılımcı 72: *“Vermiyorsa muadili ya da farklı dozlarda bir ilaç başlıyoruz. En azından destek tedavisi sağlıyoruz.”*

Katılımcı 36: *“Birçok seçenek mevcut. Hepsine ihtimalle yaklaşılarak deneriz.”*

2.6.4.12. Evde İmkan ve Bakım Zorluğu

Aslında bu kodlama ötanazinin iç yanıtlarından biri ama aynı zamanda bazı hekimler tarafından tedaviye ve yataklı servislerde kalmaya sebep olacak durumlardan biri de olabildiği için eklendi. Mesela şöyle ifade ettiler evde kimse bakamadığı için burada biz hastaya bakalım ve burada ihmal edilmesin diye de sonlandırmadığımız hastalar oldu dediler. Bu bana farklı bir bakış açısı daha kazandırmış oldu. Çünkü hastaneyi sadece hasta-tedavi-doktor üzerinden değerlendirme ve kalıplaştırma mevzusunu aşmış gibi hissettim. İyileşmenin bir sabit kalıbı yok maalesef ama manevi olarak alışverişin kıymeti insana başka bir boyut kazandırdığını düşünüyorum. Katılımcıların ifadeleri de şu şekilde oldu.

Katılımcı 12: *“Bence evlerine gönderilmesi gerekir ama hasta yakınları da kabul etmiyorlar. Son zamanlarda insanlar evde hasta bakmak istemiyorlar ve yük olarak görüyorlar.”*

Katılımcı 5: *“Hasta yakını evde çok bun alıyor ve hastanın yükünü biz alıyoruz. Bir nebze hasta yakını için de hastayı göndermiyoruz.”*

2.6.4.13. Manevi ve Vicdani Olarak Tedavinin Kesilmemesi

Tezin ana konusu olan ötanazi kavramının aslında hekimlerin aldıkları kararlarda süreci hangi duygudurumla devam ettirdiklerini bu kodlama ile bir şekilde açığa çıkmış oldu. Araştırmaya yüz yüze katılmış olduğum hekim görüşmelerinde manevi boyutla ilgili bir çok soru sordular ve ilgiyle dinlediler. Ölümünden yola çıkarak tez çalışmasına yön veren konuşmaları yaparken

farklı bir pencereden bakmak gerektiğini gördüm. Hastanın tedavisine devam ederken, sonlandırırken belli etik kurallara ve maneviyata önem gösterdiklerini bir şekilde ifade ettiler.

Katılımcı 24: *“Cevap vermese de devam ediyorum. Ama tedavi sadece ilaçla olmaz. Hem manevi destekle hem de geleneksel ve alternatif tıpla da devam ediyorum. Ama en önemli ilaç insana aile desteği ve motivasyonudur.”*

Katılımcı 70: *“ Cevap vermeyen hastalara birçok uygulama yapıyoruz en azından ağrısı sızısı varsa onları gideriyoruz ama kendi başına hiç bırakmıyoruz. Vicdanen de bırakamayız yani kimisinin annesi babası büyüğü olabilir. Bu empatiyle çalışıyoruz.”*

Katılımcı 63: *“Kalbi çalışmaya devam ettikçe bir şekilde yanında olduğumuzu hissettirmek için çabalyoruz. Belki de ölüme alışık olduğumuz için de bu durumu normal karşılıyor olabilirim.”*

Katılımcı 75: *“Palyasyonla destek sağlıyoruz. Bazen burada onlar için bir şeyler yaptığımızı göstermek, onları dinlemek, vitamin vermek bile rahatlatıcı olabiliyor.”*

Katılımcı 15: *“Tedavi her seçeneğe rağmen cevapsız kalıyorsa sadece farklı bir yol denenebilir. İlaç dozunu emsalini değiştirebiliriz. Vicdanen de biraz son aşamaya kadar kesmek istemeyiz.”*

Katılımcı 66: *“Tedavisi mümkün değilse ve son evredeyse hasta rahatlatıyoruz sadece. Zaten elimizden tedavi yönünden bir şey gelmiyorsa bizde vicdani yönünden destek olmaya gayret ediyoruz.”*

Katılımcı 65: *“Vermeyen hastalarımıza psikolojilerini en azından düzeltebilecek destek ve ağrı tedavileri ile devam ediyoruz.”*

Katılımcı 53: *“Ya her gün bir tedavi seçeneği geliyor aslında. Önemli olan doktorların güncel tedavi araştırmalarını takip etmesi gerekiyor. Mesela bazı hastalıklar için tedavi bulunuyor ya da denenme aşamasında ama hasta zaten umudunu kaybetmiş ve ölüm evresine girmiş denenebilir ölüme bırakmak yerine.”*

2.6.4.14. Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi

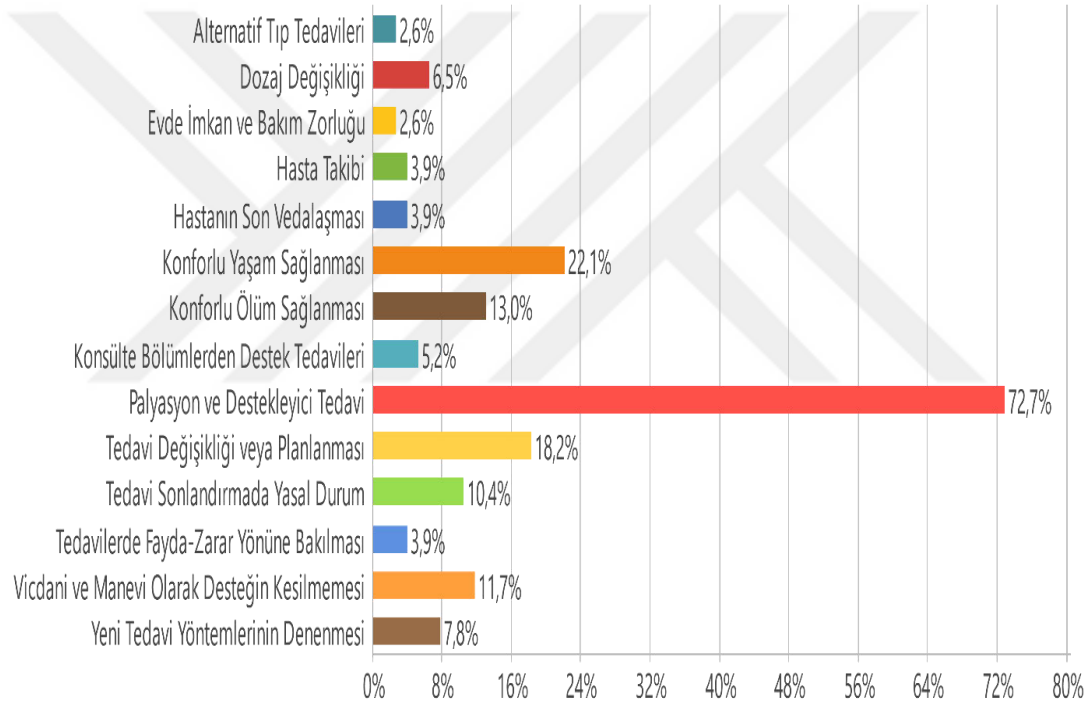
Cevap vermeyen tedaviyi değiştirilebilir olan kodlamadan ayrılan kısım araştırmaların yeterli olmadığı tedavileri bazı hastalara denenebilir diye bakan yenilikçi hekimlerin görüşleri mevcut. Hastanın yaşama dair umudu kalmadıysa ve doktor yine de bir tedavi yönteminin işe yarayacağını düşünüyorsa her gün yenilenen tıp bilimi için kaynaklar taranabilir, belli seviyeye gelmiş denenmiş çalışmalara ve sonuçlarına bakılır. Hastanında rızası varsa tedavi hastaya uygulanır. Ancak katılımcı hekimlerin görüşlerine göre Türkiye sağlık sistemine geç geliyor zaten gelse de yasallaşması çalışmanın deneyimlenmiş ve onaylanmış olması şartını taşıyor diyerek ifade ettiler. Bu görüşme yazılarının önbilgilendirmesini uzman doktorlar genel konuşmalarından alarak ifade ettim.

Katılımcı 50: “Cevap vermeyen hastalara başka seçeneklerle deneyerek devam ediyoruz ancak tıp biliminin hazır bilgilerini kullanıyoruz maalesef. Üretken bir tedavi teknolojimiz yok.”

Katılımcı 53: “Ya her gün bir tedavi seçeneği geliyor aslında. Önemli olan doktorların güncel tedavi araştırmalarını takip etmesi gerekiyor. Mesela bazı hastalıklar için tedavi bulunuyor ya da denenme aşamasında ama hasta zaten umudunu kaybetmiş ve ölüm evresine girmiş denenebilir ölüme bırakmak yerine.”

Katılımcı 45: “Yaşamak isterseniz birçok seçenek denersiniz. Ama yaşamak istemiyorsa beden de pes ediyor. Ama biz doktorlar olarak sonuna kadar tedavi ediyoruz.”

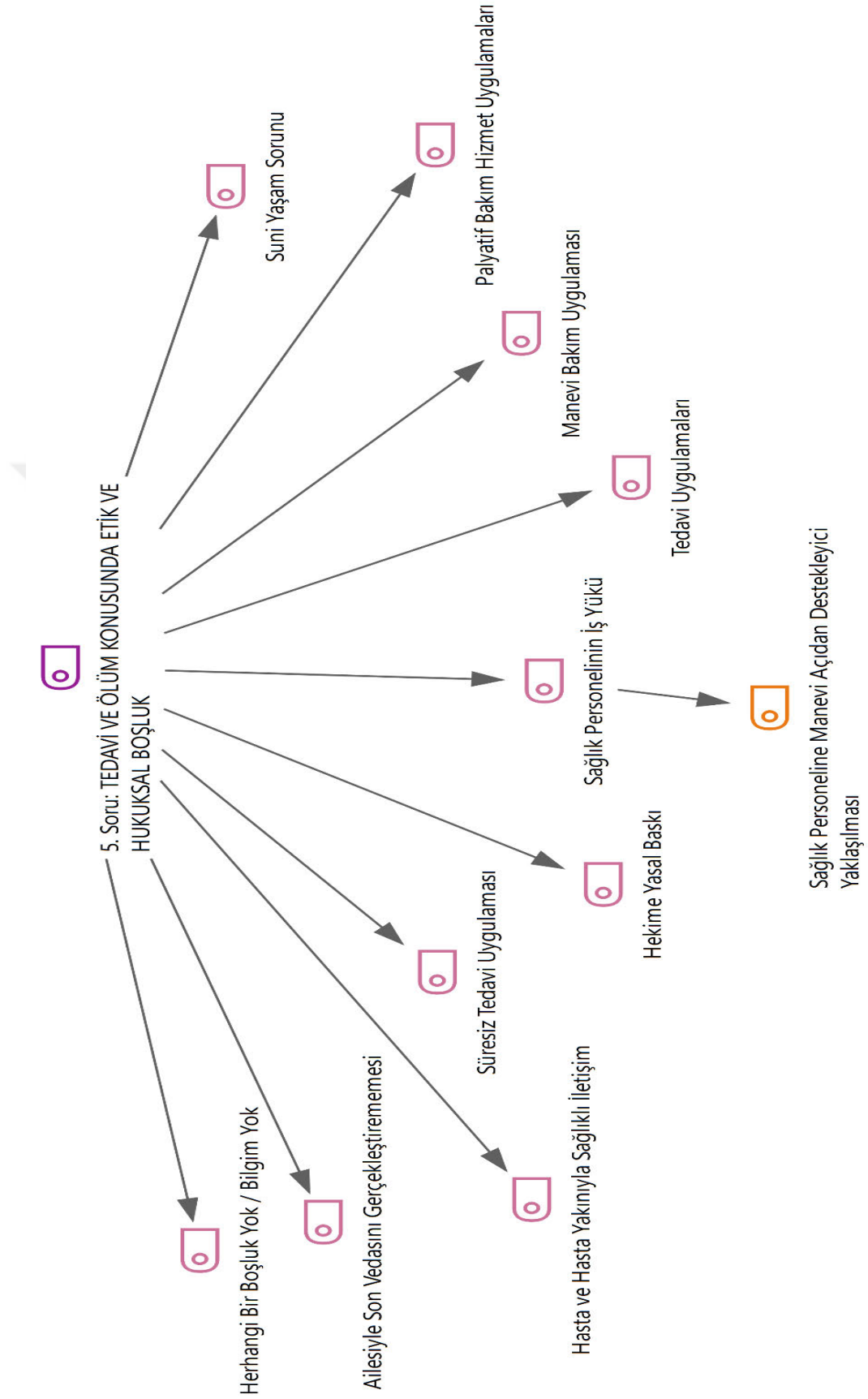
4. Soru: TEDAVİNİN ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDAKİ UYGULAMA



Şekil 2.8. Katılımcıların tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamaya ilişkin yüzdeler oranları

Tablo 2.12. Katılımcıların tedavinin etkisiz kaldığı durumlardaki uygulamaları

	Belgeler	Yüzde
Alternatif Tıp Tedavileri	2	2,56
Dozaj Değişikliği	5	6,41
Evde İmkan ve Bakım Zorluğu	2	2,56
Hasta Takibi	4	3,85
Hastanın Son Vedalaşması	3	3,85
Konforlu Yaşam Sağlanması	17	21,79
Konforlu Ölüm Sağlanması	10	12,82
Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri	4	5,13
Palyasyon ve Destekleyici Tedavi	56	71,79
Tedavi Değişikliği veya Planlanması	14	17,95
Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum	8	10,26
Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması	3	3,85
Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi	9	11,54
Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi	6	7,69
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.9. Tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin kodlar

2.6.5. Tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin bulgular

Bu soru yasal sürecin ölüme-tedaviye-personel talebine karşı uygulanan bir boşluğu açısından soruldu. Ötanazinin yasal olması gerektiği kanaatine olumlu bakan katılımcı olmadı. Hatta yasal olsaydı ötanaziye uygulamam diye olumlu bakan hekim katılımcılar bile o kadar içten katıldıklarını ifade etmediler. Bunun büyük bir anlam taşıdığı düşünülmektedir. Çünkü bu duruş, henüz birini “uzman eliyle öldürme” fikrine çok da rıza göstermediklerinin bir belirtisi oldu. Bu soruyla beraber görüşme esnasında sadece ötanazi değil tüm işleyiş kısımlarıyla ilgili birbirleriyle fikir alışverişi yaptıkları bir ortam oluştu. Soruları cevaplarken farklı bir mesleki alanda olmam hasebiyle çok daha tane tane ve açıklayıcı ifade ettiler. Bazı katılımcılar böyle bir boşluktan haberimiz yok ya da bilgimiz yok varsa hiç karşılaşmadık dediler. Bazı katılımcılar için ise soruyu ötanazi kapsamında sorduğumda genellikle hukuksal veya etik boyutun boşluğu diye düşündükleri, var olan bir uygulamanın olduğunu söylediler. Türkiye Sağlık Bakanlığı çerçevesinde özellikle palyatif bakım sisteminde düzen olmadığını ve yoğun bakımlarda personel enerjisinin dengeli dağıtılmadığını bazı doktorlarımız ifade etti.(katılımcıların 5.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek -6 Tablo 6** ‘dan ulaşabilirsiniz)

2.6.5.1. Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok

Katılımcılardan bazıları herhangi bir boşluk olduğunu düşünmüyor bazıları da bir sıkıntıyla karşılaşmadıkları için bilgisinin de olmadığını ifade etti. Tedavilerdeki boşluğu yasal olarak olmasa bile hekimlik eğitimi açısından tamamlandığı için bir boşluk farkemedik dediler. Bunu da bir cevap olarak kodladım çünkü yasal boşluğun olmadığı kanaati uygulamada da yer alıyor.

Katılımcı 22: *“Şu anki mevcut sağlık mevzuatımızda böyle bir açık, boşluk olduğunu düşünmüyorum. Aksine son dönem hastası bile tıbbi tedaviyi aksatmadan son nefese kadar yapmaya yükümlü tutan mevzuat vardır.”*

Katılımcı 11: *“Benim bildiğim bir boşluk durumu yok ama sıkıntı yaşamadığım için de bilmiyor olabilirim.”*

Katılımcı 70: *“Benim karşılaştığım bir şey yok ama görev tanımları çok belirlidir.”*

Katılımcı 27: *“Bir boşluk düşünmüyorum çünkü çok titizlikle inceleniyor. Tüm incelemeler sonucunda operasyon ve tedavi seçenekleri elenerek yapılıyor.”*

Katılımcı 66: *“Etik boşluk yok ya da ben böyle bir sorunla karşılaşmadım.”*

Katılımcı 74: *“Herhangi bir boşluk yok zaten hastayı asla ihmal edemeyiz. Mesleğimizde el vermez insanlığımız da el vermez.”*

Katılımcı 35: *“Hukuksal olarak hiç bilmiyorum ama ötanazinin yasal olmadığından haberdarım. Ama hastanelerin tedavi işlemlerinde bir aksaklık yok.”*

Katılımcı 8: *“Hukuksal ve etik açıdan bir boşluğun olduğunu düşünmüyorum. Sonuçta ölüm kararı herhangi birinin fayda olarak düşünerek öldürmesine ve karşı tarafın talebine göre alınmasına yol açacak süreç olmamalıdır.”*

Katılımcı 25: *“Tabi ki de bir boşluk yok. Her şey hastanın kendi lehine işliyor”*

Katılımcı 68: *“Yok. Türk Sağlık Sistemi Mevzuatı ve Türk Hukuk Sistemi ile sınırlar net belirlenmiştir.”*

Katılımcı 2: *“Bu konuyla ilgili sağlık hizmetlerinde boşluk yok. Sadece mümkün olan tıbbi destek hastaya verilmelidir ilkesiyle görev yapıyoruz. Tedaviyi sonlandırma doktor, hasta veya hasta yakınına ait bir seçenek değildir.”*

Katılımcı 4: *“Kılavuzlarda kriterleri olan şeylerde bir dayanak mevcut ama hukuksal dayanağı konusunda bilgim yok”*

Katılımcı 36: *“Hukuki boyutu hiç bilmiyorum daim yaşatmak için buradayız.”*

2.6.5.2. Ailesiyle Son Vedasını Gerçekleştirememesi

Bu kodlama yoğun bakım doktorlarından oluşan bir kodlama oldu. Çünkü yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar tercihe bağlı izin ve çıkarma işlemi yapılmıyor. Yasal bir zorunluluk sürecidir. Yatan hastaların aileleri sadece belli görüş saatlerinde kısa vakit görüp çıkıyorlar. O yüzden yoğun bakım hastasını son evreye kadar göremiyorsunuz. Doktorlar izne bağlı çıkmasını tercih ettiklerini ifade ettiler. Çünkü aileleriyle vedalaşma ölüm haline girmiş birey için rahatlatıcı bir süreçtir. Buna müsaade edilmesi gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 78: *“Bence hiçbir boşluk yok. Ama aileler biraz daha yaşlı hastalarına sahip çıkabilirlerse iyi olur sonuçta koca bir ömür yaşanmış, iyisiyle kötüsüyle barışmak lazım. Veda ederken yalnız ölenler de olması üzücü oluyor.”*

Katılımcı 29: *“Var. Örneğin son dönem artık iyileşmesi mümkün olmayan hastalara ileri yaşam desteği sunulması ve cihazlara bağlı yapay yaşama mecbur bırakılması çok büyük bir boşluk. Mesela son dönem kanser hastası, kalp yetersizliği var, doğru dürüst nefes alamıyor. Bu hastanın solunum cihazına takılıp evet belki 2 hafta daha yaşatırsınız makinaya bağlı ama sadece yoğun bakımda bitmiş halde. En azından 1 haftalık ömrünü ailesiyle, çevresiyle, dünyayla geçirmek varken gezen bir hastayken yatağa bağımlı bir hasta haline geliyor. Ama doktor vicdanen rahatsız olsa da yapabileceği bir şey yok. Çıkartamıyorsunuz çünkü doktoru koruyan bir yasa yok.”*

2.6.5.3. Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim

Hastayla veya yakınıyla doktorların direkt iletişim kurmasından aslında doktorlar biraz rahatsız olduklarını dile getirdiler. Çünkü gerek tedavi ve teşhis gerekse son dönem hastaları için uygulama planı ve hastanın gidişatı bazen kriz durumlarına yol açtığını ve başetme konusunda sıkıntı yaşadıklarını ifade ettiler.

Katılımcı 48: *“Bir boşluk yok ama doktor-hasta ilişkilerinde bir aracı bölüm daha olmalı. Yani ölüm haberini pat diye doktordan duyunca hastalar süreci veya krizi yönetemiyor. Doktorun aradan çıkması ve bir arabulucu tarafından ifade edilmesi gerekir.”*

Katılımcı 9: *“Boşluk olarak değil de etik ve destek biriminin aktif olmasını tercih ederdim. Mesela hasta yakınlarına net olarak kanserin son evresini anlatamıyoruz. Ya da hastanın ağırlaşmış gidişatından tam anlamıyla açıklığıyla konuşamıyoruz. Çünkü artık eskisi gibi ölümü ve uğurlanışı kabul etmiyorlar. Doğal ölümü kabul ettiremediğimiz için aslında tüm seçenekleri deneyip hayatta tutamadığımız ve var gücümüzle çabaladığımız hastayı tedaviye cevap vermediğinde sıkıntı yaşamamak için solunum sıkıntısı çekmemesine rağmen solunum cihazına bağlıyoruz ki tedavisi eksik kaldı zorunluluğu oluşmasın diye.”*

Katılımcı 56: *“Etik boşluk şöyle var. Yapıyoruz ancak hasta yakınları bizi tam anlamıyla anlayamıyor. Yas sürecinde hasta yakınları hasta eğer gençse, sağlıklıysa veya ani ölümle olduysa çok hırçın oluyorlar. Bazen bizi o kadar duymuyorlar ki başımız sıkıntıya girecek diye tedirgin olmaktan süreci de yönetemediğimiz oluyor. Psikiyatr servisine aktarabiliyoruz ama sürekli bizim bununla da ilgilenmemiz yorucu olabilir. Manevi destek ve teselli de iyi gelebilir.”*

Katılımcı 77: *“Manevi anlamda insanları daha duyarlı olacak şekilde eğitmeliyiz. Sadece hastaneye gelen hasta, yakını ve doktor için değil tüm çevresinin bilinçlenmesi herkes için büyük kolaylık olacaktır. Hepimiz gerçekten toplumsal duyguyu da yaşayarak ve yaşatarak var oluyoruz.”*

Katılımcı 6: *“Hukuki dayanağımız yok ancak hastanın yakınlarıyla etik olarak görüşüyoruz. Yoğun bakıma alınma gerekliliği, tedaviye cevap yoksa ve sadece hastanın yaşama tutunma süresi en fazla 1 hafta uzayacaksa hastanın bedenini daha da yormadan rahat bir göç olsun diye hasta yakınına bilgilendirme formu imzalatıyoruz.”*

2.6.5.4. Süresiz Tedavi Uygulaması

Aslında bu kodlamalar genel anlamda birbirleriyle bağlantılı durumlardır. Çünkü süresiz tedaviyle iş yükü arttığını, palyatif kısımda da hasta paylaşımı zayıf olduğu için belli gruplar için yığılma olduğunu ifade etmiş oldular. Hekimler malpraktis ve yasal süreçten tedirgin oldukları için ölen hastaya bile kalp masajı yapabileceklerini söylediler.

Katılımcı 17: *“Bazı hastalıkların çaresi olmuyor. Yine de daim ilaç tedavisi zorunluluğumuz var.”*

Katılımcı 19: “Boşluk bir tek tedaviyi sonlandıramıyoruz ve süresiz tedavi ile yorucu bir sürece giriyor hasta. Tıbbın gelişmesiyle skor tablosundan sonra iyileşen olabiliyor.”

Katılımcı 7: “Hastalar için çoğunlukla bilinç olmadığı için böyle talebi pek yapamıyorlar hasta yakını da tedavinin yapılması yönünde talebi olabilir ama zaten uzman olmadıkları için böyle taleple gelen olmadı. Olsaydı da sadece servisteki hasta çıkış alabiliyor yoğun bakıma gelen hasta tedaviden mahrum edilemez. O yüzden süresiz tedavi yönetmelikte mevcut. Bakanlığın bunu belli kriterlere göre ayırmasını tercih ederim.

Katılımcı 12: “Hayır hiçbir boşluk yok. Sadece hukuksal olarak sonlandırılması gereken tedavinin sonlandırılmaması ve süresiz tedavi her açıdan sorun teşkil ediyor. Hastaya, hasta yakınına ve hastane olanaklarına ve doktor enerjisinin verimli dağılımına yük olarak kalıyor.”

Katılımcı 49: “Hiçbir boşluk yok diye düşünüyorum ama zaman verilmeyen uzun süren tedaviler belki olabilir. Sürekli yıllarca bir hasta hastanede tedavi altında kalabiliyor.”

Katılımcı 23: “İnanılmaz bir boşluk var. Birebir görmesem de yurtdışındaki uygulamalarda ölümcül olan hastalara bir form imzalatıyorlar ve bu form yürürlükte işleniyor. Ancak Türkiye’de form işletilse dahi tedaviyi asla kesemiyorsunuz ve rızaları alınıp imzalatılsa bile yoğun bakımdan çıkaramıyorsunuz. Son evreyi evinde rahat geçirmek istese ve de ailesiyle vedalaşma arzusu olsa bile hekimleri koruyan bir dayanak olmayınca çıkışını veremiyorsunuz. Yani hastaneye gelen herkes yaşam belirtisi göstermese bile süresiz tedaviye ve cihazlara mahkûm ediliyor.”

Katılımcı 28: “Bakanlığın sürekli tedavi kısmında biraz sıkıntı var. Çünkü gerçekten kurtulma şansı olan hastalara yoğunlaşamıyoruz.”

Katılımcı 10: “Tedaviyi sonlandırma gibi bir şey zaten olmamalı. Sadece beyin ölümü gerçekleştiyse devam edecek bir yaşam kalmıyor ve organ bağıışı süreci olana kadar organ bakımı yapılıyor. O yüzden bir boşluk var diyemem. Ama bazı hastalarda doğal ölümle 1 hafta içinde olan süreç süresiz tedavi durumuyla 2 hafta daha yoğun bakımda ağırlı ve acılı yapay yaşama uzuyor. Bu bir eksiklik olabilir.”

2.6.5.5. Hekime Yasal Baskı

Katılımcı hekimlerin bazıları yasaların kendilerini korumadıklarını düşündükleri için mağdur olduklarını ve tedaviyi bir baskı altında gerçekleştirdiklerini ifade ettiler. Hastanın iyiliğine bir şeyleri yaparken prosedür takibi yapmak zorunda olduklarını söylediler. Hatta bazen hastanın istenmeyen bir duruma girmesini hemen malpraktis davasına çektiklerini bu yüzden de risk alma konusunda tereddütle yaklaştığını ifade ettiler.

Katılımcı 1: “ Son dönemde hekimlerin yaptığı herşeyi ihlal olarak yorumlayan malpraktis yasaları ve aç gözlü avukatlar nedeniyle korkumuzdan hasta ölmüş olsa bile tedaviye devam ediyoruz. Yani malpraktis ile komplikasyonu ayırt edemeyen hukukçular”

Katılımcı 33: “Aslında verdiğim cevabın devamı gibi olmuş. Evet rahatlama için hastalardan tedavimizi hiç esirgemiyoruz ama sonuçta belli yaştan üstünde bazı seçenekte olan hastaları sağlıklı ve kurtarılmaya müsait genç bireylerle eşit seviyede enerji harcamamızı istiyor sistem. Biri yapay yaşamla hayatın tadı kaçmış nefes alırken diğeri ise çok daha sağlıklı bir birey haline geliyor. Ama ben asla risk almıyorum süreci bakanlığın uygulamasında nasılsa her detayıyla ona uyuyorum. Çünkü özgün bir tedavi uygularsam yasalar beni asla korumuyor. Mesela beyin ölümü gerçekleşmiş bireyin hukuki sorumluluğu da karar verme aşamasında çok önemlidir. Her durumu kitaplarla ve kaynaklarla yürütüyorum. Hastayı da uzunca bir takip skalasında değerlendiriyorum. Her şey resmi şekilde ilerliyor. Ama beyin ölümünde organ donasyonu açısından çok önemli.”

Katılımcı 9: “Boşluk olarak değil de etik ve destek biriminin aktif olmasını tercih ederdim. Mesela hasta yakınlarına net olarak kanserin son evresini anlatamıyoruz. Ya da hastanın ağırlaşmış gidişatından tam anlamıyla açıklığıyla konuşamıyoruz. Çünkü artık eskisi gibi ölümü ve uğurlanışı kabul etmiyorlar. Doğal ölümü kabul ettiremediğimiz için aslında tüm seçenekleri deneyip hayatta tutamadığımız ve var gücümüzle çabaladığımız hastayı tedaviye cevap vermediğinde sıkıntı yaşamamak için solunum sıkıntısı çekmemesine rağmen solunum cihazına bağlıyoruz ki tedavisi eksik kaldı zorunluluğu oluşmasın diye.”

Katılımcı 63: “Etik boşluk bir sürü var. Bazen doktorları hastaya bakma konusunda fazla zorlayıcı yasalar var. İnsanı tedavi ettiğimize bile bazen bin pişman ediyorlar. Tedavi etsek başına bir iş gelse malpraktis duruma sokulabiliyoruz. Tedavi etmesen ölmesine göz yumdun diye ihmalden hukuki yaptırımla karşılaşyoruz. Ne yapsak dayanak yok.”

Katılımcı 3: “Etik ve hukuk olarak bizi destekleyen yasal bir dayanak yok. Son zamanlarda yaşanan sağlık çalışanına şiddet çok arttı. Hastalar doktorlardan çok yüksek beklentileri ile beraber geliyorlar. Yapabileceğimiz her uygulamayı yapmamıza rağmen yine de ölümü yakıştıramadıkları hasta olursa acısını ve öfkesini bizden çıkarıyorlar. O yüzden özellikle kritik alanların ve hastaların yakınlarına psikiyatrik bir tedavi almalarını ve bunu yasal sürece tanımlamaları gerekiyor. Ölümü ve bu süreçte kabul edişi bir şekilde aşmalı ve profesyonel destekle beraber bilgilendirme yapılmalıdır. Her süreçte doktor öne çıktığında doktor da yıpranıyor. Özellikle hassas gruplarda ölüm sarsıcı olduğu için her aşamada hasta yakınlarının desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünüyorum.”

Katılımcı 50: “Evet fazlasıyla var. E şimdi bahsettiğim mesela. Dünyadaki gelişmeleri geç takip ediyoruz kendi üretim ve çözüm sahamız zayıf. Hep var olan tedaviyi yapıyoruz ama yeni bir riske girsek bakanlık bize yasal dayanak sağlamıyor.”

Katılımcı 30: *“Hastaların endikasyonu olmayan, işte işe yaramayacağını bilsen bile mutlaka müdahale zorunluluğu veriyor yasa. Kalbi durmuş, tüm organları bitmiş olsa bile kalp masajı veya şoklama müdahalesi vermek zorundayız. Bu bir boşluk. Mesela hasta sedye takipli ve geri dönüşsüz bir durumda ama yine de sorumluluğumuz bitmiyor.”*

Katılımcı 6: *“Hukuki dayanağımız yok ancak hastanın yakınlarıyla etik olarak görüşüyoruz. Yoğun bakıma alınma gerekliliği, tedaviye cevap yoksa ve sadece hastanın yaşama tutunma süresi en fazla 1 hafta uzayacaksa hastanın bedenini daha da yormadan rahat bir göç olsun diye hasta yakınına bilgilendirme formu imzalıyoruz.”*

Katılımcı 15: *“Var bence. Doktoru koruyan bir yasa olmadığı için bizler baskı altında hizmet vermek durumunda kalıyoruz.”*

Katılımcı 5: *“Yasal bir boşluk yok. Hekime yetki verilmiyor. Bakanlık uygulaması ne diyorsa o. Yoğun bakımdan fayda görmeyeceği durumda hasta yakını bilgilendiriliyor. Yaşam beklentisi olmayan hastalar palyatif bakıma yönlendirilir buna öngörümüz genelde 2 ay ile 6 ay gibi bir süreçteki hastalardır. Boşluk ve ihmal burada devreye girmektedir. Çünkü süresiz tedavi olduğundan yatak meşguliyeti, iş gücünün fazladan kullanılmaması ve palyatif hastayı yoğun bakımda tutmak.. Bunlar birer boşluktur. İş ve enerji paylaşımıyla yetişmek yerine ağır bir yükün, koşturmanın altına girmek gereken hastalara yer açılmaması durumuna sokuyor. Süreçte bize bırakmadan devletin kendi eliyle palyatif bakıma yatırması gerekiyor, doktorlarla hasta yakınlarını karşılaştırmadan. Yasal süreçte palyatif bakım biriminde mesela 10 kanser hastasının 7 si orada yatıyor olmalı.”*

2.6.5.6. Sağlık Personelinin İş Yüğü

Hekimlerin sağlık personeline fazla iş yükü eklendiğini ifade ediyorlar. Bir şekilde palyatif bakım üniteleri, inme merkezleri, yoğun bakım üniteleri sistematik olarak birkaç kısımda veya ayrı binalarda olabilir diyen doktorlarımızda oldu. Sağlık personelinin iş yükü hafifletilirse gerekli kişilere gereken enerjiyle tedavi ve süreç daha verimli hale gelir diye ifade ettiler.

Katılımcı 33: *“Aslında verdiğim cevabın devamı gibi olmuş. Evet rahatlaması için hastalardan tedavimizi hiç esirgemiyoruz ama sonuçta belli yaşın üstünde bazı seçenekte olan hastaları sağlıklı ve kurtarılmaya müsait genç bireylerle eşit seviyede enerji harcamamızı istiyor sistem. Biri yapay yaşamla hayatın tadı kaçmış nefes alırken diğeri ise çok daha sağlıklı bir birey haline geliyor. Ama ben asla risk almıyorum süreci bakanlığın uygulamasında nasılsa her detayıyla ona uyuyorum. Çünkü özgün bir tedavi uygularsam yasalar beni asla korumuyor. Mesela beyin ölümü gerçekleşmiş bireyin hukuki sorumluluğu da karar verme aşamasında çok önemlidir. Her durumu kitaplarla ve kaynaklarla yürütüyorum. Hastayı da uzunca bir takip skalasında*

değerlendiriyorum. Her şey resmi şekilde ilerliyor. Ama beyin ölümünde organ donasyonu açısından çok önemli.”

Katılımcı 28: *“Bakanlığın sürekli tedavi kısmında biraz sıkıntı var. Çünkü gerçekten kurtulma şansı olan hastalara yoğunlaşamıyoruz.”*

Katılımcı 62: *“Belli yaşta ve hastalıktaki insanların yoğun bakımda olması yerine palyatif bakımda olmalı diye bir yasa gelmelidir. Yani biz burada bazen boşuna da çaba sarf etmek durumunda kalıyoruz. Enerjimiz bitiyor elbette ki görevimiz ama bazen huzurlu bir ölüme de müsaade etmek de bizim için insancıl. Kesinlikle öldürmek olarak değil yani 3 günde ölecek hastayı bazen bir ay yatağa bağımlı yaşıyoruz. Bir şekilde gitmek isteyen ve vakti dolana dursun diye hastayı paralıyoruz.”*

Katılımcı 71: *“Boşluk şöyle var yoğun bakım kriterleri fazla düşük. O yüzden en ufak bir sorunda ya da aşılamayan durumda hemen yoğun bakım servisine yatırılıyor. Bunun henüz sistemleştiğini düşünmüyorum.”*

Katılımcı 37: *“Elbette ki var. Mesela artık geri dönüşü olmayan bir yerdeki hastaya yatak, personel enerjisi sağlıyoruz ama bu sefer gerçekten kurtarılabilecek hastaya yetişemiyoruz ya da enerjimizi pay etmek durumunda kalıyoruz. Belli aşamadan sonra sadece destekle ilgilenecek ekiplerin olması gerekiyor.”*

Katılımcı 12: *“Hayır hiçbir boşluk yok. Sadece hukuksal olarak sonlandırılması gereken tedavinin sonlandırılmaması ve süresiz tedavi her açıdan sorun teşkil ediyor. Hastaya, hasta yakınına ve hastane olanaklarına ve doktor enerjisinin verimli dağılımına yük olarak kalıyor.”*

Katılımcı 58: *“Palyatife daha fazla ekip hazırlamalı devlet. Az insan gücüyle çok hasta bakılmı istiyorlar. Her hastanın bakımı özel olmalı diyor ama personel eksikliği olunca kime söyleyeceksin. Hemşirenin de hasta bakıcı veya doktorun on kolu yok ya. Bir şekilde ulaşmak ve yetmek istiyor personel.”*

Katılımcı 13: *“Son yaşam dönemine girmiş hastanın palyatif bakıma devletin yönlendirmesi gerekir işte bu boşluk bizim iş yükümüzü ağırlaştırıyor. Kurtarılması gereken umutlu hastaya yetişmeye çalışıyoruz.”*

Katılımcı 52: *“Sorunun cevabı mı bilmiyorum ama bence doktorlar çok yoruluyorlar ve hastalara yeterince enerjileri pay edemiyorlar. Hastaneler tamamen dolu durumda. Personel sayısı az.”*

2.6.5.7. Sağlık Personeline Manevi Açıdan Destekleyici Yaklaşılması

Bu kodlama Türkiye açısından ötanazi kavramıyla ilgili önemli bir yer edindi. Tüm kaynakları tararken sağlık personeli uygulamalarını sahada görmek ve bizzat klinik sorumlularıyla beraber uygulayışını bilmek, çok daha netlik ifade etti. Hemşirelerin ve sağlık personelinin

yoğun bakım uygulamalarında manevi destek almaları ve yüklerinin hafifletilmesi gerektiğini ifade ettiler. Tükenmişlikle beraber motivasyonu düşen sağlık çalışanlarının manevi olarak rahatlatılması gerekmektedir. Çalıştıkları birimlere özel eğitim almalarını ve ekibin bu şekilde kurulması gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 64: *“Boşluk demeyelim de daha çok yerine ne koyacaklarını bilmemek diyelim. Bir sistem var mesela çalışıyor diye dokunmuyorlar çünkü yerine etkili koyacakları bir sistem bulamamış oluyorlar. Son zamanlarda yoğun bakım, inme merkezi ve palyatif bakım ağır hastaların tedavi gördükleri bölümlerdir. Oraların ekipleri çok özenle seçilmeli.”*

Katılımcı 54: *“Boşluk tabiki var. Sistem yoğun bakım ve servisli yataklarda hemşirelerin, hastane personelinin görevleri denetlenmeli. “*

Katılımcı 65: *“Etik boşluk yok ama uygulama ve uzman yetersizliği olabilir bu sisteme. Bizim içimizde de iş bölümü yapmalı ve yoğun bakım ekipleri tüm çalışanlarla beraber eğitmeli sistem.”*

Katılımcı 59: *“Benim bildiğim kadarıyla yok ama bazen planlarımızı ve ilaç tedavilerin uygulayıcısı olan hemşireler bakım olarak bilmeyebiliyor buda süreci aksatıyor.”*

2.6.5.8. Tedavi Uygulamaları

Tedavi uygulamalarında boşluk veya yasal süreçte hata olduğunu düşünen katılımcı hekim sayısı bir hayli fazla. Hatta uygulamaların düzenlenmesini, denetlenmesini ve bazı durumda doktorlara yasal izin vermesinin talep ettiler.

Katılımcı 50: *“Evet fazlasıyla var. E şimdi bahsettiğim mesela. Dünyadaki gelişmeleri geç takip ediyoruz kendi üretim ve çözüm sahamız zayıf. Hep var olan tedaviyi yapıyoruz ama yeni bir riske girsek bakanlık bize yasal dayanak sağlamıyor.”*

Katılımcı 53: *“Hukuki boşluk şimdi bahsettiğim aşamaydı. İşte güncelleme için ilaç ve tedavi ülkeye biraz geç gelebiliyor. Gerçek bir sistem oturtulmuş ve laboratuvar çalışmalarımız aktif değil o kadar.”*

Katılımcı 18: *“Kesinlikle var. Türkiye’de tedavi kavramına resüsitasyonu dahil etmiyor. Mesela hasta terminal dönemde benim değil başka bir palyatif uzmanın ilgilenmesi gerekiyor. Ama hastayla sonuna kadar ilgileniyoruz fakat hem hukuksal desteğimiz yok hem de insani boyutta da ortada kalmasın sonuna kadar mücadele edelim diyoruz. Yurtdışında süreç farklı mesela orada alması gerekeni veriyorlar. Ama burada hastanın yakasında geziyoruz ve faydası olmasa da gerekmeyen tedaviyi bile denemek durumunda kalıyoruz. Palyatif bakımın önemli ölçüde eksikleri var. İşlemesi gerektiği gibi olmuyor ve bilgileri çok yetersiz. En az 1 yıl eğitim almalılar ve düzenleme becerisini kazanmalılar. Sonuçta gelen hastalar terminal dönemde son yaşam evresinde olabilirler ama hala yaşadıklarını unutmamak lazım.”*

Katılımcı 67: “Sağlık sisteminde bir boşluk değil birçok boşluk var. Şöyle diyebilirim.. mesela ölüm ve yaşam konusunu henüz çözebilmiş değiliz sistem olarak. Ayrıca kime ne kadar emek vermeliyiz onunda bir sistemi yok. Rastgele hangi hastaya ne denk gelirse ona göre bakıyoruz. O yüzden sistem henüz örtüşmüyor ama ben şahsi olarak temel eğitim üzerinden tedavi ediyorum.”

Katılımcı 30: “Hastaların endikasyonu olmayan, işte işe yaramayacağını bilsen bile mutlaka müdahale zorunluluğu veriyor yasa. Kalbi durmuş, tüm organları bitmiş olsa bile kalp masajı veya şoklama müdahalesi vermek zorundayız. Bu bir boşluk. Mesela hasta sedye takipli ve geri dönüşsüz bir durumda ama yine de sorumluluğumuz bitmiyor.”

Katılımcı 14: “Mesela ilaçların dozajları konusunda sıkıntı var. Malzeme düzenlenmesi açısından sıkıntı var. Ayrıca hastanın zorla yaşatılma durumu da biraz bakanlık tarafından baskınlık oluşturuyor. Yani ölümü kabul ediş durumundan halkı kopartıyorlar.”

Katılımcı 38: “Tabi var. Ölümcül hastalıklarda tedaviyi sonlandırma noktasında hukuksal ve etik boşluk var. Hatta bununla ilgili etik komisyonları var. Bir hastanın kalbi durdu, sen kalbe basmaya devam ederken atmaya devam ediyorsa sen basma işlemini durduramazsın. Yani kalp yarım saat atmamışsa niye devam edesin? Ama bir bakıyorsun 2 saat sonra tedavi hasta geri dönüyor. O yüzden tedavi sonlandırma da şu önemli. Hastanın yaşam süresini uzatmak lazım ölüm süresini değil derler. Güzel de bir laf. Bazı durumlarda hastayı yaşattığın zaman bizde bir söz vardır “quality at adjusted life year” (Düzeltilmiş kaliteli yaşam yılı). Bu açıdan önemli. Ama etik sorun zaten var. Paternalizme karşı hastanın kendi isteği ile ölümü istiyor. Ötanazi kabinleri var yurtdışında ve yavaş yavaş ülkeler kabul ediyor bunu. Hatta psikiyatrik ötanazi var intihar aslında ama adı psikiyatrik deyince adı değişiyor. Bunun etik ve hukuksal birçok zemini var ve ülkeler arasında bu değişebiliyor. Ama Türkiye’de tedaviyi sonlandırma diye bir zemin yoktur diye düşünüyorum.”

2.6.5.9. Manevi Bakım Uygulaması

Katılımcılarımızın çoğu manevi bakım birimindeki personeli içselleştirmiş gözüküyorlar hatta yetersiz ve Avrupa tarzında bir çalışma sonucu olduğunu düşünüyorlar. Ancak bazı alanlarda uygulamaya ve sahaya katılması gerektiğini söylediler. Manevi bakım ekibinin özenle yetiştirilmiş personelden olması gerektiğini ama aynı zamanda sağlık sisteminin iç dinamiklerinden gelmediğini ifade ettiler. Hastaların manevi ihtiyaçları konusunda birçok yöntem denenebileceğini söylediler.

Katılımcı 24: “Benim bildiğim boşluk yok sadece manevi açıdan biraz daha farklı bir uygulama yapılabilir.”

Katılımcı 76: “Boşluk diyebilir miyiz bilemiyorum ama mesela hastalar ve aileleri bazı süreçlerde çok hassaslaşıyorlar. Ağlıyorlar, üzüyorlar, depresif hale giriyorlar. Bu durumda bir profesyonel destek almaları gerekiyor. Yani hastaya durumunu, izleyeceği yolu en başında

anlatan biri olmalı. Doktorlar sadece tedavi ile ilgili görüşmeliyiz. Yani psikiyatr tedavisi gerektiğinde yapılıyor ama bence yeterli değil psikolog tarzı terapiler veya manevi olarak destek çok daha rahatlatıcı olabilir diye düşünüyorum.”

Katılımcı 72: *“Ölüm döşeğinde olan hastalara bazen manevi ihtiyaç gerekiyor ama yoğun bakım bu konuda çok sıkı tutuluyor. Aslında maddi ilaçla beraber manevi destekte lazım”*

Katılımcı 51: *“Etik boşluk şöyle var. Hukuku bilemem ama doktorların böyle hayati durumlarda manevi destek de sağlayacak bir ekiple konsülte devam etmelidir. Yani şunu diyorum doktor diyelim ki visite çıktıysa yanında bir manevi bir de psikolog ekibi olması gerekiyor. Hastanın tercihiyle ilgili ilerlemeli.”*

Katılımcı 56: *“Etik boşluk şöyle var. Yapıyoruz ancak hasta yakınları bizi tam anlamıyla anlayamıyor. Yas sürecinde hasta yakınları hasta eğer gençse, sağlıklıysa veya ani ölümle olduysa çok hırçın oluyorlar. Bazen bizi o kadar duymuyorlar ki başımız sıkıntıya girecek diye tedirgin olmaktan süreci de yönetemediğimiz oluyor. Psikiyatr servisine aktarabiliyoruz ama sürekli bizim bununla da ilgilenmemiz yorucu olabilir. Manevi destek ve teselli de iyi gelebilir.”*

Katılımcı 77: *“Manevi anlamda insanları daha duyarlı olacak şekilde eğitmeliyiz. Sadece hastaneye gelen hasta, yakını ve doktor için değil tüm çevresinin bilinçlenmesi herkes için büyük kolaylık olacaktır. Hepimiz gerçekten toplumsal duyguyu da yaşayarak ve yaşatarak var oluyoruz.”*

2.6.5.10. Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları

Palyatif bakım uygulamaları hastanın artık yaşam için son evrelerini görmesi ve hiçbir tedaviye cevap vermeyen bedenini artık sürekli girdi çıktı işlemler yerine rahat ağrısız beslenmesine ve bakımına dikkat ederek yaşatıldığı uygulamalardır. Mevcut durumu kontrol edilir ve stabil tutulur. Hekimlerimizden bazıları bu uygulamaların işleyişinde boşluk olduğunu düşündüler. Aslında ötanazi kavramıyla ilgili anahtar kelimelerden biri de bu palyatif uygulamalardır. Hekimlerin görüşleri şu şekildedir.

Katılımcı 57: *“Boşluk değil öneri verebilirim. Palyasyon için çok ihtiyaç var ve yeterli ekip yok Türkiye’de. Özel bir süreçte takip edilmeli hastalar evine yollamak bazı durumlarda meşakkatli oluyor hasta için.”*

Katılımcı 37: *“Elbetteki var. Mesela artık geri dönüşü olmayan bir yerdeki hastaya yatak, personel enerjisi sağlıyoruz ama bu sefer gerçekten kurtarılabilecek hastaya yetişemiyoruz ya da enerjimizi pay etmek durumunda kalıyoruz. Belli aşamadan sonra sadece destekle ilgilenecek ekiplerin olması gerekiyor.”*

Katılımcı 18: *“Kesinlikle var. Türkiye’de tedavi kavramına resüsitasyonu dahil etmiyor. Mesela hasta terminal dönemde benim değil başka bir palyatif uzmanın ilgilenmesi gerekiyor. Ama*

hastayla sonuna kadar ilgileniyoruz fakat hem hukuksal desteğimiz yok hem de insani boyutta da ortada kalmasın sonuna kadar mücadele edelim diyoruz. Yurtdışında süreç farklı mesela orada alması gerekeni veriyorlar. Ama burada hastanın yakasında geziyoruz ve faydası olmasa da gerekmeyen tedaviyi bile denemek durumunda kalıyoruz. Palyatif bakımın önemli ölçüde eksikleri var. İşlemesi gerektiği gibi olmuyor ve bilgileri çok yetersiz. En az 1 yıl eğitim almalılar ve düzenleme becerisini kazanmalılar. Sonuçta gelen hastalar terminal dönemde son yaşam evresinde olabilirler ama hala yaşadıklarını unutmamak lazım.”

Katılımcı 73: *“Mental retardasyonu olan ya da ciddi bilişsel yıkımı olan kronik ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavilerle ilgili sorumlulukları yürütemedikleri durumlarda aile desteği de yoksa yada aile bireyinin de zihinsel engeli varsa bu hastaların tedavi yönetimleri tedavi sonlandırmaya kadar gidebilmektedir. Bazen atanan vasiler de gereken sorumluluğu almamaktadır. Bu tür hastaların belki devlet eliyle bakım kurumlarında tedavilerinin sürdürülmesi desteklenebilir.”*

Katılımcı 13: *“Son yaşam dönemine girmiş hastanın palyatif bakıma devletin yönlendirmesi gerekir işte bu boşluk bizim iş yükümüzü ağırlaştırıyor. Kurtarılması gereken umutlu hastaya yetişmeye çalışıyoruz.”*

Katılımcı 16: *“Var tabiki de. Palyatif bakımla ilgili sorun var. Bakanlığın daha aktif bir süreç işletmeli ve son evrelerini palyatif bakımda geçirmelerini sağlamalıdır.”*

Katılımcı 5: *“Yasal bir boşluk yok. Hekime yetki verilmiyor. Bakanlık uygulaması ne diyorsa o. Yoğun bakımdan fayda görmeyeceği durumda hasta yakını bilgilendiriliyor. Yaşam beklentisi olmayan hastalar palyatif bakıma yönlendirilir buna öngörümüz genelde 2 ay ile 6 ay gibi bir süreçteki hastalardır. Boşluk ve ihmal burada devreye girmektedir. Çünkü süresiz tedavi olduğundan yatak meşguliyeti, iş gücünün fazladan kullanılmaması ve palyatif hastayı yoğun bakımda tutmak.. Bunlar birer boşluktur. İş ve enerji paylaşımıyla yetişmek yerine ağır bir yükün, koşturmanın altına girmek gereken hastalara yer açılmaması durumuna sokuyor. Süreçte bize bırakmadan devletin kendi eliyle palyatif bakıma yatırması gerekiyor, doktorlarla hasta yakınlarını karşılaştırmadan. Yasal süreçte palyatif bakım biriminde mesela 10 kanser hastasının 7 si orada yatıyor olmalı.”*

Katılımcı 62: *“Belli yaşta ve hastalıktaki insanların yoğun bakımda olması yerine palyatif bakımda olmalı diye bir yasa gelmelidir. Yani biz burada bazen boşuna da çaba sarf etmek durumunda kalıyoruz. Enerjimiz bitiyor elbette ki görevimiz ama bazen huzurlu bir ölüme de müsaade etmek de bizim için insancıl. Kesinlikle öldürmek olarak değil yani 3 günde ölecek hastayı bazen bir ay yatağa bağımlı yaşıyoruz. Bir şekilde gitmek isteyen ve vakti dolana dursun diye hastayı paralıyoruz.”*

Katılımcı 32: *“Boşluk olarak palyatif bakımın daha da düzenlenmesi ve gerekli ayrımı yapan sistemin kurulması gerekir. Keyfe bırakılırsa hangi hastanın ne tarafta olması gerektiği konusunda ihmaller gelir.”*

Katılımcı 58: *“Palyatife daha fazla ekip hazırlamalı devlet. Az insan gücüyle çok hasta bakalım istiyorlar. Her hastanın bakımı özel olmalı diyor ama personel eksikliği olunca kime söyleyeceksin. Hemşirenin de hasta bakıcı veya doktorun on kolu yok ya. Bir şekilde ulaşmak ve yetmek istiyor personel.”*

2.6.5.11. Suni Yaşam Sorunu

Tedavi sonlandırılmadığı için maalesef hastanın son anına kadar işlem yapmak durumunda kalıyoruz bu da hastanın ölüm süresini sıkıntılı hale getirip uzattıkça hastayı bunalımlı bir ölüme sebep olabiliyor dediler. Aynı zamanda katılımcı hekimler herkes için umut vardır ama bazı kriterler yolun sonuna geldiğini gösteriyor o yüzden bazen rahat ve konforlu bir ölüm sağlamak istiyoruz fakat yasal durumlar bize bunun desteğini vermiyor. Yaşı, hastalığı, evresi ne olursa olsun sürünse de yaşatmak için sürekli ilaç verin diyorlar biz hekimlere gibi ifadeler kullandılar.

Katılımcı 62: *“Belli yaşta ve hastalıktaki insanların yoğun bakımda olması yerine palyatif bakımda olmalı diye bir yasa gelmelidir. Yani biz burada bazen boşuna da çaba sarf etmek durumunda kalıyoruz. Enerjimiz bitiyor elbette ki görevimiz ama bazen huzurlu bir ölüme de müsaade etmek de bizim için insancıl. Kesinlikle öldürmek olarak değil yani 3 günde ölecek hastayı bazen bir ay yatağa bağımlı yaşıyoruz. Bir şekilde gitmek isteyen ve vakti dolana dursun diye hastayı paralıyoruz.”*

Katılımcı 45: *“Bence yok ama bazı kriterlerin önünü açmaları gerekiyor. Mesela belli yaşta olan ve belli hastalıklarda yıpranan bireyleri daha fazla zorlamamak gerekiyor diye düşünüyorum.”*

Katılımcı 75: *“Boşluk olarak ötanazi yasal değil. Ölümle kurtulacak insanın aylarca sürünmesine müsaade etmek bir boşluktur.”*

Katılımcı 14: *“Mesela ilaçların dozajları konusunda sıkıntı var. Malzeme düzenlenmesi açısından sıkıntı var. Ayrıca hastanın zorla yaşatılma durumu da biraz bakanlık tarafından baskınlık oluşturuyor. Yani ölümü kabul ediş durumundan halkı kopartıyorlar.”*

Katılımcı 38: *“Tabi var. Ölümcül hastalıklarda tedaviyi sonlandırma noktasında hukuksal ve etik boşluk var. Hatta bununla ilgili etik komisyonları var. Bir hastanın kalbi durdu, sen kalbe basmaya devam ederken atmaya devam ediyorsa sen basma işlemini durduramazsın. Yani kalp yarım saat atmamışsa niye devam edesin? Ama bir bakıyorsun 2 saat sonra tedavi hasta geri dönüyor. O yüzden tedavi sonlandırma da şu önemli. Hastanın yaşam süresini uzatmak lazım ölüm süresini değil derler. Güzel de bir laf. Bazı durumlarda hastayı yaşattığın zaman bizde bir söz vardır “quality at adjusted life year” (Düzeltilmiş kaliteli yaşam yılı). Bu açıdan önemli. Ama etik sorun zaten var. Paternalizme karşı hastanın kendi isteği ile ölümü istiyor. Ötanazi kabinleri var yurtdışında ve yavaş yavaş ülkeler kabul ediyor bunu. Hatta psikiyatrik ötanazi var intihar aslında ama adı psikiyatrik deyince adı değişiyor. Bunun etik ve hukuksal birçok zemini var ve*

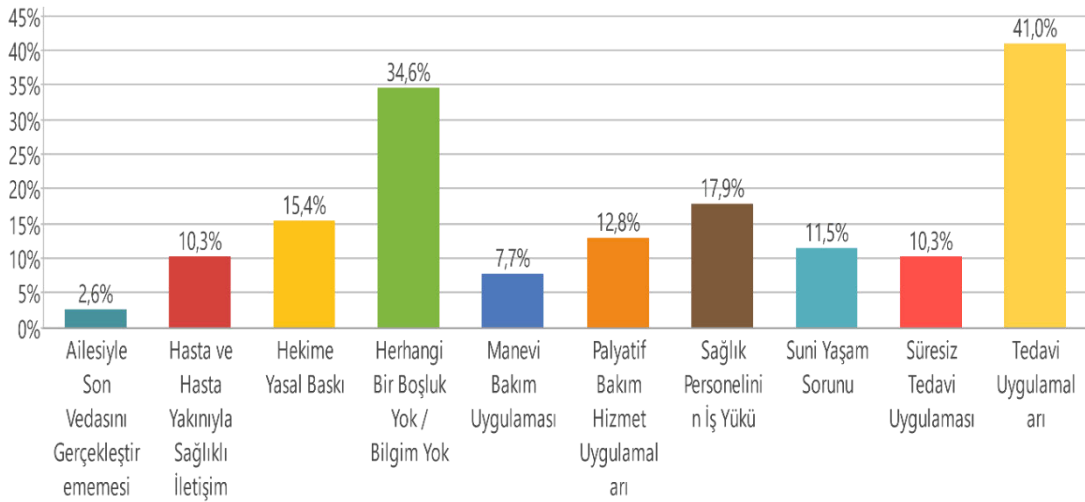
ülkeler arasında bu değişebiliyor. Ama Türkiye’de tedaviyi sonlandırma diye bir zemin yoktur diye düşünüyorum.”

Katılımcı 10: “Tedaviyi sonlandırma gibi bir şey zaten olmamalı. Sadece beyin ölümü gerçekleştiyse devam edecek bir yaşam kalmıyor ve organ bağıışı süreci olana kadar organ bakımı yapılıyor. O yüzden bir boşluk var diyemem. Ama bazı hastalarda doğal ölümle 1 hafta içinde olan süreç süresiz tedavi durumuyla 2 hafta daha yoğun bakımda ağırlı ve acılı yapay yaşama uzuyor. Bu bir eksiklik olabilir.”

Katılımcı 29: “Var. Örneğin son dönem artık iyileşmesi mümkün olmayan hastalara ileri yaşam desteği sunulması ve cihazlara bağıı yapay yaşama mecbur bırakılması çok büyük bir boşluk. Mesela son dönem kanser hastası, kalp yetersizliğı var, doğru dürüst nefes alamıyor. Bu hastanın solunum cihazına takılıp evet belki 2 hafta daha yaşatırsınız makinaya bağıı ama sadece yoğun bakımda bitmiş halde. En azından 1 haftalık ömrünü ailesiyle, çevresiyle, dünyayla geçirmek varken gezen bir hastayken yatağı bağıımlı bir hasta haline geliyor. Ama doktor vicdanen rahatsız olsa da yapabileceğı bir şey yok. Çıkartamıyorsunuz çünkü doktoru koruyan bir yasa yok.”

Katılımcı 31: “Yorgun bir bedeni daha da hırpalayın diyor sistem. Kişinin ölümünü doğal olarak yaşamasını gerçekleştiremiyoruz hep girdi çıktı süreci hastayı mahvediyor. Bu bir boşluktur bence”

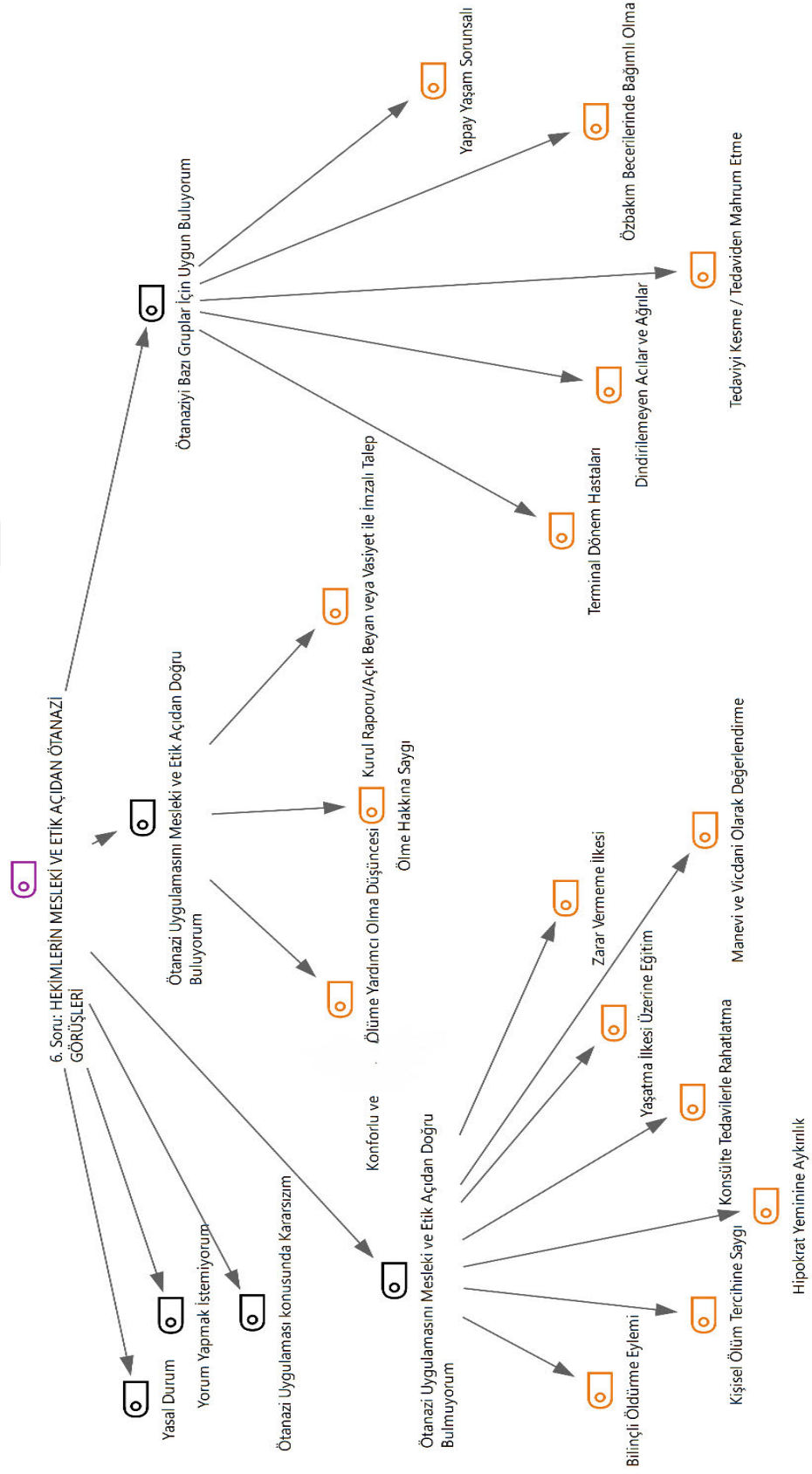
5. Soru: TEDAVİ VE ÖLÜM KONUSUNDA ETİK VE HUKUKSAL BOŞLUK



Şekil 2.10. Katılımcıların tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğı ilişkin değerlendirmelerine ilişkin yüzdelik oranları

Tablo 2.13. Katılımcıların tedavi ve ölüm konusunda etik ve hukuksal boşluğa ilişkin değerlendirmeleri

	Belgeler	Yüzde
Ailesiyle Son Vedaını Gerçekleştirememesi	2	2,56
Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim	8	10,26
Hekime Yasal Baskı	12	15,38
Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok	27	34,62
Manevi Bakım Uygulaması	6	7,69
Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları	10	12,82
Sağlık Personelinin İş Yüğü	14	17,95
Suni Yaşam Sorunu	9	11,54
Süresiz Tedavi Uygulaması	8	10,26
Tedavi Uygulamaları	32	41,03
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.11. Katılımcıların hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerine ilişkin kodlar

2.6.6. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerine ilişkin bulgular

Ötanazi araştırmasının geçerli ve güvenilir temel sorularından bir tanesidir. Sorunun maksadı, ötanazi uygulaması mesleki tanım içerisinde yer alıp, tıp eğitimlerine göre ve doktorun meslek etiği gereği karar vermesi lazım olsaydı, uzmanın nasıl bir tavır sergileyeceği bu soruyla belirlenmiş oldu. Özellikle uzman yardımı diye belirtme sebebi, yasal olan ülkelerde ötanazi uygulamasında her zaman doktor ya da uzman doktor statüsünde değil normal bir aile hekimi, ya da onay verilen bakım evlerinde çalışan sağlık personeli de uygulayabilmektedir. O yüzden uzman yardımıyla ölüm konusunda değerlendirmeleri aldıkları eğitim ve uygulamadaki hekimlik tecrübesi ile mesleğin etik açıdan katkısına göre görüşmeler yapıldı. Doktorların çoğunluğu ötanaziyi olumlu değerlendirmede ama azımsanmayacak kadar doktor pasif ötanazi kavramına destek verdi. Çalışmada bahsettiğim gibi yoğun bakım, inme merkezi, ketem, onkoloji ve palyatif bakım birimlerindeki doktorların görüşleri objektif olarak alındı ve nitel araştırma kodlaması verilen cevaplara göre belirlendi. (katılımcıların 6.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek- 7 Tablo 7'**dan ulaşabilirsiniz)

2.6.6.1. Yasal Durum

Yasal açıdan değerlendiren hekimlerin kodlamasıdır. Bazı hekimler yasal olmadığı için uygun görmediğini bazıları ötanazinin yasal olması gerektiğini dile getirdi. Hastanın durumuna ve yasal işleyişe göre de fikrinin ve uygulayışın şekil alacağını ifade eden grup oldu. Katılımcıların görüşleri şu şekilde oldu.

Katılımcı 19: *"Biz böyle bir şeye alışkın değiliz. Türkiye'de yasal olmadığı için uygulamasını tam anlamıyla hangi durumlarda mevcut yasal bilmiyorum. Ama Palyatifte gördüğümüz bazı hastalar için acılar dayanılmaz bir hal alıyor. Doktor olarak ölüme karar verici olmak istemezdim. Vicdanen de rahatsızlık duyardım."*

Katılımcı 29: *"Gayet uygun görüyorum hatta olması bile gerekiyor."*

Katılımcı 43: *"Hukuksal açıdan destek verilmeli gerekli kanunlarla desteklenmelidir."*

Katılımcı 47: *"Mesleki açıdan da etik açıdan da anormal değil bu şeyler. Doğduktan sonra zaten hepimiz bir şekilde öleceğiz. Ama neden çok acılar içinde ölmeye mahkum olalım ya da sakat bir dünyada hep muhtaç şekilde kalbimizin durmasını bekleyelim sonuçta her türlü ölüm var. Yasal olursa aktif de uygulayım."*

Katılımcı 64: *"Mesleki açıdan hiçbir sakınca görmüyorum. Ama hastanın bizzat kendisinden onay alarak yapılmalı. Hatta kendi vasiyetime de yazacağım yasal olursa yaşlandığımda hemen ötanazi yapılıns bana."*

Katılımcı 45: *“Yani eğer yasal olursa uygulamaktan geri durmam. Sonuçta insan için bu mesleği yapıyoruz. İnsanın ölmesi daha iyi bir seçenekse tabiki de uygularım. Doktor olarak bu bizim vazifemiz aynı zamanda kolay ve rahat ölüm”*

Katılımcı 44: *“Yasal olarak engellenmesinin bir insan hakkı ihlali olduğunu düşünüyorum.”*

Katılımcı 69: *“Mesleki olarak gerekli buluyorum ancak yasal açıdan müdahale gerekiyor çünkü kişisel çıkarlar için kullanılmaya çok açık bir uygulamadır.”*

2.6.6.2. Yorum Yapmak İstemiyorum

Aktif olarak katılan gönüllü olan hekimimiz, ötanazi konusundaki sorulara “cevaplamak istemiyorum” diye görüş belirtti.

Katılımcı 25 *“Yorum yapmak istemiyorum.”*

2.6.6.3. Ötanazi Uygulaması Konusunda Kararsızım

Ötanazi konusunda kararsız kalan katılımcı hekimler vicdani olarak aslında olmaz desek de bazen öyle hastalarla karşılaşırız ki olabilir demeden de kendimizi alamıyoruz dedi. Bunların eğitim sistemimizde yer almamasından dolayı genel şartlar hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ancak başına gelirse ve yasal olursa süreci kendi içinde değerlendireceklerini ifade ettiler. Hem mesleki hem etik açıdan kararsız kesimin uygulamaya onay veya ret durumu yoktur.

Katılımcı 67: *“Ben mesleki açıdan böyle bir eğitim ile yetişmiş olsaydım onu da düşünebilirdim. Bizim için son evre ölüm demek yani eylemsizliğin başladığı yer. Ama öldürmek bir eylem hali yani hastayla henüz işimiz bitmedi demek oluyor. İşte bilemiyorum o günün şartlarını.”*

Katılımcı 71: *“Dediğim gibi mesleğimiz gereği olarak da düşünsem biraz kafa karıştırıcı buluyorum. Büyük de konuşmak istemiyorum. Ama kendim yapamazdım çünkü ben hastadan yeri geliyor vitamin ihtiyacı olmasa bile üzüldüğüm için vitamin veriyorum hatta kesmem gereken yerde kesemiyorum biraz daha toparlansın diye. Herhalde birinin ölümünü yapamazdım.”*

Katılımcı 49: *“Mesleki açıdan ölümü sadece imkânların bittiği yer olarak görüyoruz nasıl onu bir imkân gibi insanlara uygulamayı yaparız bilemiyorum.”*

Katılımcı 61: *“Dediğim gibi bu konu çok çetrefilli açıkçası. Bir yandan çok sıkıntıya girmiş bir hastaya ötanazi ile de yardım etmek, acılarını dindirmek gibi geliyorken bir yandan da aslında doğal bir ölüm olmadığından vicdani konular da devreye giriyor.”*

2.6.6.4. Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum

Ötanazi uygulamasını doğru bulmayan katılımcı hekimler birçok görüş belirttiler. Genel başlıklar altında değindikleri nokta; Bilinçli öldürme eylemi, kişisel ölüm tercihinine saygı, Hipokrat yemini aykırı, konsülte tedavilerle rahatlatma, yaşatma ilkesi üzerine eğitim, manevi değerler ve vicdani olarak değerlendirme ve zarar vermeme ilkesi üzerine odaklanmış görüşmeler gerçekleştirildi. Genel olarak sadece doğru bulmuyorum diyen katılımcılarda oldu. İfadeleri şu şekilde kaynağa tarandı.

Katılımcı 22: *“Ahlaki ve dini inançlarım gereği doğru bulmuyorum.”*

Katılımcı 4: *“Doğru Bulmuyorum “*

Katılımcı 39: *“Ötanazi uygun değildir. Ama ölüm sürecini geciktirecek tıbbi uygulamalardan kaçınılabılır.”*

Katılımcı 40: *“Etik bulmuyorum”*

2.6.6.4.1. Bilinçli öldürme eylemi

Bir insanı bile isteye hayatına son verme eyleminden ve bu kararı verecek olanın yasal olsaydı kendi olacağından rahatsız olan katılımcı hekimlerden birkaçı durumu ileri boyuta taşıyarak *“katil miyiz biz”* ifadesini kullandı. Belki manevi anlamda insanı hala seven, değer veren, büyüklerimize küçüklerimize olan sevgimiz, aidiyet duygumuz çok daha baskın olduğunu hissettim bazı katılımcılarla.

Katılımcı 51: *“Asla uygun değil ve desteklemiyorum. Hatta ileri bir söylem olacak belki insan hainliğidir bu aslında. Zaten öleceğiz neyini hızlandıracaksın bu işin..”*

Katılımcı 27: *“Ben bir hekim olarak birini öldürmekten sorumlu olmak istemem. Benim hekim olarak haklarım elbette ki var ama bu yetkiyi asla birini öldürme olarak kullanmam. Öldürmek sadece tek taraflı bir eylem değildir. O işin psikolojik yükünü de omuzlamak istemiyorum. Herkes için her şey acısız olsun isterim. Yani bir tedavi alacaksa bile canı acısın istemem.”*

Katılımcı 37: *“Bunu aslında uzun bir zaman sorguladım, düşündüm. Aslında kendi mesleğim açısından da uygun görmüyorum. Biri ölmek istiyor diye başka biri buna yardım adı altında ölümünü gerçekleştirmesine sağlık diyemeyiz.”*

Katılımcı 46: *“Etik açıdan doğru bulmuyorum. Bir insanın ölmesine bir doktor asla neden olmamalıdır.”*

Katılımcı 56: *“Etik bulmuyorum doktorluğum gereği yaşatmak için varız öldürmek bizim değil katillerin işi.”*

Katılımcı 16: “Hayır hiçbir şekilde etik değildir. Biz yaşatmak için eğitim aldık. Nasıl vicdanımız el verip öldürebiliriz bir insanı. Biz katil miyiz?”

Katılımcı 48: “Hiçbir şekilde uygun değil. Bir kere öldürmek için varsak niye onca çaba ile eğitim alıyoruz. Kitapları karıştırarak sabahlıyoruz, bir insan daha hayata tutunsun diye mücadele ediyoruz. Ölmesinler diye çabalarken başka bir saldırı insana geliyor. Ona da doktor seni uyutarak öldürsün diye.”

Katılımcı 34: “Olumsuz. Bir hekim olarak iyileştiremediğimde ölsün deme hakkım yok.”

Katılımcı 9: “Ötanaziye tasvip etmiyorum her iki anlamda da. Başta içinde bulunduğum mesleğin temel ilkesi olan Hipokrat yeminine aykırı. Doktor yaşatmak için vardır ve ölüm eninde sonunda olacaktır her yaşayan için. Ama öldürmek doktorun vazifesi değildir. Bu bakışım sadece dini açıdan değildir. Etik olarak da böyle olmalıdır.”

Katılımcı 21: “Toplum olarak ötanazi bizim insanımızın anlayışla karşılayabileceği bir durum değil bunun da farkında olarak ben doğru bulmuyorum etik anlamda ülkesine göre farklılıklar olabilir Biz dini anlamda kendi yaşamımıza son verme hakkımız olmadığını bildiğimiz için yapılan iş benim gözümde cinayet yapan kişi katil gibi adlandırılabilir”

Katılımcı 73: “Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan son derece sıkıntılı bir durum olarak değerlendiriyorum. 'Neden bu kişiler uzman yardımıyla öldürülmeli? Neden bu talepleri var? Neden şimdi bu taleple geliyorlar? Bu konudaki uzman kimdir?' soruları aklıma geliyor. Bu insanların ölümü bu kadar istemelerine neden olacak ruhsal faktörlerin ciddi bir şekilde ele alınıp incelenmesi gerektiği kanaatindeyim. Örneğin major depresif bozuklukta bireyler hayattan tat almazlar ve hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünerek intihar girişiminde bulunurlar. Hâlbuki major depresif bozukluk tedavi edilebilir bir durumdur. Yani böyle bir durumda hastayı tedavi etmek yerine uzman yardımıyla öldürecek miyiz? Psikiyatri pratiğinde intiharlar nasıl bulaşıcı ise uzman yardımıyla ölüm konusunun yasallaştırılmasının da özendirme yoluyla bulaşıcı olabileceğini düşünüyorum. Uzman yardımıyla ölüm yerine bireylerin zorluklarla baş etmede ego gücünün ve ruhsal dayanıklılıklarının artırılmasının önemli olduğu kanaatindeyim. Çocukluk çağından itibaren çocukların ihmal ve travmatik yaşantılar açısından yasal haklarının korunmasının, ruhsal dayanıklılığı artırmaya yönelik okullarda kurumsal eğitimlerin verilmesinin bireylerin ruhsal dayanıklılıklarını artırarak uzman yardımıyla ölüm konusundaki taleplerin azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyorum.

Katılımcı 62: “Aslında mesleki açıdan kimse etik ve uygundur diyemez. Doktorluk en azından öldürmek için yapılan bir meslek değil. Bu sınırı çok iyi koruyan bir gruptur. Yani ucu açık felan da değildir. Eskiden doktorun bir şey yapamayacağı durumlarda ya hasta kendini öldürür ya da doktor hayatına bir şekilde devam edecek duruma getirirdi ama ilaç iyileştirmediyse öldürebiliriz diyebilir mi bir doktor.”

Katılımcı 70: “Benim mesleğim katil olmak değildir. Bunu bir kenarda tutarak cevap vermem gerekiyorsa ölüm son çaresiz kısımdır. Kimseyi o çaresizliğe özellikle itmek insanlığa sığmaz. Zaten ülkemiz ona uygun bir yer değil.”

Katılımcı 66: “Bizim meslek tanımında böyle bir eğitim söz konusu değil. Ahlaki ve etik açıdan toplumumuza da uygun değil. Bunlar hep Avrupa ülkelerinin mükemmel birey arayışından kaynaklı sorunlar. Sorun diyorum çünkü temeline bakarsa araştırmalar tamamen insan ayıklamak işleri güçleri.”

Katılımcı 65: “Doktor olarak uygun değil biz niye insan öldürelim, bu kadar yaşatmaya çabalıyoruz. Bir de dediğim gibi suistimale açık bir alan kesinlikle iyi niyet barındıran bir uygulama değil.”

Katılımcı 60: “Hipokrat yemininde de hatırladığım kadarıyla yasaktı ve bizde okul okurken hep yaşatma ilkesine dayanarak öğrenim gördük. İlkelerimizi belirleyip içimize işledik şimdi yeni kavram getiriyorlar ki adı öldürün diye. İnsanlık çok ilginç bir hal aldı.”

Katılımcı 77: “Mesleğim açısından hiç uygun değil bence. Ne yani hasta zaten ölecek diye elimizden geleni yapmayalım mı? Bir gün daha bulutları, güneşin doğuşunu ya da ailesinin sarılmasını, uğurlamasını elinden mi alalım hasta diye. Belki de sabredecek ve onun mükâfatını görecek. Yaşarken toprağa bile isteye gömmek ne zamandan beri insancıl oldu.”

2.6.6.4.2. Kişisel ölüm tercihine saygı

Bu kodlamayı görünce ilk izlenim olarak nasıl doğru bulmayıp tercihe saygı duyulur denilebilir ama kodlamanın cevaplarına göre şekil aldığını şöyle ifade edeyim; hastaya ötanazi uygulamak istemeyen veya doğru bulmayan katılımcı hekimlerin hastanın intiharına karışmayacağını ve tercihine saygı duyduğunu belirtti. Yani ölmek isteyen hekimleri karıştırmamasın kendi de halledebilir diye görüşmeden ayrı bir görüş belirtti.

Katılımcı 10: “Ben kendi açımdan ötanazi uygulayıcısı olmam özellikle de bunun uzman yardımıyla yapılmasını hiç doğru bulmuyorum. Dayanamayan insanın kendisi de bu eylemi gerçekleştirebilir ve hayatına son verebilir.”

Katılımcı 37: “Bunu aslında uzun bir zaman sorguladım, düşündüm. Aslında kendi mesleğim açısından da uygun görmüyorum. Biri ölmek istiyor diye başka biri buna yardım adı altında ölümünü gerçekleştirmesine sağlık diyemeyiz.”

2.6.6.4.3. Hipokrat yeminine aykırılık

Modern tıp eğitim sisteminin öncüsü olan Hipokrat anlayışıyla yetişen hekimlerin, temel aldıkları eğitimin mesleğe edilen yemine aykırı olduğunu düşündüler.

Katılımcı 2: *“Hekimce ana öğreti Hipokrat’ın zarar verme ilkesidir. Ölüm bir canlı için önemli zarar verme potansiyeli taşıdığından uzman yardımıyla ölüm doğru bir yaklaşım değildir.”*

Katılımcı 9: *“Ötanaziye tasvip etmiyorum her iki anlamda da. Başta içinde bulunduğum mesleğin temel ilkesi olan Hipokrat yeminine aykırı. Doktor yaşatmak için vardır ve ölüm eninde sonunda olacaktır her yaşayan için. Ama öldürmek doktorun vazifesi değildir. Bu bakışım sadece dini açıdan değildir. Etik olarak da böyle olmalıdır.”*

Katılımcı 60: *“Ötanaziye tasvip etmiyorum her iki anlamda da. Başta içinde bulunduğum mesleğin temel ilkesi olan Hipokrat yeminine aykırı. Doktor yaşatmak için vardır ve ölüm eninde sonunda olacaktır her yaşayan için. Ama öldürmek doktorun vazifesi değildir. Bu bakışım sadece dini açıdan değildir. Etik olarak da böyle olmalıdır.”*

2.6.6.4.4. Konsülte tedavilerle rahatlatma

Bir hastayı öldürmek yerine sıkıntının temelini inip çözüme kavuşturup tedavi etmeyi tercih ettiklerini ifade ettiler. Hastanın psikolojik bunalımı varsa ağrısı varsa tedavi uygulanır ve hastanın sıkıntısı giderilir.

Katılımcı 24: *“Ben kendi mesleğim adına doğru bulmuyorum. Başkası adına ölüme karar veremem. Hasta içinde doktor içinde zor bir durumdur. Sağlıklı bireyin depresif halinden ölümü seçip uygulanması zaten mantıklı değil. Ama acı çeken son evre hastalıklar için acıdan kurtulmanın tek yolu ölmek değildir. Birçok dozda ağrı kesiciler mevcuttur. Sıkıntısını giderecek alternatiflere bakarım”*

Katılımcı 57: *“Bizim mesleğimize göre bu sistem asla aynı formatta olamaz diye düşünüyorum. Zaten çok acılı bir hale geldiğinde hasta o sırada mantıklı düşünemez. Psikolojik destek de verilerek dayanma gücü artırılır.”*

Katılımcı 52: *“İnsanları öldürmenin bir yolunu bulmuşlar gibi geldi bana. Çünkü zaten çok ağırlı ve tedavisiz bir hasta uzun yıllar yaşayacak durumda değil. Ama gerek ağrı kesici gerek yatak gerek personel meşgul olmasın diye öldürmeyi yasalaştırmış olabilirler.”*

Katılımcı 73: *“Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan son derece sıkıntılı bir durum olarak değerlendiriyorum. 'Neden bu kişiler uzman yardımıyla öldürülmeli? Neden bu talepleri var? Neden şimdi bu taleple geliyorlar? Bu konudaki uzman kimdir?' soruları aklıma geliyor. Bu insanların ölümü bu kadar istemelerine neden olacak ruhsal faktörlerin ciddi bir şekilde ele alınıp incelenmesi gerektiği kanaatindeyim. Örneğin major depresif bozuklukta bireyler hayattan tat almazlar ve hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünerek intihar girişiminde bulunurlar. Hâlbuki major depresif bozukluk tedavi edilebilir bir durumdur. Yani böyle bir durumda hastayı tedavi etmek yerine uzman yardımıyla öldürecek miyiz? Psikiyatri pratiğinde intiharlar nasıl bulaşıcı ise uzman yardımıyla ölüm konusunun yasallaştırılmasının da özendirme yoluyla bulaşıcı olabileceğini düşünüyorum. Uzman yardımıyla ölüm yerine bireylerin*

zorluklarla baş etmede ego gücünün ve ruhsal dayanıklılıklarının artırılmasının önemli olduğu kanaatindeyim. Çocukluk çağından itibaren çocukların ihmal ve travmatik yaşantılar açısından yasal haklarının korunmasının, ruhsal dayanıklılığı artırmaya yönelik okullarda kurumsal eğitimlerin verilmesinin bireylerin ruhsal dayanıklılıklarını artırarak uzman yardımıyla ölüm konusundaki taleplerin azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyorum.”

Katılımcı 68: “Bunu talep edenlerin her yönden (sosyal, ekonomik, psikolojik,...)ayrıntılı değerlendirilmesi, konu ile ilgili çok ayrıntılı bilgi verilmesi ve karar verme sürecinin zamana yayılmasını öneririm.”

2.6.6.4.5. Yaşatma ilkesi üzerine eğitim

Hekimlik meslek tanımlamasında yaşatmak üzerine eğitim aldıklarını ve insanın ölümü yaşatma ilkesine dahil olmadığını belirttiler. Ölüm bizim ve hastanın mücadelesinin bittiği yerdir. Yani öldürme eylemi bizim yapabileceğimiz ve karar alabileceğimiz bir durum değildir dediler.

Katılımcı 35: “Aldığımız eğitime ters. Bizler iyileştirme ve tedavi üzerine eğitim alıyoruz. Bizim öğrendiğimiz anlayışla ötanazi çıkışıyor.”

Katılımcı 31: “Doğru bulmuyorum yaşatmak için eğitim aldık öldürmek hiç kimseye düşmez.”

Katılımcı 59: “Eğitimlerimizde ölüm son ve bitıştır görevimiz gereği. Bizler özellikle öldürmek için eğitim almadık hatta öldürmek için bu mesleğin hayalini kurarak seçmedik. O yüzden hiçbir maneviyata sığmaz. Ben biraz maneviyatın şifa getirdiğine inanan doktorum belki çok bilimsel gelmeyebilir ama.”

Katılımcı 56: “Etik bulmuyorum doktorluğum gereği yaşatmak için varız öldürmek bizim değil katillerin işi.”

Katılımcı 16: “Hayır hiçbir şekilde etik değildir. Biz yaşatmak için eğitim aldık. Nasıl vicdanımız el verip öldürebiliriz bir insanı. Biz katil miyiz?”

Katılımcı 48: “Hiçbir şekilde uygun değil. Bir kere öldürmek için varsak niye onca çaba ile eğitim alıyoruz. Kitapları karıştırarak sabahlıyoruz, bir insan daha hayata tutunsun diye mücadele ediyoruz. Ölmesinler diye çabalarken başka bir saldırı insana geliyor. Ona da doktor seni uyutarak öldürsün diye.”

Katılımcı 17: “İnsan için hep umudu hayal etmek gerekir. Yaşamın doğasına uygun yaşamak ve yaşatmak için varız.”

Katılımcı 34: “Olumsuz. Bir hekim olarak iyileştiremediğimde ölsün deme hakkım yok.”

Katılımcı 53: “Pek uygulayacağımı düşünmüyorum mesleki olarak biz yaşatmaya yönelik bakıyoruz bir insanı nasıl öldürebiliriz pek aklım da almıyor.”

Katılımcı 28: “Uygun görmüyorum ölüm bir hekimin işi değil. Tedavi edersin işe yaramazsa doğal sürecine zarar vermeden yormadan takipte kalırsın ama iyileşmiyorsa öldürelim kavramını kabul etmiyorum”

Katılımcı 62: “Aslında mesleki açıdan kimse etik ve uygundur diyemez. Doktorluk en azından öldürmek için yapılan bir meslek değil. Bu sınırı çok iyi koruyan bir gruptur. Yani ucu açık felan da değildir. Eskiden doktorun bir şey yapamayacağı durumlarda ya hasta kendini öldürür ya da doktor hayatına bir şekilde devam edecek duruma getirirdi ama ilaç iyileştirmediyse öldürebiliriz diyebilir mi bir doktor.”

Katılımcı 60: “Hipokrat yemininde de hatırladığım kadarıyla yasaktı ve bizde okul okurken hep yaşatma ilkesine dayanarak öğrenim gördük. İlkelerimizi belirleyip içimize işledik şimdi yeni kavram getiriyorlar ki adı öldürün diye. İnsanlık çok ilginç bir hal aldı.”

2.6.6.4.6. Manevi ve vicdani olarak değerlendirme

Ötanaziyi kabul etmeyen katılımcıların manevi ve vicdani olarak uygun bulmadıklarını ve canı veren biz değiliz ki almak bizim elimizde olsun diye belirttiler. Aynı zamanda hekimlerin genel tutumlarına bakıldığında çoğu fikri bu temel taş üzerinden belirledikleri anlaşılıyor.

Katılımcı 14: “Aktif olması biraz etik dışı, zaten legal olan ülkeler mevcut ve yasal olan ülkelerin belli sav üzerine göre değerlendirme yapılıyor. Yani çok isteyen o tarz bir ülkede tercihini yapabilir. Ama bizim kültürümüzde, inancımızda ve tıp açısından değerlendirilme biçimimiz bunu uygun görmez.”

Katılımcı 51: “Asla uygun değil ve desteklemiyorum. Hatta ileri bir söylem olacak belki insan hainliğidir bu aslında. Zaten öleceğiz neyini hızlandıracaksın bu işin..”

Katılımcı 27: “Ben bir hekim olarak birini öldürmekten sorumlu olmak istemem. Benim hekim olarak haklarım elbette ki var ama bu yetkiyi asla birini öldürme olarak kullanmam. Öldürmek sadece tek taraflı bir eylem değildir. O işin psikolojik yükünü de omuzlamak istemiyorum. Herkes için her şey acısız olsun isterim. Yani bir tedavi alacaksa bile canı acısın istemem.”

Katılımcı 24: “Ben kendi mesleğim adına doğru bulmuyorum. Başkası adına ölüme karar veremem. Hasta içinde doktor içinde zor bir durumdur. Sağlıklı bireyin depresif halinden ölümü seçip uygulanması zaten mantıklı değil. Ama acı çeken son evre hastalıklar için acıdan kurtulmanın tek yolu ölmek değildir. Birçok dozda ağrı kesiciler mevcuttur. Sıkıntısını giderecek alternatiflere bakarım”

Katılımcı 19: “Biz böyle bir şeye alışkın değiliz. Türkiye’de yasal olmadığı için uygulamasını tam anlamıyla hangi durumlarda mevcut yasal bilmiyorum. Ama Palyatifte gördüğümüz bazı hastalar için acılar dayanılmaz bir hal alıyor. Doktor olarak ölüme karar verici olmak istemezdim. Vicdanen de rahatsızlık duyardım.”

Katılımcı 72: “Desteklemiyorum. Uygun olduğunu da düşünmüyorum. Başka doktor arkadaşlar ne düşünüyor bilemiyorum ama uygulayan kişide vicdan merhamet kalmış olamaz. İyice deformasyona girmiştir.”

Katılımcı 31: “Doğru bulmuyorum yaşatmak için eğitim aldık öldürmek hiç kimseye düşmez.”

Katılımcı 30: “Doğru ve etik bulmuyorum. Hayatı biz vermedik ki biz alalım.”

Katılımcı 59: “Eğitimlerimizde ölüm son ve bitişir görevimiz gereği. Bizler özellikle öldürmek için eğitim almadık hatta öldürmek için bu mesleğin hayalini kurarak seçmedik. O yüzden hiçbir maneviyata sığmaz. Ben biraz maneviyatın şifa getirdiğine inanan doktorum belki çok bilimsel gelmeyebilir ama.”

Katılımcı 48: “Hiçbir şekilde uygun değil. Bir kere öldürmek için varsak niye onca çaba ile eğitim alıyoruz. Kitapları karıştırarak sabahlıyoruz, bir insan daha hayata tutunsun diye mücadele ediyoruz. Ölmesinler diye çabalarken başka bir saldırı insana geliyor. Ona da doktor seni uyutarak öldürsün diye.”

Katılımcı 11: “Ötanazi bilim olarak bakacak olursak belki olabilir ama dini ve etik değerler açısından ölümün uygulayıcısı olmak istemem. Özellikle kurtarılabilir bir hasta için sırf beyan verdi ya da tedaviyi reddetti diye hastanın tedavisini kesip mahrum etmem.”

Katılımcı 9: “Ötanazi tasvip etmiyorum her iki anlamda da. Başta içinde bulunduğum mesleğin temel ilkesi olan Hipokrat yeminine aykırı. Doktor yaşatmak için vardır ve ölüm eninde sonunda olacaktır her yaşayan için. Ama öldürmek doktorun vazifesi değildir. Bu bakışım sadece dini açıdan değildir. Etik olarak da böyle olmalıdır.”

Katılımcı 21: “Toplum olarak ötanazi bizim insanımızın anlayışla karşılayabileceği bir durum değil bunun da farkında olarak ben doğru bulmuyorum etik anlamda ülkesine göre farklılıklar olabilir Biz dini anlamda kendi yaşamımıza son verme hakkımız olmadığını bildiğimiz için yapılan iş benim gözümde cinayet yapan kişi katil gibi adlandırılabilir”

Katılımcı 5: “Uzman yardımıyla öldürmekten ziyade teselli ederiz. Asla etik açıdan da mesleki açıdan da yapılmaz. Yapılırsa da suistimal etmek demektir mesleği. Bizim topraklarımızda yetişmiş uzmanlarda yapmaz. Yani bu coğrafyanın insanı aktif olarak ölmesine isteyerek sebep olmaz.”

Katılımcı 73: “Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan son derece sıkıntılı bir durum olarak değerlendiriyorum. 'Neden bu kişiler uzman yardımıyla öldürülmeli? Neden bu talepleri var? Neden şimdi bu taleple geliyorlar? Bu konudaki uzman kimdir?' soruları aklıma geliyor. Bu insanların ölümü bu kadar istemelerine neden olacak ruhsal faktörlerin ciddi bir şekilde ele alınıp incelenmesi gerektiği kanaatindeyim. Örneğin major depresif bozuklukta bireyler hayattan tat almazlar ve hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünerek intihar girişiminde bulunurlar. Hâlbuki major depresif bozukluk tedavi edilebilir bir durumdur. Yani böyle bir durumda hastayı tedavi etmek yerine uzman yardımıyla öldürecek miyiz? Psikiyatri

pratiğinde intiharlar nasıl bulaşıcı ise uzman yardımıyla ölüm konusunun yasallaştırılmasının da özendirme yoluyla bulaşıcı olabileceğini düşünüyorum. Uzman yardımıyla ölüm yerine bireylerin zorluklarla baş etmede ego gücünün ve ruhsal dayanıklılıklarının artırılmasının önemli olduğu kanaatindeyim. Çocukluk çağından itibaren çocukların ihmal ve travmatik yaşantılar açısından yasal haklarının korunmasının, ruhsal dayanıklılığı artırmaya yönelik okullarda kurumsal eğitimlerin verilmesinin bireylerin ruhsal dayanıklılıklarını artırarak uzman yardımıyla ölüm konusundaki taleplerin azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyorum.”

Katılımcı 77: *“Mesleğim açısından hiç uygun değil bence. Ne yani hasta zaten ölecek diye elimizden geleni yapmayalım mı? Bir gün daha bulutları, güneşin doğuşunu ya da ailesinin sarılmasını, uğurlamasını elinden mi alalım hasta diye. Belki de sabredecek ve onun mükâfatını görecektir. Yaşarken toprağa bile isteye gömmek ne zamandan beri insancıl oldu.”*

2.6.6.4.7. Zarar vermeme ilkesi

Katılımcı doktorların hastaya zarar verecek ölüme sebep olmak istemediklerini ifade ettiler.

Katılımcı 27: *“Ben bir hekim olarak birini öldürmekten sorumlu olmak istemem. Benim hekim olarak haklarım elbette ki var ama bu yetkiyi asla birini öldürme olarak kullanmam. Öldürmek sadece tek taraflı bir eylem değildir. O işin psikolojik yükünü de omuzlamak istemiyorum. Herkes için her şey acısız olsun isterim. Yani bir tedavi alacaksa bile canı acısın istemem.”*

Katılımcı 2: *“Hekimce ana öğretisi Hipokrat’ın zarar verme ilkesidir. Ölüm bir canlı için önemli zarar verme potansiyeli taşıdığından uzman yardımıyla ölüm doğru bir yaklaşım değildir.”*

2.6.6.5. Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum

Ötanazi uygulamasını uygun şartlar sağlanırsa uygulanacağını ifade eden katılımcı görüşüdür. Kodlamaya katılan uygun buluyorum diyen katılımcılar aktif ve pasif şekilde olmasını da kabul ediyor.

Katılımcı 15: *“Bence etik dışı bir uygulama değil. Gereken durumda ötanazi yapılmalıdır.”*

Katılımcı 29: *“Gayet uygun görüyorum hatta olması bile gerekiyor.”*

Katılımcı 12: *“Hastanın kendi talebi ise olabilir. Kendi şahsi durumunda bile vasiyet olarak öyle bir duruma düşersem bilinçsizlik halinde tedavinin yapılmamasını hatta imkan ve yasal süreçte onay olursa aktif olarak da talep edeceğim.”*

Katılımcı 43: *“Hukuksal açıdan destek verilmeli gerekli kanunlarla desteklenmelidir.”*

Katılımcı 75: *“Mesleğimin buna uygun olduğunu düşünüyorum. Sonuçta çekip bıçaklamıyoruz ya ağırlar içinde öldürmüyoruz. Bilakis ağırsız ölüm olsun diye bebek gibi uyutup uygulanıyor.”*

Katılımcı 55: “Ötanaziye destekliyorum hatta insanın onurlu şekilde ölmesi de çok kıymetli. Bunu yasallaştırmak insan özgürlüğüne bir adım daha atmaktır. Bırakın insanlar nasıl hayatta kalmak istiyorsa nasıl ölmek istiyorsa özgür olsunlar. Aktif olarak da gayet verimli uygulayım.”

Katılımcı 45: “Yani eğer yasal olursa uygulamaktan geri durmam. Sonuçta insan için bu mesleği yapıyoruz. İnsanın ölmesi daha iyi bir seçenekse tabiki de uygulayım. Doktor olarak bu bizim vazifemiz aynı zamanda kolay ve rahat ölüm”

Katılımcı 44: “Yasal olarak engellenmesinin bir insan hakkı ihlali olduğunu düşünüyorum.”

Katılımcı 45: “Yaşamak gibi ölüm de etiktir.”

Katılımcı 7: “Ben insan hayatının yapay uzamasından ve birçok hastalığın süreklilik haline gelmesinden, şehir hayatının insanı bireyselleştirip yalnızlaştırmasından dolayı etik açıdan ölüm kararını almasını makul karşılıyorum.”

Katılımcı 20: “Bence uygun olabilir. Durumları çok fazla içselleştirmemize gerek yok. Mesleki açıdan da bir sakınca görmüyorum.”

Katılımcı 64: “Mesleki açıdan hiçbir sakınca görmüyorum. Ama hastanın bizzat kendisinden onay alarak yapılmalı. Hatta kendi vasiyetime de yazacağım yasal olursa yaşlandığımda hemen ötanazi yapılırsın bana.”

Katılımcı 69: “Mesleki olarak gerekli buluyorum ancak yasal açıdan müdahale gerekiyor çünkü kişisel çıkarlar için kullanılmaya çok açık bir uygulamadır.”

Katılımcı 33: “Olumlu bakıyorum. Hasta yakını için belli şartlar sağlanırsa oda olabilir. Özellikle hastanın bilinçli beyanla sağlam argümana dayanıyorsa uygulayım”

2.6.6.5.1. Konforlu ölüme yardımcı olma düşüncesi

Bu kodlamanın katılımcıları hastanın onurlu ve rahat bir şekilde ölmesine yardımcı olmayı tercih ettiklerini ifade ettiler.

Katılımcı 58: “Gayette olmalı. Zaten her gün elimizde insanlar ölüyor. Yani korkutucu bir tablo gibi gelsin. Burası ölümün çok sık yaşandığı birimdir. Ölecek diye palyatife gönderirler. E niye hasta beklesin ki ölüm anını. Gayette onurlu bir şekilde ölümü uygulardım.”

Katılımcı 3: “Her hastanın kendine özgü bir durumu vardır ve bazı hastalar bazen ölüm çok büyük bir kurtuluş olabilmektedir. Cevap veremeyecek ve hiçbir bakım sürecini bir daha hiç yapamayacak hastanın onurlu bir ölüm olarak tercih edilebilir. Uzman yardımıyla ölüm olsaydı sürünmeden ölebilirdi.”

Katılımcı 75: “Mesleğimin buna uygun olduğunu düşünüyorum. Sonuçta çekip bıçaklamıyoruz ya ağrılar içinde öldürmüyoruz. Bilakis ağrısız ölüm olsun diye bebek gibi uyutup uygulanıyor.”

Katılımcı 55: “Ötanaziye destekliyorum hatta insanın onurlu şekilde ölmesi de çok kıymetli. Bunu yasallaştırmak insan özgürlüğüne bir adım daha atmaktır. Bırakın insanlar nasıl hayatta kalmak istiyorsa nasıl ölmek istiyorsa özgür olsunlar. Aktif olarak da gayet verimli uygularam.”

Katılımcı 45: “Yani eğer yasal olursa uygulamaktan geri durmam. Sonuçta insan için bu mesleği yapıyoruz. İnsanın ölmesi daha iyi bir seçenekse tabiki de uygularam. Doktor olarak bu bizim vazifemiz aynı zamanda kolay ve rahat ölüm”

Katılımcı 63: “Bence kişinin onurlu ölümüne de saygı duymak gerekir. Doktor olarak vazifem sağlıkla ilgili tüm uygulamaları kapsar. Ölmek istiyorsa ve gerçekten yaşamak artık zulümse ölümü gerçekleştirmek niye etik olmasın?”

2.6.6.5.2. Ölme hakkına saygı

İnsanların tercihlerine ve ölme seçimine saygı duydukları için ötanazi yaparım diyen katılımcının söz ettiği kodlamadır.

Katılımcı 55: “Ötanaziye destekliyorum hatta insanın onurlu şekilde ölmesi de çok kıymetli. Bunu yasallaştırmak insan özgürlüğüne bir adım daha atmaktır. Bırakın insanlar nasıl hayatta kalmak istiyorsa nasıl ölmek istiyorsa özgür olsunlar. Aktif olarak da gayet verimli uygularam.”

Katılımcı 63: “Bence kişinin onurlu ölümüne de saygı duymak gerekir. Doktor olarak vazifem sağlıkla ilgili tüm uygulamaları kapsar. Ölmek istiyorsa ve gerçekten yaşamak artık zulümse ölümü gerçekleştirmek niye etik olmasın?”

2.6.6.5.3. Kurul raporu/açık beyan veya vasiyet ile imzalı talep

Bu kodlama ölme hakkına saygı kodlamasının bir alt şartı da sayılabilir. Ölme hakkına saygı duyan bireyin ancak şahsi olarak başvuru yapmışsa ya da imzalı vasiyetnamesi varsa uapabileceklerini ifade etti. Aynı zamanda suistimale sebep olmamak için kurul raporunun da olması şartıyla uygulayacağını ifade etti.

Katılımcı 12: “Hastanın kendi talebi ise olabilir. Kendi şahsi durumumda bile vasiyet olarak öyle bir duruma düşersem bilinçsizlik halinde tedavinin yapılmamasını hatta imkan ve yasal süreçte onay olursa aktif olarak da talep edeceğim.”

Katılımcı 64: “Mesleki açıdan hiçbir sakınca görmüyorum. Ama hastanın bizzat kendisinden onay alarak yapılmalı. Hatta kendi vasiyetime de yazacağım yasal olursa yaşlandığımda hemen ötanazi yapilsın bana.”

Katılımcı 33: “Olumlu bakıyorum. Hasta yakını için belli şartlar sağlanırsa oda olabilir. Özellikle hastanın bilinçli beyanI sağlam argümana dayanıyorsa uygularam”

Katılımcı 23: “Ölümcül hastalıkların son evresinde olanlara bir heyetle beraber karar alınırsa olumlu bakıyorum. Ama bu aşamada Psikiyatr bölümüne temyiz açısından çok büyük bir pay düşüyor.”

Katılımcı 69: “Mesleki olarak gerekli buluyorum ancak yasal açıdan müdahale gerekiyor çünkü kişisel çıkarlar için kullanılmaya çok açık bir uygulamadır.”

2.6.6.6. Ötanaziyi Bazı Gruplar İçin Doğru Buluyorum

Ötanaziye bazı gruplar için özellikle son dönem ağırlı acılı hastalar için, çaresi bulunamayan hastalıktaki insanlar için, cihaza bağlı bitkisel hayata girmiş yapay yaşam sorunu yaşayan hastalar için olabilir diyen katılımcılar oldu. Aslında çoğunlukta sıkıntılı hasta grupları gördükleri için süreci sonuca bağlama hissinden dolayı bu ifadeleri kullandıklarını düşünüyorum. Yani aylarca yoğun bakımda yatıp sonucunda yürüyerek değil vefat ederek çıktıklarını gördüklerini söylediler. Aylarca insan gibi yaşamadıklarını savundular. Tedavilerin süreli tutulmasını istediler ama bir yandan doktorları dinlerken şunu düşündüm ya yürüyerek çıksaydı yine o ayları zayıf olarak mı düşünecektik?

Katılımcı 76: “Bazı grupların ölümle kurtulacağına inanıyorum o yüzden mesleki olarak uygun görüyorum. Hem aktif hem pasif uygulamam da.”

Katılımcı 74: “Çok ağır evredeyse ve artık sadece palyasyon ile yaşıyorsa diyelim 5 ay ya da 8 hafta çok ağırlı yaşayacağına ölüm bana aykırı gelmiyor ya da tam içimizde olmadığı için de uzaktan da kolay gelebilir bize. Ama uygulamak için çok alışmak lazım. Yoksa yapılabilecek kolay bir şey değil.”

Katılımcı 1: “Öyle hastalar var ki ömrünü çözümsüz ileri evre kanser hastalığı ile, bu hastalığın ağırları ile geçiren, gece gündüz uyumadan, yiyip içmeden hayatını ızdırap ile geçiren. Kriterler çok çok çok kusutlu tutularak belirli küçük bir hasta kesimi için uygulanabilir”

Katılımcı 50: “O aşamaya gelirsek mesleki açıdan hiçbir problem görmüyorum. Herkes mutlaka sonsuza kadar yaşamalı diyemem ama sağlığı olan bireye değil tamamen ölümcül durumda olanlara yapardım. Belki de herkese de yapabilirdim

Katılımcı 13: “Mesleki açıdan hayat kurtarmak, hastalara çare olmak ve aramak için varız ve yetiştirildik. Ama çaresi yoksa ve süreçte hasta çok ağır acılara maruz kalıyorsa ve yasal olarak da uygunsa neden olmasın?”

Katılımcı 23: “Ölümcül hastalıkların son evresinde olanlara bir heyetle beraber karar alınırsa olumlu bakıyorum. Ama bu aşamada Psikiyatr bölümüne temyiz açısından çok büyük bir pay düşüyor.”

Katılımcı 54: “Ya olabilir tabiki etik olarak da bir anormal görmüyorum. Sonuçta artık üst düzey ağrı kesicilerin bile geçirmediği ağrılar var. E öleceği de çok belli niye ölürken uzun bir vakit acı çeksin. Bence insanlık adına uygulanabilir.”

Katılımcı 36: “Ötanazi yasal değil ve bununla ilgili hiçbir eğitim almadık. Ama pasif ötanazi elbette ki olabilir”

2.6.6.6.1. Terminal dönem hastaları

Katılımcı 1: “Öyle hastalar var ki ömrünü çözümsüz ileri evre kanser hastalığı ile, bu hastalığın ağrıları ile geçiren, gece gündüz uyumadan, yiyip içmeden hayatını ızdırap ile geçiren. Kriterler çok çok çok kusıtlı tutularak belirli küçük bir hasta kesimi için uygulanabilir”

Katılımcı 26: “Ben aslında çok anormal bir durum görmüyorum. Önemli olan hastanın sıkıntısını gidermektir. Eğer hastanın sıkıntısı ölümle giderilecekse neden olmasın?”

Katılımcı 74: “Çok ağır evredeyse ve artık sadece palyasyon ile yaşıyorsa diyelim 5 ay ya da 8 hafta çok ağrılı yaşayacağına ölüm bana aykırı gelmiyor ya da tam içimizde olmadığı için de uzaktan da kolay gelebilir bize. Ama uygulamak için çok alışmak lazım. Yoksa yapılabilecek kolay bir şey değil.”

Katılımcı 38: “Hayatı uzatmakla ölümü uzatmak arasında fark var. Hani bunun kriterini belirlemek zordur. Bazı durumlarda ölüm kurtuluş olabiliyor. Özellikle çekilen acı, manevi acılar sebebiyle tercih etmiş olabilir ama tıp teknolojileri geliştirdi yani tıbbi acıları azaltılsa fikri değişebilir. Ama manevi acılar, yük olma hissi veya fazlalık olma hissi, anlamsızlık vs. onları başka türlü aşması gerekir. Zaten mesleki olarak ötanazi olsa çok ciddi bir yük olur etik komisyonlarına.”

Katılımcı 50: “O aşamaya gelirsek mesleki açıdan hiçbir problem görmüyorum. Herkes mutlaka sonsuza kadar yaşamalı diyemem ama sağlığı olan bireye değil tamamen ölümcül durumda olanlara yapardım. Belki de herkese de yapabilirdim.”

Katılımcı 47: “Mesleki açıdan da etik açıdan da anormal değil bu şeyler. Doğduktan sonra zaten hepimiz bir şekilde öleceğiz. Ama neden çok acılar içinde ölmeye mahkum olalım ya da sakat bir dünyada hep muhtaç şekilde kalbimizin durmasını bekleyelim sonuçta her türlü ölüm var. Yasal olursa aktif de uygulayım.”

2.6.6.6.2. Dindirilemeyen acılar ve ağrılar

Bazı hastalıkların son evresi, travmatik kazalar ve multi organ yetmezliğinde hastanın vücudunda verdiği savaş sonunda çok sancılı bir sürece girmiş olabilir. Yüksek dozda ağrı kesicilerin aynı zamanda ömür kısaltıcı niteliği taşıdığını tezin literatür kısmında açıkladım.

Tahribe uğrayan vücudun ağrı ve acı eşiğinin yükselmesi ve sık talep eden vücudunun artık yaşam standadını bozduğunu düşünmesi hastayı intihara ya da ötanazi kavramına sıcak bakmaya yöneltebiliyor şekilde katılımcılar yarı yapılandırılmış program olarak ifade ettiler. Ancak dünyada tıp bilimi için dindirilemeyen acı yok fakat manevi ızdırabı görmek mümkün olmaz.

Katılımcı 19: *“Biz böyle bir şeye alışkın değiliz. Türkiye’de yasal olmadığı için uygulamasını tam anlamıyla hangi durumlarda mevcut yasal bilmiyorum. Ama Palyatifte gördüğümüz bazı hastalar için acılar dayanılmaz bir hal alıyor. Doktor olarak ölüme karar verici olmak istemezdim. Vicdanen de rahatsızlık duyardım.”*

Katılımcı 74: *“Çok ağır evredeyse ve artık sadece palyasyon ile yaşıyorsa diyelim 5 ay ya da 8 hafta çok ağırlı yaşayacağına ölüm bana aykırı gelmiyor ya da tam içimizde olmadığı için de uzaktan da kolay gelebilir bize. Ama uygulamak için çok alışmak lazım. Yoksa yapılabilecek kolay bir şey değil.”*

Katılımcı 38: *“Hayatı uzatmakla ölümü uzatmak arasında fark var. Hani bunun kriterini belirlemek zordur. Bazı durumlarda ölüm kurtuluş olabiliyor. Özellikle çekilen acı, manevi acılar sebebiyle tercih etmiş olabilir ama tıp teknolojileri geliştirdi yani tıbbi acıları azaltılsa fikri değişebilir. Ama manevi acılar, yük olma hissi veya fazlalık olma hissi, anlamsızlık vs. onları başka türlü aşması gerekir. Zaten mesleki olarak ötanazi olsa çok ciddi bir yük olur etik komisyonlarına.”*

Katılımcı 47: *“Mesleki açıdan da etik açıdan da anormal değil bu şeyler. Doğduktan sonra zaten hepimiz bir şekilde öleceğiz. Ama neden çok acılar içinde ölmeye mahkum olalım ya da sakat bir dünyada hep muhtaç şekilde kalbimizin durmasını bekleyelim sonuçta her türlü ölüm var. Yasal olursa aktif de uygulayım.”*

Katılımcı 13: *“Mesleki açıdan hayat kurtarmak, hastalara çare olmak ve aramak için varız ve yetiştirildik. Ama çaresi yoksa ve süreçte hasta çok ağır acılara maruz kalıyorsa ve yasal olarak da uygunsa neden olmasın?”*

2.6.6.6.3. Tedaviyi kesme / tedaviden mahrum etme

Hastanın bazı durumlarda kendi haline bırakılması gerektiğini ve bedeni çok yormaması gerektiğini düşünen katılımcılar oldu. Hekimler bir önceki maddelerde belirttiğim gibi süresiz tedavi yerine bazen de vücudunu yoracak işlemleri bırakıp içsel mücadeleye fırsat tanınması gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 18: *“Çok üzerinde düşünmedim ama çok yanlış olduğunu düşünmediğim bir durum. Hasta acı çekiyorsa ve mevcut durumunun değişmeyeceği kesinleşmişse sıcak bakıyorum. Çünkü hem hastaya hem yakınlarına hem de sağlık sistemine yük teşkil ediyor. Belli kriterlere göre*

uygun olabilir. Mesela kaza sonucu beyin travması gerçekleşmiş bir hasta için en iyisi doğal ölümüne bırakmak ya da aktif olarak sonuç alınabilir.”

Katılımcı 36: *“Ötanazi yasal değil ve bununla ilgili hiçbir eğitim almadık. Ama pasif ötanazi elbette ki olabilir”*

2.6.6.6.4. Yapay yaşam sorunsalı

Bazen ölümün evresine girmiş bir hastayı fazla cihaz ve ilaç takviyesiyle 4-5 günde ölmesi gereken süreyi 1 aya çıkartıp tamamen yatağa bağlı bilinci kapalı halde yapay yaşama mahkum ediyoruz dediler. O yüzden yapay yaşam sorunsalının olduğunu ve bazı anlarda bırakılması gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 7: *“Ben insan hayatının yapay uzamasından ve birçok hastalığın süreklilik haline gelmesinden, şehir hayatının insanı bireyselleştirip yalnızlaştırmasından dolayı etik açıdan ölüm kararını almasını makul karşılıyorum.”*

Katılımcı 38: *“Hayatı uzatmakla ölümü uzatmak arasında fark var. Hani bunun kriterini belirlemek zordur. Bazı durumlarda ölüm kurtuluş olabiliyor. Özellikle çekilen acı, manevi acılar sebebiyle tercih etmiş olabilir ama tıp teknolojileri gelişti yani tıbbi acıları azaltılsa fikri değişebilir. Ama manevi acılar, yük olma hissi veya fazlalık olma hissi, anlamsızlık vs. onları başka türlü aşması gerekir. Zaten mesleki olarak ötanazi olsa çok ciddi bir yük olur etik komisyonlarına.”*

2.6.6.6.5. Özbakım becerilerinde bağımlı olma

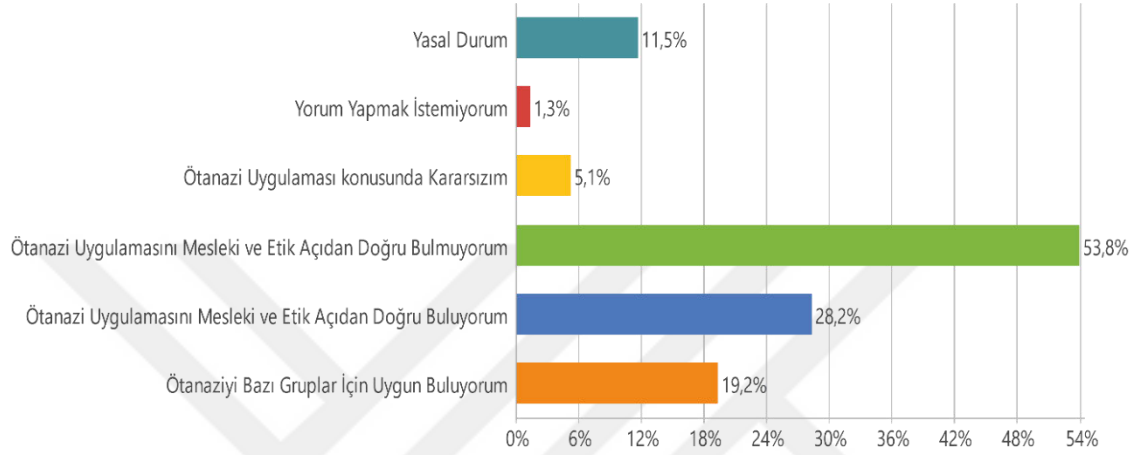
İnsanın temel olarak gördüğü bağımsızlık ve özgür irade kısmında alabileceği en büyük darbe sanırım bağımlı hale gelme durumudur. Ama daha acı bir şey varsa ait olduğu yerde yük olarak görülmesi. Doktorların bu aşamada ailelerinin eskisi gibi hastalarına hürmet etmediklerini, evde bakımda zorlandıklarını, dışarıda çalışan olduğu için bakacak kimsenin olmaması gibi durumlarda bağımlı hastaların ölümle kurtuluşa ereceğini düşündükleridir.

Katılımcı 74: *“Çok ağır evredeyse ve artık sadece palyasyon ile yaşıyorsa diyelim 5 ay ya da 8 hafta çok ağırlı yaşayacağına ölüm bana aykırı gelmiyor ya da tam içimizde olmadığı için de uzaktan da kolay gelebilir bize. Ama uygulamak için çok alışmak lazım. Yoksa yapılabilecek kolay bir şey değil.”*

Katılımcı 47: *“Mesleki açıdan da etik açıdan da anormal değil bu şeyler. Doğduktan sonra zaten hepimiz bir şekilde öleceğiz. Ama neden çok acılar içinde ölmeye mahkum olalım ya da sakat bir dünyada hep muhtaç şekilde kalbimizin durmasını bekleyelim sonuçta her türlü ölüm var. Yasal olursa aktif de uygulayım.”*

Katılımcı 3: “Her hastanın kendine özgü bir durumu vardır ve bazı hastalar bazen ölüm çok büyük bir kurtuluş olabilmektedir. Cevap veremeyecek ve hiçbir bakım sürecini bir daha hiç yapamayacak hastanın onurlu bir ölüm olarak tercih edilebilir. Uzman yardımıyla ölüm olsaydı sürünmeden ölebilirdi.

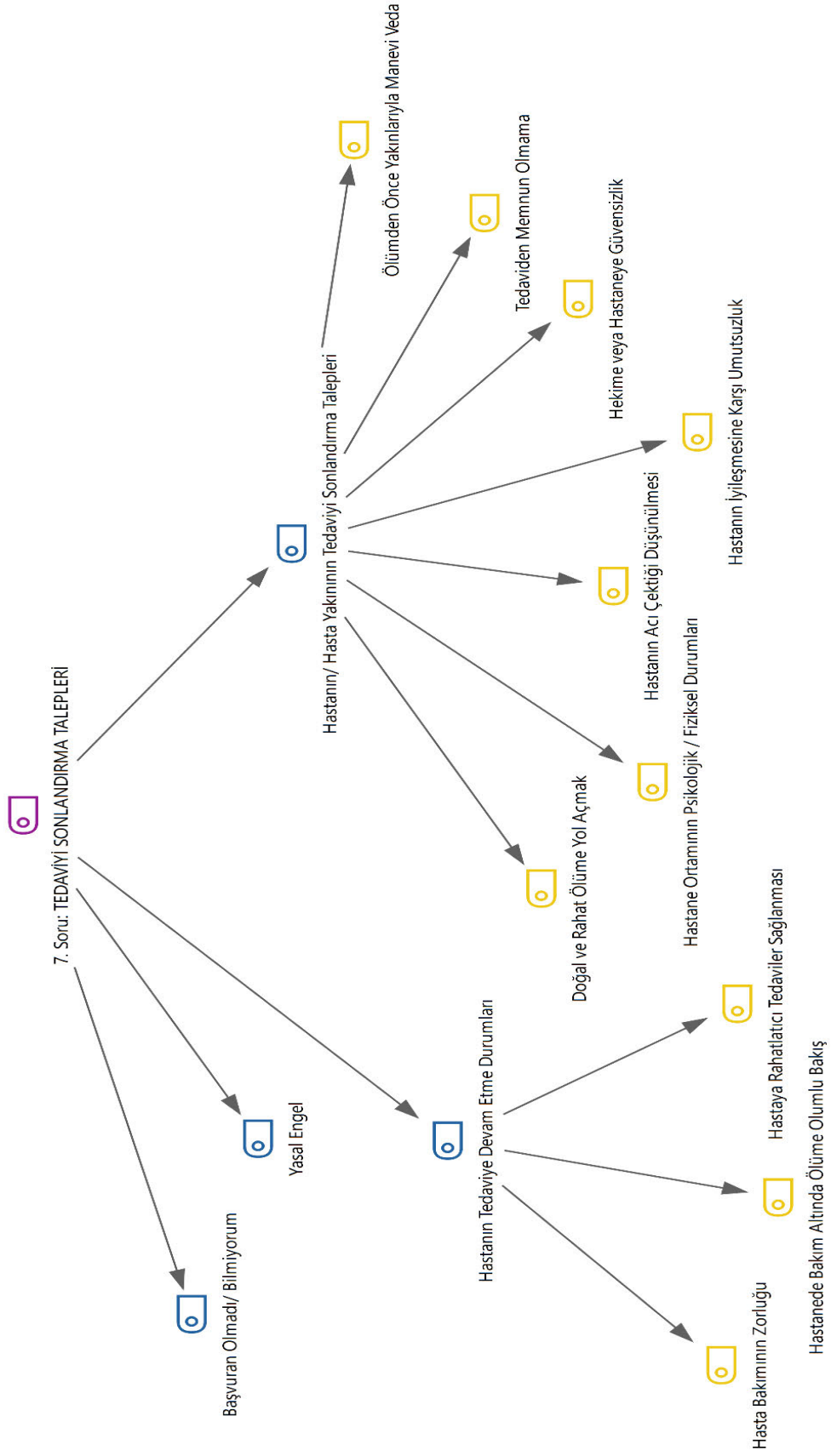
6. Soru: HEKİMLERİN MESLEKİ VE ETİK AÇIDAN ÖTANAZİ GÖRÜŞLERİ



Şekil 2.12. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşlerinin yüzdelik oranları

Tablo 2.14. Hekimlerin mesleki ve etik açıdan ötanazi görüşleri

	Belgeler	Yüzde
Yasal Durum	9	11,54
Yorum Yapmak İstemiyorum	1	1,28
Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım	4	5,13
Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	42	53,85
Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum	22	28,21
Ötanaziyi Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	15	19,23
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.13. Tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin kodlar

2.6.7. Tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin bulgular

Hastaların veya hasta yakınlarının bazen tedaviyi sonlandırma taleplerinin altında yatan sebebi doktorlar nasıl değerlendirdi, tespit etmek maksadıyla soruldu. Ötanazinin yasal süreçlerinden biri de hasta veya yakınının tedaviyi sonlandırma aşamasıdır. Genellikle hasta yakını olunca niyeti sorgulanırken hastanın bizzat kendisi söylediğinde ise alt yapısındaki sebebi vazgeçirecek, sağlığına katkı sağlayacak bir şey var mı? Diye tedavi takibi yapıldı gözlemlendi. Türkiye sağlık sisteminde yasal onay olsa bile yoğun bakım ünitelerinde izne bakılmaksızın sonlandırma- çıkış verme işleminin olmadığı belirtildi. Her hekimin buna riayet ettiği belirlendi. Ancak doktor şahsi inisiyatifıyla evine gönderebilir ya da yasal süreç olan palyatif bakıma yönlendirip orada daha farklı bir tedavi seçeneği sunabilmektedir. Genel olarak sonlandırma sebeplerini hekimlerimiz belli durumlardan dolayı olduğunu düşünmektedirler. Bazı katılımcılar için bu sebepler, hastadan umutları kalmadıysa evinde son zamanlarını geçirsün diye talep ettiklerini düşünmektedir. Bazı katılımcılar hastaneden, tedaviden ya da doktordan dolayı sıkıntı yaşadıklarından talep ediyorlar dedi. Bazı doktorlar ise hasta yakınının köyden geliş gidiş yaptığını, ulaşım ve konaklama imkânlarının zorluğunu yaşadıkları için hastayı alıp evine ya da evinin yakınında bir yer varsa oraya götürmek istiyorlar diye belirttiler.(katılımcıların 7.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek-8 Tablo 8'**den ulaşabilirsiniz)

2.6.7.1. Başvuran Olmadı / Bilmiyorum

Bazı katılımcıların bölümleri itibariyle bu durumla karşılaşmadığı ve talep konusunda bilgi sahibi olmadığı kodlamadır.

Katılımcı 22: *“Branşım gereği (çocuk cerrahisi) hiç böyle bir durumla karşılaşmadım. Dolayısıyla böyle bir gözlem ve deneyim sahibi değilim.”*

Katılımcı 12: *“Böyle talepte bulunan kimseyle karşılaşmadık zaten sonuna kadar tedavi etme durumundayım. Ama genelde içerde çok bunalan hasta sık sık ne zaman çıkacağını soruyor. Bazen artık bırakın gideyim ben felan diye talepte bulunabiliyor.”*

Katılımcı 13: *“Hiç öyle gelen olmadı. Yoğun bakım genelde çoğu entübe olduğu için ifade edemiyorlar. Hasta yakınları da bu kadar özel bakım gerektiren şeyleri evde yapamayacağı için yoğun bakımı bir nebze yüklerini hafifletmiş sayıyorlar”*

Katılımcı 57: *“Pek böyle bir taleple karşılaşmadım ama en fazla evde ölsün helalleşelim felan diye talep ederlerdi sanırım.”*

Katılımcı 27: *“Tedavi olmadıklarını düşünüyorlar, iyileşmediklerini düşünüyorlar ya da umutlarını kaybettilerse hastadan çıkarmak istiyorlar. Biz hasta ve yakınlarını görmediğimiz için bize böyle talepler gelmiyor.”*

2.6.7.2.Yasal Engel

Hasta veya yakınının hastanenin bazı birimlerinden imza ya da belgeyle çıkış işlemi yapamıyoruz diye ifade eden katılımcılar oldu.

Katılımcı 2: “Ülke olarak hasta veya hasta yakınının beyanıyla tedaviyi sonlandırma seçeneğimiz yok. Bu durumda hukuken sorumlu olduğumuz için yasal olarak mümkün değil. Ama genelde taleplerine karşı hangi durumda hasta sıkıntı yaşayıp bitirmek istiyorsa o alanı tedavi ediyoruz. Mesela çok ağrısı varsa ve bu yüzden diyorsa ağrı kesici desteği sağlıyoruz, bunalımda olduğunu düşünürsek konsülte ederek Psiyatr servisiyle tedaviye katkı sağlıyoruz.”

Katılımcı 18: “Zaten palyatif bakıma yönlendirme yapıyoruz. Ama talep gelirse de o şekilde bir işleyişimiz oluyor. Kanser ilerleme hızına ve hastanın durumuna göre rahat ölümü yapaya tercih etmek için hasta yakınlarına imza karşılığı müsaade ediyoruz.”

Katılımcı 15: “Şuan hastayı evine gönderme işlemi yapamıyoruz. Ama genelde hastane ortamı çok bunalttığından hasta ve yakınları ayrılmak istiyorlar.”

2.6.7.3.Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları

Hastayı çıkarma talebi yerine hastanın kalmasını ve devam etmesini sağlayan durumların olduğunu ifade ettiler. Bazen yasal zorunluluk bazen de hastanın bakımından dolayı zorlanacakları için kabul etmiyor hasta yakınları dediler.

Katılımcı 76: “Genelde öleceğini düşündükleri hastalar için yaparlar ama son zamanlarda artık hiç talep gelmiyor neredeyse”

Katılımcı 64: “Yoğun bakımda pek çıkarın diyen olmaz ne de olsa bakan var içerde diye. Ama bazı aile değerleri güçlü kişiler geliyor onlar son anlarını paylaşmak için talep edebiliyorlar.”

Katılımcı 54: “Genelde pek de çıkartmak istemiyorlar çünkü hastanedeki gibi daim bir bakımı evde yapamıyorlar.”

Katılımcı 4: “Hastaların son dönemlerinde bakımlarının zorluğu ve gerek hasta gerek hasta yakınlarının psikolojisi için zorlu bir süreç, hastanın ağrısı ve acısının olması onları buna itiyor olabilir.”

Katılımcı 48: “Genelde evinde rahat eder diye, bazen hastalar odada çok bun alıyor ama aileler almak istemiyor bakım yapamayız diye. Bizde bırakmak istemiyoruz.”

Katılımcı 2: “Ülke olarak hasta veya hasta yakınının beyanıyla tedaviyi sonlandırma seçeneğimiz yok. Bu durumda hukuken sorumlu olduğumuz için yasal olarak mümkün değil. Ama genelde taleplerine karşı hangi durumda hasta sıkıntı yaşayıp bitirmek istiyorsa o alanı tedavi ediyoruz.

Mesela çok ağrısı varsa ve bu yüzden diyorsa ağrı kesici desteği sağlıyoruz, bunalımda olduğunu düşünürsek konsülte ederek Psiyatr servisiyle tedaviye katkı sağlıyoruz.”

Katılımcı 29: *“Genelde çıkmak istemiyorlar. Eskiden alıyorlardı yanımızda ölsün, beraber son anlarımızı yaşayalım diye ama artık kimse evde hasta bakmak istemiyor.”*

Katılımcı 23: *“Aslında eskiden çok daha fazla karşılaştığımız bir durumdu. Herkes vedalaşalım, daha fazla zaman geçirelim veya son zamanları yanımızda olsun, ailesiyle mutlu bir şekilde ölüme gitmesi için aileler yoğun bakımdaki hastalarını isterlerdi. Başında kuran okuyup hastayı rahatlatmak, manevi olarak hatırlatıcı olmak isterlerdi. Ama dönem değişti ve artık kimse talep etmiyor böyle şeyleri. Hastanede yoğun bakımda bırakıp gidiyorlar ve ne kadar yaşadıklarını umursamıyorlar cenaze gününe kadar..”*

Katılımcı 1: *“Hastaları ile uğraşmak istememeleri.”*

Katılımcı 13: *“Hiç öyle gelen olmadı. Yoğun bakım genelde çoğu entübe olduğu için ifade edemiyorlar. Hasta yakınları da bu kadar özel bakım gerektiren şeyleri evde yapamayacağı için yoğun bakımı bir nebze yüklerini hafifletmiş sayıyorlar”*

2.6.7.3.1. Hasta bakımının zorluğu

Bu kodlama çok hayatın içinden gelen bir kavramdır. Gelişen çağda evde bakım hizmetini görecektir insan kalmamıştır. İnsanlar her sahada çalışmaya başladıkları için, hayat şartlarından dolayı daha bireyselleşmiş gibi düşünülüyor katılımcılar tarafından.

Katılımcı 4: *“Hastaların son dönemlerinde bakımlarının zorluğu ve gerek hasta gerek hasta yakınlarının psikolojisi için zorlu bir süreç, hastanın ağrısı ve acısının olması onları buna itiyor olabilir.”*

Katılımcı 48: *“Genelde evinde rahat eder diye, bazen hastalar odada çok bunalıyor ama aileler almak istemiyor bakım yapamayız diye. Bizde bırakmak istemiyoruz.”*

Katılımcı 29: *“Genelde çıkmak istemiyorlar. Eskiden alıyorlardı yanımızda ölsün, beraber son anlarımızı yaşayalım diye ama artık kimse evde hasta bakmak istemiyor.”*

Katılımcı 23: *“Aslında eskiden çok daha fazla karşılaştığımız bir durumdu. Herkes vedalaşalım, daha fazla zaman geçirelim veya son zamanları yanımızda olsun, ailesiyle mutlu bir şekilde ölüme gitmesi için aileler yoğun bakımdaki hastalarını isterlerdi. Başında kuran okuyup hastayı rahatlatmak, manevi olarak hatırlatıcı olmak isterlerdi. Ama dönem değişti ve artık kimse talep etmiyor böyle şeyleri. Hastanede yoğun bakımda bırakıp gidiyorlar ve ne kadar yaşadıklarını umursamıyorlar cenaze gününe kadar..”*

Katılımcı 1: *“Hastaları ile uğraşmak istememeleri.”*

2.6.7.3.2. Hastanede bakım altında ölüme olumlu bakış

Hastanedeki imkanlara evdeki ortamda isteselerde erişemeyecekleri bir hizmet sektörü var. Her türlü bakım ve hizmetin sağlandığını düşündüklerinden oradaki ölümünde ağrısız ve yatak ölümü olmasına olumlu bakıyorlar hasta yakınları. Bu yüzden de hastayı çıkarma talebi yerine tedaviye devam edilmesini istiyorlar.

Katılımcı 76: *“Genelde öleceğini düşündükleri hastalar için yaparlar ama son zamanlarda artık hiç talep gelmiyor neredeyse”*

Katılımcı 64: *“Yoğun bakımda pek çıkarın diyen olmaz ne de olsa bakan var içerde diye. Ama bazı aile değerleri güçlü kişiler geliyor onlar son anlarını paylaşmak için talep edebiliyorlar.”*

Katılımcı 54: *“Genelde pek de çıkartmak istemiyorlar çünkü hastanedeki gibi daim bir bakımı evde yapamıyorlar.”*

Katılımcı 41: *“Bıkkınlık, başkasına yük olmamak”*

2.6.7.3.3. Hastaya rahatlatıcı tedaviler sağlanması

Bu kavramlar birbirleriyle bağlantılıdır ama sonuç olarak doktorların değinmek istedikleri kısım farklı oldu. Hastaya ağrı ve konfor sağlayacak, sürekli bakım ve tedavi içinde bulunacak durumları tercih ediyorlar dedi katılımcılarımız.

Katılımcı 2: *“Ülke olarak hasta veya hasta yakınının beyanıyla tedaviyi sonlandırma seçeneğimiz yok. Bu durumda hukuken sorumlu olduğumuz için yasal olarak mümkün değil. Ama genelde taleplerine karşı hangi durumda hasta sıkıntı yaşayıp bitirmek istiyorsa o alanı tedavi ediyoruz. Mesela çok ağrısı varsa ve bu yüzden diyorsa ağrı kesici desteği sağlıyoruz, bunalımda olduğunu düşünürsek konsülte ederek Psiyatr servisiyle tedaviye katkı sağlıyoruz.”*

Katılımcı 13: *“Hiç öyle gelen olmadı. Yoğun bakım genelde çoğu entübe olduğu için ifade edemiyorlar. Hasta yakınları da bu kadar özel bakım gerektiren şeyleri evde yapamayacağı için yoğun bakımı bir nebze yüklerini hafifletmiş sayıyorlar”*

2.6.7.4. Hastanın / Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri

Hasta veya yakını tedaviyi sonlandırmak istemesinin altındaki sebepleri doktorlar hastanın ve koşulların durumuna bağlı olarak değiştiğini ifade ettiler. Bazı doktorlara talep olarak hastane ve çevre odaklı talepler olduğunu bazı doktorlara hastanın kendisiyle alakalı durumuna göre talepte bulunduklarını ancak eğer yataklı servis veya palyatif bakımsa izin verildiğini yoksa yoğun bakım için yasal engelin olmasından talebi kabul etmediklerini ifade ettiler.

Katılımcı 41: *“Hastanın bir an önce Allah’a kavuşma arzusu yani ölümü manen istemesi.”*

2.6.7.4.1. Doğal ve rahat ölüme yol açmak

Tedaviyi sonlandırmak istemelerindeki sebep daha fazla uzatmadan yormadan ölümün önünü açmak ve yapay yaşamdan uzak tutmak diye talepte geliyor dedi katılımcılardan bazıları. Çünkü ne kadar zor olsa da eğer yasal sorumluluğumuz varsa biz her şekilde tedavi ve girdi-çıkı işlemi yapmak zorundayız yasal olarak dediler.

Katılımcı 9: *“Hastamız acı çekmesin diye ya da yoğun bakım sürecinin yıpratıcı olmaması için çıkmasını talep ediyorlar.”*

Katılımcı 8: *“Genelde hastanın daha fazla acı çekmesini engellemek, hastaya bakmaktan yoruldukları için süreci sonlandırmayı tercih ediyorlar. Ama o sorumluluğu kesinlikle almıyorum.”*

Katılımcı 25: *“Hastanın durumu terminal dönemdedir. Evde rahat ettiği bedensel onuruna karşı almak istiyorlar. Genelde imzalı onayla servisten çıkış yapılabiliyor.”*

Katılımcı 19: *“Çok acı çektiği için evde rahat ölüm olsun diye yapay destekten çekmek için talep geliyor.”*

Katılımcı 18: *“Zaten palyatif bakıma yönlendirme yapıyoruz. Ama talep gelirse de o şekilde bir işleyişimiz oluyor. Kanserin ilerleme hızına ve hastanın durumuna göre rahat ölümü yapaya tercih etmek için hasta yakınlarına imza karşılığı müsaade ediyoruz.”*

Katılımcı 10: *“Genelde hastalarının acı çekmesini çok istemedikleri için talep ediyorlar.”*

Katılımcı 5: *“Sonlandırma uygulaması yok ancak multiorgan yetmezliği gibi ağır hastalık sürecinde hasta yakını ile konuşulur. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastanın veya tedaviyi reddetme durumu yok. Ama son evresiyse, tedaviye hiçbir şekilde cevap vermiyorsa genelde evde rahat ortamda ölmesini isteyebiliyorlar. Ya da sürekli gelip gitmek yorucu oluyor o yüzden de tedaviyi sonlandırıp eve götürmek istiyorlar. Ama şimdiye kadar hiç böyle bir başvuru olmadı.”*

Katılımcı 44: *“Çaresizlik içerisinde yakınlarının daha fazla acı çekmelerini istememeleri üzerine talep ediyorlar.”*

2.6.7.4.2. Hastane ortamının psikolojik / fiziksel durumları

Hastane ortamının hem psikolojik hem de fiziksel olarak belli sebeplerle sorunlu olduğunu düşünen, bunalan hasta ve yakınlarının tedaviyi sonlandırarak bu ortamdan uzaklaşmak istemesidir. Bu süreç aynı zamanda tedaviyi reddetme durumunu da doğurur. Çünkü hasta ve yakınları ne kadar çok bunalırsa bedenende tedavide iyileşme manevi anlamda gecikebilir. Katılımcıların çoğu bu durumun tedaviyi sonlandırma sebebi olduğunu ifade ettiler.

Katılımcı 9: *“Hastamız acı çekmesin diye ya da yoğun bakım sürecinin yıpratıcı olmaması için çıkmasını talep ediyorlar.”*

Katılımcı 8: “Genelde hastanın daha fazla acı çekmesini engellemek, hastaya bakmaktan yoruldukları için süreci sonlandırmayı tercih ediyorlar. Ama o sorumluluğu kesinlikle almıyorum”

Katılımcı 7: “Hastalarının hep acı çektiğini düşünmeleri, “hastamıza acaba fazla ızdırap mı çektiriyoruz hastanede bırakarak” diye vicdan yapmaları çıkmayı talep etmelerine yol açıyor. Hasta için ise genelde sürekli yatmaktan, yalnız kalışından veya hastanenin psikolojik olarak bunalımından çıkmayı talep ediyorlar.”

Katılımcı 71: “Köyden geliyorlarsa kalmaları, konaklama durumları gibi imkânsızlıklardan dolayı isteniyor.”

Katılımcı 70: “Genelde hastaneyi kötü bir ortam gibi düşünürler. Çünkü sıkıntılı zamanların yeridir burası. O yüzden eğer olumsuz duygular baskınsa öyle ya da böyle bir şekilde çıkmak ya da çıkarmak istiyorlar.”

Katılımcı 6: “Genelde çok ağrısı olan hastalar ölüm istiyorlar. Ama acı geçince ve ruhsal bunalım için psikiyatri servisiyle konsülte ilaç tedavisi yapınca ölüm istekleri bitiyor. Hasta yakınları da hastane ortamında çok bunalıp yoruluyor o yüzden umudunu kestikleri bir hastayı eve götürmeyi talep edebiliyorlar. Zaten tedavi sonu beyin ölümüdür.”

Katılımcı 66: “Hastaneden çok bunalınca çıkmak istiyor hasta ya da hasta yakını umudunu kaybettiye ya da doktorun dediklerine inanmıyorsa istiyorlar hastalarını.”

Katılımcı 50: “Genelde hastane ortamından kaçmak için talep ediyorlar. Kolay yerler değildir.”

Katılımcı 4: “Hastaların son dönemlerinde bakımlarının zorluğu ve gerek hasta gerek hasta yakınlarının psikolojisi için zorlu bir süreç, hastanın ağrısı ve acısının olması onları buna itiyor olabilir.”

Katılımcı 47: “Hastane ortamından bunalıyorlar, tedavi için bazen masraflardan veya refakat durumlarından yoruluyorlar. Hastanın ölmesine yakın evinde, ait olduğu yerde ölmesini istedikleri için talep ediyorlar.”

Katılımcı 42: “Hasta yatış süresi uzadıkça hem aileye psikolojik bir yük bir travma oluşturmakta hem de hastane masraflarını arttırmaktadır. Hasta bazlı düşündüğümüzde Belki de rahat bir ölümü istemektedir.”

Katılımcı 32: “Genel de hastane süreci çok yorucu geçiyor ve hastadan umut kaybediliyorsa o yüzden çıkarma talebi geliyor.”

Katılımcı 28: “Genelde hastaneden çok bunalıyor her iki taraf, köyden gelip gitmek de zor oluyor o yüzden çıkartmak istiyorlar.”

Katılımcı 26: “Hastane ortamı her şekilde kişiye bunalımı ve olumsuz duyguları hatırlatır. O yüzden çıkmak veya çıkarmak istiyorlar.”

Katılımcı 20: “Genelde hastalık veya hastane durumları çok bunaltıcı oluyor. Oyle talepler gelebiliyor.”

Katılımcı 17: “Hastalık ve hastane her zaman rahat duygular yaşatmamıştır insanlara o yüzden o histen dolayı çıkmayı ve bitirmeyi talep eden çok insan oluyor.”

Katılımcı 16: “Bazen ameliyat olmak istemeyen hastalar var. Bazen olağan akışına bırakan hastalar var. Genelde hastalıklar umutla ve moralle ilişkili oldukları için pek hastane ortamında bu durumu yaşayamıyorlar ve çıkmak istiyorlar.”

Katılımcı 15: “Şuan hastayı evine gönderme işlemi yapamıyoruz. Ama genelde hastane ortamı çok bunalttığından hasta ve yakınları ayrılmak istiyorlar.”

Katılımcı 14: “Hastanede çok kalmış oluyor, bunalmış oluyor, hasta yakınları hastanın son nefesinin evde verilmesini istiyorlar ve talep ediyorlar. Bizde imza karşılığında gönderiyoruz. Sonuçta zorla tutamayız.”

Katılımcı 12: “Böyle talepte bulunan kimseyle karşılaşmadık zaten sonuna kadar tedavi etme durumundayım. Ama genelde içerde çok bunalan hasta sık sık ne zaman çıkacağını soruyor. Bazen artık bırakın gideyim ben felan diye talepte bulunabiliyor.”

Katılımcı 11: “Hasta için yoğun bakım sürecinde ağırlı işlemler, psikolojik olarak çöküş ve umutsuzluk durumunda isteniyor. Hasta yakınları içinse sürekli hastanede yoğun koşuşturma ve üzgünlük halinin yıpratıcı halinden dolayı çıkarmayı talep ediyorlar.”

2.6.7.4.3. Hastanın acı çektiği düşünülmesi

Hastanede gözleriyle görmedikleri için hastalarının acı çektiklerini, çok ağırlı bir süreçte olduklarını ve hatta acıdıklarını söylediklerini ifade ettiler. Katılımcılar için sık sık görme eğiliminde olduklarını eğer hasta genç, çocuk vs ise daha da görmek istediklerini söylüyorlar dediler.

Katılımcı 69: “Fiziksel açıdan hastanın daha fazla zarar görmesini istemiyorlar o yüzden çıkarma talebi geliyor.”

Katılımcı 68: “Hastanın ızdırap çektiği düşüncesi ile çıkarma talep ediliyor.”

Katılımcı 43: “Hastanın daha fazla acı çekmemesi için talep geliyor.”

Katılımcı 40: “Hastanın daha fazla acı çekmesini istememeleri”

Katılımcı 38: “Ben palyatif tıpta çalıştım. Bence bıkkınlık, umutsuzluk, yorgunluk, tükenmişlik ve hastanın öleceğini düşünüyorlarsa, hastanın acı çekmemesini istiyorlarsa talep ediyorlar. Ölecek beklentisi varsa talep geliyor. “

Katılımcı 19: *“Çok acı çektiği için evde rahat ölüm olsun diye yapay destekten çekmek için talep geliyor.”*

2.6.7.4.4. Hastanın iyileşmesine karşı umutsuzluk

Eğer hastalarından umutları kesildiyse, iyileşmesine yönelik durum değişmeyecekse ve ailesi durumu kabullendiyse çıkarma talebinde bulunuyorlar. Bu kodlamamız ardına hastanın ailesiyle son vedasıyla bitmesini istiyorlar.

Katılımcı 74: *“Artık hastanın yaşayacağına, sağlığına kavuşacağına umutları kalmadıysa götürmek istiyorlar.”*

Katılımcı 6: *“Genelde çok ağrısı olan hastalar ölüm istiyorlar. Ama acı geçince ve ruhsal bunalım için psikiyatri servisiyle konsülte ilaç tedavisi yapınca ölüm istekleri bitiyor. Hasta yakınları da hastane ortamında çok bunalıp yoruluyor o yüzden umudunu kestikleri bir hastayı eve götürmeyi talep edebiliyorlar. Zaten tedavi sonu beyin ölümüdür.”*

Katılımcı 63: *“Hastadan umutları kaybolduysa ve ölümü veda olarak görüyorlarsa talep ediyorlar bizde gerçekleştiriyoruz. Zaten palyatif bakım bu süreci de kapsar.”*

Katılımcı 62: *“Ölüm sürecine girdiyse hasta ve yakınları da bunu kabul ettilerse kendi içlerinde hastayı son kez görmek için diyorlar. Umudunu kaybetmedikleri hastayı tedavi seçeneğinden mahrum etmek istemeleri anormal olurdu.”*

Katılımcı 61: *“Hastanın tedavisinin yanıtsız olması, hastalığın ilerlemiş olması gibi konular.”*

Katılımcı 55: *“Genelde hastalarından umut kestiklerinde oluyor.”*

Katılımcı 49: *“Zaten tedaviden memnun değillerse, hastadan umut kalmadıysa çıkarmayı talep ediyorlar.”*

Katılımcı 3: *“Sonlandırma talebi gelseydi ve yasal olsaydı elbette ki değerlendirebilirdim. Ama özellikle hastanın yoğun bakım, onkolojik tedaviler, sürekli yatakta kalma hali, hasta yakınlarının sürekli yoğun bakım sürecinde bunalmaları.. Bunlar genelde çıkartılım yönde oluyor. Çünkü süreç uzadıkça beklentileri kayboluyor. Özellikle çocuk veya genç yaştaki ölümlerde tedaviye büyük beklenti oluyor.”*

Katılımcı 32: *“Genel de hastane süreci çok yorucu geçiyor ve hastadan umut kaybediliyorsa o yüzden çıkarma talebi geliyor.”*

2.6.7.4.5. Hekime veya hastaneye güvensizlik

Hastaların doktorla iletişim kuramaması, tedaviyi ve hastaneyi kabul edemeyişi hastada güvensizliği meydana getirdiğinden dolayı çıkarma talebinde bulunuyorlar diye düşünen

katılımcılar oldu. Hasta ve yakını hastanede doktorun tedavisine, hastane ortamına güvenmediyse hastayı hemen çıkarma talebinde bulunuyor diye ifade ettiler.

Katılımcı 66: *“Hastaneden çok bunalınca çıkmak istiyor hasta ya da hasta yakını umudunu kaybettiye ya da doktorun dediklerine inanmıyorsa istiyorlar hastalarını.”*

Katılımcı 72: *“Genelde hastanede bunalıyorlar veya bazen doktorla kavga ediyorlar öyle çıkarmak istiyorlar.”*

Katılımcı 56: *“Hasta hastanede çok bunalıyor, bazen umut besledikleri hastalar için hastalığın tedavisi olmadığını ya da artık tedaviye cevap vermediğini söyleyince kabullenemiyorlar ve başka hastaneye götürmek için talep ediyorlar.”*

Katılımcı 53: *“Hastanede geliş gidişler yorucu, yatan kişi de yaşlıysa istiyorlar. Ama gençse hastane değiştirmek için ya da doktorla sorun olmuştur o yüzden istek geliyor.”*

Katılımcı 37: *“Doktor hasta iletişimi kopuktur, tedavi edene ya da tedaviye güvenmiyordur, son zamanlarıdır ve evde geçirmek istiyordur.”*

Katılımcı 30: *“Genelde başka hastaneye götürmek için alıyorlar. Bazıları hastaneden memnun olmuyor, bazıları hastadan umudu kesmiş oluyorlar, beklentilerini karşılamıyor, iyileşmediğini düşünüyorlar ve çıkarıyorlar.”*

2.6.7.4.6. Tedaviden memnun olmama

Tedavinin yan etkilerinden, beklentisini karşılamadığından, tedavi için hasta veya yakınının isteği gibi bir süreç olmadıysa, iyileşme gösteremediğini tedaviye sebep olduğunu düşündülse hastanın çıkışını talep ediyorlar.

Katılımcı 73: *“Tedavilerin yan etkileri bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğinden işe yaramayan bir tedaviyi sonlandırmayı tercih edebilmektedirler.”*

Katılımcı 30: *“Genelde başka hastaneye götürmek için alıyorlar. Bazıları hastaneden memnun olmuyor, bazıları hastadan umudu kesmiş oluyorlar, beklentilerini karşılamıyor, iyileşmediğini düşünüyorlar ve çıkarıyorlar.”*

Katılımcı 43: *“Zaten tedaviden memnun değillerse, hastadan umut kalmadıysa çıkarmayı talep ediyorlar.”*

Katılımcı 46: *“Tedavinin süreci daha da zorlaştırdığını düşündükleri zamanlar oluyordu.”*

Katılımcı 36: *“Genelde hastane ortamından memnun değiller, doktorun tedavisini beğenmiyorlar ya da ölüm zamanı gelince götürmek istiyorlar.”*

Katılımcı 34: *“Köyden geliyorsa, ya da tedaviden olumlu yanıt alamadıysa ondan istiyorlar.”*

Katılımcı 31: *“Tedaviden memnun değillerse, hastadan umudu kestilerse ya da hastanın kendisi çok yorulduysa psikolojik olarak ondan çıkmak istiyorlar”*

Katılımcı 27: *“Tedavi olmadıklarını düşünüyorlar, iyileşmediklerini düşünüyorlar ya da umutlarını kaybettilerse hastadan çıkarmak istiyorlar. Biz hasta ve yakınlarını görmediğimiz için bize böyle talepler gelmiyor.”*

2.6.7.4.7. Ölümünden önce yakınlarıyla manevi veda

Hastadan artık umut kalmadıysa ve ölüm zamanını kabul ettilerse helalleşmek ve ait olduğu yerde dualarla uğurlamak istediklerinden çıkarma talebi geliyor. Genelde yaşlı ve ağır terminal dönemde olanlar için tercih ediyorlar. Yaşları küçükse veya gençse kabullenmesi zor oluyor. Manevi vedayı genelde palyatif bakımda evlerine götürme imkanı varken yoğun bakımda ailesiyle son görüşme fırsatı sadece yoğun bakım görüşünde olabilmektedir.

Katılımcı 14: *“Hastanede çok kalmış oluyor, bunalmış oluyor, hasta yakınları hastanın son nefesinin evde verilmesini istiyorlar ve talep ediyorlar. Bizde imza karşılığında gönderiyoruz. Sonuçta zorla tutamayız.”*

Katılımcı 21: *“Yorgunluk yılgınlık ve tedavilerin hastaları hastaneye bağlaması son zamanlarını ailesi ile geçirmek varken hastane odalarında faydalı olmayacağını tahmin ettikleri tedavilerde ısrarcı olmuyorlar”*

Katılımcı 23: *“Aslında eskiden çok daha fazla karşılaştığımız bir durumdu. Herkes vedalaşalım, daha fazla zaman geçirelim veya son zamanları yanımızda olsun, ailesiyle mutlu bir şekilde ölüme gitmesi için aileler yoğun bakımdaki hastalarını isterlerdi. Başında kuran okuyup hastayı rahatlatmak, manevi olarak hatırlatıcı olmak isterlerdi. Ama dönem değişti ve artık kimse talep etmiyor böyle şeyleri. Hastanede yoğun bakımda bırakıp gidiyorlar ve ne kadar yaşadıklarını umursamıyorlar cenaze gününe kadar..”*

Katılımcı 31: *“Tedaviden memnun değillerse, hastadan umudu kestilerse ya da hastanın kendisi çok yorulduysa psikolojik olarak ondan çıkmak istiyorlar”*

Katılımcı 25: *“Hastanın durumu terminal dönemdedir. Evde rahat ettiği bedensel onuruna karşı almak istiyorlar. Genelde imzalı onayla servisten çıkış yapılabilir.”*

Katılımcı 24: *“Genelde evlerinde, kendi ailesiyle son vakitleri geçirmek için talep ediyorlar ama yoğun bakımda ne kadar isteseler de veremeyiz. Süresiz tedavi etmek yasal sorumluluğumuzdur.”*

Katılımcı 33: *“Hastanın veya hasta yakınının psikolojik bunalımı varsa ya da hastadan umutlarını kestilerse yanlarında beraber son günlerini geçirip ölsün diye teklif ediyorlar.”*

Katılımcı 35: “Genelde evde ölsün talepleri var. Ben çünkü palyatif bakımda da görev yaptım. Başında Yasin okuyalım, yanında biz bulunalım diyorlar bizde o yüzden yoğun bakıma vermiyoruz. Palyatif Bakımda olsaydı bu imkanı hastaya ve yakınlarına sağlıyorduk ama yoğun bakımın yasal sorumluluğu olduğu için isteklerini yerine getiremezler.”

Katılımcı 45: “Hiç umudu kalınmayan hastaları istiyorlar son veda için talep ediyorlar.”

Katılımcı 76: “Genelde öleceğini düşündükleri hastalar için yaparlar ama son zamanlarda artık hiç talep gelmiyor neredeyse”

Katılımcı 64: “Yoğun bakımda pek çıkarın diyen olmaz ne de olsa bakan var içerde diye. Ama bazı aile değerleri güçlü kişiler geliyor onlar son anlarını paylaşmak için talep edebiliyorlar.”

Katılımcı 78: “İmzalı kağıtla çıkmayı talep ediyorlar. Hastanın cenazeden önceki vedası ve duası için.”

Katılımcı 47: “Hastane ortamından bunılıyorlar, tedavi için bazen masraflardan veya refakat durumlarından yoruluyorlar. Hastanın ölmesine yakın evinde, ait olduğu yerde ölmesini istedikleri için talep ediyorlar.”

Katılımcı 51: “Biz bu ülkenin insanı olarak ölümü korkunç görmüyoruz. Sırası gelen ölümden de çekinmiyoruz. Genelde de talep bu şekilde ilerliyor. Son ait olduğu evde ölsün diye”

Katılımcı 52: “Artık umutlarını kestilerse hastaya karşı çıkarmak istiyorlar. Hiç tanımadığı doktorun yanında ölmesindense kendi evinde tanıdıklarıyla vedalaşarak ölmeyi tercih ediyorlar.”

Katılımcı 65: “Aile de insan için bir teselli bir moraldir. O yüzden genel de son nefesini yanında helalleşerek geçirmek istediklerinden dolayı çıkarma talebinde bulunuyorlar.”

Katılımcı 58: “Genelde başında dua okumak, vedalaşmak, ailesiyle son anlarını yanında geçirmek istiyorlar bizde müsaade ediyoruz. Ama palyatif bakımda da aynı istek oluyor kabul ediyoruz, görüşüyorlar geliyorlar.”

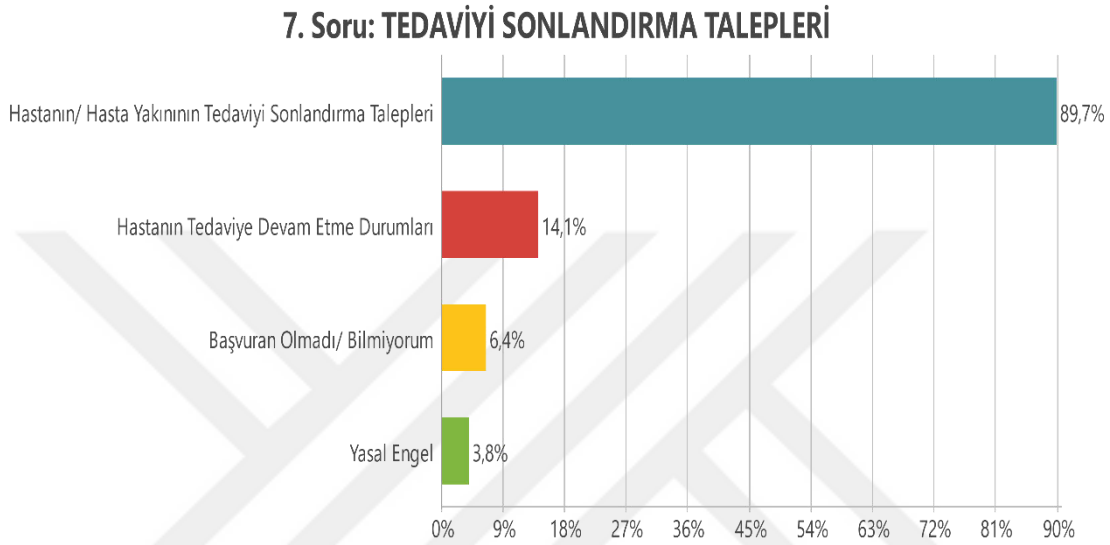
Katılımcı 59: “Genelde halkımız arasında yaygındır. Başında kuranı kerim okunur hastanın bu yüzden çıkarmayı talep ediyorlar. Bir de özlüyorlar, yoruluyorlar tedaviden ve hastaneden o yüzden de isteyen olmuştu.”

Katılımcı 5: “Sonlandırma uygulaması yok ancak multiorgan yetmezliği gibi ağır hastalık sürecinde hasta yakını ile konuşulur. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastanın veya tedaviyi reddetme durumu yok. Ama son evresiyse, tedaviye hiçbir şekilde cevap vermiyorsa genelde evde rahat ortamda ölmesini isteyebiliyorlar. Ya da sürekli gelip gitmek yorucu oluyor o yüzden de tedaviyi sonlandırıp eve götürmek istiyorlar. Ama şimdiye kadar hiç böyle bir başvuru olmadı.”

Katılımcı 62: “Ölüm sürecine girdiyse hasta ve yakınları da bunu kabul ettilerse kendi içlerinde hastayı son kez görmek için diyorlar. Umudunu kaybetmedikleri hastayı tedavi seçeneğinden mahrum etmek istemeleri anormal olurdu.”

Katılımcı 77: “Bir gün daha beraber olabilmek için istiyorlar. Varlıklarına acı çekseler bile şükreden insanlar var bu hayatta. Kendi ailemden biliyorum. Bir köşede nefes almaları bile bana yetiyordu.”

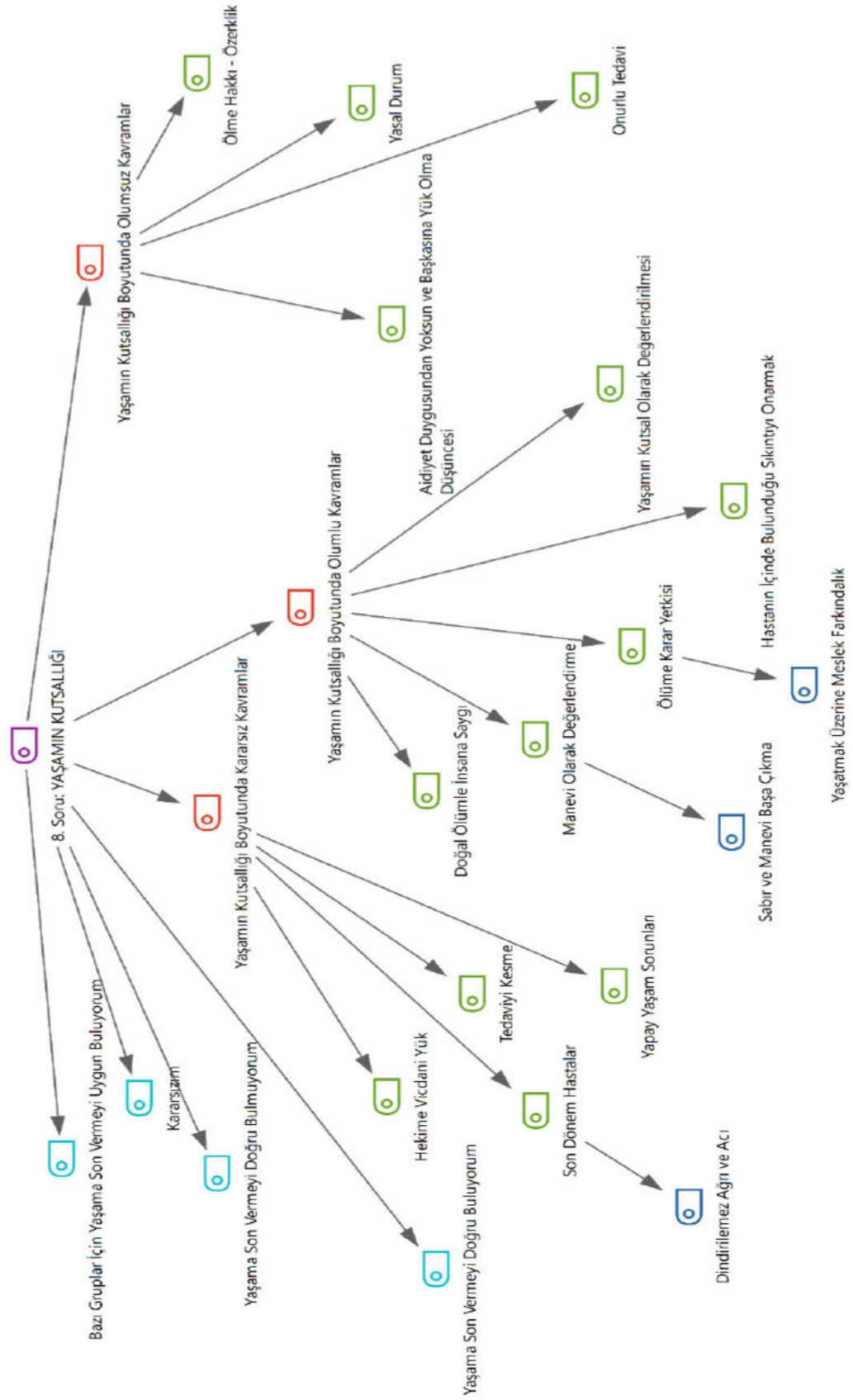
Katılımcı 64: “Yoğun bakımda pek çıkarın diyen olmaz ne de olsa bakan var içerde diye. Ama bazı aile değerleri güçlü kişiler geliyor onlar son anlarını paylaşmak için talep edebiliyorlar.”



Şekil 2.14. Katılımcıların tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin yüzdeler oranları

Tablo 2.15. Katılımcıların tedaviyi sonlandırma taleplerine ilişkin değerlendirmeleri

	Belgeler	Yüzde
Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	70	89,74
Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	11	14,10
Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum	5	6,41
Yasal Engel	3	3,85
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



Şekil 2.15. Yaşamın kutsallığına ilişkin kodlar

2.6.8. Yaşamın kutsallığına ilişkin bulgular

Bu sorunun cevabı tamamen kişisel görüşe yöneliktir. Doktorun hayat tecrübesi ve karşılaştığı kriz anları ona bu cevap konusunda insancıl bir kapı aralamaktadır. Ötanazi uygulamasının temelinde, ihmal ve göz ardı ettiği hayatlar söz konusudur aslında. Çünkü canlı için doğarken olduğu gibi yaşarken ve sona gelindiğinde de aynı vaadedilen en şerefli varlığın, kutsallık içinde olduğunu kabul etmeli ve hastalığın içindeki buhranla beraber bu itibardan feragat edilmediğini söylemek gerekir. Manevi olarak güçlenmeyi, ilahi ve aşkın varlığa dayanmayı öğrenmek temel taştır. Her meslek grubuna içine dahil edilebilir bir sorudur ancak şifacımız olan hekimlerimiz tedavi kısımlarında yer aldıkları için cevapları çok üst düzey bir kıymete sahiptir. Yasal süreçten, tedavi uygulamalarından, mesleki tanımdan bağımsız olarak tecrübeleri dahilinde insanların en zayıf anlarını gören hekimlerimizin kutsal yaşam hakkında düşünceleri çok önem arz etmektedir. Bu soruyla beraber doktorların, yaşamın getirdiği etik değerleri, sübjektif olarak kendi pencerelerinden değerlendirme fırsatları oldu. Bu soru yarı yapılandırılmış formatta soruldu. Şahsi görüş olması durumunda doktor kimliği bir kenara katlanılıp koyulmuş oldu ve görüşme ortamı daha samimi ve açıklayıcı bir hale dönüştü.(katılımcıların 8.soruya verdikleri tüm cevaplara **Ek- 9 Tablo 9'**dan ulaşabilirsiniz)

2.6.8.1. Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum

Bu gruptaki katılımcılarımız aslında yaşamın kıymetli olduğunu fakat bazı çıkmaz yollarda olan hastalar için ölümünde kurtuluş olduğunu düşündüler. Çünkü yapay yaşam, bilinçsiz yaşam, süresiz hastane konaklaması, dayanılmaz acılar ve sürekli girdi çıktılarla ölümün geciktirilmesi durumlarının artık yaşamdan değil sadece hayatta kalmaktan bahsedilebilir olduğunu ifade ettiler. Katılımcı hekimlerde bazıları aktif bazıları da pasif olarak hastayı kendi bedeni ve manevi tercihine bağlı bırakabiliriz diye ifade etti. Hekimler aslında tamamen iyi niyetli olarak söylediler ama bir insanın yaşaması için temel şartla, manzarayı izlerken mutlu olması, tatile gittiğinde onu hissetmesi, biri tarafından sevmek sevilme kavramlarını anlaması mı gerekiyor? Engelli bir bireyin ya da hastanede güneşi gören geceyi bile bir bireyin yaşaması anlamsız mı kalıyor bu durumda. Doktorlarımız aslında hastanın süründüğünü, ızdırap içinde olduğunu düşünerek bu durumu ifade ediyorlar ama iliklerimize kadar yaşamak belki de son öğretimizdir.

Katılımcı 18: *"Herkesin yaşam hakkı olduğuna inanıyorum. Serebral palsi olan, kemik hastalığı, çok ilerlemiş kanser veya ülser süreci acıyı çeken için çok zor bir süreç. Ötanaziye uygun gördüğüm kesim artık yaşamı yapay olarak yaşamaya başlamış kesimdir. Ama engelli, doğuştan bir hastalıkla doğmuş hastalıklar vb. için ötanazi etik değil."*

Katılımcı 19: *"Ölüme bırakma ya da aktif olarak öldürme kararı çok önem taşımaktadır. Hem maddesel hem de manevi anlamda varoluşu etkileyen bir karar. Ama bazı hastalar için gerekli olduğuna inanıyorum. Ama bir doktor değil nasıl cinsiyet değişimi için bir kurul-heyet"*

oluşturuluyorsa psikiyatr dahil ilgili bölümler bir araya gelip karar veriyorsa ötanazi içinde aynısı geçerli olmalıdır. Ayrımcılık olmadan kişisel haklara ve temel yaşam hakkına saygım sonsuz. Öyle acılar olabilir ki ya da çok ileri seviye engellilik durumu, öyle durumda isteyenleri hiç anormal bulmuyorum. Tek kişinin değil bir kurulun kararıyla onay verilebilir.”

Katılımcı 23: *“Bu konuya sadece insan yaşamına ve bedensel durumuna bakamayız. Ruhsal anlamda tamamen sağlıklı olan bireyin kararını vermek çok zor ve hiçbir şekilde onun psikolojik seviyesini net ve somut olarak asla ölçemeyiz. Bir doktor olarak bir insanın ölümünden sorumlu olmayı asla doğru bulmam. Ruhsal ve zihinsel süreci tam bilemeyiz ama terminal dönem hastaları için belki bir şeyler yapılabilir.”*

Katılımcı 35: *“Ötanazi için sıcak bakmıyorum fakat tedaviyi belli durumlarda kesme fikrine sıcak bakıyorum. Kendi açımdan baktığımda bende sadece tedavimi kessinler ve olağan akışına bıraksınlar isterdim. Destek tedavisi verilmeli ama cihazlı ve ağır dozajlı ilaçlar kullanılmamalıdır. İşte o zaman yaşamın kutsallığına bırakıyoruz işi. Ötanazi bana bütünüyle ters. Zaten kurtarılacak hastaya her türlü seçeneği deniyoruz. Benim bahsettiğim tedavisi kesilen hastaları daha fazla yormamak adına artık umutları kalmaması durumunda serbest bırakmak gerekir diye düşünüyorum”*

Katılımcı 38: *“Herkes ölür ama herkes yaşamaz. Hayatta kalmak ile yaşamak arasında fark var. Yaşam kutsal ama hayatta kalmak kutsal olmayabilir. Ya da sürünmek kutsal bir yaşam olmayabilir. Çelişkili aslında. Onurlu ölmek vardır ya samuraylarda felan aslında onuruyla ölmek dediğin onuruyla yaşamış olmaktır. Çünkü bir süre sonra yaşamak farklı bir hale geliyor. O bakımdan olayı nasıl yorumladığınıza bağlı. Dinen günah belki ama yaşamın kutsallığı noktasında zaten devridaim bir dünyadayız ve zaten öleceğiz. O noktada yaşadığın zamanı daha kaliteli yaşamak diye düşünülebilir. O bakımdan çok mu olumsuz bilemiyorum ama çok zor bir karar. Sonuçta intihar her biri aynı zamanda, tıbbi olarak da öyle. Ama farkı bunu doktor eliyle yapıyor. Bizler doktor olarak bir yandan hastaların intihar etmesini engellemeye çalışıyoruz ama bir yandan da hastanın çeşitli sebeplerine bağlı hayatına son vermesini anlıyoruz da, destek de veriyor gibi oluyoruz ötanaziyi savununca. Burada anlam seviyesi de önemli, yaşamın kutsallığı olarak bakarsak daha manevi, dini, felsefi değerlerle ilgili bir kavram ve biz bunu yaşama addediyoruz. Belki de yaşam o kadar kutsal değil. En azından yaşayan kişi için kutsal ama ötanaziyi isteyen kişi için o kadar kutsal olmayabilir. Burası tartışmalı ve burası da etik bir sorun getiriyor. Buna madem yaşam kutsal değil ama başkasının hayatına son verebilir miyim ya da kendi hayatımı sonlandırabilir miyim sorunu çıkıyor. Kanunen ötanaziyi serbest bıraksalar ortalık çok karışır. Gerçekten bunun sübjektif kriteri nedir? Mesela 5 sene sonra öleceğim diyelim ki bazı hastalıkların ölçütleri vardır. Hasta kendi gidişatından ileride yaşayacaklarını tahmin eder ve öyle şeyler yaşayacağıma şimdiden öleyim der. Bu aşamada kaliteli ve güzel yaşamı mı kutsal görüyorsun yoksa her türlü hayatta kalmayı mı kutsal görüyorsun meselesi kritik..”*

Katılımcı 47: *“İnsanın özgür olarak tercihlerine saygı duymakta yaşam için gerekli durumdur. Şimdi acılarla mücadele ederken hasta hayır sakın ölemezsın bu acıları her şekilde yaşamalısın*

demek acıları çekmeyen kişiler için kolaydır. Bireysel olarak buna karışmam, empati yaparak da sürece dahil olmam ama kesinlikle olması gereken hayatların var olduğuna inanıyorum.”

Katılımcı 50: “Yaşamayı elbette ki destekliyorum ama acılara maruz kalmayı, perişan olmayı değil. Çok fazla empati ve duygusal bakmıyorum olaya. Ölümü hemen uygulamak gerekirse hemen uygulamam yani biraz daha yaşasın diye yalvarmam”

Katılımcı 58: “Yaşam elbette ki kutsal ama yaşamaya değer bir yaşam mı onu sorgulamamız gerekiyor. Sonuçta anlamsız ve sadece bir beden boyutunda kaldıysa yaşamak buna yaşamak değil ölüm kurtuluş olabilir. Ancak etik olarak ölmeli mi dersiniz kişinin verebileceği kararda özgür olmalı. İlla yaşayacaksın demek de bir baskı ve insanın iradesine engel olmak demektir.”

Katılımcı 64: “Hayatta kalması ölmesinden daha kötü bir tablodaysa bence ölümü tercih etmelidir. O kadar da kötü bir şey değil ölüme karar vermek. Sonuçta hepimizin sonu oraya varmıyor mu? Niye acılar içinde itaat etmek zorunda kalayım ki.”

Katılımcı 71: “Buna ben şöyle bakıyorum öyle rastgele başvuruyla ölüm olmuyordur. Çok kötü bir hastalığın çok acılı bir evresinde ya da yatalaksa, bakıma muhtaçsa, yanlış anlaşılmasın insanlıktan çıkıp hayatı tüm anlamını yitirdiyse öyle yaşamı kutsal saymak için nefes almak yeterli değil diye düşünüyorum.”

Katılımcı 74: “Elbette ki herkes yaşamayı hak eder ama yaşamak var, yaşamak var. Çok ağır semptomlarda, terminal dönem veya metastaz olarak karşımıza gelen biri artık zaten insan gibi yaşayamaz ki. Bakıma muhtaç hale gelir. Belki de ölmek de onurlu yaşamın bir parçası olarak sayılabilir. Ben böyle düşünüyorum.”

Katılımcı 76: “Yaşamayı seçemiyoruz adına da kader diyorlar. Çok kötü bir coğrafyada doğduysak, evet seçemedik. İmkânsızlıklardan, hastalıktan ölmeyip sürünüp, neden acılar içinde de ölmeye mahkûm edilelim ki. O yüzden bari ölüm şeklimize biz karar verebilelim. Yasal olmadığı için herkes dua etmeli ki iyi bir ölümle karşılaşsın”

2.6.8.2. Kararsızım

Bu konu üzerinde kararsız kalmış herhangi bir yöntemi veya eğitimi, tecrübeyi benimsememiş, bu kavram konusunda üzerine düşünmemiş katılımcı kodlamasıdır.

Katılımcı 49: “Şimdi şöyle oturduğum yerden bunları basitçe söylemek kolay. Yani o derde acıya, sıkıntıya düştüğünde konuşmak gerekir. Ama yaşam konusunda birinin ölümüne sebep olmak bile kötü bir fikir. Hatta rüyalarım bile girer benim öyle şeyler uyguladığım insanlar.”

Katılımcı 25: “Yorum yapmak istemiyorum”

2.6.8.2. Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum

Katılımcıların çoğu yaşamın kutsal olduğunu ve buna ne sebeple olursa olsun doğru bulmadığını ifade ettiler. Yaşam hakkının kendi ellerinde olmadığını ve canı ancak veren alabilir maneviyatında yorumladıklarını söylediler. Katılımcılardan bazılarının görüşlerini aşağıda ifade ettim.

Katılımcı 10: *“Her insanın yaşam hakkı vardır ve hiçbir hastamla o aşamaya gelmek istemem. Kendi inançlarım doğrultusunda hastanın ızdıraplı bir süreç yaşamasını tercih etmem ama aktif şekilde ölümünü gerçekleştirecek ya da hızlandıracak şekilde uygulama yapmam, vebale de girmek istemem. Tek isteğim sürecin gereksiz uzatılıp hastayı daha fazla acılar çektirmeden doğal ölümü tercih ederim. Mesela ben bir evlat olarak kendi anne ve babamı hastaneye götürmedim son evrelerini evde doğal ölümle sonuçlanana kadar baktım. Çünkü eğer hastaneye yatırılmış olsaydı bir başka hekimin mesleki sorumluluğu gereği gereksiz girdi çıktı işlemlerinden daha da zor bir hale gelecekti. Ama benim anneme babama uygulamamda tedavilerde fayda görmediğim durumlarda ısrarcı olmadım ve doğal haline bıraktım. Acılı bir yapay uzatmaya sokmadım ama hastanede aynı durumda başka hasta gelseydi mesleki olarak bırakamazdım. Ama 15 gün daha makineye bağlı acılı bir ölüm yaşardı. Bir evlat olarak anneminde vasiyetini yerine getirdim.”*

Katılımcı 11: *“Temelinde insan var olan bir karar öyle alelade alınamaz. Hiç kimseye düşmez bu karar. Doğmaz nasıl bizim tercihimizde değilse ölümden bizim isteyebileceğimiz ve sona karar vereceğimiz bir durum değildir. O yüzden sürecin sonuna kadar mücadele etmeliyiz.”*

Katılımcı 9: *“Yaşamı gerektiğine inanıyorum hem dini hem mesleki açıdan kıymetli olduğunu düşünüyorum yaşam hakkının. Kişisel olarak da kültürümüz böyle öldürme düşüncesine uygun değildir. Belki dini inanışımız ve kültürümüz sahiplenici olmasaydı daha mekanik bir düşünceye sahip olabilirdim ve acaba olabilir mi diye düşünürdüm. Yoğun bakımda son evre olsa dahi fişini çekme uygulamasını asla yapmam. Entübe olsa da, tedaviler artık yanıt vermiyor olsa da hatta son ölüm anına girdiğini düşünsem bile son dakikaya kadar vicdanen hastayı bırakmam ve tedaviyi devam ettiririm. İyileşmeye bile konforlu şekilde ölümü yaşamasını isterim. Hayati fonksiyonlar bitmiş olsa da fişi çekmem ki aktifi zaten asla kabul etmem.”*

Katılımcı 8: *“Aktif veya pasif olarak bir ölümden yer almazdım. Ben insani ve mesleki açıdan asla tasvip etmiyorum ve onaylamıyorum. Doğal akışını destekleyebilirim belli gruplar için çünkü hayati riskler taşıyıp o durumlardan döneni hiç görmedim.”*

Katılımcı 7: *“Yaşamın kutsal alanında ölüm hakkının da kutsallık içinde değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum. İnsanın içi el vermiyor. Çok insani bir talep olarak görüyorum. Suistimale açık ve sınırları belirsiz bir alan. Ancak herkes yaşamayı ve tekrar denemeyi hak ediyor ama öyle hastalar görüyoruz ki talep ettiği şeyin kurtuluş olduğunu da bazen düşünüyoruz. Ama toplumun kırılğan kesimi yani engelli, hastalığının tedavisi olmayan küçük çocuklar veya gençler.. Bunlar*

olabildiğince yaşamalı ve ölüm kararını düşünmemelidir. Aktif ötanaziye nazilerin kusurlu olanları öldürmesi gibi düşünüyorum."

Katılımcı 16: *"Herkes verilmiş bir yaşam hakkı varken ölüme kimse karar veremez. Kimin ne şekilde olduğunu kimse asla tüm detaylarını bilemez. Sağlıklı değil diye, belki bilinçlilik hali yok diye, kendini ifade edemiyor diye ölmeyi hak ettiğini kim söylüyor? Sağlıklı olup birçok zarar veren birey yaşamayı hakediyorken kendini ifade edemeyen, bakıma ihtiyacı olan bireyi mi bu dünyaya yük olarak görüyoruz? Kimin yaşayacağına ve kimin öleceğine dünya üzerinde kimse karar vermemeli.."*

Katılımcı 21: *"Dünyaya kendi isteğimizle gelmedik inanç insan hayatı için varolması gereken bir mefhumdur ki buna göre de hayatımıza son vermek bizim irademizle olmamalı. Kutsal yaşam hakkını vererek emanet verilen bedene iyi bakıp ölüm vakti geldiğinde teslim olmaktır diye düşünüyorum. Yine inanç noktasında çekilen acıların bir mükafatı olduğunu bilmek buna inanmak bir teslimiyet sağlıyor yani yaşamına son vermek isteyen hastaya aracı olmak değil ölüm vaktine kadar destek olmak gerektiğini düşünüyorum"*

Katılımcı 22: *"Daha öncede değindiğim gibi bir müslüman olarak inançlarım gereği "hayat kutsaldır ve sadece hayatı veren yaratıcı tarafından sonlandırılır" şeklinde değerlendiriyorum."*

Katılımcı 24: *"Aktif ötanaziye asla doğru bulmuyorum. Kendisi çok ağrı çektiğinde kendi ölümünü gerçekleştirebilir buna kimse karışamaz ama bir ölüme karar verip uygulamak bize düşmez. Doğarken nasıl bizim üstümüzde bir boyut varsa ölümüne müdahale edilecek durum değildir. Dünyaya gelirken seçemiyoruz giderken de seçemeyiz. Bir insanın depresyon, acı ve ağrı vs gibi ölümü tercih etme sıkıntıları ortadan kalkarsa ölmeyi isteyeceğini düşünmüyorum. Sıkıntıları olmayan sağlıklı insan bir gün de olsa yaşamayı ister. Kısacası canı biz vermedik, biz alamayız."*

Katılımcı 28: *"Kabul etmem manevi olarak da doğru ve mantıklı bulmuyorum. Hemen her durumda ölümü tercih edebileceğimiz bir şey olsaydı o konumda yaratılırdık. Sonuçta herkesin yaşaması gereken şeyler var ve bekleyip süreci tamamlamalıyız."*

Katılımcı 2: *"Ötanaziye uygun görmüyorum. Ölümü öne çekmeye çalışmak yaşamın kutsallığına aykırı diye düşünüyorum. Sıkıntısı ne ise sonuna kadar tedavilerle bir şekilde başa çıkmak gerekir. Temel haktan hemen vazgeçmek doğru değil."*

Katılımcı 31: *"Doğru bulmuyorum çünkü herkesin yaşaması gereken bir hayatı var. Hep iyi günlerde mi yaşamalıyız yani"*

Katılımcı 30: *"Şahsi görüşüm olarak da doğru bulmuyorum. Eğitim ve ahlaki ilkelere bağlı bir birey asla birinin ölümünden bilerek sorumlu olmak hatta karar vermek istemez. İnsanın yaşamayı, sabretmesi ve gerekirse ölümü doğalında beklemesi gerekir."*

Katılımcı 34: *"Öyle bir yetkiyi kendimde görmüyorum. Kalp çalıştığı sürece bir damla serum bile versem yeter."*

Katılımcı 37: “Ben nihai sona inanan biriyimdir. Hasta, sakat bir bireyin yaşamı asla yük olmamalı. Ama tedaviyi bırakmak isteyen hastanın “beni bırakın rahat ve huzurlu ölmek istiyorum” dediği anda bırakılması taraftarıyım. Asla suni yaşamı, yatağa ve cihaza bağlı yaşamı desteklemiyorum ama aktif olarak karar vermek bana düşmez.”

Katılımcı 39: “Yaşamın kutsallığı nedeniyle, yaşama son verilmesi düşünülmemeli.”

Katılımcı 40: “Yaşamın kutsallığına ters bir durum olduğunu düşünüyorum.”

Katılımcı 41: “Kesinlikle katılıyorum, yaşamak kutsaldır tüm canlılar için.”

Katılımcı 48: “Yaşam ilahi kaynaklı bir nimettir. Gerçek hedef asla ölüm değildir. O yüzden bir gün acılar da biter, ölümden gelir. Yeter ki biraz daha ilahi nimete sarılmak lazım diye düşünüyorum.”

Katılımcı 4: “İnançlarım doğrultusunda düşündüğümde doğru bulmuyorum”

Katılımcı 51: “Ben maneviyatı baskın bir doktorem. Zaten insan vücudunun yaratılışını gördükten sonra Allah’a inanmayan insan olduğunu düşünmüyorum. Bu muazzam işleyişin sonunu ancak veren alabilir. İstersem 100 yıl tıp adamı olayım yine de benim haddime değil.”

Katılımcı 52: “Kutsal açıdan ziyade bir insan dünyaya geldiyse sonuna erişmesi için öldürülmek gerektiğini düşünmüyorum. Doğal akışında ölüm olmalıdır bedene saygı diye”

Katılımcı 53: “Yaşam tabiki de kıymetlidir. İnsanı değerli kılan da nefes alıyor ve kalbi atıyor oluşu. Çünkü buraya hasta geldiğinde ne kimliğiyle geldiğinin bir önemi yok onu yaşatmak için tüm çabayı sarf ediyoruz.”

Katılımcı 56: “Yaratan Allah mutlaka insana kaldıramayacağı yükü yüklemeyi sanırım kuranda geçiyordu. Herkesin gücü farklıdır ve ölümü tercih etme diye bir şey olamaz. Ya düşünüyorum da neden edilebilir diye hep aklıma depresyon geliyor. Bunu tedavi edersek bence herkes yaşamak ister. Bir tarafından tutmak ister hayatı. Evet kutsal bir yaşam verilmişken neden kötü bir sonla bitirme gayretinde olalım.”

Katılımcı 57: “Bir insan bir gün daha yaşamak ister. Bir sevgiyi, ilgiyi vs. bir gün daha yaşamak için çabalar. Ama işte ait olmadığını, sevenin olmadığını falan düşünürse insan o zaman ölmek isteyebilir. Yaşamaktansa ölümler diyorlar ya. Ölmek yerine seni aramızda istiyoruz deselerdi insanlar asla ölmeyi tercih olarak görmezlerdi.”

Katılımcı 59: “Yaşam bize Allah tarafından verildi ve bu yaşamı en güzel şekilde uygulamak bize düşer. Benim bir artı tarafımda başkalarının hayatlarına ulaşarak olabilmemdir. Gerek tedaviyle gerek çaresiz bir hastaya teselli açısından yalnız olmadığını ve ilgilenildiğini görünce seviniyorlar. Hastalıkların kurtulma anlarıyla dolu bir meslek hayatı istiyorum. O yüzden bu canı Allah veriyse Allah alması gerekir. Bizler sadece birer şifacıyız. Şifanın olmadığı yerde ölüm vardır.”

Katılımcı 60: *“Yaşam kesinlikle kutsal kaynaktan gelen bir durum. Tabi işin içinde Müslüman olan bir coğrafyada etkili. Çocukluktan beri öğrendiğimiz, kibarlık yaptığımız geleneklerimiz var. Mesela ölüme çok şok olmayız millet olarak. O yüzden bu ülkede kimseyi öldürecek bir doktor bulmak çok zor. Bireysel olarak da uygun görmüyorum adına ötanazi demişler ama bildiğin bir adamı uçurumdan iteklemeyle eşdeğer.”*

Katılımcı 62: *“Ben kendimi bir insanı öldürecek biri gibi göremem. Ne yetiştığım aile ne aldığım eğitim ne de yaşadığım ülke ve gelenekler böyle bir duruma uyum sağlayamazdım.”*

Katılımcı 66: *“Ben maneviyata önem gösteren biriyim o yüzden benim haddime değil birinin ölümüne karar vereyim. Düşünüyorum da bu kararı alan kişi kendini nerede görüyor olabilir ki bu kararı alsın. İnsanların yaşamlarında ellerinden tutmak, bir gün daha geçirmeyi niye istemesin. Sonuçta evin kapısından bile çıkarken hoşça kal/ güle güle demeden kimse sonlandırmıyor misafirlikte. Ne bu acele ölmek için bilemiyorum.”*

2.6.8.3. Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum

Yaşamın kutsallığı olarak değerlendirilen bu kodlama yaşamla hayatta kalma arasında fark olduğunu ve bazı yaşamların sonu ölümle kurtuluşa ereceklerini düşünen katılımcı hekimlerimiz oldu. Bazı katılımcılar yaşamın da kutsal olmadığını hatta hayatta hiçbir şeyi kutsal olarak nitelendirmediğini de ifade etti.

Katılımcı 12: *“Eğer çok ileri seviye sakatlık, engellilik durumu, tedavisi olmayan ağır hastalık evreleri ve bitkisel hayata bağlı uzun süren bilinçsizlik düzeyi varsa ötanazi aktif olarak uygulanmalıdır. Çünkü çok ileri düzey bir hasta zaten artık insan olduğunun bilincinde olamaz ve aileye, çevresine ve sağlık olanaklarına büyük yükür. İtibarlı ölümden insanın yaşamın kutsalın içinde sayılmalıdır.”*

Katılımcı 26: *“Herkes hayatının sonuna kadar mutlulukla gelmediği için insanın çok kötü olduğu durumlarda ölmeyi tercih etmesi gayet doğaldır. Ona o kolay ölümü sunmak da bizim görevlerimiz arasında olmalıdır. O yüzden onurlu ve kibar ölmeyi bir özgürlük olarak görüyorum.”*

Katılımcı 29: *“Ben hiçbir şeyin kutsal olduğunu düşünmüyorum. İnsanların kendi yaşam hakları var ve insanların yaşamlarını istekleri doğrultusunda sonlandırmaya karar vermesi gayet uygundur. Mesela kanser hastasıyım ama konforlu şekilde ölemiyorum. Halbuki çok rahat ve onurlu bir şekilde ölebilirim. İntihar olarak değil yani sağlıklı birey için söylemiyorum oda bir tercih tabiki ama doktorun yardımıyla kolay ölüm son dönem sancılı hastalar için geçerli bu söylediklerim. Sağlıklı bir bireye karar verse de uygulamam.”*

Katılımcı 33: *“Ben her türlü yaşama saygılıyım. Kimin iyi kimin kötü olacağını kişinin kendi bilir. Ötanazi açısından da saygı duyuyorum. Mesela pankreas hastasının ya da metastazı olan varsa ötanazi iyi bir şey acılarından tamamen kurtulmuş olacaktır. Sağlık açısından değerlendiriyorum*

ve insani baktığımda gayet yapılabilir. Hatta intiharı desteklemiyorum ama onu tercih edene de saygı duyuyorum.”

Katılımcı 3: “Herkes yaşamında bir başkasının desteğine tutunarak yaşıyor. Ancak bir hastanın kendini yük hissetmesi belli bir zaman sonra onurlu bir ölümü düşündürüyor. Yaşamın kutsallığı olarak düşünemeyiz. Konforlu ve ağrısız, sıkıntısız bir ölümü tercih ederim. Mesela babamın çok ileri hastalık zamanında keşke böyle yaşayacağıma ölüverseydim dedikten sonra evladı olarak bazı uzatan tedavileri kestim, doğal sürecine bıraktım yaşam seyrini. Ama mesleğim gereği bana böyle bir hasta gelseydi asla bırakmazdım çünkü yasal süreçte bu bana müsaade etmiyor.”

Katılımcı 44: “Yaşam hakkı gibi " ölüm hakkı" nın da kutsal olduğunu düşünüyorum. Ayağı kırılan atların öldürülmesi, hastalanan evcil hayvanların uyutulması vs. adı altında ötanazi hayvanlara karşı uygulanan yasal bir uygulama. Ayrıca ötanazinin kendi sınırları içerisinde yasak olduğu ancak idam cezasının uygulandığı birçok ülke var. Yaşamın kutsallığı ilkesi ile çelişen bir durum değil midir idam cezaları? Yaşam konusunda tercih hakkı sorulmayan insanoğluna, ölüm konusunda da engellemeler getirilmesi bence trajikomiktir. Ben hayatımla ilgili bazı kararları kendim verebilmeliyim. Çünkü ben bir robot değilim, arkamda ne zaman çalışacağıma ne zaman duracağıma karar veren bir düğmem de yok.”

Katılımcı 55: “Yaşamın kutsal olduğunu kim söylüyor? Ya da yaşamın neresinde bir kutsallık var. Sonuçta herkes doğduğu evi, yaşadığı coğrafyaya göre yaşam sürüyor. Herkesin mecburi olarak içinde doğduğu bir yaşamı var. O yüzden bunlar hep kandırmaca. Kutsal yaşam varsa bu yaşamı kutsallaştırmak adına zirvede bırakıp ölmek de bir kutsallıktır ona kalırsa. Niye perişan ölelim niye sonumuz korkunç bir bitişse sürünmeye itibarsız ölmeye mahkum olalım..”

Katılımcı 63: “Uygundur bireysel olarak da böyle ağırlı yatağa bağımlı bir hayat yaşamaktansa ölmeyi kurtuluş sayarım.”

Katılımcı 67: “Yaşamak ve yaşatmak varsa ölmek de olabilir. Sonuçta intihar da bir irade göstergesidir. Belki bazı toplumlarda anormal, günah olabilir. Şunu şöyle düşünelim bedeli varsa da ödemeye hazırım durumunda ölümü seçmek değil midir zaten. O yüzden bırakın ölmek isteyen, hayatını, doğduğu yeri sevmeyen ölebilir. Nedir bu kadar kasıldığımız.”

Tablo 2.16. Yaşamın kutsallığı çerçevesindeki kodlamaların sınıflandırılması

Kararsız Kavramlar	Olumlu Kavramlar	Olumlu Kavramlar
• <i>Hekime Vicdani Yük</i>	• <i>Doğal Ölümle İnsana Saygı</i>	• <i>Aidiyet Duygusundan Mahrum ve Yük Olma Düşüncesi</i>
• <i>Son Dönem Hastalar</i> - <i>Dindirilemez acı ve ağrı</i>	• <i>Manevi Olarak Değerlendirme</i> - <i>Sabır ve Manevi Başa Çıkma</i>	• <i>Onurlu Tedavi</i>
• <i>Yapay Yaşam Sorunları</i>	• <i>Ölüme Karar Yetkisi</i> - <i>Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalığı</i>	• <i>Yasal Durum</i>
	<i>İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak</i>	• <i>Ölme Hakkı / Özerklik</i>
	• <i>Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi</i>	

2.6.8.4. Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar

Yaşamın kutsallığı konusunda kararsız kaldıkları kavramlar bu kodlamada yer almaktadır. Biraz tereddütte kaldığı hastalar ve süreçler olduğunu ifade ettiler. Bu kavramlar da yapılan görüşmeler sonunda bu şekilde oluşturulmuş oldu.

2.6.8.4.1. Hekime vicdani yük

Hekimin birinin ölüm kararı alırken vicdani açıdan rahatsız duyacağını düşündüğü kavramdır. Çünkü birinin ölümüne karar vermek psikolojik açıdan uygulayan kişiye işin içine dahil ediyor ve doktorlar ne kadar tercihe saygı duysa da bu manevi olarak ölüme karar verme durumunda kararsız kaldıklarını ifade ettiler.

Katılımcı 36: “Ben doğru bulmasam da insanların ölümlerini seçme hakkı olmalıdır. Kendi ölümlerinde de özgür olmalıdır ama asla uygulayıcısı olmam. Kendim için olmam onun duygusal yükünü çekmek istemem.”

Katılımcı 47: “İnsanın özgür olarak tercihlerine saygı duymakta yaşam için gerekli durumdur. Şimdi acılarla mücadele ederken hasta hayır sakın ölemezsin bu acıları her şekilde yaşamalısın demek acıları çekmeyen kişiler için kolaydır. Bireysel olarak buna karışmam, empati yaparak da sürece dahil olmam ama kesinlikle olması gereken hayatların var olduğuna inanıyorum.”

Katılımcı 49: “Şimdi şöyle oturduğum yerden bunları basitçe söylemek kolay. Yani o derde acıya, sıkıntıya düştüğünde konuşmak gerekir. Ama yaşam konusunda birinin ölümüne sebep olmak bile kötü bir fikir. Hatta rüyalarım bile girer benim öyle şeyler uyguladığım insanlar.”

Katılımcı 69: “Açıkçası yine zor ve vicdani muhasebe ihtiyacı olan bir soru. Tabii ki her yaşam kutsaldır. Herkesin insani şekilde yaşamaya ihtiyacı vardır. Ancak insani yaşama koşulları arasında hastanın ağrısını olabildiğince dindirmek gibi yaşam için önemli şeyler de olmalıdır. Ancak yaşam sonlandırma gerçekten de çok üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Etik olup olmadığı bile zaten çok tartışmalıdır. Ülkemizde yasal olmadığından bu konular üzerinde düşünmüyoruz. Ancak belki de bu şekilde yasa olması bizim işimizi kolaylaştırıp bu konular üzerinde düşünmememizi sağlıyor.”

2.6.8.4.2. Son dönem hastalar

Hastalığın son evresine girmiş hastalar için günlük bakım becerilerini yapamaz halde olanlar için ölüm konusu düşünülebilir ifadesinde bulunan hekimlerimiz oldu. Süreçte hastanın çok sıkıntılı olduğunu gördüklerinde ellerinden bir şey gelmemesi ölüm belki de olmalı diye ifade ettiler.

Katılımcı 19: “Ölüme bırakma ya da aktif olarak öldürme kararı çok önem taşımaktadır. Hem maddesel hem de manevi anlamda varoluşu etkileyen bir karar. Ama bazı hastalar için gerekli olduğuna inanıyorum. Ama bir doktor değil nasıl cinsiyet değişimi için bir kurul-heyet oluşturuluyorsa psikiyatr dahil ilgili bölümler bir araya gelip karar veriyorsa ötanazi içinde aynısı geçerli olmalıdır. Ayrımcılık olmadan kişisel haklara ve temel yaşam hakkına saygım sonsuz. Öyle acılar olabilir ki ya da çok ileri seviye engellilik durumu, öyle durumda isteyenleri hiç anormal bulmuyorum. Tek kişinin değil bir kurulun kararıyla onay verilebilir.”

Katılımcı 20: “Herkesin bir şekilde dayanma gücü oluyor. Eğer terminal dönemdeyse hasta neden olmasın diyorum.. Ama aktif olarak görev almak için eğitilmedik. O yüzden aktif olmasa da pasif çok kolaylıkla tercih edilebilir.”

Katılımcı 23: “Bu konuya sadece insan yaşamına ve bedensel durumuna bakamayız. Ruhsal anlamda tamamen sağlıklı olan bireyin kararını vermek çok zor ve hiçbir şekilde onun psikolojik seviyesini net ve somut olarak asla ölçemeyiz. Bir doktor olarak bir insanın ölümünden sorumlu olmayı asla doğru bulmam. Ruhsal ve zihinsel süreci tam bilemeyiz ama terminal dönem hastaları için belki bir şeyler yapılabilir.”

Katılımcı 74: “Elbette ki herkes yaşamayı hak eder ama yaşamak var, yaşamak var. Çok ağır semptomlarda, terminal dönem veya metastaz olarak karşımıza gelen biri artık zaten insan gibi yaşayamaz ki. Bakıma muhtaç hale gelir. Belki de ölmek de onurlu yaşamın bir parçası olarak sayılabilir. Ben böyle düşünüyorum.”

- **Dindirilemez acı ve ağrı:** Bazı son dönem hastalarında çok ağır acılar ve ağrılar hastalığın beraberinde yer aldığı hasta için çok zor bir dönem olduğunu ifade eden doktorlar o dönemde kararsız kaldıklarını söylediler.

Katılımcı 1: *“Dini olarak Doğru bulmuyorum. Ama tıbbi olarak o hastaların yıllarca bir tümör ağrısı nedeniyle intiharın eşiğine geldiğini görünce olabilir diyorum”*

Katılımcı 45: *“Herkes mutlu olarak yaşam yaşamıyor sonuçta. O yüzden acılı ve ağrılı son evre hastalarının kendi iyiliklerine talep ettikleri şeylerde asla insan dışı bir şey görmüyorum.”*

Katılımcı 47: *“İnsanın özgür olarak tercihlerine saygı duymakta yaşam için gerekli durumdur. Şimdi acılarla mücadele ederken hasta hayır sakın ölemezsin bu acıları her şekilde yaşamalısın demek acıları çekmeyen kişiler için kolaydır. Bireysel olarak buna karışmam, empati yaparak da sürece dahil olmam ama kesinlikle olması gereken hayatların var olduğuna inanıyorum.”*

Katılımcı 49: *“Şimdi şöyle oturduğum yerden bunları basitçe söylemek kolay. Yani o derde acıya, sıkıntıya düştüğünde konuşmak gerekir. Ama yaşam konusunda birinin ölümüne sebep olmak bile kötü bir fikir. Hatta rüyalarım bile girer benim öyle şeyler uyguladığım insanlar.”*

Katılımcı 76: *“Yaşamayı seçemiyoruz adına da kader diyorlar. Çok kötü bir coğrafyada doğduysak, evet seçemedik. İmkânsızlıklardan, hastalıktan ölmeyip sürünüp, neden acılar içinde de ölmeye mahkûm edilelim ki. O yüzden bari ölüm şeklimize biz karar verebilelim. Yasal olmadığı için herkes dua etmeli ki iyi bir ölümle karşılaşsın.”*

2.6.8.4.3. Tedaviyi kesme

Ötanaziyi aktif uygulamak istemeyen ancak tedavinin kesilmesi gereken hastaların olduğunu ifade ettiler. Bu kodlama aslında kolay ve rahat ölüme bırakmak ile ilgili de bir kavram. Tedaviyi yarıda kesmek değil sadece elinden gelenin hepsini yaptıysa doktor bir süreçte hastayı kendi durumuna bırakmak anlamında tedaviyi kesmek tercihini söylediler. Ancak bu ölüme müsaade etmek gibi de anlaşıldığı için pasif ötanazi kavramına denk düşmektedir. Ancak kurtulacak bir hastayı değil ölüm zamanına girdiklerini düşündükleri bir hasta için bu uygulamayı yaparız dediler.

Katılımcı 35: *“Ötanazi için sıcak bakmıyorum fakat tedaviyi belli durumlarda kesme fikrine sıcak bakıyorum. Kendi açımdan baktığımda bende sadece tedavimi kessinler ve olağan akışına bıraksınlar isterdim. Destek tedavisi verilmeli ama cihazlı ve ağır dozajlı ilaçlar kullanılmamalıdır. İşte o zaman yaşamın kutsallığına bırakıyoruz işi. Ötanazi bana bütünüyle ters. Zaten kurtarılacak hastaya her türlü seçeneği deniyoruz. Benim bahsettiğim tedavisi kesilen hastaları daha fazla yormamak adına artık umutları kalmaması durumunda serbest bırakmak gerekir diye düşünüyorum”*

Katılımcı 37: *“Ben nihai sona inanan biriyimdir. Hasta, sakat bir bireyin yaşamı asla yük olmamalı. Ama tedaviyi bırakmak isteyen hastanın “beni bırakın rahat ve huzurlu ölmek istiyorum” dediği anda bırakılması taraftarıyım. Asla suni yaşamı, yatağa ve cihaza bağlı yaşamı desteklemiyorum ama aktif olarak karar vermek bana düşmez.”*

Katılımcı 6: *“Aktif ötanazi diyemem ama hastanın tedavi durumuyla ilgili bir kurul olmalı ve tedaviyi sonlandırma hakkı tanımlanmalıdır. Ağrısız ve kolay yolculuğu daha kolay bir süreçte yaşanmalıdır. Hastanın doğal süreci yaşaması gerekir. Pasif yani müdahalesiz olarak hızlandırma yapmadan olağan akışıyla zamana bırakmak gerekir. Bu da yaşamın kutsallığına bir saygı demektir.”*

2.6.8.4.4. Yapay yaşam sorunları

Hastanın cihazlarla makinaya bağlı kalma süresini uzatmak istemediklerini ve tedaviyi kesmek istediklerini söyledi katılımcılar. Suni yaşamın hayata değil ölüme yakın olduğunu belirttiler. Tüm cevaplar birbirleriyle bağlantılı ancak doktorun önem gösterdiği kısımlar farklı gelişmektedir. O yüzden sürecin işleyişindeki değerlendirmesi hastanın karşılaştığı durumlarından ötürü olabilmektedir. Yapay yaşam yerine yani cihaza bağlı olarak sürdürülen bilinçsiz yaşam koşullarında hastayı kendi durumuyla yüzleşmesini istiyor bazı katılımcılarımız.

Katılımcı 37: *“Ben nihai sona inanan biriyimdir. Hasta, sakat bir bireyin yaşamı asla yük olmamalı. Ama tedaviyi bırakmak isteyen hastanın “beni bırakın rahat ve huzurlu ölmek istiyorum” dediği anda bırakılması taraftarıyım. Asla suni yaşamı, yatağa ve cihaza bağlı yaşamı desteklemiyorum ama aktif olarak karar vermek bana düşmez.”*

Katılımcı 18: *“Herkesin yaşam hakkı olduğuna inanıyorum. Serebral palsi olan, kemik hastalığı, çok ilerlemiş kanser veya ülser süreci acıyı çeken için çok zor bir süreç. Ötanaziyi uygun gördüğüm kesim artık yaşamı yapay olarak yaşamaya başlamış kesimdir. Ama engelli, doğuştan bir hastalıkla doğmuş hastalıklar vb. için ötanazi etik değil.”*

Katılımcı 38: *“Herkes ölür ama herkes yaşamaz. Hayatta kalmak ile yaşamak arasında fark var. Yaşam kutsal ama hayatta kalmak kutsal olmayabilir. Ya da sürünmek kutsal bir yaşam olmayabilir. Çelişkili aslında. Onurlu ölmek vardır ya samuraylarda felan aslında onuruyla ölmek dediğin onuruyla yaşamış olmaktır. Çünkü bir süre sonra yaşamak farklı bir hale geliyor. O bakımdan olayı nasıl yorumladığınıza bağlı. Dinen günah belki ama yaşamın kutsallığı noktasında zaten devridaim bir dünyadayız ve zaten öleceğiz. O noktada yaşadığın zamanı daha kaliteli yaşamak diye düşünülebilir. O bakımdan çok mu olumsuz bilemiyorum ama çok zor bir karar. Sonuçta intihar her biri aynı zamanda, tıbbi olarak da öyle. Ama farkı bunu doktor eliyle yapıyor. Bizler doktor olarak bir yandan hastaların intihar etmesini engellemeye çalışıyoruz ama bir yandan da hastanın çeşitli sebeplerine bağlı hayatına son vermesini anlıyoruz da, destek de*

veriyor gibi oluyoruz ötanaziye savununca. Burada anlam seviyesi de önemli, yaşamın kutsallığı olarak bakarsak daha manevi, dini, felsefi değerlerle ilgili bir kavram ve biz bunu yaşama addediyoruz. Belki de yaşam o kadar kutsal değil. En azından yaşayan kişi için kutsal ama ötanaziye isteyen kişi için o kadar kutsal olmayabilir. Burası tartışmalı ve burası da etik bir sorun getiriyor. Buna madem yaşam kutsal değil ama başkasının hayatına son verebilir miyim ya da kendi hayatımı sonlandırabilir miyim sorunu çıkıyor. Kanunen ötanaziye serbest bıraksalar ortalık çok karışır. Gerçekten bunun sübjektif kriteri nedir? Mesela 5 sene sonra öleceğim diyelim ki bazı hastalıkların ölçütleri vardır. Hasta kendi gidişatından ileride yaşayacaklarını tahmin eder ve öyle şeyler yaşayacağıma şimdiden öleyim der. Bu aşamada kaliteli ve güzel yaşamı mı kutsal görüyorsun yoksa her türlü hayatta kalmayı mı kutsal görüyorsun meselesi kritik..”

Katılımcı 71: “Buna ben şöyle bakıyorum öyle rastgele başvuruyla ölüm olmuyordur. Çok kötü bir hastalığın çok acılı bir evresinde ya da yatalaksa, bakıma muhtaçsa, yanlış anlaşılmasının insanlıktan çıkıp hayatı tüm anlamını yitirdiyse öyle yaşamı kutsal saymak için nefes almak yeterli değil diye düşünüyorum.”

2.6.8.5. Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar

Yaşamın kutsal olduğunu düşünen ve insanı öldürme eyleminde yer almayacağını söyleyen katılımcıların oluşturduğu kavramlardır. Bu kavramlar hem manevi hem fiziki ve hem mesleki açıdan değerlendirilmiş bir sorudur. Yaşam kutsaldır, yaşamı biz vermedik ki biz karar verip alalım diyen doktorlarımız bu görüşü belirttiler.

2.6.8.5.1. Doğal ölümle insana saygı

Çok fazla bedeni yormadan son evreye kadar gelmiş ve yapılacak tüm tedavilere rağmen iyileşmiyorsa zorlamanın olmaması gerektiğini düşünen katılımcıların kodlamasıdır. Katılımcıların hastanede yoğun bakımda yasal zorunluluktan dolayı bu süreci serbest karar veremediklerini ifade ettiler.

Katılımcı 37: “Ben nihai sona inanan biriyimdir. Hasta, sakat bir bireyin yaşamı asla yük olmamalı. Ama tedaviyi bırakmak isteyen hastanın “beni bırakın rahat ve huzurlu ölmek istiyorum” dediği anda bırakılması taraftarıyım. Asla suni yaşamı, yatağa ve cihaza bağlı yaşamı desteklemiyorum ama aktif olarak karar vermek bana düşmez.”

Katılımcı 10: “Her insanın yaşam hakkı vardır ve hiçbir hastamla o aşamaya gelmek istemem. Kendi inançlarım doğrultusunda hastanın ızdıraplı bir süreç yaşamasını tercih etmem ama aktif şekilde ölümünü gerçekleştirecek ya da hızlandıracak şekilde uygulama yapmam, vebale de girmek istemem. Tek isteğim sürecin gereksiz uzatılıp hastayı daha fazla acılar çekirtmeden doğal ölümü tercih ederim. Mesela ben bir evlat olarak kendi anne ve babamı hastaneye götürmedim son evrelerini evde doğal ölümle sonuçlanana kadar baktım. Çünkü eğer hastaneye

yatırılmış olsaydı bir başka hekimin mesleki sorumluluğu gereği gereksiz girdi çıktı işlemlerinden daha da zor bir hale gelecekti. Ama benim anneme babama uygulamamda tedavilerde fayda görmediğim durumlarda ısrarcı olmadım ve doğal haline bıraktım. Acılı bir yapay uzatmaya sokmadım ama hastanede aynı durumda başka hasta gelseydi mesleki olarak bırakamazdım. Ama 15 gün daha makineye bağlı acılı bir ölüm yaşardı. Bir evlat olarak anneminde vasiyetini yerine getirdim.)”

Katılımcı 35: “Ötanazi için sıcak bakmıyorum fakat tedaviyi belli durumlarda kesme fikrine sıcak bakıyorum. Kendi açımdan baktığımda bende sadece tedavimi kessinler ve olağan akışına bıraksınlar isterdim. Destek tedavisi verilmeli ama cihazlı ve ağır dozajlı ilaçlar kullanılmamalıdır. İşte o zaman yaşamın kutsallığına bırakıyoruz işi. Ötanazi bana bütünüyle ters. Zaten kurtarılacak hastaya her türlü seçeneği deniyoruz. Benim bahsettiğim tedavisi kesilen hastaları daha fazla yormamak adına artık umutları kalmaması durumunda serbest bırakmak gerekir diye düşünüyorum”

Katılımcı 52: “Kutsal açıdan ziyade bir insan dünyaya geldiyse sonuna erişmesi için öldürülmek gerektiğini düşünmüyorum. Doğal akışında ölüm olmalıdır bedene saygı diye”

Katılımcı 72: “En nihayetinde hayatında ölüm olan biri için müdahale etme zorunluluğu doğsun ki anlamadım. Bunu nasıl devlet izin vererek ve destekleyerek ölmeye teşvik ediyor ki bilmiyorum. Gerçek mi bu bilgiler şuan gerçekten bunlar uygulanıyor mu? Çok ürkütücü şeyler insanlık tehlikede demek bu.”

Katılımcı 77: “Herkes bir gün ölümü bir şekilde tadacak ve yaşayacağı son anlamlı duygusu o olacak. O yüzden bırakalım bu işe kader karar versin. Yaşam her zaman kutsaldır. Ölüm bu kutsallığın son ilkesidir.”

Katılımcı 8: “Aktif veya pasif olarak bir ölümde yer almazdım. Ben insani ve mesleki açıdan asla tasvip etmiyorum ve onaylamıyorum. Doğal akışını destekleyebilirim belli gruplar için çünkü hayati riskler taşıyıp o durumlardan döneni hiç görmedim.”

2.6.8.5.2. Manevi olarak değerlendirme

Doktorların manevi açıdan yaşamı kutsal gördüklerini ve manevi değerler üzerinde ötanaziyi desteklemediklerini ifade ettiler.

Katılımcı 21: “Dünyaya kendi isteğimizle gelmedik inanç insan hayatı için varolması gereken bir mefhumdur ki buna göre de hayatımıza son vermek bizim irademizle olmamalı. Kutsal yaşam hakkını vererek emanet verilen bedene iyi bakıp ölüm vakti geldiğinde teslim olmaktır diye düşünüyorum. Yine inanç noktasında çekilen acıların bir mükafatı olduğunu bilmek buna inanmak bir teslimiyet sağlıyor yani yaşamına son vermek isteyen hastaya aracı olmak değil ölüm vaktine kadar destek olmak gerektiğini düşünüyorum”

Katılımcı 22: “Daha öncede değindiğim gibi bir müslüman olarak inançlarım gereği "hayat kutsaldır ve sadece hayatı veren yaratıcı tarafından sonlandırılır" şeklinde değerlendiriyorum.”

Katılımcı 28: “Kabul etmem manevi olarak da doğru ve mantıklı bulmuyorum. Hemen her durumda ölümü tercih edebileceğimiz bir şey olsaydı o konumda yaratılırdık. Sonuçta herkesin yaşaması gereken şeyler var ve bekleyip süreci tamamlamalıyız.”

Katılımcı 48: “Yaşam ilahi kaynaklı bir nimettir. Gerçek hedef asla ölüm değildir. O yüzden bir gün acılar da biter, ölümden gelir. Yeter ki biraz daha ilahi nimete sarılmak lazım diye düşünüyorum.”

Katılımcı 4: “İnançlarım doğrultusunda düşündüğümde doğru bulmuyorum”

Katılımcı 51: “Ben maneviyatı baskın bir doktorum. Zaten insan vücudunun yaratılışını gördükten sonra Allah’a inanmayan insan olduğunu düşünmüyorum. Bu muazzam işleyişin sonunu ancak veren alabilir. İstersem 100 yıl tıp adamı olayım yine de benim haddime değil.”

Katılımcı 56: “Yaratan Allah mutlaka insana kaldıramayacağı yükü yüklemesin sanırım kuranda geçiyordu. Herkesin gücü farklıdır ve ölümü tercih etme diye bir şey olamaz. Ya düşünüyorum da neden edilebilir diye hep aklıma depresyon geliyor. Bunu tedavi edersek bence herkes yaşamak ister. Bir tarafından tutmak ister hayatı. Evet kutsal bir yaşam verilmişken neden kötü bir sonla bitirme gayretinde olalım.”

Katılımcı 59: “Yaşam bize Allah tarafından verildi ve bu yaşamı en güzel şekilde uygulamak bize düşer. Benim bir artı tarafımda başkalarının hayatlarına ulaşarak olabilmemdir. Gerek tedaviyle gerek çaresiz bir hastaya teselli açısından yalnız olmadığını ve ilgilenildiğini görünce seviniyorlar. Hastalıkların kurtulma anılarıyla dolu bir meslek hayatı istiyorum. O yüzden bu canı Allah veriyorsa Allah alması gerekir. Bizler sadece birer şifacıyız. Şifanın olmadığı yerde ölüm vardır.”

Katılımcı 60: “Yaşam kesinlikle kutsal kaynaktan gelen bir durum. Tabi işin içinde Müslüman olan bir coğrafyada etkili. Çocukluktan beri öğrendiğimiz, kibarlık yaptığımız geleneklerimiz var. Mesela ölüme çok şok olmayız millet olarak. O yüzden bu ülkede kimseyi öldürecek bir doktor bulmak çok zor. Bireysel olarak da uygun görmüyorum adına ötanazi demişler ama bildiğin bir adamı uçurumdan iteklemeyle eşdeğer.”

Katılımcı 66: “Ben maneviyata önem gösteren biriyim o yüzden benim haddime değil birinin ölümüne karar vereyim. Düşünüyorum da bu kararı alan kişi kendini nerede görüyor olabilir ki bu kararı alsın. İnsanların yaşamlarında ellerinden tutmak, bir gün daha geçirmeyi niye istemesin. Sonuçta evin kapısından bile çıkarken hoşça kal/ güle güle demeden kimse sonlandırmıyor misafirlikte. Ne bu acele ölmek için bilemiyorum.”

Katılımcı 70: “Hiçbir merhamet sahibi insan evladı kimseyi adını değiştirerek kandırmasınlar bildiğin öldürmek senin söylediğin şey, kimseyi öldüremez. Böyle bir şey olabilir mi ya? Şimdi dedeler nineler yaşlandı diye ölümüne razı gelmek nedir. Bir nefes daha yanımızda almalı demek

lazım şanstan saymak lazım. Bilmiyorum bu çalışmalar kötüye giden insanlığı gösteriyor sanırım."

Katılımcı 77: *"Herkes bir gün ölümü bir şekilde tadacak ve yaşayacağı son anlamlı duygusu o olacak. O yüzden bırakalım bu işe kader karar versin. Yaşam her zaman kutsaldır. Ölüm bu kutsallığın son ilkesidir."*

Katılımcı 9: *"Yaşamı gerektiğine inanıyorum hem dini hem mesleki açıdan kıymetli olduğunu düşünüyorum yaşam hakkının. Kişisel olarak da kültürümüz böyle öldürme düşüncesine uygun değildir. Belki dini inanışımız ve kültürümüz sahiplenici olmasaydı daha mekanik bir düşünceye sahip olabilirdim ve acaba olabilir mi diye düşünürdüm. Yoğun bakımda son evre olsa dahi fişini çekme uygulamasını asla yapmam. Entübe olsa da, tedaviler artık yanıt vermiyor olsa da hatta son ölüm anına girdiğini düşünsem bile son dakikaya kadar vicdanen hastayı bırakamam ve tedaviyi devam ettiririm. İyileşme bile konforlu şekilde ölümü yaşamasını isterim. Hayati fonksiyonlar bitmiş olsa da fişi çekmem ki aktifi zaten asla kabul etmem."*

Katılımcı 78: *"Uygun görmüyorum. Bunu acımasızlık ve ruhsuzluk olarak da değerlendiriyorum. Bizim kültürümüzde kucaklaşma sadece fiziksel yapılmaz diye düşünüyorum."*

- Sabır ve manevi başa çıkma

Acıları, ızdırapları, hastalığı sabır ve manevi olarak başa çıkarak ilahi kudrete teslim olunması gerektiğini ifade etti bazı katılımcılar. Süreçte bir şekilde ölümün geleceğini ve her sıkıntılı duruma sabredilmesi gerektiğini ifade ettiler.

Katılımcı 30: *"Şahsi görüşüm olarak da doğru bulmuyorum. Eğitim ve ahlaki ilkelere bağlı bir birey asla birinin ölümünden bilerek sorumlu olmak hatta karar vermek istemez. İnsanın yaşaması, sabretmesi ve gerekirse ölümü doğalında beklemesi gerekir."*

Katılımcı 31: *"Doğru bulmuyorum çünkü herkesin yaşaması gereken bir hayatı var. Hep iyi günlerde mi yaşamalıyız yani"*

Katılımcı 48: *"Yaşam ilahi kaynaklı bir nimettir. Gerçek hedef asla ölüm değildir. O yüzden bir gün acılar da biter, ölümden gelir. Yeter ki biraz daha ilahi nimete sarılmak lazım diye düşünüyorum."*

Katılımcı 56: *"Yaratan Allah mutlaka insana kaldıramayacağı yükü yüklemesin sanırım kuranda geçiyordu. Herkesin gücü farklıdır ve ölümü tercih etme diye bir şey olamaz. Ya düşünüyorum da neden edilebilir diye hep aklıma depresyon geliyor. Bunu tedavi edersek bence herkes yaşamak ister. Bir tarafından tutmak ister hayatı. Evet kutsal bir yaşam verilmişken neden kötü bir sonla bitirme gayretinde olalım."*

2.6.8.5.3. Ölüme karar yetkisi

Doktorların birinin ölümüne karar verecek manevi yetkinliği kendilerinde görmediklerini ve kimin yaşayacağını kimin öleceğini bizim karar vermemiz doğru değil diye yorumda bulundular.

Katılımcı 16: *“Herkes verilmiş bir yaşam hakkı varken ölüme kimse karar veremez. Kimin ne şekilde olduğunu kimse asla tüm detaylarını bilemez. Sağlıklı değil diye, belki bilinçlilik hali yok diye, kendini ifade edemiyor diye ölmeyi hak ettiğini kim söylüyor? Sağlıklı olup birçok zarar veren birey yaşamayı hak ediyorken kendini ifade edemeyen, bakıma ihtiyacı olan bireyi mi bu dünyaya yük olarak görüyoruz? Kimin yaşayacağına ve kimin öleceğine dünya üzerinde kimse karar vermemeli..”*

Katılımcı 32: *“Uygun görmüyorum bir insanı öldürmek nasıl benim insiyatifimde olabilir kabul edilebilir bir şey değil”*

Katılımcı 34: *“Öyle bir yetkiyi kendimde görmüyorum. Kalp çalıştığı sürece bir damla serum bile versem yeter.”*

Katılımcı 46: *“Kişi bunu istese bile diğer tedavi hizmetlerinde olduğu gibi hekim bunu yapmak zorunda olmamalıdır. Ancak bireysel olarak birinin ölüm kararını desteklemem de mümkün değildir.”*

Katılımcı 51: *“Ben maneviyatı baskın bir doktorum. Zaten insan vücudunun yaratılışını gördükten sonra Allah’a inanmayan insan olduğunu düşünmüyorum. Bu muazzam işleyişin sonunu ancak veren alabilir. İstersem 100 yıl tıp adamı olayım yine de benim haddime değil.”*

Katılımcı 65: *“Birey olarak ölüme uzak biri değilimdir zaten o anlar içinde eğitim aldım. Ama birinin ölümüne yardım ederek bilerek öldürmek kötü bir fikir ya. Sonuçta birinin yaşamasını ve ölmesini tercih edeceksiniz. Hayır bu hiç de olağan bir şey olamaz. Ölmek benim irademdir, bedeli olsa da benim eylemimdir ama öldürmek bana düşmez.”*

Katılımcı 66: *“Ben maneviyata önem gösteren biriyim o yüzden benim haddime değil birinin ölümüne karar vereyim. Düşünüyorum da bu kararı alan kişi kendini nerede görüyor olabilir ki bu kararı alsın. İnsanların yaşamlarında ellerinden tutmak, bir gün daha geçirmeyi niye istemesin. Sonuçta evin kapısından bile çıkarken hoşça kal/ güle güle demeden kimse sonlandırmıyor misafirlikte. Ne bu acele ölmek için bilemiyorum.”*

-Yaşatmak üzerine mesleki farkındalık

Hekimlik, yaşatmak üzerine alınan mesleki eğitimlerinde insanın ölümü için karar verici olmadığını ve öldürmek için yetiştirilmediklerini ifade eden katılımcıların grubudur. İnsan için yapılacak bir şey kalmadığında öldürmek bir yol ve meslek tatbiki olamaz diye düşündüklerini söylediler.

Katılımcı 17: “Aktif ötanaziye asla desteklemiyorum. Bizim sorumluluğumuz sadece yaşatmak ve iyileştirmek üzerinedir. Herkes bir şekilde sabrı ölçülüyor. Sadece çok yaralı hayvanların uyutularak öldürülmesini destekliyorum.”

Katılımcı 27: “Bunun sorumluluğu hekime verilmemelidir. Benim vazifem tedavi etmektir. Tedavi istiyorsa tedavi olanakları sağlarım. Temelinde hem meslek açısından hem kendi görüşüm asla öldürmek için eğitim almadık ve o noktaya gelmeyi de istemem ki değiliz o noktada. Ölüm bizim karar verebileceğimiz bir iş değildir. Kişi kendisini öldürebilir ya da bireysel olarak intiharı tercih edebilir hakkıdır, herkes hür iradeye sahiptir ancak ben bir insan ve doktor olarak asla uygulamam.”

Katılımcı 53: “Yaşam tabiki de kıymetlidir. İnsanı değerli kılan da nefes alıyor ve kalbi atıyor oluşu. Çünkü buraya hasta geldiğinde ne kimliğiyle geldiğinin bir önemi yok onu yaşatmak için tüm çabayı sarf ediyoruz.”

Katılımcı 59: “Yaşam bize Allah tarafından verildi ve bu yaşamı en güzel şekilde uygulamak bize düşer. Benim bir yanı tarafımda başkalarının hayatlarına ulaşarak olabilmemdir. Gerek tedaviyle gerek çaresiz bir hastaya teselli açısından yalnız olmadığını ve ilgilenildiğini görünce seviniyorlar. Hastalıkların kurtulma anlarıyla dolu bir meslek hayatı istiyorum. O yüzden bu canı Allah veriyse Allah alması gerekir. Bizler sadece birer şifacıyız. Şifanın olmadığı yerde ölüm vardır.”

Katılımcı 62: “Ben kendimi bir insanı öldürecek biri gibi göremem. Ne yetiştiğim aile ne aldığım eğitim ne de yaşadığım ülke ve gelenekler böyle bir duruma uyum sağlayamazdım.”

Katılımcı 65: “Birey olarak ölüme uzak biri değilimdir zaten o anlar içinde eğitim aldım. Ama birinin ölümüne yardım ederek bilerek öldürmek kötü bir fikir ya. Sonuçta birinin yaşamasını ve ölmesini tercih edeceksiniz. Hayır bu hiç de olağan bir şey olamaz. Ölmek benim irademdir, bedeli olsa da benim eylemdir ama öldürmek bana düşmez.”

2.6.8.5.4. Hastanın içinde bulunduğu sıkıntıyı onarmak

Hastayı ölüme bırakmak, tedaviden mahrum etmek ya da aktif olarak ölmesine yardımcı olmak yerine hastanın içinde bulunduğu sıkıntıdan kurtararak ölüm fikrinden uzaklaştırmanın gerekliliğine inanıyor katılımcı hekimlerimiz. Bunu şöyle örnek verebiliriz mesela; depresif bir haldeyken psikiyatr tedavisiyle sağlam bir düşünceye kavuşturulursa ölümünde kurtuluş olacağı fikrinden vazgeçeceğini ifade ettiler.

Katılımcı 24: “Aktif ötanaziye asla doğru bulmuyorum. Kendisi çok ağrı çektiğinde kendi ölümünü gerçekleştirebilir buna kimse karışamaz ama bir ölüme karar verip uygulamak bize düşmez. Doğarken nasıl bizim üstümüzde bir boyut varsa ölümüne müdahale edilecek durum değildir. Dünyaya gelirken seçemiyoruz giderken de seçemeyiz. Bir insanın depresyon, acı ve ağrı vs gibi ölümü tercih etme sıkıntıları ortadan kalkarsa ölmeyi isteyeceğini düşünmüyorum.

Sıkıntıları olmayan sağlıklı insan bir gün de olsa yaşamayı ister. Kısacası canı biz vermedik, biz alamayız.”

Katılımcı 56: *“Yaratan Allah mutlaka insana kaldıramayacağı yükü yüklemesin kuranda geçiyordu. Herkesin gücü farklıdır ve ölümü tercih etme diye bir şey olamaz. Ya düşünüyorum da neden edilebilir diye hep aklıma depresyon geliyor. Bunu tedavi edersek bence herkes yaşamak ister. Bir tarafından tutmak ister hayatı. Evet kutsal bir yaşam verilmişken neden kötü bir sonla bitirme gayretinde olalım.”*

Katılımcı 57: *“Bir insan bir gün daha yaşamak ister. Bir sevgiyi, ilgiyi vs. bir gün daha yaşamak için çabalar. Ama işte ait olmadığını, sevenin olmadığını falan düşünürse insan o zaman ölmek isteyebilir. Yaşamaktansa ölümler diyorlar ya. Ölmek yerine seni aramızda istiyoruz deselerdi insanlar asla ölmeyi tercih olarak görmezlerdi.”*

Katılımcı 68: *“Kişileri tatmin ve teskin edecek bilgilendirme, rehberlik ve yardımların sunulmasındaki yetersizlikten dolayı ölümü seçiyorlar.”*

2.6.8.5.5. Yaşamın kutsal olarak değerlendirilmesi

Yaşamı kutsal olarak değerlendiren ve ilahi kaynaklı olduğunu söyleyen katılımcı hekimlerin kodlamasıdır. Manevi değerlendirmeden farklı olarak yaşamı kutsal sayan ve aşkın varlığa ithaf ederek belirttikleri görüşlerdir.

Katılımcı 11: *“Temelinde insan var olan bir karar öyle alelade alınamaz. Hiç kimseye düşmez bu karar. Doğmaz nasıl bizim tercihimizde değilse ölümden bizim isteyebileceğimiz ve sona karar vereceğimiz bir durum değildir. O yüzden sürecin sonuna kadar mücadele etmeliyiz.”*

Katılımcı 2: *“Ötanaziye uygun görmüyorum. Ölümü öne çekmeye çalışmak yaşamın kutsallığına aykırı diye düşünüyorum. Sıkıntısı ne ise sonuna kadar tedavilerle bir şekilde başa çıkmak gerekir. Temel haktan hemen vazgeçmek doğru değil.”*

Katılımcı 39: *“Yaşamın kutsallığı nedeniyle, yaşama son verilmesi düşünülmemelidir.”*

Katılımcı 40: *“Yaşamın kutsallığına ters bir durum olduğunu düşünüyorum.”*

Katılımcı 41: *“Kesinlikle katılıyorum, yaşamak kutsaldır tüm canlılar için.”*

Katılımcı 7: *“Yaşamın kutsal alanında ölüm hakkının da kutsallık içinde değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum. İnsanın içi el vermiyor. Çok insani bir talep olarak görüyorum. Suistimale açık ve sınırları belirsiz bir alan. Ancak herkes yaşamayı ve tekrar denemeyi hakediyor ama öyle hastalar görüyoruz ki talep ettiği şeyin kurtuluş olduğunu da bazen düşünüyoruz. Ama toplumun kırılgan kesimi yani engelli, hastalığının tedavisi olmayan küçük çocuklar veya gençler.. Bunlar olabildiğince yaşamalı ve ölüm kararını düşünmemelidir. Aktif ötanaziye nazilerin kusurlu olanları öldürmesi gibi düşünüyorum.”*

Katılımcı 5: “Yaşamının temel hak olduğunu düşünüyorum ve ötanazi bir yaşam hakkının elinden alınması demektir. Öyle ya da böyle bir intihardır.”

Katılımcı 60: “Yaşam kesinlikle kutsal kaynaktan gelen bir durum. Tabi işin içinde Müslüman olan bir coğrafyada etkili. Çocukluktan beri öğrendiğimiz, kibarlık yaptığımız geleneklerimiz var. Mesela ölüme çok şok olmayız millet olarak. O yüzden bu ülkede kimseyi öldürecek bir doktor bulmak çok zor. Bireysel olarak da uygun görmüyorum adına ötanazi demişler ama bildiğin bir adamı uçurumdan iteklemeyle eşdeğer.”

Katılımcı 61: “Açıkçası yine zor ve vicdani muhasebe ihtiyacı olan bir soru. Tabii ki her yaşam kutsaldır. Herkesin insani şekilde yaşamaya ihtiyacı vardır. Ancak insani yaşama koşulları arasında hastanın ağrısını olabildiğince dindirmek gibi yaşam için önemli şeyler de olmalıdır. Ancak yaşam sonlandırma gerçekten de çok üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Etik olup olmadığı bile zaten çok tartışmalıdır. Ülkemizde yasal olmadığından bu konular üzerinde düşünmüyoruz. Ancak belki de bu şekilde yasa olması bizim işimizi kolaylaştırıp bu konular üzerinde düşünmememizi sağlıyor.”

Katılımcı 73: “Yaşamın kutsallığına aykırı olarak değerlendiriyorum.”

Katılımcı 77: “Herkes bir gün ölümü bir şekilde tadacak ve yaşayacağı son anlamlı duygusu o olacak. O yüzden bırakalım bu işe kader karar versin. Yaşam her zaman kutsaldır. Ölüm bu kutsallığın son ilkesidir.”

2.6.8.6. Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar

Doktorların yaşamı belli sebeplerden dolayı kutsal görmedikleri ya da ölmeninde ve bunu tercih etmeninde bir hak olduğunu belirttiler. Hastanın kendisi istediği, bakım becerilerini yerine getiremeyecek kadar ileri seviye bağımlı, muhtaç olma gibi durumlardan yaşamın kutsal değil her duruma olabilir diye düşünmekte olan katılımcı doktor görüşmeleridir.

2.6.8.6.1. Aidiyet duygusundan yoksun ve başkasına yük olma düşüncesi

İnsanın tutunduğu dal yetişmiş olduğu ağaçtır. Eğer o ağacın dalına artık kendini ait hissetmiyorsa bir şekilde düşmenin yollarını arar insan. O yüzden doğmuş, büyümüş, ardına da evlatları olmuş ama aile dalları kırılmış birey için düşmek, kaçmak bir şekilde kolay gelmektedir. Bir de ait hissetmediği yerde sıkıntılı bir hale düştüyse insan yük olduğunu ve mahzunlaştığını hisseder. Bu süreçte de ölümü tercih edebilmektedir.

Katılımcı 3: “Herkes yaşamında bir başkasının desteğine tutunarak yaşıyor. Ancak bir hastanın kendini yük hissetmesi belli bir zaman sonra onurlu bir ölümü düşündürüyor. Yaşamın kutsallığı olarak düşünemeyiz. Konforlu ve ağrısız, sıkıntısız bir ölümü tercih ederim. Mesela babamın çok ileri hastalık zamanında keşke böyle yaşayacağıma ölüverseydim dedikten sonra evladı olarak

bazı uzatan tedavileri kestim, doğal sürecine bıraktım yaşam seyrini. Ama mesleğim gereği bana böyle bir hasta gelseydi asla bırakamazdım çünkü yasal süreçte bu bana müsaade etmiyor.”

Katılımcı 57: *“Bir insan bir gün daha yaşamak ister. Bir sevgiyi, ilgiyi vs. bir gün daha yaşamak için çabalar. Ama işte ait olmadığını, sevenin olmadığını falan düşünürse insan o zaman ölmek isteyebilir. Yaşamaktansa ölürüm diyorlar ya. Ölmek yerine seni aramızda istiyoruz deselerdi insanlar asla ölmeyi tercih olarak görmezlerdi.*

Katılımcı 64: *“Hayatta kalması ölmesinden daha kötü bir tablodaysa bence ölümü tercih etmelidir. O kadar da kötü bir şey değil ölüme karar vermek. Sonuçta hepimizin sonu oraya varmıyor mu? Niye acılar içinde itaat etmek zorunda kalayım ki.”*

Katılımcı 75: *“Saygı duyuyorum. Kimseyi ne zorla yaşatmak ne de zorla ölüme sürüklemem. Kendisine saygısı olan insan zaten ihtiyaçlarını gideremiyorsa o yaşamsal yükü taşıyamaz. O yüzden saygılı ölüm tam da bu oluyor.”*

2.6.8.6.2. Onurlu tedavi

İnsani becerilerini kaybetmiş ve sadece nefes alarak hayatta kalan hastaların ölmesini de kutsal ve onurlu sayan hekimlerin görüşlerini belirttikleri kodlamadır. Hastanın son evreye girmiş ve acılar içinde ölümü bekleyeceğine aktif ya da pasif ölüme giden yolları açmanın onun bedenine onurlu tedavi yaşatmak istediklerini ifade ettiler.

Katılımcı 12: *“Eğer çok ileri seviye sakatlık, engelilik durumu, tedavisi olmayan ağır hastalık evreleri ve bitkisel hayata bağlı uzun süren bilinçsizlik düzeyi varsa ötanazi aktif olarak uygulanmalıdır. Çünkü çok ileri düzey bir hasta zaten artık insan olduğunun bilincinde olamaz ve aileye, çevresine ve sağlık olanaklarına büyük yüküdür. İtibarlı ölümden insanın yaşamın kutsalın içinde sayılmalıdır.”*

Katılımcı 26: *“Herkes hayatının sonuna kadar mutlulukla gelmediği için insanın çok kötü olduğu durumlarda ölmeyi tercih etmesi gayet doğaldır. Ona o kolay ölümü sunmak da bizim görevlerimiz arasında olmalıdır. O yüzden onurlu ve kibar ölmeyi bir özgürlük olarak görüyorum.”*

Katılımcı 43: *“Evet kutsal olarak görülebilir ama onurlu ölümden yaşamın bir parçasıdır.”*

Katılımcı 55: *“Yaşamın kutsal olduğunu kim söylüyor? Ya da yaşamın neresinde bir kutsallık var. Sonuçta herkes doğduğu evi, yaşadığı coğrafyaya göre yaşam sürüyor. Herkesin mecburi olarak içinde doğduğu bir yaşamı var. O yüzden bunlar hep kandırmaca. Kutsal yaşam varsa bu yaşamı kutsallaştırmak adına zirvede bırakıp ölmek de bir kutsallıktır ona kalırsa. Niye perişan ölelim niye sonumuz korkunç bir bitişse sürünmeye itibarsız ölmeye mahkum olalım..”*

Katılımcı 74: *“Elbette ki herkes yaşamayı hak eder ama yaşamak var, yaşamak var. Çok ağır semptomlarda, terminal dönem veya metastaz olarak karşımıza gelen biri artık zaten insan gibi*

yaşayamaz ki. Bakıma muhtaç hale gelir. Belki de ölmek de onurlu yaşamın bir parçası olarak sayılabilir. Ben böyle düşünüyorum."

Katılımcı 75: *"Saygı duyuyorum. Kimseyi ne zorla yaşatmak ne de zorla ölüme sürüklemem. Kendisine saygısı olan insan zaten ihtiyaçlarını gideremiyorsa o yaşamsal yükü taşıyamaz. O yüzden saygılı ölüm tam da bu oluyor."*

Katılımcı 29: *"Ben hiçbir şeyin kutsal olduğunu düşünmüyorum. İnsanların kendi yaşam hakları var ve insanların yaşamlarını istekleri doğrultusunda sonlandırmaya karar vermesi gayet uygundur. Mesela kanser hastasıyım ama konforlu şekilde ölemiyorum. Hâlbuki çok rahat ve onurlu bir şekilde ölebilirim. İntihar olarak değil yani sağlıklı birey için söylemiyorum oda bir tercih tabiki ama doktorun yardımıyla kolay ölüm son dönem sancılı hastalar için geçerli bu söylediklerim. Sağlıklı bir bireye karar verse de uygulamam."*

Katılımcı 63: *"Uygundur bireysel olarak da böyle ağırlı yatağa bağımlı bir hayat yaşamaktansa ölmeyi kurtuluş sayarım."*

2.6.8.6.3. Yasal durum

Yaşamın son bulmasını desteklese de ya da ölüm konusunda fikri yok ama yasal engel oluşu doktoru uygulamaktan alıkoyan unsur haline gelmiş oluyor.

Katılımcı 14: *"Yaşamın kutsallığı açısından bir mahsur görmüyorum. Sonuçta bireysel tercih de mevcut insan için. Ama ülkede bu aşamada desteklemem, farklı yasal olan bir yerde olsaydım desteklerdim. Türkiye'de yapsam bile öldükten sonra yakınları hemen vazgeçip yasal şikâyetlere başvuruslar."*

Katılımcı 44: *"Yaşam hakkı gibi " ölüm hakkı" nın da kutsal olduğunu düşünüyorum. Ayağı kırılan atların öldürülmesi, hastalanan evcil hayvanların uyutulması vs. adı altında ötanazi hayvanlara karşı uygulanan yasal bir uygulama. Ayrıca ötanazinin kendi sınırları içerisinde yasak olduğu ancak idam cezasının uygulandığı birçok ülke var. Yaşamın kutsallığı ilkesi ile çelişen bir durum değil midir idam cezaları? Yaşam konusunda tercih hakkı sorulmayan insanoğluna, ölüm konusunda da engellemeler getirilmesi bence trajikomiktir. Ben hayatımla ilgili bazı kararları kendim verebilmeliyim. Çünkü ben bir robot değilim, arkamda ne zaman çalışacağıma ne zaman duracağıma karar veren bir düğmem de yok."*

Katılımcı 69: *"Ülkemiz hem hukuki açıdan hem de manevi açıdan bu duruma hazır değil ama bazı şartlarda olmalı diye düşünüyorum."*

2.6.8.6.4. Ölme hakkı ve özerklik

Hastanın bireysel tercihinine bağlı ve zor bir dönemdeyse ölme isteğine saygı duyduklarını, ölme hakkının da yaşama hakkı gibi olduğunu belirttiler. Aynı zamanda katılımcıların yaşamın kutsal olmasıyla sadece hayatta kalması arasında büyük fark var dediler.

Katılımcı 13: *“İnsan için o dönem hayattan zevk almasa da uçurumdan atlasa da, suda boğulsa da yaşamak ve hayata tutunmak için kurtarılmak ister. Ruh sağlığı açısından öncelikle değerlendirilmesi gerekir. Yaşam hakkı en temel haktır ve herkes yaşamak, var olmak ister. Ama hastanın kendisi her duruma rağmen ölmek istiyorsa da aktif olarak yerine getirilebilir.”*

Katılımcı 14: *“Yaşamın kutsallığı açısından bir mahsur görmüyorum. Sonuçta bireysel tercih de mevcut insan için. Ama ülkede bu aşamada desteklemem, farklı yasal olan bir yerde olsaydım desteklerdim. Türkiye’de yapsam bile öldükten sonra yakınları hemen vazgeçip yasal şikâyetlere başvururlar.”*

Katılımcı 15: *“Yaşamak bir haksa ölme de bir haktır. O yüzden mutlaka ölme hakkı gelmelidir.”*

Katılımcı 27: *“Bunun sorumluluğu hekime verilmemelidir. Benim vazifem tedavi etmektir. Tedavi istiyorsa tedavi olanakları sağlarım. Temelinde hem meslek açısından hem kendi görüşüm asla öldürmek için eğitim almadık ve o noktaya gelmeyi de istemem ki değiliz o noktada. Ölüm bizim karar verebileceğimiz bir iş değildir. Kişi kendisini öldürebilir ya da bireysel olarak intiharı tercih edebilir hakkıdır, herkes hür iradeye sahiptir ancak ben bir insan ve doktor olarak asla uygulamam.”*

Katılımcı 29: *“Ben hiçbir şeyin kutsal olduğunu düşünmüyorum. İnsanların kendi yaşam hakları var ve insanların yaşamlarını istekleri doğrultusunda sonlandırmaya karar vermesi gayet uygundur. Mesela kanser hastasıyım ama konforlu şekilde ölemiyorum. Halbuki çok rahat ve onurlu bir şekilde ölebilirim. İntihar olarak değil yani sağlıklı birey için söylemiyorum oda bir tercih tabiki ama doktorun yardımıyla kolay ölüm son dönem sancılı hastalar için geçerli bu söylediklerim. Sağlıklı bir bireye karar verse de uygulamam.”*

Katılımcı 33: *“Ben her türlü yaşama saygılıyım. Kimin iyi kimin kötü olacağını kişinin kendi bilir. Ötanazi açısından da saygı duyuyorum. Mesela pankreas hastasının ya da metastazı olan varsa ötanazi iyi bir şey acılarından tamamen kurtulmuş olacaktır. Sağlık açısından değerlendiriyorum ve insani baktığımda gayet yapılabilir. Hatta intiharı desteklemiyorum ama onu tercih edene de saygı duyuyorum.”*

Katılımcı 36: *“Ben doğru bulmasam da insanların ölümlerini seçme hakkı olmalıdır. Kendi ölümlerinde de özgür olmalıdır ama asla uygulayıcısı olmam. Kendim için olmam onun duygusal yükünü çekmek istemem.”*

Katılımcı 38: *“Herkes ölür ama herkes yaşamaz. Hayatta kalmak ile yaşamak arasında fark var. Yaşam kutsal ama hayatta kalmak kutsal olmayabilir. Ya da sürünmek kutsal bir yaşam olmayabilir. Çelişkili aslında. Onurlu ölmek vardır ya samuraylarda felan aslında onuruyla ölmek*

dediğin onuruyla yaşamış olmaktır. Çünkü bir süre sonra yaşamak farklı bir hale geliyor. O bakımdan olayı nasıl yorumladığınıza bağlı. Dinen günah belki ama yaşamın kutsallığı noktasında zaten devridaim bir dünyadayız ve zaten öleceğiz. O noktada yaşadığın zamanı daha kaliteli yaşamak diye düşünülebilir. O bakımdan çok mu olumsuz bilemiyorum ama çok zor bir karar. Sonuçta intihar her biri aynı zamanda, tıbbi olarak da öyle. Ama farkı bunu doktor eliyle yapıyor. Bizler doktor olarak bir yandan hastaların intihar etmesini engellemeye çalışıyoruz ama bir yandan da hastanın çeşitli sebeplerine bağlı hayatına son vermesini anlıyoruz da, destek de veriyor gibi oluyoruz ötanaziyi savununca. Burada anlam seviyesi de önemli, yaşamın kutsallığı olarak bakarsak daha manevi, dini, felsefi değerlerle ilgili bir kavram ve biz bunu yaşama addediyoruz. Belki de yaşam o kadar kutsal değil. En azından yaşayan kişi için kutsal ama ötanaziyi isteyen kişi için o kadar kutsal olmayabilir. Burası tartışmalı ve burası da etik bir sorun getiriyor. Buna madem yaşam kutsal değil ama başkasının hayatına son verebilir miyim ya da kendi hayatımı sonlandırabilir miyim sorunu çıkıyor. Kanunen ötanaziyi serbest bıraksalar ortalık çok karışır. Gerçekten bunun sübjektif kriteri nedir? Mesela 5 sene sonra öleceğim diyelim ki bazı hastalıkların ölçütleri vardır. Hasta kendi gidişatından ileride yaşayacaklarını tahmin eder ve öyle şeyler yaşayacağıma şimdiden öleyim der. Bu aşamada kaliteli ve güzel yaşamı mı kutsal görüyorsun yoksa her türlü hayatta kalmayı mı kutsal görüyorsun meselesi kritik..”

Katılımcı 44: *“Yaşam hakkı gibi ” ölüm hakkı” nın da kutsal olduğunu düşünüyorum. Ayağı kırılan atların öldürülmesi, hastalanan evcil hayvanların uyutulması vs. adı altında ötanazi hayvanlara karşı uygulanan yasal bir uygulama. Ayrıca ötanazinin kendi sınırları içerisinde yasak olduğu ancak idam cezasının uygulandığı birçok ülke var. Yaşamın kutsallığı ilkesi ile çelişen bir durum değil midir idam cezaları? Yaşam konusunda tercih hakkı sorulmayan insanoğluna, ölüm konusunda da engellemeler getirilmesi bence trajikomiktir. Ben hayatımla ilgili bazı kararları kendim verebilmeliyim. Çünkü ben bir robot değilim, arkamda ne zaman çalışacağıma ne zaman duracağıma karar veren bir düğmem de yok.”*

Katılımcı 47: *“İnsanın özgür olarak tercihlerine saygı duymakta yaşam için gerekli durumdur. Şimdi acılarla mücadele ederken hasta hayır sakın ölemezsin bu acıları her şekilde yaşamalısın demek acıları çekmeyen kişiler için kolaydır. Bireysel olarak buna karışmam, empati yaparak da sürece dahil olmam ama kesinlikle olması gereken hayatların var olduğuna inanıyorum.”*

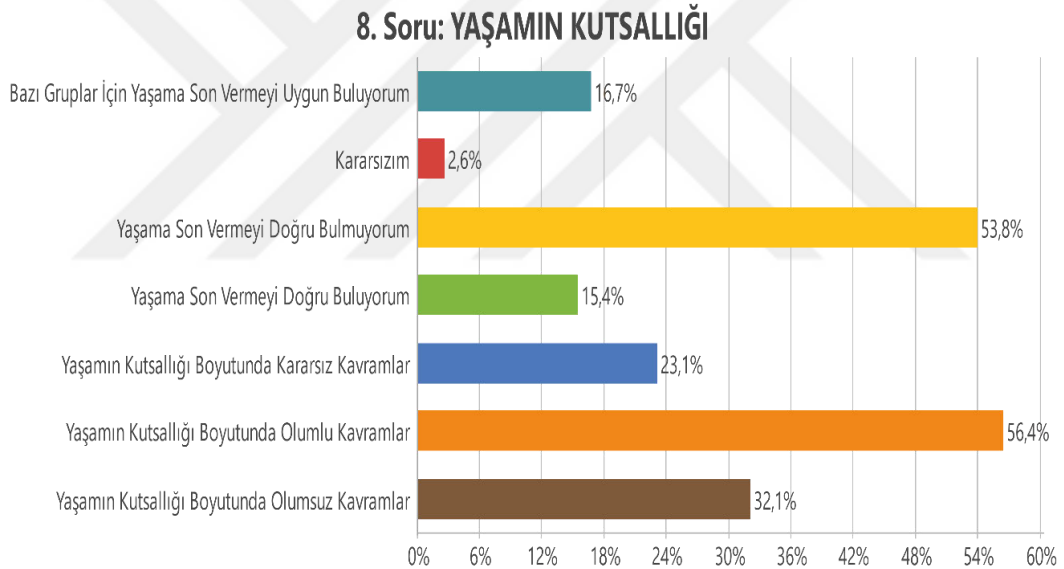
Katılımcı 54: *“Böyle bir talebi gerekli ve makul görürsem elbette ki sorun yok. Hastanın kendisi süreci böyle devam ettirmek istemişse oda onun bileceği bir iş.”*

Katılımcı 55: *“Yaşamın kutsal olduğunu kim söylüyor? Ya da yaşamın neresinde bir kutsallık var. Sonuçta herkes doğduğu evi, yaşadığı coğrafyaya göre yaşam sürüyor. Herkesin mecburi olarak içinde doğduğu bir yaşamı var. O yüzden bunlar hep kandırmaca. Kutsal yaşam varsa bu yaşamı kutsallaştırmak adına zirvede bırakıp ölmek de bir kutsallıktır ona kalırsa. Niye perişan ölelim niye sonumuz korkunç bir bitişse sürünmeye itibarsız ölmeye mahkum olalım..”*

Katılımcı 58: “Yaşam elbette ki kutsal ama yaşanmaya değer bir yaşam mı onu sorgulamamız gerekiyor. Sonuçta anlamsız ve sadece bir beden boyutunda kaldıysa yaşamak buna yaşamak değil ölüm kurtuluş olabilir. Ancak etik olarak ölmeli mi dersiniz kişinin verebileceği kararda özgür olmalı. İlla yaşayacaksın demek de bir baskı ve insanın iradesine engel olmak demektir.”

Katılımcı 67: “Yaşamak ve yaşatmak varsa ölmek de olabilir. Sonuçta intihar da bir irade göstergesidir. Belki bazı toplumlarda anormal, günah olabilir. Şunu şöyle düşünelim bedeli varsa da ödemeye hazırım durumunda ölümü seçmek değil midir zaten. O yüzden bırakın ölmek isteyen, hayatını, doğduğu yeri sevmeyen ölebilir. Nedir bu kadar kasıldığımız.”

Katılımcı 76: “Yaşamayı seçemiyoruz adına da kader diyorlar. Çok kötü bir coğrafyada doğduysak, evet seçemedik. İmkânsızlıklardan, hastalıktan ölmeyip sürünüp, neden acılar içinde de ölmeye mahkûm edilelim ki. O yüzden bari ölüm şeklimize biz karar verebilelim. Yasal olmadığı için herkes dua etmeli ki iyi bir ölümle karşılaşsın.”



Şekil 2.17. 8.soru cevaplarının yüzdeler tablosu

Tablo 2.17. 8.soru cevaplarının yüzdelik tablosu

	Belgeler	Yüzde
Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum	13	16,67
Kararsızım	2	2,56
Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum	42	53,85
Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum	12	15,38
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	18	23,08
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	44	56,41
Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	25	32,05
ANALİZ EDİLEN BELGELER	78	100,00



3.BÖLÜM

NİTEL BULGULAR AÇISINDAN TARTIŞMA

3.1 Nitel Bulgular Açısından Tartışma

Çalışma 78 uzman hekimin katılımıyla gerçekleşmiştir. Çalışma, 6 ay süreyle hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde, Onkolojide, Palyatif Bakımda, Ketem’de ve İnme Merkezinde çalışma yasal olarak izin kapsamında araştırmacı kimliğiyle yürütülmüştür.

- Çalışma sonucunda yasal prosedür ötanazi konusunda serbest kalırsa “ötanazi uygulamasına gelecek talebi uygun görmem” diyen katılımcı hekim yüzdeliği 56,4 (44 kişi)olarak sonuçlanmıştır. “Ötanaziyi kabul ederim” diyen hekimlerin oranı 32,1 (25 kişi) şeklinde ifade edilmiştir.
- Teşhis koymadaki etkenleri yüzde 48,79(38 kişi) oranında görüntüleme ve klinik bulgular olarak ifade edilmiş ve birçok sebebe de bağlanmıştır.
- Tedavi sonlandırma ölçütlerinde sonlandırma uygulamadıklarını ama destek ve bakım tedavileriyle palyasyon olarak devam ettiklerini ifade ettiler. Katılımcıların palyasyon tedavilerine yönlendirdiği yüzdelik oranı 33,3(26 kişi), sırasıyla yasal prosedür durumunda devam ettirdikleri 32,1, tedavi takibinde kaldığı 30,8(24 kişi), Tedavide fayda-zarar durumuna bakılması 17,9(14 kişi) olarak cevaplandırılmıştır.
- Tedavinin etkisiz kalındığı durumlarda yasal sorumluluk sebebiyle hastayı yormamak için palyasyon tedavileriyle devam ettirildiği belirtilmiştir. Yüzdeliği 72,7(56 kişi) oranında büyük çoğunluk grubun tercihi bu yönde olmuştur.
- Çalışmada etik veya hukuksal boşluk var mı ifadesine tedavi uygulamalarında sıkıntı olduğunu ifade etmiş yüzdeliği 41,0(32 kişi) oranında olan katılımcı grubu mevcuttur. Sonrasında hayır bir boşluk yok diyen grup gelmekte 34,6(27 kişi) oranıyla, personelin iş yükünden muzdarip olduklarını ifade eden de bir grup olmuştur 17,9(14 kişi) katılımcı oranında cevaplandırılmıştır.
- Ötanazi uygulamasını meslek etiği gereği **uygun bulmayan** katılımcı hekim yüzdesi 53,8’dir(42 kişi). **Uygun bulan** hekimlerin oranı 28,2’dir(22 kişi).Bazı gruplarda(terminal ve metastaz dönemi vb) uygun olabilir diyen hekim yüzdeliği 19,2(15) oranında yer almaktadır.
- Yaşamın kutsallığı çerçevesinde şahsi görüş beyan eden hekimlerimizin aktif olarak yaşama son vermeyi doğru bulmuyorum diyen yüzdelik 53.8(42 kişi) oranındadır. Yaşama son vermeyi doğru bulan grup ise 15,4(12 kişi)yüzdeliğindedir.

- Yaşamı kutsal sayanların olumlu bakış açısı 56,4(44 kişi), olumsuz olanlar ise 32,1(25 kişi) olarak değerlendirilmiştir.

Genel olarak çalışmanın ötanazi uygulayıcısı olan doktorların, bilinçli öldürme eylemi konusunu hem yasaların engeli hem meslek etiği hem de yaşamı kutsal olarak gördüklerinden dolayı ötanazi uygulamasını kabul etmemişlerdir. Herhangi bir dini inanış, milli değer ve dünya görüşüne ithafen soru sormadan, yönlendirilmeden objektif görüşmeler yapıldı. Bu görüşmelerle doktorun kendini daha doğru şekilde ifade ettiği gözlemlendi ve tarafsız bakış açısıyla sorular ele alındı. Çalışmanın sonunda doktorların yarısından fazlası ötanaziyi uygulama konusunda **olumsuz** düşüncelere sahip oldukları tespit edildi ve yasal olsa bile kabul etmeyeceklerini ifade ettiler. Ancak süresiz tedaviden dolayı iş yükünün ve personel enerjisinin doğru kişilere kullanamadıklarını ifade edip, suni yaşam yerine tedavilerin kesilip bazen süreçte pasif hale bırakılması gerektiğini de belirttiler. O yüzden bir kısım doktorlar “pasif ötanazi bazı hastalar için uygulanabilir ama uygulamayı herkes için değil sadece son dönem hastalar için olması” gerektiğini söylediler. Manevi değerlerin baskın olduğu düşünülen bu ülkede “uygularım” diyen doktorların da sayısı azımsanmayacak oranda olması dikkat çekmektedir. Uygulamayı başka analizlerle karşılaştıracak olursak İran’da öğrenci grubuyla yapılan ötanazinin dindarlık ölçütüyle değerlendirilmesi yer almaktadır ve sonuca göre analizde yer alan anket cevaplar, dindarlıkla bağlantılı bir görüşü ortaya çıkarmıştır.¹⁸³ Fas’ta orta ve yaşlı müslüman kadınlar üzerinden, yaş farkı ve farklı eğitimlerin seviyeleri baz alınarak yapılan çalışmada, farklı bir görüş verilmediği saptanmış ve dindarlığın artmasıyla ötanazi uygulaması kabul görmemiş olduğu tespit edilmiştir.¹⁸⁴ Aynı zamanda halkın Müslüman olduğu ülkeler arasında Türkiye’yi daha seküler bir ülke olarak tanımlayan kaynaktan alıntı yaparak, Türkiye’nin ötanazi konusuna daha ılımlı olduğunu iddia etmiştir.¹⁸⁵ Türkiye Cumhuriyetinde çalışan hekimlerin üzerinden yapılan bu çalışmada, geleneklerden ve manevi bağlamdan ayrılarak daha farklı bakış açısıyla, ötanazi talebini değerlendirme aşamasında belli kriterlere bağlı şekilde uygulamaya olumlu olabileceklerini ifade ettikleri sonucuna varılmıştır. Genel literatür tarandığında, bu çalışma Türkiye Cumhuriyeti İlahiyat Fakültesi bünyesinde ilk hekim katılımcıyla yapılan nitel çalışma-içerik analizi araştırmasıdır. İslam ülkelerinde ise doktorla nitel çalışma yapılan ve manevi boyutuyla ele alınan ilk ve öncü çalışma niteliği taşımaktadır.

¹⁸³ AGHABABAEI Naser, The Euthanasia-Religion Nexus: Exploring Religious Orientation And Euthanasia Attitude Measures In A Muslim Context s.339

¹⁸⁴ AHADDOUR Chaïma, BRANDEN Stef Van den & BROECKAERT Bert, “God is the giver and taker of life”: Muslim beliefs and attitudes regarding assisted suicide and euthanasia s.10

¹⁸⁵ Ahmed and Kheir 2006; Bugay, Sorum, and Mullet 2014; Cavlak et al. 2007; Gard et al. 2005; Koç 2012; Tepehan, Ozkara, and Yavuz 2009; AHADDOUR Chaïma, BRANDEN Stef Van den & BROECKAERT Bert, “God is the giver and taker of life”: Muslim beliefs and attitudes regarding assisted suicide and euthanasia s.9

3.2 Manevi Başa Çıkma Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi

Sonuç olarak hekim görüşmelerinde, hastanın her durumda yaşamasını olumlu bakış açısından yorum yapsalarda, ötanazi uygulamasını olumsuz bir tavır ve tutumla cevaplandırmışlardır. Bu beden dili bile doktorun ağızla uyguladığı dese bile aslında hazır olmadığını göstermektedir. Yasal olarak kabul edilen ülkelerde o kadar serbestliğe ulaşmış, “özgürlük” adı altında ötanaziden dolayı suistimal edilen hayatların ve bunu meşru kılan ülkelerin devletlerine nasıl güvenilebilir? “İç özgürlüğümüzü özümüzün gürleşmesi” olarak da anlayabiliriz diye belirten Prof. Dr. Öznur Özdoğan; Özgürlük olmayan bir ülkede ölüm ve yok olma vardır. Her ilerlemenin ve kurtuluşun temeli özgürlüktür.¹⁸⁶ Hayat içinde özgürlük her insanın doğal yaşam taşıdır.

Sonsuz yaşam döngüsü yoksa ve insanın tadacağı son insani his, acı bile olsa bazen yaşadıklarımız, iliklerimize kadar var olduğumuzu hatırlatmaktadır. O zaman ölmek için ve çaresiz olunan zamanlarda ölümü kaçış olarak düşünmek ve bunu destek alması gereken zamanda hekim eliyle daha da yaşam dışına itilmesi ne kadar doğru ve etik olabilir? Türkiye Cumhuriyeti’nin yasalarla ve hekimler tarafından her durumda kıymet görmenin ne büyük şans olduğunu birçok defa düşünüldü görüşme esnasında. Bazı hekimler “ *insanlar için varız, yanlarındayız, sıkıntıda olsalar bile son damlaya kadar tedavi ediyoruz*” demelerinin verdiği güven ve gurur paha biçilemez bir görüşme sonucudur.

“İlah acısız günler vaat etmedi.

Kedersiz kakhaha, yağmursuz güneş de vaat etmedi

Ama O, acılı gün için güç,

Gözyaşları için rahatlık ve yol için ışık sözü verdi.”

Stres, bedensel ve psikolojik aşırı uyarılma halini ve bunu belirleyen etkenleri ele alan kavramdır. Azaltmaya ya da yok etmeye yönelik bedensel, bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeylerde gösterilen çabaları stresle başa çıkma olarak tanımlayabiliriz.¹⁸⁷ Stres her zaman olumsuz bir sonuca götürmez. Stres yönetimi hem olumlu hem de olumsuz şekilde devreye girebilir.. Örneğin Çinliler stresi iki karakterle temsil ederler; biri tehlikeyi, diğeri fırsatı işaret etmişlerdir. Çin örneği gibi, günümüzde stres de aslında hem sıkıntıyı (kötü ya da hoş olmayan olaylar) hem de iyi ya da hoş olayları kapsamaktadır.¹⁸⁸ Yani başarısızlık bir stres unsuruysa başarı da bir stres unsuru olabilir. Stresle nasıl baş edeceğimiz konusunda birçok kuram vardır. Ama genel çerçevede ele aldığımızda stres döngüsünün dört aşamasına da odaklanılmalıdır:¹⁸⁹

¹⁸⁶ Özdoğan,Öznur, Mutluluğu Seçiyorum S.150

¹⁸⁷ Uğur Öner. *Stresle başa çıkma*. Nobel Yayınları, 2010..

¹⁸⁸ Walter H. Gmelch Strategies for Dealing with Stress: Taking Care of Yourself. 1992, s. 2.

¹⁸⁹ Walter H. Gmelch Strategies for Dealing with Stress, s. 4.

1. Aşama: stres etkenlerini tanımlamak.
2. Aşama: stresli kişilik tiplerine yatkınlığı araştırmak
3. Aşama: etkili başa çıkma tepkileriyle repertuarı genişletmek
4. Aşama: olası olumsuz sonuçları, stres azaltıcı bir plan aracılığıyla hastalıktan sağlıklı yaşama dönüştürmek

Stres yaratan faktörler belirlenebilir, olumsuz algılar olumluya dönüştürülebilir ve çeşitli tepkiler farklı şekillerde kullanılabilirse sonuç çok daha sağlıklı ve verimli bir hayata açılan perspektif olacaktır. Başa çıkmayla ilgili genel literatür alanı geniş olarak dikkat çekme açısından önemli olsa da, baş etme sürecinin tam olarak anlaşılması zordur. Tıp, psikiyatri, klinik psikoloji, davranış bilimi ve eğitim disiplinlerinden araştırmacılar, stres olgusunu ve başa çıkma tepkilerini anlamak için çalışmalar yürütmektedir. Ama yine de bir kavram üzerinden çözümlemek mümkün değildir. Tavsiye verilen hiçbir teknik, bütün herkese uyacak bir perspektifte yer alamaz. O yüzden kuralcı yaklaşım teorisinin içinde başa çıkma diye bir reçete olması çözüme ulaştıramayabilir. Algısal farkındalık ve özbilinç her zaman ilk koşuldur ve başa çıkmanın bir bilim değil sübjektif bir tecrübe olmasından ötürü, başa çıkma kavramının da kişiselleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Özellikle ölüm ile kurtuluş arayan insanın, stres ve bunalımı yönetememesi, başa çıkılamadığı durumların kaygı düzeyiyle beraber yükseldiği görülmektedir. Yaygın hastalıkların çoğu strese uyum gösterme eksikliğinden kaynaklanır. Zaten bu konunun çalışılma sebebi, güncel durumda ötanazi uygulamaları için yasalarla izin veren ülkeler, sadece tedavisi olmayan ağır hastalar ya da hastalığın son evresinde yer alan bireyler için değil isteyen, talep eden kişilerin, ölmelerine çok rahatlıkla onay vermeye başlamalarının verdiği tehlikeli boyuta değinmek ve öneride bulunmak için yapılmıştır. Öncelikle insanın içinde bulunduğu sıkıntıdan kurtulmasına yardımcı olacak birçok seçenek ve buhranla başa çıkacakları yöntem varken, varoluşundan vazgeçmesine teşvik etmek aslında insan onuruna yapılan en büyük haksızlıktır. Çalışmayı derinlemesine inceleyecek olursak, başa çıkmadaki reçetelere baktığımızda, şifanın manevi boyutuna inanmak, tedaviler, ibadetler, dualar, spor yönlendirmeleri, terapi grupları, arkadaş çevrelerinde teselli, yogalar, el becerisine dayalı aktiviteler vs. birçok şekilde karşımıza çıkar. Ama genel ve profesyonel önermeler şu şekilde ilerlemektedir;

- Birey, kendi başına bir değişken unsurdur. Bu nedenle başa çıkma tekniklerinin bireylerdeki kültürel, sosyal, psikolojik ve çevresel farklılıklara duyarlı olması gerekmektedir.
- Bireyler, aldığı kararlarda tüm dünyada etkili olamazlar elbette ki ama kendi dünyasındaki kararlarla yaşamını istediği şekle dönüştürebilir.
- En iyi şekilde başa çıkabilen kişiler, farklı durumlarla karşılaşmış ve farklı derecelerde öğrenmiş bireylerdir. Bu düzeyde olanlar her şekle uyum sağlayabilir veya başka duruma

yordayabilir sonunda kendine uygun bir yöntem belirleyebilir. Ama öz düzenleyici aktif olarak devam etmelidir.

Bireyin içinde bulunduğu durumdan çıkamadığı hissi, çaresizlik, yoğun emek ve çabaya rağmen istediği gibi yaşayamama, tükenmişlik ve yorgunluk bireye ölümü kurtuluş olarak göstermektedir. Ölümü doğal yaşam sonu haricinde istemek ve tercih etmek psikolojik olarak bir vazgeçiş ve umutsuzluk halidir. Bu umutsuzluk yok olma veya sıkıntıları geride bırakma fikriyle insanı bunalıma sürükleyebilmektedir. Bir nevi insanın düştüğü yerde, çok çabalasa da kalkamaması, düştüğü yeri kendine yakıştıramama hali ya da düştüğü yeri mecburi yaşam yeriymiş gibi algılama yanılgısıdır. Gerçek kaybediş insan için standartlarından düştüğünde ya da çaresizlik yaşadığında değil vazgeçtiğinde başlar. O yüzden başa çıkılacak ne varsa hikâyede küçük olaylarla başlar ve büyüdükçe karşısına çıkar. İşte tecrübe burada devreye girer ve insan, kendince doğru olana yönelir. Buna başa çıkmaya çalışmak denir. Önceden planlanamaz, şartlar ortaya çıktığında, stres olan unsuru kabul etmek ve sürecin içinde aktif kalabilmek gerekir. Yani avukat olmadan mahkemede bir sıkıntı yaşamayacağımız veya öğretmen olmadan öğrencilerle birebir iletişim içinde olmamız mümkün değildir. Yani başımıza gelmeden kriz anında nasıl tepki vermeliyiz veya yönetmeliyiz algısının yapılandırmasını önceden belirlememiz olası değildir. Stresi yönetmek açısından manevi içsel güçle birleştirerek yol almasına *manevi başa çıkma* kavramı denir.

Tek başına mücadelede boğulmak yerine manevi bir dayanakla devam etme kavramı olan manevi başa çıkma yöntemi, stresle başa çıkmayı spesifik bir yola sokmuştur. Bu kavramı akademiye kazandıran Pargament olmuştur. Pargament'in dini başa çıkma teorisi, dengeli duygu yönelimiyle anlamlı bir hayat kavramını birleştirerek, kişiye yeni bir önerme sunmuştur. Dengeyi sağlayacak birçok faktör vardır ve insan için yaşamayı, aşamalı bir öğreti olarak da tanımlamıştır. Hikâyenin süreç ve sonucunda her şeye gücü yeten kudretli ve koşulsuz sevgi sahibi aşkın varlıkla bir üst bağ kurmasından bahsetmektedir. Sürecin en etkili ve zor aşaması, kişinin kendini tanıması ve özüyle iletişime geçmiş olması olarak değerlendirilir. Kendini tanıma ve yaşadıklarını hatalarıyla, pişmanlıklarıyla, doğrularıyla bir bütün halinde kabul etmelidir. Hatta üst kimliğin oluşumunda yaşadıklarına ithafen katkısından dolayı aşkın varlığa, sonrasında da kazanımlarına teşekkür etmelidir. İdeal benlik demek hatasız insan demek değildir. Hatalarımızı bilinçli olarak değerlendirebilmeli ve bir sonraki aşamada öğrendiğimiz anlamı uygulamamız gerekmektedir. Evlilik, ayrılık, hastalık, ölüm gibi önemli değişimler, ilişkileri ve hedefleri açısından insanı, hayatını yeniden değerlendirmeye davet eder. Her problem aslında kendi içinde gizli bir fırsat barındırır Acının anlamlandırılmasında manevi bakım, uygulanan diğer yaklaşımları güçlendirir; acıya rağmen anlama ulaşmaya ve acının bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekerken, acı çekmeye yönelik bir teşvik yoktur.¹⁹⁰ Aynı zamanda manevi başa çıkmada insanın karşılaştığı sıkıntıları aşkın bir varlığın özünde hissederek sabretme sürecidir. Dünyaya gönderiliş

¹⁹⁰ ÖZDOĞAN Öznur, Kanser ve Maneviyat s.63

amacını, yaşamın anlam ve ihtivasını çözümleyen bireyler için bir dayanıklılık halidir. Öznur Özdoğan, “*Kanser Hastası ve Ailesine Manevi Bakım*” adlı çalışmasında belirttiği üzere dengeyi ve süreci yönetemeyen kişinin anksiyete, üzüntü ve depresyon, doğrudan çaresizliğin ifade edilmesi, ümitsizlik, intihar fikri ve ötanazi isteği ile durumun kaygı düzeyini çok net şekilde ifade etmiştir. Bu bağlamda maneviyat etkisi devreye girmektedir. Kişinin karşı karşıya kaldığı stresli olaylar ile ilgili kutsal bir alanla ilişkilendirilerek rahat ve huzur aramasıdır.¹⁹¹ Bu kavram Pargament tarafından çerçevelenirse bile, maneviyatla ilgili her şeyin temeli, insan var olduğundan beri yaşamının gerekliliği olmuştur aslında. Çünkü yaşam için en kadim dinamik manevi yöndür. İnsanın yaşam hikâyesinde dümdüz yollardan keskin dönemeçlere, merdivenli çıkış yollarından hızlı düşüş dönemlerine rastlanılır, bu akış her zaman ve herkese görelilik vardır. Bir bütün halinde her şeyi yaşayan insan, yaşadıklarından hangisinin elinden tutarsa yanında onunla gelebileceğini de düşünmelidir. Metaforlaştıracak olursak umutsuzluk, bir gece karanlıkta kaldık diye “güneş doğmayacak” umutsuzluğunu yaşamaktaysak şunu idrak etmemiz gerekir; geçmiş yılları, hataları pişmanlık olarak değil de bir eğitim dönemi olarak algılasak kazanım elde edilecektir. Böylelikle aşkın varlıkla beraber yaşamın sürecini yoluna koymaktır manevi başa çıkma.. Her durumda ve her ortamda önce kutsalı sonrasında şahsiyeti korumak gerekir. Kriz anlarında edinilen tecrübeyle beraber uyumsama sürecinde değişim ile katlanarak artan uzun vadeli manevi hedefe odaklanılmalıdır. Aristoteles’in de bahsettiği “**Eudamonia**” yani uzun süre kalıcı mutluluk sağlayan manevi hedef, insan için temel dinamikleri oluşturur. Bu dinamikler yerinde ve doygun vaziyette olursa insan nihai yaşama geldiğini idrak eder ve var oluş sebebini kavrar. Bu süreçte İslam’ın kutsal kitabı Kuran-ı Kerimde Ali İmran süresi 15. ayetinde en ulvi hedefi insanlığa şöyle müjdelemiştir “ **Onlara şöyle söyle: “Size bunlardan daha güzelini haber vereyim mi? Takvâ sahiplerine Rableri katında altlarından ırmaklar akan, içinde ebedî kalacakları cennetler, tertemiz eşler ve hepsinden öte Allah’ın rızası vardır. Allah, kullarını hakkiyle görmektedir.”**

Bulunduğu sıkıntılara geniş bir pencereden bakan insan, sabretmenin ona getireceği huzuru ve teslimiyeti en derin noktasına kadar yaşar. Kalbini ve ruhunu maneviyat enerjisine açmış ve aşkın varlıklı iletişimini kurmuş bir insan, bilgelik haliyle de birleşirse dünya hayatını kaliteli bir yaşam biçimiyle şekillendirir. Toy ve pejmürde yaşam yerini, kendini tanıyan ve bulan, kendini gerçekleştiren ve insan-ı kamil olan bir bilgelik haline bırakır. Bilgelik, manevi hidayet sürecinin başlangıcında kabul aşamasıdır. Bu aşamayla başlayan insan, kaderde aktif ve şuurulluk üzerine yol alır. Mesela Hz İbrahim’in bahsi geçtiği aşamalı bilgi edinme hali ayette şöyle buyrulur;” **Biz İbrâhim’e delille akıl yürütmesi, kesin bir ilme ve imana sahip olması için göklerin ve yerin muhteşem saltanatını öylece gösteriyorduk.**” (Enam Süresi 75.ayet)

Aynı zamanda bilginin ilmin rehberi ve rahmeti olduğunu vurguladığı Araf süresinin 52.ayetinde “Gerçekten onlara, inanan bir toplum için yol gösterici ve rahmet olarak, içinde tam bilgiye dayalı açıklamalar yaptığımız bir kitap getirdik.” Anlamli ve hakkî bilgiyi

¹⁹¹ ÖZDOĞAN Öznur, Kanser Hastalarına ve Hasta yakınlarına manevi bakım s.55

içselleştirip özümseyen arif(*Arif TDK Çok anlayışlı ve sezgili (kimse)) insan, davranışa dönüştürmesiyle de irfan(*İrfan TDK Bilme, anlama, sezme) kavramında hayat bulur. Bu tüm aşamalar insan için Allah'ın eğitim dönemleridir ve beşikten mezara öğrenme sürecini bütünüyle kapsar. Hayatında sıkıntı olarak gördüğü ne var ise aslında hiçbir zaman yıkıcı algılamamak, hikmeti çözmek, arkasındaki yapıcı ve olumlu ışığı fark edebilmek, fark edemediysek de teslimiyetle gerçek kâinatın sahibine gönülden güvenmek, manevi olarak başa çıkmanın başlıca yöntemleri arasındadır. Ankebut Süresinin 59. Ayetinde **“O mü'minler ki, her türlü acıya katlanıp zorluklara göğüs gererler ve Rablerine güvenip dayanırlar.”**(V-k-l) Allah'a güvenmek, yaslanmak) aşkın varlığa olan güvenleri rotalarında temel noktadır. Doğuştan maneviyata yetenekli olmak insanın yaratılışında vardır.¹⁹² İnsan hayatının akışını şu ayetle bütünleştirmesi ve içselleştirmesi gerekir **“Onlar, Rablerinin rızâsını kazanmak için her türlü sıkıntıya sabreder, namazı dosdoğru kılar, kendilerine verdiğimiz rızıklardan gizlice ve açıktan Allah yolunda harcar, kötülüğü iyilik yaparak kendilerinden uzaklaştırırlar. Dünyanın sonunda güzel bir hayat işte böyle kimseleri beklemektedir.”** Rad Süresi 22.ayet)

“Sabrettiğinizden dolayı size selâm olsun! Bakın, dünya hayatının mutlu sonu ne kadar güzelmiş!” (Rad 24)

Son olarak değerlendirecek olursak bu dünyanın bir döngüsü vardır ve ebedi yaşam için bir geçiş sürecinde olduğunu insan, unutmaması gerekir. Çok ağır hastalıkların olduğu, çok acı deneyimlerin olduğu ama aynı zamanda üstesinden gelebilecek bir potansiyelle yaratıldığını bilerek yaşamda aktif olmalıdır. Pes etmek, kolayı seçmek ve ölümü basitçe kurtuluş olarak görmek, insanın doğal döngüsünden çıkıp huzursuz bir ruh haline mahkum edebilmektedir. Çünkü özünü ve cevherini ihmal etmiş olan birey, belli bir zaman sonra bedeni elbise olarak görmek yerine öz diye algılama biçimiyle tüm temeli geçici hazza indirgemıştır.

Kendisiyle ilgili değeri somutlaştırma duygusu kaybedildiği için, ilgisiyle ilişkili şeylerin değerine olan takdirini de kaybetmiştir. Özellikle merhametin, kişinin kendisini manevi ağdan uzaklaştırmasında değil, yaşamının farklı zamanlarında deneyimlediği, ilgilenme ve kendine bakılmasına izin verme durumunda sosyal ağların daha anlamlı hale geldiği görülmektedir. Belirtilen şekillerdeki şefkat ve ilgi, "iyi ölüm" dediğimiz şeydeki "iyi" çeşitlerini değerlendirebileceğimiz daha geniş bir kriter dizisinin ölçüleridir. Makul kişisel ve toplumsal beklenti olarak *ihtiyaç halinde bakım görme* seçeneğini tam olarak koruyarak, bireye yarar sağlar. Her bireyin, başkalarının ölüm sürecine kişisel katılım yoluyla deneyim kazanmasını sağlayarak, kişisel doğal ölüme hazırlanmasına yardımcı olur ve arkadaşının veya akrabasının günlük yardımına aktif olarak katılan her erkek ve kadında şefkat ve şefkat erdemlerini geliştirir. Edmund Pellegrino şöyle yazıyor: *"... üzüntü ve ölüm, insanın trajik durumunun bir parçasıdır. Bunlar, tıp tarafından aşılmaktan ziyade katlanılabilir hale getirilmiştir."*

¹⁹²ÖZDOĞAN Öznur, Kanser Hastalarına ve Hasta yakınlarına Manevi Bakım s.53

İyi ilaç acıyı ve belki de psikolojik acının bir kısmını hafifletebilir. Doğru şekilde ifade edilen şefkat ve ilgi de gerisini halledebilir.

Ama herhangi bir hayat, hiç hayattan daha iyi değil mi? Büyük acılara rağmen, sevdiklerimizle birkaç gün daha paylaşabilme ihtimalinin, katlanacağımız acı ve ıstıraplara değeceğini kimse savunamaz mı?

Bu çalışmada uygulamalar ne kadar tıbbi bir uygulama olarak değerlendirilse de kâinatın yaratılışında temel varoluş sorunu her zaman etik ve ahlaki kavramlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Bu aşamaların tamamı manevi ve yaşamsal kaynaklı evreleri içermektedir. Yani örneklem insan olduğu her konu mutlaka kişinin tercihinde bedenin ötesinde manevi bağ kurarak ait olmak, bedensel ve zihnen var olmak, bir fikre veya davranışa gönül vermek, kabul görmek, yük olduğunu hissetmemek, saygın ve özgün bir yaşam sürmek, acısız ve rahat bir ömür geçirmek temennisiyle yaşamak ister. İnsan yaşamının denge üzerine kurulması gerektiğini ve duygularında da bu dengeye erişmenin önemli olduğu düşünülmelidir. Çünkü itidal hali zihnin ve bedenin sağlıklı çalışmasına ve denge de karar verme yetisinin de aktif olabileceği kanısına varılabilir. Kişinin kendini tanımasından sonraki aşama, duygularında ve davranışlarında dengeyi yakalamak için çaba sarfetmesi olacaktır. Bu da kalbin manevi hastalıklardan arınması ile mümkündür¹⁹³. Böylelikle ölüm konusunu detaylandırarak olursak alt sebepleri iyi araştırmalı ve ona göre bir yol izlenmelidir.

¹⁹³ ÖZDOĞAN Öznur, Gazali ve Psikolojik Sağlık, S. 8

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonucunda elde edilen nitel sonuçlar, bu başlık altında değerlendirilecektir.

Çalışmayı devlet hastanesinde çalışan 78 hekim üzerinden yapılandırılmış/ yarı yapılandırılmış ve sondaj sorularıyla destek sağlanmış görüşme yapıldı. Ötanazinin hekimler açısından uygulanıp uygulanamayacağı kısımları tespit edildi. Soruları olumlu ya da olumsuz müdahale etmeden, yönlendirmeden objektif olarak sondajla devam edildi. Ötanazi kavramını hem mesleki hem vicdani hem de bireysel olarak tercih edip etmediklerini farklı sorularda soruldu. Soruların direkt olarak ötanaziye soran kavramı olduğu gibi acaba uygulamışta var mı diye öğrenmek maksatlı dolaylı sorular da yöneltildi. Hekimlerle yapılan görüşmede, katılan hekimlerimiz çok olumlu ve yapıcı bir şekilde araştırmaya gönüllü oldular. Doktorlar yarısından fazlası ötanaziye hiçbir şekilde sıcak bakmadıklarını ifade ettiler. Ancak katılımcı hekimlerin bir kısmı kararsız kaldıklarını ve bir kısmı da tedaviyi keserek yapay yaşam sorununa çözüm olabileceğini ifade ettiler. Özellikle yoğun bakım hekimleriyle ve onkoloji bölümleriyle yaptığım için görüşmemde hekimlerin hastanın takibinde çok acılar çektiklerini ve ızdıraplı bir hayat sürdüklerini gördüğünü beyan ettiler. Bazı durumlarda ölümün de kurtuluş olabilir düşüncesi hekimlerin bazılarını kararsızlığa götürdüğü gözlemlendi. Özellikle hastaların kendine özgü durumları olabilmektedir diye belirterek konuya başlayanlar oldu. Ne kadar genel geçer tablolarda evre belirlense de her hastanın kendine özgü acı eşiği ve hastalığın semptom farklılığı olabilmektedir dediler. Genel olarak görüşmelerde verilen kavram tablosunda şunları dikkate alarak cevapladıklarını görmekteyiz;

- Ötanazi konusunda görüşmelerde- uygulamam diyen doktorlarda dahil- insan hayatı için olumsuz bir eylem olarak algılanmaktadır.
- Tedavilerin hem uygulayış biçimleri hem de hasta takibinde yasal sürecin prosedüre uygunluğunun önemi, hekimler tarafından sık sık vurgulandı.
- Ölüm kavramının gerek manevi yönü gerekse fiziksel boyut olması sebebiyle, hekimlerin ölüm konusunda geleneklere ve değerlere bağlılığı devam etmiştir.
- Bazı hekimler, ağır semptom gösteren hastalar için, ölümün bazen kurtuluş olduğu ifade edildi.
- Bazı katılımcı doktorlar, hastaların manevi anlamda da teselli aradıklarını belirttiler.
- Ötanaziye Türkiye'nin hazır olmadığı açıkça görülmektedir.
- Hastanın, ölüm anını uzatmayla yaşam anını uzatma konusunda net bir ayrım olduğunu ifade eden hekimler oldu.

- Yasaların süresiz tedavinin, hastayı ve hekimi yorucu bir tempoya dahil ettiğinden dolayı bazı hastalar için pasif olarak tedavisiz devam etme hakkı veya yasal onayla talep üzerine yoğun bakımdan ayrılma olması gerektiğini ifade ettiler.
- Manevi açıdan ötanazi kavramının, insanın karar verme yetkisi dahilinde olmadığını ifade eden katılımcı hekimler, değerler üzerinden uygun olmadığını ve ahlaki sorumluluktan kaçış olduğunu ifade ettiler.
- Palyatif bakımın Türkiye şartlarına uyumsanması gerektiğini ve anlamına uygun hale gelmesi gerektiğini ifade eden hekimler oldu.
- Hastanın çok acılar içinde debelendiği durumda bazen çok üzüldükleri için nadir durumlarda ölüm kararını destekleyebileceklerini söylediler. Yine insanın iyiliği açısından verilen bir görüş olarak ifade ettiklerini belirttiler.

Manevi açıdan yapılan bu çalışmada tavsiye edilen öneriler şu şekildedir:

- Hastane koşullarında manevi bakım ve onarım sağlayabilecek uzmanların yetiştirilmesi ve görevlendirilecek personelin en az yüksek lisans mezunu tercih edilmelidir.
- Etkili iletişim, manevi onarım ve bilimsel tıbbi tedaviyle hastanın önündeki kara bulutlar dağılacağı düşüncesiyle manevi bakım ekibi de yeterli derecede uzmanlığı sağlanırsa sağlık personeliyle konsülte şekilde sahada görevlendirilmelidir.
- Son nefesine kadar huzuru ve teslimiyeti yaşatacak personelin bulunması çok kıymetlidir.
- Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personelinin mesleki çalışma alanında yıprandıkları göz önüne alınarak “tükenmişlik sendromuyla” başa çıkma açısından yetiştirilmiş manevi bakım uzmanından destek almalı ve öncelikli olarak hekimlerimizi çalışmalarında manevi olarak güçlü tutacak yollara başvurulmalıdır.
- Bireyin hastane tecrübesinde sadece doktorla veya sağlık personeliyle değil manevi anlamda da destek sağlayacak birimler aktifleştirilmelidir.
- Çalışmada görülüyor ki hastanenin olumsuz atmosferinin de hasta ve yakını üzerinde etkisi olması hasebiyle hastanenin belli bölgelerine iyileştirici tedavi merkezleri kurulabilir.
- Hastanede yoğun bakımda yatan bireylerin bazı zamanlarda hala yaşadığını ve kıymetli olduğunu hissettirecek etkinlik ve sohbet ortamları sağlanabilir.
- Gezgini manevi bakım ekibi de olmalıdır böylelikle hastanelerde hastanın bulunduğu duruma göre farklı ortam ve etkinlik tercih edilebilir.
- Manevi bakım ekibi, uzman statüsünde hastaların vizitlerinde yer almalı ve bu işleyiş Sağlık Bakanlığı tarafından yasallaştırılmalıdır.

- Araştırmanın kapsamında, ölüm tercihini isteyebilecek bunalım yaşayan bireyler için, gönüllülük şartıyla görüşmeler yapılmalıdır.
- Hastanede yoğun bakımda yatan bireylerin bazı zamanlarda yaşadığını hatırlatıcı faaliyetlerde bulunarak, kıymetli olduğunu hissettirecek etkinlik ve sohbet ortamları sağlanabilir.
- Gezgin manevi bakım ekibi de olmalıdır böylelikle hastanelerde hastanın bulunduğu duruma göre farklı ortam ve etkinlik rahatlatıcı olması açısından tercih haline getirilebilir.
- Toplumun sosyal kalbî bağı için alt sebeplerine inilmeli ve o kısmı onaracak eylemlerde bulunulmalıdır.
- Ölümle barışıklığı olan bir milletin ölümü kucaklayış biçimiyle ilgili yurtdışı uygulamaları, araştırılmadan ve detaylandırılmadan Türkiye yasalarına dahil edilmemelidir.
- Hastanın ve hasta yakınının sadece sağlık personeli veya hekimden değil tüm toplum olarak destek ve teskin ederek bu ülkeye ait olduğu hissi pekiştirilmelidir.
- Birbirlerimizle temaslı olduğumuzu unutmadan, bir insanı kurtarmanın tüm insanlığı kurtarmak anlayışını taşıyan barış ve güven dini olan **İslam ruhunu** yaşatmamız gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- ABBOTT, Andrew. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago press, 2014.
- ABOUNA, George M. Ethical issues in organ transplantation. *Medical Principles and Practice*, 2003, 12.1: 54-69.
- ADLER, Alexandra. Alfred Adler's individual psychology. *Teori Dasar Psikologi Kepribadian I*, 1973, 64.
- ADLER, Alexandra. The Feeling of Inferiority and the Striving for Recognition (W. B. Wolfe, Trans.). In C. L. Stacey & M. DeMartino (Eds.), *Understanding human motivation* (pp. 466-473). Howard Allen Publishers. 1958.
- AGHABABAEI Naser, The Euthanasia-Religion Nexus: Exploring Religious Orientation And Euthanasia Attitude Measures In A Muslim Context s.339
- AHADDOUR Chaïma, BRANDEN Stef Van den & BROECKAERT Bert, "God is the giver and taker of life": Muslim beliefs and attitudes regarding assisted suicide and euthanasia s.10
- AHMED and Kheir 2006; Bugay, Sorum, and Mullet 2014; Cavlak et al. 2007; Gard et al. 2005; Koç 2012; Tepehan, Ozkara, and Yavuz 2009; AHADDOUR Chaïma, BRANDEN Stef Van den & BROECKAERT Bert, "God is the giver and taker of life": Muslim beliefs and attitudes regarding assisted suicide and euthanasia s.9
- ALEXANDER, Leo. *Medical Science Under Dictatorship*. Bibliographic Press, 1996.
- AL-RAYSŪNĪ, Aḥmad. Naẓariyyāt al-Maqāṣid 'inda al-Imām al-Shāṭibī. 1995.
- AMARASEKARA, Kumar; BAGARIC, Mirko. Moving from Voluntary Euthanasia to Non-Voluntary Euthanasia: Equality and Compassion. *Ratio Juris*, 2004, 17.3: 398-423.
- Anayasa madde 12/1
- Anayasa madde 17/1
- Anayasa madde 17/3
- Anayasa madde 20/1
- ANDERSON-GOLD, Sharon. Kant, radical evil, and crimes against humanity. 2009.
- ANNAS, George J. Nancy Cruzan and the right to die. *New England Journal of Medicine*, 1990, 323.10: 670-673.
- ANTHONY, Francis-Vincent; STERKENS, Carl. Religion and socioeconomic wellbeing—empirical study of the impact of religion on socioeconomic rights in the pluralistic and democratic context of tamil nadu, india. *Religions*, 2020, 11.9: 454.
- AYUBA, Mahmud Adesina. Euthanasia: A Muslim's perspective. *Scriptura: Journal for Contextual Hermeneutics in Southern Africa*, 2016, 115.1: 1-13.
- BAKSHEEV, Andrey Ivanovich, et al. Euthanasia in modern society: the topicality, practicability, and medical aspect of the problem. *Journal of pharmaceutical sciences and research*, 2018, 10.6: 1360-1363.
- BEECH, Ian. Suicide and voluntary active euthanasia: Why the difference in attitude?. *Nursing ethics*, 1995, 2.2: 161-170.
- BEN-NUN, Liubov. King Saul: Death of Despair. B. N. Publication House. Israel. 2023.
- BIGGS, Hazel M. The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill 2004: will English law soon allow patients the choice to die?. *European Journal of Health Law*, 2005, 12.1: 43-56.

- BILSEN, Johan, et al. Changes in medical end-of-life practices during the legalization process of euthanasia in Belgium. *Social science & medicine*, 2007, 65.4: 803-808.
- BOSELEY, Sarah. Euthanasia: doctors aid 3,000 deaths. *The Guardian*, 2006, 18.
- BRASSINGTON, Iain. Killing people: what Kant could have said about suicide and euthanasia but did not. *Journal of medical ethics*, 2006, 32.10: 571-574.
- BRASSINGTON, Iain. What passive euthanasia is. *BMC Medical Ethics*, 2020, 21: 1-13.
- CALLAHAN, Daniel. When self-determination runs amok. *Bioethics: an anthology*, 1999.
- CAMPBELL, Neil. A problem for the idea of voluntary euthanasia. *Journal of Medical Ethics*, 1999, 25.3: 242-244.
- CENTEL, Nur (ed.). *Hukuk ve etik boyutuyla ötanazi*. XII Levha Yayıncılık, 2011.
- CHOLBI, Michael. Kant on euthanasia and the duty to die: clearing the air. *Journal of Medical Ethics*, 2015, 41.8: 607-610.
- COHEN, Joachim, et al. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International journal of public health*, 2014, 59: 143-156.
- COOLIDGE, Frederick L., et al. On the relationship between Karen Horney's tripartite neurotic type theory and personality disorder features. *Personality and Individual Differences*, 2001, 30.8: 1387-1400.
- COWLEY, L. Tad; YOUNG, Ernle; RAFFIN, Thomas A. Care of the dying: an ethical and historical perspective. *Critical care medicine*, 1992, 20.10: 1473-1482.
- CRAIG, Douglas B. Do not resuscitate orders in the operating room. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 1996, 43: 840-851.
- ÇİL, Orçun; GÖRKEY, Şefik. Beyin ölümü kriterlerinin tarihsel gelicimi ve kadavradan organ nakline etkisi. *Marmara Medical Journal*, 2014, 27.1., 69-74.4
- DELIENS, Luc, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*, 2000, 356.9244: 1806-1811.
- DOWBIGGIN, Ian. 'A Prey on Normal People': C. Killick Millard and the Euthanasia Movement in Great Britain, 1930-55. *Journal of Contemporary History*, 2001, 36.1: 59-85.
- DOWBIGGIN, Ian. *A merciful end: The euthanasia movement in modern America*. Oxford University Press, 2003.
- DRANE, James F. Euthanasia and physician-assisted suicide: killing or caring. *Theological Studies*, 1999, 60.2: 397-397.
- ERDEMLİ, Atilla, "Profanlaşma" Yozlaşma, Felsefelogos Dergisi, Bulut Yayınları, 33-34, 2/3, 2007 (73-81).
- ERIKSON, Erik H. *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & company, 1994.
- ERIKSON, Erik H.; ERIKSON, Joan M.; KIVNICK, Helen Q. *Vital involvement in old age*. WW Norton & Company, 1994.
- Euthanasia ... or a 'Dutch treat', <https://www.washingtontimes.com/news/2004/dec/26/20041226-123251-5015r/> (Erişim 24.03.2024).
- FEINBERG, Joel. *The moral limits of the criminal law: volume 3: harm to self*. Oxford University Press, USA, 1989.
- FINE, Robert L. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. In: *Baylor University Medical Center Proceedings*. Taylor & Francis, 2005. p. 303-310.

FİLİZ, Şahin. İnsanın “Uzun Ölüm” le Sınavı ya da Ötanazi Tartışmalarının Felsefi Değeri. *Akademia Sosyal Bilimler Dergisi*, 2017, 3: 120-139.

FOLEY, Kathleen M.; HENDIN, Herbert (ed.). *The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care*. Taylor & Francis US, 2004.

FROMM, Erich; BUDAK, Selçuk. *Özgürlükten kaçış*. İstanbul: Payel Yayınevi, 1996.

FURTADO, Rafael Nogueira. The Dying Process across Human Life Cycle: Ethical Considerations on Terminal Care. *Open Journal of Medical Psychology*, 2020, 9.4: 141-149.

GARRARD, Eve; WILKINSON, Stephen. Passive euthanasia. *Journal of medical ethics*, 2005, 31.2: 64-68.

GERT, Bernard; CULVER, Charles M. Distinguishing between active and passive euthanasia. *Clinics in geriatric medicine*, 1986, 2.1: 29-36.

GILLON, Raanan. Philosophical medical ethics. Rights. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 1985, 290.6485: 1890.

GELCH, Walter H. *Strategies for Dealing with Stress: Taking Care of Yourself*. 1992.

GOLDBERG, Steven. The changing face of death: computers, consciousness, and Nancy Cruzan. *Stanford law review*, 1991, 659-684.

GRUBB, Andrew. Euthanasia in England—A Law Lacking Compassion?. *European Journal of Health Law*, 2001, 8.2: 89-93.

GÜVEN, Kudret. *Kişilik hakları ve ötanazi*. Nobel Yayın Dağıtım, 2000.

HAKLI, Şaban. Kötülük problemi, yaklaşımlar ve eleştiriler. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2002, 1.2: 195-211.

HAMEL, Ronald P.; DUBOSE, Edwin R. Must we suffer our way to death? Cultural and theological perspectives on death by choice. 1996.

HARRI, JoAnn. Governmental Regulation of Medical Decision-Making: All in the Name of Baby Doe. *In Pub. Interest*, 1986, 6: 11.

HARTL, Judith. “Germany Debates Physician-Assisted Death.” *Deutsch Welle*, March 24, 2005, <http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1529079,00.html> (Erişim tarihi 29 ocak 2024).

HEARN, Simon, et al. Between integrity and despair: Toward construct validation of Erikson’s eighth stage. *Journal of Adult Development*, 2012, 19: 1-20.

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI, madde 9, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf.

<https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/decisions-adult-patients-who-lack-capacity> (OPINION 2.1.2, Decisions for Adult Patients Who Lack Capacity)

<https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/physician-assisted-suicide>

<https://encyclopedia.ushmm.org/content/tr/article/josef-mengele> (Erişim 24.03.2024)

<https://kurul.diyaret.gov.tr/Cevap-Ara/1286/beyin-olumu-dinen-olum-olarak-kabul-edilebilir-mi>

<https://tr.euronews.com/2020/07/13/adrenochrome-adrenokrom-zenginlerin-olumsuzluk-iksiri-mi>

<https://tr.euronews.com/2020/09/23/vatikan-dan-otanazi-ve-yardim-intihar-aciklamasi>
Erişim:16.03.2024.

https://tr.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian erişim 15 Kasım 2023.

[https://tr.wikipedia.org/wiki/Ulusal_Sa%C4%9Flık_Servisi_\(Birle%C5%9Fik_Krall%C4%B1k](https://tr.wikipedia.org/wiki/Ulusal_Sa%C4%9Flık_Servisi_(Birle%C5%9Fik_Krall%C4%B1k))

<https://www.hurriyet.com.tr/dunya/yuzlerce-kisi-isvicreye-olmeye-gidiyor-10570296> (Erişim 17.03.2024)

<https://www.kitabimukaddes.com/kutsal-kitap-hakkinda-bilgilendirme-ve-tam-metni/eski-antlasma/eyup>

<https://www.milliyet.com.tr/dunya/son-dakika-28-yasinda-kendini-oldurme-karari-aldi-sevgilisi-dahil-dur-diyen-olmadi-randevu-verdiler-korkuyorum-7107583> (Erişim: 04.04.2024)

<https://www.sabah.com.tr/pazar/2021/10/31/merkelden-tarihi-itiraf-onlari-koruyamadik>

<https://www.washingtontimes.com/news/2004/dec/26/20041226-123251-5015r/> Erişim 24.03.2024

HURST, Samia A.; MAURON, Alex. Assisted suicide in Switzerland: clarifying liberties and claims. *Bioethics*, 2017, 31.3: 199-208.

JAMES, William. *The varieties of religious experience: a study in human nature; being the Gifford lectures on natural religion*. Modern library, 1929.

JAMES, William. *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Longmans Green and Company, 1910.

JOHNSON, B. Pitirim A. Sorokin: On the Practice of Sociology. *University of Chicago Press, Heritage of Sociology Series*, 1998, 1998: 1-23.

JONES, David Albert. Euthanasia, Assisted Suicide, and Suicide Rates in Europe. *Journal of Ethics in Mental Health*, 2020, 11.

KATER, Loes, et al. Health care ethics and health law in the Dutch discussion on end-of-life decisions: a historical analysis of the dynamics and development of both disciplines. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2003, 34.4: 669-684.

KATİPOĞLU, Bedri. DİN PSİKOLOJİSİ AÇISINDAN İNTİHARIN PSİKANALİZİ. *Journal of International Social Research*, 2015, 8.39.

KENNEDY, Ian M. The Karen Quinlan case: problems and proposals. *Journal of medical ethics*, 1976, 2.1: 3.

KHAN, M. Fahim; GHIFARI, Noor Muhammad. Shatibi's Objectives of Shariah and Some Implications For Consumer Theory'. *Readings in Islamic Economic Thought: Selected Readings*, eds. Abul Hasan M. Sadeq & Aidit Ghazali (Kuala Lumpur: Longman Malaysia, 1992.

KINNEY, Hannah C., et al. Neuropathological findings in the brain of Karen Ann Quinlan--the role of the thalamus in the persistent vegetative state. *New England Journal of Medicine*, 1994, 330.21: 1469-1475.

KOÇ, Sermet, Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu, s.4. (Çevirimiçi) <http://saglikhukuku.blogcu.com/yasal-duzenlemeler-cercevesinde-hekimsorumlulugu/3035662>, 29 Kasım 2023.

LEWIS, Penney. The empirical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2007, 35.1: 197-210.

LIPOWSKI, Z. J. Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 1981.

LOHMAN, Diederik; SCHLEIFER, Rebecca; AMON, Joseph J. Access to pain treatment as a human right. *BMC medicine*, 2010, 8: 1-9.

MANN, Jonathan M., et al. Health and human rights. *Health & Hum. Rts.*, 1994, 1: 6.

- MANNINEN, Bertha A. A case for justified non-voluntary active euthanasia: exploring the ethics of the Groningen Protocol. *Journal of medical ethics*, 2006, 32.11: 643-651.
- MANNINEN, Bertha. Revisiting justified nonvoluntary euthanasia. *The American Journal of Bioethics*, 2008, 8.11: 33-35.
- MAZZARELLA, Patricia. Euthanasia: An Inclusive Definition. *The Linacre Quarterly*, 1991, 58.4: 56-62.
- MCCORMICK, Richard A. The Cruzan Decision. *Midwest Medical Ethics*, 1989, 5.1: 3-6.
- MCDUGALL, Jennifer Fecio; GORMAN, Martha. *Euthanasia: A reference handbook*. Bloomsbury Publishing USA, 2007.
- MCKHANN, Charles F. When a Person Wants to Die: Legal Considerations. *Elder's Advisor*, 1999, 1: 16.
- MEYERS, David W. The legal aspects of medical euthanasia. *Bioscience*, 1973, 23.8: 467-470.
- MICHALSEN, Andrej; REINHART, Konrad. "Euthanasia": a confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate. *Intensive Care Medicine*, 2006, 32: 1304-1310.
- NEVES, Marcos Freire de Andrade. Lawful Life: Itineraries of care and life in a landscape of assisted suicide. 2018.
- OKPO, Odumayak. "Physician-patient relationship: a rossian deontology approach to medical ethics." *The Abraka Journal of Religion and Philosophy*, 2022, 2.1&2: 241-273.
- OTLOWSKI, Margaret. *Voluntary euthanasia and the common law*. Oxford university press, 1997.
- ÖNER, Uğur. *Stresle başa çıkma*. Nobel Yayınları, 2010.
- ÖZDOĞAN, Öznur. *Aşkın yanımız maneviyat*. Özdenöze Yayınları, 2009.
- ÖZDOĞAN Öznur, Gazali ve Psikolojik Sağlık, S. 8
- ÖZDOĞAN Öznur, Kanser Hastalarına ve Hasta yakınlarına Manevi Bakım s.53
- ÖZDOĞAN Öznur, Kanser Hastalarına ve Hasta yakınlarına manevi bakım s.55
- ÖZDOĞAN Öznur, Kanser ve Maneviyat s.63
- ÖZDOĞAN, Öznur, Mutluluğu Seçiyorum S.150
- ÖZKARA, Erdem. *Ötanazide temel kavramlar ve güncel tartışmalar*. Seçkin, 2001.
- PATERSON, Craig. On clarifying terms in applied ethics discourse: Suicide, assisted suicide, and euthanasia. *International philosophical quarterly*, 2003, 43.3: 351-358.
- PENCE, Gregory E. Classic cases in medical ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds. 2004.
- PIERRE, Joseph M. Culturally sanctioned suicide: Euthanasia, seppuku, and terrorist martyrdom. *World journal of psychiatry*, 2015, 5.1: 4.
- POTTER, C. Will the Right to Die Become a License to Kill-The Growth of Euthanasia in America. *J. Legis.*, 1993, 19: 31.
- RACHELS, James. Active and passive euthanasia. In: *Death, Dying and the Ending of Life, Volumes I and II*. Routledge, 2019. p. V2_5-V2_7.
- RILKE, Rainer Maria. *Rilke's book of hours: Love poems to God*. Penguin, 1997.
- ROSNER, Fred. Death by Withdrawal of Nutrition and Hydration. *Einstein Journal of Biology and Medicine*, 2016, 20.2: 81-84.

SCHERER, Jennifer M.; SIMON, Rita James. *Euthanasia and the right to die: a comparative view*. Rowman & Littlefield, 1999.

SHARP, Robert. The Dangers of Euthanasia and Dementia: How Kantian Thinking Might Be Used to Support Non-Voluntary Euthanasia in Cases of Extreme Dementia. *Bioethics*, 2012, 26.5: 231-235.

SHEKHAWAT, Raghvendra Singh, et al. Euthanasia: global scenario and its status in India. *Science and engineering ethics*, 2018, 24: 349-360.

SILVERMAN, Henry J., et al. Implementation of the patient self-determination act in a hospital setting: an initial evaluation. *Archives of Internal Medicine*, 1995, 155.5: 502-510.

ŠIMFA, Elvira, et al. Being Moral and Loving Oneself. Kant on Morality, Self-Love and Self-Conceit. *Religiski-filozofski raksti*, 2013, 16.1: 90-110.

SINCLAIR, Carole. Societal-level ethical responsibilities regarding active euthanasia: An analysis using the universal declaration of ethical principles for psychologists. *Ethics & Behavior*, 2020, 30.1: 14-27.

SINGER, Peter. Voluntary euthanasia: a utilitarian perspective. *Bioethics*, 2003, 17.5-6: 526-541.

Stedman's Medical Dictionary, Baltimor, 1982.

STOLBERG, Michael; KENNEDY, Logan; UNGLAUB, Leonhard. *History of palliative care, 1500-1970*. Cham: Springer, 2017.

ŞEN, Y. Furkan. Yaşam Hakkı: İdam, Kürtaj, Ötanazi ve Siyasal Sorumluluk. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015, 19.2: 1-26.

THAKUR, Upendra. The History of Suicide in India: An Introduction. (*No Title*), 1963.

TİBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ- 13.1.1960, No: 4/12578 madde 4.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf>.

VAN HOOFF, Anton JL. Ancient euthanasia: 'good death' and the doctor in the graeco-Roman world. *Social science & medicine*, 2004, 58.5: 975-985.

VAN HOUTEN, Ron, et al. The right to effective behavioral treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1988, 21.4: 381-384.

VELLEMAN, J. David. A right of self-termination?. *Ethics*, 1999, 109.3: 606-628.

VÉZINA-IM, Lydi-Anne, et al. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: a systematic review. *BMC palliative care*, 2014, 13: 1-17.

VIJAYAKUMAR, Lakshmi; JOHN, Sujit. Is Hinduism ambivalent about suicide?. *International journal of social psychiatry*, 2018, 64.5: 443-449.

Voluntary Euthanasia, *First published Thu Apr 18, 1996; substantive revision Tue May 24, 2022*

WEYERS, Heleen. Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands: how the sociology of law can help the sociology of bioethics. *Sociology of health & illness*, 2006, 28.6: 802-816.

WMA Declaration of Geneva, madde 6, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000.

WUJASTYK, Dagmar. *Well-mannered medicine: Medical ethics and etiquette in classical ayurveda*. Oxford University Press, 2012.

YOUNG, Ernle WD. Assisting suicide: An ethical perspective. *Issues L. & Med.*, 1987, 3: 281.

YOUNT, Lisa. Physician-assisted suicide and euthanasia. (*No Title*), 2000.

EKLER



EK-1 Tablo 1. Kodlamalar

	Ana Kod	Kod	Tüm Belgelerin Kodlu Bölümleri	Etkinleştirilmiş Belgelerin Kodlu Bölümleri	Tüm Belgelerin % Kodlu Bölümleri	Etkinleştirilmiş Belgelerin % Kodlu Bölümleri	Belgeler
●		5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	78	78	4,17	4,17	78
●		4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	78	78	4,17	4,17	78
●		7. Soru: Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	78	78	4,17	4,17	78
●		6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açısından Ötanazi Görüşleri	78	78	4,17	4,17	78
●		İç Soru: Ötanazi Talebini Değerlendirme	78	78	4,17	4,17	78
●		3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	78	78	4,17	4,17	78
●		2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	78	78	4,17	4,17	78
●		8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	78	78	4,17	4,17	78
●	1. Soru: Ötanazi Talebini Değerlendirme	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak	6	6	0,32	0,32	6
●	1. Soru: Ötanazi Talebini Değerlendirme	Ötanazi Talebini Kabul Ederim	24	24	1,28	1,28	24
●	1. Soru: Ötanazi Talebini Değerlendirme	Ötanazi Konusunda Kararsızım	5	5	0,27	0,27	5
●	1. Soru: Ötanazi Talebini Değerlendirme	Ötanazi Talebini Kabul Etmem	44	44	2,35	2,35	44
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi	20	20	1,07	1,07	20
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Klinik Ve Radyolojik Bulgular	38	38	2,03	2,03	38
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Vital Bulgularda Bozukluk	4	4	0,21	0,21	4

●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi	4	4	0,21	0,21	4
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Glasgow Ve Ecog Skor Tabloları	16	16	0,85	0,85	16
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Doktor Tecrübesi Ve Öngörüsü	15	15	0,80	0,80	15
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Beyin Ölümü	3	3	0,16	0,16	3
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Bilinç Kaybı / Deliryum	12	12	0,64	0,64	12
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma	34	34	1,82	1,82	34
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Palyasyon Ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar	6	6	0,32	0,32	6
●	2. Soru: Hastanın Son Evresini Belirleme Ölçütleri	Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi	3	3	0,16	0,16	3
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması	14	14	0,75	0,75	14
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Manevi Ve Vicdani Açıdan Değerlendirme	7	7	0,37	0,37	7
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Yasal Prosedür Tedavi Sistemi	25	25	1,34	1,34	25
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Hasta Tetkik Verileri	13	13	0,69	0,69	13
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Terminal Ya Da Metastaz Hastalar	8	8	0,43	0,43	8
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Beyin Ölümü	7	7	0,37	0,37	7
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Dozaj Ve Tedavi Değişikliği	11	11	0,59	0,59	11
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Süresiz Tedavi	11	11	0,59	0,59	11
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Palyasyon Ve Destek Tedavileri	26	26	1,39	1,39	26
●	3. Soru: Tedavi Sonlandırma Kriterleri	Tedavi Takibi	24	24	1,28	1,28	24

●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum	8	8	0,43	0,43	8
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi	6	6	0,32	0,32	6
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Evde İmkan Ve Bakım Zorluğu	2	2	0,11	0,11	2
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Palyasyon Ve Destekleyici Tedavi	56	56	2,99	2,99	56
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Tedavi Değişikliği Veya Planlanması	14	14	0,75	0,75	14
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Dozaj Değişikliği	5	5	0,27	0,27	5
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Konforlu Ölüm Sağlanması	10	10	0,53	0,53	10
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Hastanın Son Vedalaşması	3	3	0,16	0,16	3
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri	4	4	0,21	0,21	4
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Alternatif Tıp Tedavileri	2	2	0,11	0,11	2
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Vicdani Ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi	9	9	0,48	0,48	9
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması	3	3	0,16	0,16	3
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Konforlu Yaşam Sağlanması	17	17	0,91	0,91	17
●	4. Soru: Tedavinin Etkisiz Kaldığı Durumlardaki Uygulama	Hasta Takibi	3	3	0,16	0,16	3

●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Hasta Ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim	8	8	0,43	0,43	8
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Manevi Bakım Uygulaması	6	6	0,32	0,32	6
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları	10	10	0,53	0,53	10
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Tedavi Uygulamaları	32	32	1,71	1,71	32
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok	27	27	1,44	1,44	27
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Süresiz Tedavi Uygulaması	8	8	0,43	0,43	8
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Hekime Yasal Baskı	12	12	0,64	0,64	12
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Sağlık Personelinin İş Yüğü	10	10	0,53	0,53	10
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Suni Yaşam Sorunu	9	9	0,48	0,48	9
●	5. Soru: Tedavi Ve Ölüm Konusunda Etik Ve Hukuksal Boşluk	Ailesiyle Son Vedasını Gerçekleştirememesi	2	2	0,11	0,11	2
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Yorum Yapmak İstemiyorum	1	1	0,05	0,05	1
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açından Doğru Buluyorum	21	21	1,12	1,12	21
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Ötanazi Uygulaması Konusunda Kararsızım	4	4	0,21	0,21	4
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açından Doğru Bulmuyorum	41	41	2,19	2,19	41
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	13	13	0,69	0,69	13
●	6. Soru: Hekimlerin Mesleki Ve Etik Açından Ötanazi Görüşleri	Yasal Durum	9	9	0,48	0,48	9

●	7. Soru: Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Yasal Engel	3	3	0,16	0,16	3
●	7. Soru: Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	67	67	3,58	3,58	67
●	7. Soru: Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	1	1	0,05	0,05	1
●	7. Soru: Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum	5	5	0,27	0,27	5
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum	13	13	0,69	0,69	13
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum	12	12	0,64	0,64	12
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum	42	42	2,24	2,24	42
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Kararsızım	2	2	0,11	0,11	2
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	0	0	0,00	0,00	0
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	0	0	0,00	0,00	0
●	8. Soru: Yaşamın Kutsallığı	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	0	0	0,00	0,00	0
●	Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış	4	4	0,21	0,21	4
●	Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	Hastaya Rahatlatıcı Tedaviler Sağlanması	2	2	0,11	0,11	2
●	Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları	Hasta Bakımının Zorluğu	5	5	0,27	0,27	5
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda	26	26	1,39	1,39	26
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları	28	28	1,50	1,50	28
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Doğal Ve Rahat Ölüme Yol Açmak	7	7	0,37	0,37	7
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Tedaviden Memnun Olmama	8	8	0,43	0,43	8
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hekime Veya Hastaneye Güvensizlik	6	6	0,32	0,32	6

●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk	9	9	0,48	0,48	9
●	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri	Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi	6	6	0,32	0,32	6
●	Manevi Olarak Değerlendirme	Sabır Ve Manevi Başa Çıkma	4	4	0,21	0,21	4
●	Ölüme Karar Yetkisi	Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalık	6	6	0,32	0,32	6
●	Ötanazi Konusunda Kararsızım	Aktif Uygulayıcı Olmak İstememe	2	2	0,11	0,11	2
●	Ötanazi Talebini Kabul Ederim	Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm	8	8	0,43	0,43	8
●	Ötanazi Talebini Kabul Ederim	Hastanın Açık Beyanı	3	3	0,16	0,16	3
●	Ötanazi Talebini Kabul Ederim	Bireyin Tercihine Saygı	2	2	0,11	0,11	2
●	Ötanazi Talebini Kabul Ederim	Hastaya Görelik	6	6	0,32	0,32	6
●	Ötanazi Talebini Kabul Etmem	Manevi Ve Vicdani Olarak Değerlendirme	22	22	1,18	1,18	22
●	Ötanazi Talebini Kabul Etmem	Tedavide Israr	4	4	0,21	0,21	4
●	Ötanazi Talebini Kabul Etmem	Mesleki Açidan Değerlendirme	9	9	0,48	0,48	9
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Hipokrat Yeminine Aykırılık	3	3	0,16	0,16	3
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Manevi Ve Vicdani Olarak Değerlendirme	23	23	1,23	1,23	23
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Zarar Vermeme İlkesi	4	4	0,21	0,21	4
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Kişisel Ölüm Tercihine Saygı	3	3	0,16	0,16	3
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Bilinçli Öldürme Eylemi	18	18	0,96	0,96	18
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim	12	12	0,64	0,64	12
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum	Konsülte Tedavilerle Rahatlatma	5	5	0,27	0,27	5

●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum	Ölme Hakkına Saygı	3	3	0,16	0,16	3
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum	Konforlu Ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi	6	6	0,32	0,32	6
●	Ötanazi Uygulamasını Mesleki Ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum	Kurul Raporu/Açık Beyan Veya Vasiyet İle İmzalı Talep	5	5	0,27	0,27	5
●	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	Terminal Dönem Hastaları	5	5	0,27	0,27	5
●	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	Öz bakım Becerilerinde Bağımlı Olma	3	3	0,16	0,16	3
●	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	Yapay Yaşam Sorunsalı	2	2	0,11	0,11	2
●	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	Dindirilemeyen Acılar Ve Ağrılar	6	6	0,32	0,32	6
●	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum	Tedaviyi Kesme / Tedaviden Mahrum Etme	2	2	0,11	0,11	2
●	Sağlık Personelinin İş Yükü	Sağlık Personeline Manevi Açıdan Destekleyici Yaklaşılması	4	4	0,21	0,21	4
●	Son Dönem Hastalar	Dindirilemez Ağrı Ve Acı	5	5	0,27	0,27	5
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	Son Dönem Hastalar	9	9	0,48	0,48	9
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	Tedaviyi Kesme	2	2	0,11	0,11	2
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	Yapay Yaşam Sorunları	4	4	0,21	0,21	4
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Kararsız Kavramlar	Hekime Vicdani Yük	4	4	0,21	0,21	4
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	Manevi Olarak Değerlendirme	14	14	0,75	0,75	14
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi	12	12	0,64	0,64	12
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	Doğal Ölümle İnsana Saygı	7	7	0,37	0,37	7
●	Yaşamın Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak	4	4	0,21	0,21	4

●	Yaşamin Kutsallığı Boyutunda Olumlu Kavramlar	Ölüme Karar Yetkisi	7	7	0,37	0,37	7
●	Yaşamin Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	Ölme Hakkı - Özerklik	15	15	0,80	0,80	15
●	Yaşamin Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	Aidiyet Duygusundan Yoksun Ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi	4	4	0,21	0,21	4
●	Yaşamin Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	Onurlu Tedavi	7	7	0,37	0,37	7
●	Yaşamin Kutsallığı Boyutunda Olumsuz Kavramlar	Yasal Durum	3	3	0,16	0,16	3



EK-2 Tablo 2. 1.soruya verilen cevaplar

1.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	1. İsteklerini yerine getiremezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-2	1. Uzman yardımıyla ölümü şahsi düşüncem ve Tıbbi alanım itibariyle uygun olduğunu düşünmüyorum. Yasal olsa bile talebi yerine getirme konusunda soğuk davranırdım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-3	1. Yasal olarak mümkün olsa ve talep gelse konforlu, ağrısız olarak hastaya ötanaziyi uygulamayı kabul ederdim	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-4	1. Hastanın mevcut durumu ve kendi düşüncesine göre düşünebilirim.	Ötanazi Konusunda Kararsızım
K-5	1. Ötanaziye yardımcı olmam fakat bunun ayrıntıları var. Tedavide ısrarcı olmak gerekir. Akciğer hastalığı solunum cihazına ya da multiorgan yetmezliği varsa süreci değiştiririm.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Tedavide Israr
K-6	1. Talebi olumlu karşılardım. Duygusal olmayan bir süreçte ise hasta, aktif olarak yapmam ama doğal haline ve sürece bırakırdım.	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak
K-7	1. Talebi haklı ve makul karşılamakla beraber uygulayıcısı olmaya sıcak bakmıyorum.	Ötanazi Konusunda Kararsızım, Aktif Uygulayıcı Olmak İstememe
K-8	1. Kabul etmezdim. Hiçbir şekilde bir ölümden bilerek ve isteyerek rol almak istemezdim.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-9	1. Ötanazinin her türlüüne tüm benliğimle karşıyım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-10	1. Yasal olsa bile talebi kabul etmem. Zaten mesleki açıdan da uygun görmüyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme
K-11	1. Uygulamam çünkü ölüm kararı bizim elimizde olan bir şey olmadığını düşünüyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-12	1. Bence yasal olarak olması gerekir. Ama hasta yakını değil hastanın direkt kendinden sözlü, yazılı beyanla isterse kabul ederim	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastanın Açık Beyanı
K-13	1. Hasta veya yakını eğer yasal olsaydı ve talep etseydi kesinlikle kabul ederdim.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-14	1. Hasta veya hasta yakını böyle bir taleple gelse ve durumun yasal şartları da uygunsa yapabilirim. Ancak hastanın durumuna hemen ölüm kararı vermem. Aktif ötanazi belki uzman eliyle olması etik olmayabilir.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastaya Görelik
K-15	1. Yasal olsaydı yerine getirirdim. Hastanın durumuna göre de karar alırdım	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastaya Görelik
K-16	1. Kabul etmem. İnsan her şekilde sıkıntının üzerinden gelebilir.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani

		Olarak Değerlendirme
K-17	1. Yasal olsa bile bu talebi kabul edemem. Bir gün bile insan için kıymetlidir.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-18	1. Yani hasta terminal dönemde çok acı çekiyorsa ve tedavi olasılığı yoksa sıcak bakarım. Tedaviyi keserim ama zehir veya ilaç vererek aktif olarak ölümü elimle tercih etmem.	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak
K-19	1. Yasal olarak mümkün olsa ve psikiyatr servisinin onayı da varsa, hastanın temyiz gücü de yeterliyse uygulardım. Hasta yakını da talep ediyorsa eğer gerçekten geçerli sebepleri varsa ve iyilik için istiyorlarsa da desteklerim. Çünkü daha fazla acı çekmesini istemiyordur ailesi. Ama aktif olarak öldürmeyi değil sadece tedaviyi kesmeyi tercih ederdim.	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak
K-20	1. Yasal olarak geçerli olsaydı bu da bir görev sayar ve yerine getirirdim. Ancak hastanın kendi temyiz gücü yoksa yakınının kararıyla hareket etmezdim.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastanın Açık Beyanı
K-21	1. Hekim olarak bizim andımız yaşatmak üzerine olduğu için kabul etmezdim bizim branşımızın diğer adı Reanimasyon hekimliği yani yeniden can verme Bu nedenle tablo bana hitap etmiyor	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme
K-22	1- 'Uzman yardımıyla ölüm', çok boyutlu ele alınan bir konudur. İşin tıbbi boyutu yanında ahlaki ve dini yönleride vardır. Bir hekimin kendisini bu boyutlardan soyutlayarak sadece tıbbi karar vermesi mümkün değildir. Bana böyle bir talep gelse (yasal olduğu mümkün olsa da) kişisel ahlak ve dini inancım gereği bu teklifi kabul etmem.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-23	1. Aktif ötanazi bir intihardır. Uygun bulmam. Ötanazi için hasta ölümcül bir seviyedeysen ve içinde Psikiyatr bölümünün de içinde bulunduğu bir kurul oluşturulup bu karar alınırsa belki pasif ötanazi düşünülebilir. Ama aktif olarak mümkün değil.	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak
K-24	1. Hayır uygulamam ama tedaviyi kesmek olabilir çünkü fazla tedavi de bazen çıkmaza sokabiliyor.	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak
K-25	1. Net bir şey diyemiyorum ama Allah kimseyi o kadar acılar içine düşürmesin kimseyi.	Ötanazi Konusunda Kararsızım, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-26	1. Eğer yasal olsaydı kesinlikle uygulardım çünkü zaten ağrının bile dinmediği dönemler var hastalıklarda. Hastanın her ağrılı günü bin tane ölüme bedel geçiyor.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-27	1. Tercih etmeleri yasal olsaydı doğal hakkıdır derdim ama asla aktif olarak katılmayı kabul etmezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-28	1. Asla kabul etmem çünkü hastanın her aşaması için bir alternatif geliştiren tıp biliminde. Onları denerim.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Tedavide Israr
K-29	1. Aktif olarak yerine getirirdim	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-30	1. Yasal olsa da ben uygulamak istemezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-31	1. Yasal olsa bile asla uygulamayı düşünmezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem

K-32	1. Asla uygulamam bu benim tercihim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-33	1. Olumlu bakarım, talep de bulunana da saygı duyarım. Her hasta için de bakmam. Belli kriterleri olması lazım. Mesela kanserin son acılı evresindeyse neden olmasın. Aktif olarak da yaparım	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-34	1. Olumsuz düşünürdüm alanım itibariyle de çocuklara asla yapılmamalıdır.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-35	1. Yerine getirmezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-36	1. Reddedirdim sadece doktor olarak değil vicdanen de kabul edemem.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-37	1. Olumlu bakmıyorum zaten talep edecek bir yasal formatın geleceğini de düşünmüyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-38	1. Zor bir kere. Bir yandan hayatın kutsallığı ilkesi var ama bir yandan da ötanazi yani yaşamın sonlandırılmasına birinin yetkisi var mı diye düşünüyorum. Sonuçta benim hayatım benim kararım da üzerine bir de acı çekiyorum. Yasal olarak mümkün olsa hekim ya da personel yerine getirme konusunda duruma göre değişirdi, kolay değil emin değilim ama kesinlikle tek başıma bu sorumluluğu almazdım. Ama muhtemelen bazı vakalarda uygun olabilir diye düşünürdüm. Sonuç olarak bazı durumlar sakıncalı oluyor. Ama mesela hasta yakınları vefatını isteyebilir. Sözde vasiyetinde ötanazi istiyor diye ama işte bilinci kapalı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş hasta yakını diyor ki ölebilir ötanazi yapılsın diye. Bunu yapmak veya kabul etmek o kadar kolay değil. Kendim yapmak istemezdim ama başkasının yapmasını belli koşullarda yapanları destekleyebilirdim. Zaten pasif ötanazi diye bir şey var tedaviyi belli noktadan sonra tedaviyi bırakabilir. Bu da mümkündür.	Ötanazi Konusunda Kararsızım, Aktif Uygulayıcı Olmak İstememe
K-39	1. Kesinlikle yapmam	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-40	1. Ötanazi etik olarak insani bir hak değildir. Bu yüzden isteğini yerine getirmem	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-41	1. Hastanın mevcut kliniğine göre kararım değişirdi ama muhtemelen gene de yapmazdım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-42	1. Desteklerim	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-43	1. Yasal olması durumunda yardımcı olurum	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-44	1. Çok da zor bir eylem değil sonuçta. O yüzden şartlar elverişli ise uygulardım.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-45	1. Bence yapılabilir. Ama bunun eğitimi de alınması şart.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-46	1. Yapmak istemezdim	Ötanazi Talebini Kabul Etmem

K-47	1. Sorun görmüyorum çünkü dünyada o kadar çok acılar var ki bazen gerçekten ölmeli dediğimiz hastalar.. Biz yaşayacak kimseyi zaten yaşatmaya çabalıyoruz.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-48	1. Ötanazi bu ülkede asla olmaması gereken bir uygulamadır çünkü suistimale açıktır ve ölüm bir devletin vatandaşının koruması gerekirken korumayı üzerinden çekmek demektir.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-49	1. Ya bu konuda tam olarak bilgi ve görüş sahibi değilim ama genel çerçevede pek etik gibi gelmedi bana. O yüzden onaylamazdım ve uygulamazdım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme
K-50	1. Tüm seçenekler hep acıya götürüyorsa ve bende detaylı bilgilendirildiysem uygularım. Sonuçta yasal bir işlem yapmış oluyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-51	1. Hayır, ne uygularım ne de uygulamak için getirilecek yasayı kabul ederim. Bu insanlık dışı bir uygulamadır yasal olup olmamasıyla ilgisi yok.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-52	1. Yasal ülkelerde koşullar nasıl belirlenip yapılıyor bilmiyorum ama ben yapmazdım. Zaten yasaları belirleyende politikacılar olunca asla güvenmem, onlar çıkarsız hiçbir şey yapmazlar.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-53	1. Çok kararsızım bilemiyorum nasıl bir karar verirdim. Yine de iyi niyetli gelmedi o yüzden uygulamazdım herhalde.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-54	1. Yasal olsaydı ve görev tanımımda olsaydı yapardım. Çokta gözde büyütmemek lazım yaşamayı ölmeyi.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-55	1. Uygularım. Her yaşamın kendine özgü bir sonu olmalı ve ötanazi yasal olsa bu sonu belirlemek insan için büyük şans.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Bireyin Tercihine Saygı
K-56	1. Uygulamazdım. Şöyle diyeyim sonuçta ne kadar gerçek olur bilemem ama ölüm bir ihtiyaç olamaz özellikle de can bedende kaldığı sürece.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-57	1. Uygulamazdım. Zaten hasta yakınları devreye girmesine bile müsaade edilmemeli. Çünkü başkasının yaşamı hakkında ölüm talep edilmesi kadar anlamsız bir şey var mı yani.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-58	1. Yasal olsaydı kabul ederim. Tabi kanlı canlı birine değil de belli şartları vardır hastalık evrelerinin herhalde o ölçülere uyanlara yapardım. Bir hasta yakınının bir çıkarı yoksa ayırt edici davranırdım.	Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-59	1. Kesinlikle kabul etmem ben birini nasıl öldürmeye yasalarla karar verebilirim. Bu kimsenin vereceği bir karar değil.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme

K-60	1. Pek olumlu bakmıyorum. Şu yüzden olumsuz, insanın kendisi de ifade etmiş olsa bu tarz istekler sağlıklı zihinden çıkan istekler değil. O sorumluluğa girmezdim yasal olsa bile.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme
K-61	1. Bu konu gerçekten de çok üzerinde düşünülmesi gereken bir konu diye düşünüyorum. Vicdani boyutları da var çünkü. Hasta ve yakını ile tüm tedaviler ve gerekli durumlar mutlaka detaylandırılmalıdır. Hasta genel olarak ilgili bölümlerce değerlendirilmeli ve psikiyatrik olarak incelenmelidir. Bu kararı çok kez sorgulanmalı ve kararlılığı test edilmelidir. Her isteyene ötanazi yapılamaz. Kötüye de kullanılabilir. Tüm bunları düşününce ve inanç meselesi ile süzgeçten geçirince arada kaldım açıkçası.	Ötanazi Konusunda Kararsızım
K-62	1. Uygulamazdım sanırım. Detaylı bir bilğim yok çünkü Türkiye bu duruma aslında çok da alışacak hatta yasalaştıracak bir ülke değil. O yüzden bu fikri çok ütöpik görüyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem
K-63	1. Belli seviyedeki hastalara yapardım hatta ailesiyle son vedasını yapardı hasta sonrada ölümünü gerçekleştirdim en azından sürpriz sonlu olmazdı. Ama tabi yasal olsaydı.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Bireyin Tercihine Saygı, Hastaya Görelik
K-64	1. Bence olmalı. Ama ailesinden değil de hastanın bizzat onayını alarak yapardım. Çünkü yakınlarının ne niyette olduğunu bilemezdim.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastanın Açık Beyanı
K-65	1. Yasal olsa da uygulamazdım suistimale çok açık bir alan. Böyle bir sorumluluğu kimse için almazdım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Mesleki Açıdan Değerlendirme
K-66	1. Uygulamazdım. Kimin talep ettiğinin bir önemi yok. Asla bizim görev tanımımızda uygulanabilecek bir şey değil. Zaten uygulayan ülkelerin de politikalarına bakmak lazım insanı tam olarak nereye koyuyor.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-67	1. Ya pek üzerine düşünmüş değilim tabiki de. Zaten yakın bir gelecekte yasal olacağını da düşünmüyorum. Ama olsaydı ve birçok alandaki doktorlar hastanın gerçekten çok müşkül durumda olduğuna dair raporlasaydı uygulayabilirdim herhalde. Yine de o günün şartları ve bana hissettirdikleri de önemli.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastaya Görelik
K-68	1. Doğal ölüm sürecini bir kez daha düşünmesi için ayrıntılı değerlendirme, bilgilendirme yaparım. Kendisini çaresiz hissettiren ızdırabının nedenini anlamaya ve bu nedeni gidermeye çalışırım. Kendilerini maddi ve manevi teskin edici aile ve sosyal destek sistemlerinin devreye girmesini sağlarım.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme,
K-69	1. Olumlu bakarım ve uygularım.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-70	1. Uygulamam. Ne sebeple olursa olsun kimseyi ölüme götürecek işlemler yapmam. Bu uygulamalar daha çok aile duyguları olmayan toplumlarda yapılır. Bu sistem aile ve aidiyet kavramının altını oymak için kurulmuştur.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-71	1. Geçen gün haberlerde okumuştum böyle bir şeyi. Bu konuyu hatta kendime sormuştum okurken şimdi bu tezi duyunca çok şaşırdım acaba Türkiye'ye mi geliyor dedim. Kesin yaparım ya da yapamam diyemiyorum bazen öyle bir hastayla karşılaşıyoruz ki ya böyle yaşamaktansa ölmek kurtuluş diyoruz ama bazen de öyle bir kötü gidişattan dönen görünce de umut kesilmez diyoruz. Sanırım uygulayamazdım ama kendi haline bırakırdım. Tutunmak isteyen bir	Bazı Grupları Pasif Sürece Bırakmak, Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme

	şekilde tutunuyor hayata o yüzden kararı yine vücudu vermeli. Ben buna çok inanıyorum gerçekten yani	
K-72	1. Uygulamazdım. Ne kadar şartlarla ikna etmeye çalışsalar da asla geçerli bir sebep bulamazlar insan öldürmek için.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-73	1. Bu soruyu okuduğumda ilk aklıma gelen 'bu talepte bulunan hasta ve hasta yakını ruhsal açıdan sağlıklı mı?' sorusu olmaktadır. Hasta veya hasta yakınının neden bu talepte bulunduğunu, ne gibi zorluklar yaşadığını, hangi zorluklardan kaçmak için uzman yardımıyla ölümü talep ettiğini anlamaya çalışır, bu zorlukların üstesinden gelmeye yönelik müdahalelerde bulunurdum. Örneğin kişi kanser nedeniyle ağrılar içinde ölmek istemediği için böyle bir talepte bulunuyorsa uzman yardımıyla ölüm yerine ağrılarına yönelik tedavi önerirdim. Eğer kişi depresyonu nedeniyle böyle bir talepte bulunuyorsa depresyonunu tedavi ederdim. Uzman yardımıyla ölüm kavramı sanki bireyin yaşamın içindeki zorluklardan kaçınma çabası gibi geliyor bana. O zaman hepimiz zorlandığımız noktalarda uzman yardımıyla ölüm talep edelim. Uzman yardımıyla ölüm bir yandan da kişinin kendi ölümünü kendi kontrolünde yapma çabası. Sanki burada belirsizliğe tahammülsüzlük de var gibi. Hiçbirimizin ne zaman öleceğimizi bilemediğimiz bir tarihi kişinin uzman yardımıyla ölümü tercih ederek kendi kontrolü altına alma çabası. Doğum kadar doğal olan ölüm ile ilgili nasıl bir kaygı var ki birey uzman yardımıyla ölümü tercih ediyor? Bu soruların cevabını bulmak, hastanın kaygılarını anlamaya yönelik psikoterapötik müdahaleler yapmayı tercih ederdim. Uzman yardımıyla ölüm yasal olarak mümkün olsa bu talebi yerine getiren kişi ben olmazdım. Diğer yandan bizler hayatın içinde ölümü inkâr ederek yaşamımızı sürdürüyoruz. Aslında hepimiz ölümlülüğümüzü kabul edebilsek ve bununla yüzleşebilmek yaşantımızı daha anlamlı yaşama çabasında oluruz. Yaşamı daha anlamlı yaşayan bireylerin ölümü kabullenmeleri de daha kolay olabilmektedir. Uzman yardımıyla ölüm kavramı yerine yaşamı daha anlamlı hale nasıl getiririz konusuna odaklanmanın önemli olduğu kanaatindeyim.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Mesleki Açıdan Değerlendirme, Tedavide Israr
K-74	1. Bazen çok ağır şeyler yaşayanları görünce olabilir neden olmasın diyorum. Bir de şöyle düşünüyorum her alınan nefes için anlamlı bir yaşam diyebilir miyiz? Düşünüyorum, uygulardım sanırım.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastaya Görelik, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-75	1. Hakkıdır hatta olması gerekir ancak bizim topluma uyum sağlayamaz bu yasa. Ne kişiler nede aile bu normları aşip bu kararı alamaz ki. Hadi diyelim ki aldılar diğer tüm çevre yargılama sistemine sokar, çevre tarafından bir şekilde kendi dinlerine itaatsizlik etti diye katil diye isnat edilip suçlarlar, dışlarlar. Doktorları da mahkemelerde mahvederler. Ama yasal olsaydı uygulardım.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim
K-76	1. Ağır engelli, çoklu organ yetmezliği olan hastaların, son evrede bitkisel hayatta olanların, yaşı 80 ve ustu olup bakıma muhtaç olan yaşlılar için tercih edilmelidir. O yüzden böyle vakalarda uygulamaya sıcak bakıyorum.	Ötanazi Talebini Kabul Ederim, Hastaya Görelik, Terminal Dönem İçin Ağrısız - Konforlu Ölüm
K-77	1. Kabul etmezdim. Kimseyi bu hayattan eleme lüksümüz yok.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani

		Olarak Değerlendirme
K-78	1. Tercih eden ülkedeki insanlar neye göre karar veriyor bilmiyorum ama ülkemizde ölüme karar verme fikri asla uygun değil. Bizler öldürmeyi uygun görmüyoruz. Zaten son evreye gelen palyatif hastası istese de çok uzun vade yaşayamıyor.	Ötanazi Talebini Kabul Etmem, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Mesleki Açıdan Değerlendirme



EK-3 Tablo 3. 2.soruya verilen cevaplar

2.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	2. Palyatif bakım yani hastanın ağrısı varsa azaltılır, yemek yiyemiyorsa desteklenir, bunun gibi problemlerine yönelik çözümlerle son dönemlerinin sorunsuz geçmesi sağlanır	Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar
K-2	2. Ölümcül hastalarda terminal dönem yani kanser veya tedavisi mümkün olmayan, çoklu organ yetmezliği, her türlü seçeneğe rağmen hastanın hayati fonksiyonları giderek kötüleşiyor ve artık verilen tedavi hastaya fayda yerine zararlı hale geliyorsa son evreye girdiğini tanımlıyor.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi
K-3	2. Hastada solunumun şekli değişiyor. Bilinç geriliyor. Hastada soluk beniz ve bitkinlik hali hatta cevap verecek mecali dahi kalmıyor. Bu da hastanın son evrede olduğu anlaşılıyor. Klinik bulgularla da öngörümüz oluyor.	Klinik ve Radyolojik Bulgular, Vital Bulgularda Bozukluk
K-4	2. Çeşitli tıbbi tetkiklere göre kriterlerle birlikte belirleniyor	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-5	2. Bilinçsel fonksiyonlar kötüleşiyor. İşitsel- görsel sınırlar görmeye başlıyor. Bu sürece deliryum denir. Algı düzeyi zayıflıyor ve sekarat haline dönüyor.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi
K-6	2. Bakanlığın verdiği skor tablosuyla değerlendirme yapıyoruz ve ona göre yol izliyoruz.	Glasgow ve EcOG Skor Tabloları
K-7	2. Bilinç yoksa Glasgow skoru düşükse, normal yaşamsal parametreleri yoksa, tedaviye cevap vermiyorsa bu kriterlere göre belirlenir.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Glasgow ve EcOG Skor Tabloları
K-8	2. Beyin ölümü gerçekleştiğinde son evre olarak kabul ediliyor. Bazen skor tablosundaki durumda ağır seyrederse oda biraz öngörü sağlar.	Beyin Ölümü, Glasgow ve EcOG Skor Tabloları
K-9	2. Tıbbi olarak uygulanan tüm seçenek tedavilere cevap vermeyince son evreye girdiği anlaşılıyor.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi
K-10	2. Hastanın yaşamsal belirtileri, çeşitli radyolojik görüntüleri süreçle ilgili bir öngörü sağlıyor.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-11	2. Laboratuvar değerleri, hastanın kimlik bulguları, uyguladığım tedaviye cevap vermemesi, günden güne iyileşme hali gösterememesi son evrede olduğunu gösteriyor.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-12	2. Bilincinin kapanması, tansiyonun düşmesi ve her türlü işlem sonrası yükseltilememesi olabilir. Zaten alt yapı olarak da durumundan az çok haberdarsınızdır.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Vital Bulgularda Bozukluk
K-13	2. Tüm organ fonksiyon parametrelerine bakarak, laboratuvar verilerine, belki son dönem gelişen organ yetmezliğine göre gün geçtikçe kötüleşen tablo bize bir şekilde gösteriyor kendini.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular

K-14	2. Her türlü klinik testler, metabolik hasta durumu, gözlem ve doktorun deneyimi son evreyi öngörebiliyor.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-15	2. Kişiden kişiye değişir. Bilinç durumuna bakılır. Oryantasyon ve vital bulgular, organ yetmezliği gibi alt yapı fonksiyon bozuklukları, laboratuvar testleri hastanın durumunu ortaya koyar.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular, Vital Bulgularda Bozukluk
K-16	2. Klinik ve radyolojik takiple belirliyorum	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-17	2. Klinik testler ve radyolojik görüntüler öngörü gösteriyor ona göre belirliyorum	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-18	2. Mesela bir mide kanseri hastanın hayatta kalma performansı düşüktür ve bakım hastası olmuştur. Vücut fonksiyonları gün geçtikçe daha da kötüye gidiyorsa ECOG skor tablosundan da yola çıkarak sona geldiğini düşünüyoruz.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi
K-19	2. Evreleri var. Klinik testler, hastanın bağışıklık sistemi, ilaçların vücut fonksiyonlarına etkisi, gelişen multiorgan yetmezliği bizim için bir ön bulgu oluyor.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-20	2. Hastanın kendisinde travmatik bir süreç söz konusu değilse vücudunun tükendiğini ve organların işlevlerini yitirdiğini süreç içinde görüyoruz onun yaklaştığını.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-21	2. Kanserlerde evreleme yöntemi mevcut çeşitli görüntüleme yöntemleri ile evresi belirlenip tedaviye cevabı veya gecikmiş olduğu öngörülebiliyor.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-22	2- Son evre dediğimizde hayati fonksiyonları yerine getiren organlarımızın artık görevlerini yapamaz hale gelecek kadar tahrip olması söz konusudur. Örneğin, kanı vucuda dağıtan pompalayan kalbin bu fonksiyonun %5 ni bile yapamıyacak derecede tahrip olması son dönemi ifade eder. Gerçi kalp için bu durumda nakil yapma şansı vardır. Ancak birden çok organlarda kanser, enfeksiyon, damar tahribatı, vs gibi nedenlerle bu durum oluşmuşsa o hasta için son dönemden bahsedebiliriz. Bunların tespitinde muayene, laboratuvar, radyolojik tetkiklerle anlaşılır.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-23	2. Malign hastaların son evrelerinde tıbbi testler ve laboratuvar testleri bize bilgi sağlıyor. Ama her hastalığın son evresi malign olarak değerlendirilmez. Mesela Diyabet hastalığının son evresi malign olarak bitmeyebilir. Özellikle dikkat ettiğimiz husus fayda sağlamayacak tedavileri devam ettirip yormuyoruz.	Klinik ve Radyolojik Bulgular, Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi
K-24	2. Hem hastanın genel iyilik hali, hem klinik hem laboratuvar testlerinden bir görüş olarak belirliyoruz.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-25	2. Tetkiklerle ve kliniğiyle belirleniyor.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-26	2. Hastanın klinik ve laboratuvar test sonuçlarıyla belirleniyor.	Klinik ve Radyolojik Bulgular

K-27	2. Çeşitli tetkiklerle, patolojik ve radyolojik test ve görüntülemelerle bize tanı veriyor.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-28	2. Hastanın kötüye giden seyri tüm gerçekliğiyle ortaya koyar.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi
K-29	2. Birçok parametresi var. Mesela organ yetmezliği, klinik sonuçlar, ilaçların fayda etmemesi ve hastalıkların öngördüğümüz yaşam süreleri yapılan klinik çalışmalarla belirleniyor.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-30	2. Klinik ve laboratuvar testleri ile değerlendirebiliyoruz. Genel durumu zaten gösteriyor.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-31	2. Klinik ve genel sağlık tablosundan yola çıkarak anlıyoruz.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Glasgow ve EcOG Skor Tabloları, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-32	2. Hastanın gidişatından son evreye girdiği belirleniyor. Tedaviye cevap vermezse rahat ettirecek tedavilerle devam ediyoruz.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar
K-33	2. Bilimsel kriterler var ve diğer branşlarla konsülte belirlenir.	Glasgow ve EcOG Skor Tabloları
K-34	2. Çoklu organ yetmezliği, solunum ve dolaşım yetmezliği gibi hayati risk sıkıntıları...	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-35	2. Çoklu organ yetmezliği, bilinç kaybı, beslenme bozukluğu gibi durumlar gidişatı belirliyor.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar
K-36	2. Radyolojik görüntüler, testler, hayati organların işleyişleri takip edilir.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-37	2. Tıbbi bilgilerle, hastanın beyin işleyiş fonksiyonlarıyla, vücut sağlamlığıyla, verilen tedavilerin artık iyileştirmediği yönündeyse artık hastanın son zamanlarına girdiğini anlıyoruz.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-38	2. Terminal evredir. Hastanın genel durumu bozulabilir, bilinci kapanabilir. Son evre kavramını tanımlamak kolay değildir. Mesela vakanın son evresinde nefes mi alamıyor, karaciğer mi iflas etti, ya da bilinci mi kapalı buna bakarak tanımlamak lazım. Ama bana göre tanımlamanın mantığı kişinin bedensel değil de ruhsal, nörolojik sıkıntılarıdır gibime geliyor. Vakanın artık dış dünyanın bağının kalmadığı ya da bağın giderek koptuğu bir evre gibi geliyor. Diyelim ki hasta 15 gün içinde ölecek, bu aşamadaki evre belki son diyebilir. Pankreas hastası son 4. Evre. 6 aylık bir süre kaldı desek de buna son evre demek mi gerekir.. Burada muhtemelen onkolojik açıdan ya da palyatif açıdan vs. son evre tanımlı farklılığı vardır. genel olarak hastalık ve vaka bazında değerlendirilir.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi

K-39	2. Hastanın genel durumu değerlendirilir. Organ fonksiyonlarını gösteren tetkikler ve gerekli filmleri çekildikten sonra son evreye girildiği anlaşıyor.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-40	2. Beyin ölümü	Beyin Ölümü
K-41	2. Çoklu organ yetmezliği veya beyin ölümü.	Beyin Ölümü, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-42	2. Birden Çok metastatik odak, cerrahi şansı olmayan veya kemoterapi ile radyoterapiden fayda görmeyen hasta, İleri derece kaşeksi durumlarında.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Tedavinin Faydadan Çok Zarar Vermesi
K-43	2. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle bilinir.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-44	2. İlgili daldaki uzman hekimlerin değerlendirmesi yeterli olur.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü
K-45	2. Hastanın artık tedaviye mecali kalmadıysa anlaşıyor. Çünkü organ yetmezliği, radyoloji bulgular bu konuda belirleyici oluyor.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-46	2. Organ disfonksiyonu başlamışsa, yaygın metastaz varsa anlıyoruz.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-47	2. Birçok bulgusu var ama her hastalığın kendine göre tablosu var ona göre değerlendirilir. Ama çoğu hastalık bir araya geldiyse ve artık beden kaldırmıyorsa maalesef son aşama orada ortaya çıkıyor.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-48	2. Hastanın beyin fonksiyonları, metabolik bozukluklar, test anomalileri genel bir hasta durumu verir bizlere.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-49	2. Hastanın hayati organlarında ileri düzey işleyiş bozuklukları varsa bize bir şekilde kendini belli ediyor.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-50	2. Son evrede hastaların artık yaşamaya hali bile kalmıyor. Genelde ağrı hissetmeleri dışında bariz bir uyarı da almıyor beynine. Yani hep deriz ağrı hissetmek bile bir yaşam belirtisidir diye.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-51	2. Hastanın gidişatından anlaşıyor. Hastalığının tedavisi olsa bile artık tedavinin fayda vermediği durumlar son evreye geçtiğini gösteriyor. Hatta size şöyle diyeyim artık bedeni dünyaya ait hissetmiyorsa kendini ölüme hazırlıyor.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi

K-52	2. Klinik takibinden gidişat kötüye gidiyordur. Risk grubu yüksektir.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-53	2. Hastayı takip ediyorsam genel kritik tablosunda düşme eğilimi başladıysa, organlar işlevlerini yerine getirmiyorsa son evreye girmiş demektir.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-54	2. Testler kötüdür, Görüntülerde organ işleyiş bozuklukları görüldüyse, bilinç kaybı sıklaştıysa ya da tamamen gittiye ölüm yakındır.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-55	2. Hastanın durumu normal insan durumundan çok aşağı seviyelere düştüyse, klinik bulguları ve testleri anormal tabloda seyrediyorsa son evre olduğu anlaşılıyor. Bir de tabi bakanlığın kriter tablosunda hastanın yerini anlıyorsunuz.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-56	2. Hasta artık bakımını yapamayacak durumdaysa, organları kendine yetmiyorsa ve ağır bir hastalığın pençesindeyse son evreyi görmemek mümkün değil. Yani ağır bir tablo seyrediyor hasta için.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-57	2. Mesela ecog değerlerine bakılır, vücut fonksiyonlarından aşınmalar var mı ona bakarız. Hastanın zaten iyilik hali bir şekilde belli olur ama kanıtlarla ve teşhislerle son evre tanısını koyarız.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-58	2. Biz zaten son evre hastalarıyla ilgileniyoruz. Artık hiçbir tedavi fayda vermiyor ve yaşda büyükse palyatife yatırıyoruz ve bakım sağlıyoruz.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi, Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar
K-59	2. Son evrede hastanın bilinç düzeyi düşüyor, çoklu organ yetmezliği, hayati organların işlevleri yerine getirmeyişi, yüksek halsizlik halinden anlaşılır.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Vital Bulgularda Bozukluk
K-60	2. Genelde hastalık ilaçlara verdiği algoritmaya göre, aynı zamanda demans, metastaz veya ileri onkolojik vaka ise kendi içlerindeki tablodan yola çıkarak karar veriliyor. Tabi makale ve güncel dünya sağlık örgütünde resmi kabul ettiği sistem var bunları takip ediyorum.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-61	2. İlgili bölüm doktorları hastaya yaptıkları tetkikler ve muayeneler ile öngörüyor. Daha önce yapılan çalışmalar sonucu yapılan kılavuzlar ile yönlendiriyorlar.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-62	2. Hastanın kendi içinde yaşadığı ve teşhisi koyan bölümün kendi kriterlerine göre belirlenir. Şöyle örnek vereyim diyelim ki yoğun bakım hastasıysa Glasgow skoruna göre kötü tablo seyrindeyse ya da kanser tedavisinde ise hasta ECOG tablosuna göre düşük seviyedeysa belirlenir.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları

K-63	2. Vücut fonksiyonları tamamen bittiyse ne hastalık olursa olsun gidici olduğu anlaşılıyor. Özellikle kalp ritmi hayati riske girdiyse dönemi görmemişler.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-64	2. Bilincinin kapanması, organ fonksiyonlarının bozulması, vücudun stres altındaki zamanlarda toparlayamaması gibi durumlar. Stres bildiğimiz değil tabi kriz ve nöbet atak anlamında stres demek oluyor	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Psikolojik Olarak Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi
K-65	2. Her gelen hastanın kendine özgü bir durumu vardır o yüzden son evre de kişiye özgüdür. Bünyesinin kaldıramadığı her evre hasta için son evredir.	Hastanın Durumu Kötüye Gitmesi
K-66	2. Bulunduğu hastalığın seviyesine göre son evre olup olmadığı takipli olan doktor tarafından belirlenir.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü
K-67	2. Hastanın artık tedaviye dahi gücü kalmadıysa son evre olduğu belirleniyor. Mesela beslenme bozukluğu, organ fonksiyon bozukluğu ya da bilinç de gidip gelmeler ya da tamamen gitmesi diyebiliriz.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-68	2. Organ yetersizlik evreleme sistemleri ile belirliyoruz.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma
K-69	2. Fizik muayene, görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarıyla hastanın evresi belli olur.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-70	2. Hastanın laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle gidişatına teşhis koyulur. Ama takipli olması şartı gerekir.	Doktor Tecrübesi ve Öngörüsü, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-71	2. Tüm bulgular, testler, organ yetmezliği tanısı, hastanın gidişat yönüyle belirlenir.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-72	2. Hastanın hem takibi vardır aynı zamanda testleriyle ve görüntülemeyle sonuca varılabilir.	Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-73	2. Kanser gibi bir hastalıkta eğer tümör tüm vücuda yayılmışsa, laboratuvar tetkiklerinde artık düzeltilemeyen ciddi bozukluklar görülüyorsa, bireyin bilincinde açılıp kapanmalar oluyorsa, zamanı, yeri, kişileri karıştırmaya başlıyorsa, genel tıbbi durumu giderek bozuluyorsa son evreye girdiği düşünülüyor. Genelde ölmekte olan hastalar ölüm öncesi deliryum denilen bir tabloya girmektedir. Bu tablo bireyin tıbbi durumundaki bozulmanın sonucunda bilincinde, dikkatinde açılıp kapanma şeklinde bozulmalar, zihinsel karmaşıklığın yaşandığı, görsel halüsinasyonların görülebildiği bir klinik tablo şeklinde kendisini gösterebilmektedir.	Bilinç Kaybı / Deliryum, Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-74	2. Hastanın Ecog tablosu var bizde o tabloya göre değerlendiriyoruz. Bakanlığın kriterlerine göre evre belirleniyor.	Glasgow ve ECOG Skor Tabloları
K-75	2. Ani ölümlere heves ettirir bu aşama. Hastanın geri dönüşünün olmadığı tablodur. Genel de artık dayanamaz ve dünyadan ayrılmak isteyen bir beden kendini gösterir zaten. Organların hiçbiri ya da çoğu çalışmaz haldedir.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar, Psikolojik Olarak

		Bedenin Dünyadan Vazgeçmesi
K-76	2. Ecog, görüntüleme ve klinik bulgulara göre karar veriliyor.	Glasgow ve EcOG Skor Tabloları, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-77	2. Hastanın takip cetveli, klinik testler, radyolojik görüntülemeler, organların durumları evreyi belirliyor.	Hayati Organların Fonksiyonlarında Bozulma, Klinik ve Radyolojik Bulgular
K-78	2. Ben palyatif bakımda olduğum için son evredeki hastalarla beraberim. Beslenmesini sağlıyoruz, acısını hafifletiyoruz, teselli ediyoruz, bazen sohbete katılıyoruz. Bakımını yaptırıyoruz.	Palyasyon ve Destek İhtiyacı Olan Hastalar



EK-4 Tablo 4.3.soruya verilen cevaplar

3.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	3. Beyin kalp akciğer ve sistemik fonksiyonların bozulması artık işlevini yerine getirememesi	Hasta Tetkik Verileri
K-2	3. Ülkemizde sağlık bakanlığı direktiflerine göre hareket ediyoruz ve toplumun geleneklerine uygun şekilde ağır hastaların tedavisine son verilmesi söz konusu değil. Yasal sorumluluk gereği hastanın faydasına olan tüm tedavi seçeneklerini uygulamakla yükümlüyüz.	Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-3	3. Sonlandırma diye bir sürecimiz yok. Tedavi her durumda devam ediyor. Yani sonlandırmayla ilgili bir yasal düzenleme olmadığı için süresiz tedavi uyguluyoruz.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-4	3. Hastanın tedaviye yanıtı ve genel durumuna göre belirleniyor	Tedavi Takibi
K-5	3. Sonlandırma diye bir şey olamaz. Sadece yasal değil vicdanen de olamaz. Hiçbir türk hekimi sonlandırmaya müsaade edeceğini de düşünmüyorum. Hastada beyhude tedavi olacak tedaviyle oyalamıyoruz. Manevi desteğe ihtiyaç olarak devam ediyoruz.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme, Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-6	3. Tedavi sonlandırma yok. Hastanın tedaviyi reddetme hakkı var ama hayati durumlarda savcılık onayı da gereken izin ile gelmelidir.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-7	3. Sonlandırma kararı yok iyileşmesine yönelik her seçenek denendiyse palyatif bakıma yönlendirilir.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-8	3. Sonlandırma kriterimiz yok. Ama cevap vermiyorsa destek tedavileriyle bakımını sağlarız	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-9	3. Biz hekimler olarak son ana kadar tedavi ediyoruz. Sonlandırma yok ama beyin ölümü gerçekleşmişse organ bakımı için bekliyoruz.	Beyin Ölümü, Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-10	3. Sonlandırma yasal olarak yok ama hastanın fayda görüp görmediğine karar veriyoruz. Ona göre ya başka seçeneğe geçiyoruz ya da hastayı destekleyici tedavilerle hayatını kolaylaştırıyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-11	3. Son evreye girmiş hastalarda farmakolojik takviyeye rağmen düzelme göremiyorsak desteği daha fazla arttırmaya yöneliyoruz. Rahatlaması açısından tedaviye geçiyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-12	3. Sonlandırmıyoruz sadece beyin ölümü gerçekleşmiş olan hastanın organ bakımını yapıyoruz ama tedavi yapmıyoruz. Zaten dönüşü olmayan bir noktaya gelmiş oluyor beden.	Beyin Ölümü
K-13	3. Tedaviyi sonlandırma yok, destekleyici tedavi yapılır.	Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-14	3. Hastanın bize geliş şekli önemli. Tedaviye yanıt vermeyen hastaya uygun durumda ise tedaviyi kesiyoruz ve sadece beslenme ihtiyacına göre düzenleme yapıyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavi Takibi
K-15	3. Hasta fayda görmüyorsa ilacın dozu değiştirilebilir. Faydadan çok zarar görüyorsa ilaç kesilir. İyileşme hali göz önüne alınır.	Tedavi Takibi, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-16	3. Tedaviyi tabiki de sonlandırma yetkim var çünkü mesela kemoterapi yanıt vermiyorsa sonlandırıyorum.	Tedavi Takibi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-17	3. Tedaviye yanıt vermiyorsa sonlandırıyorum. Başka bir seçeneğe geçiyorum.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavi Takibi
K-18	3. Hastanın bir alt yapı hastalığı var mı ona bakıyoruz. Mesela 90 yaşındaki bir hasta toksit tedavilerin hangi dozunu kaldırabilir ya da	Hasta Tetkik Verileri, Tedavi Takibi,

	başka söylediğimiz ilaçları ne şekilde kullanmalı onu takip ediyoruz. Ama kaldıramıyorsa sonlandırıyoruz.	Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-19	3. Tedaviyi sonlandırma yasal değil. Ancak beyin ölümünün gerçekleşmesiyle son buluyor.	Beyin Ölümü, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-20	3. Hastaya faydadan çok zarar verince önce dozaj değişikliği veya ilaç değişimi. Eğer hiç fayda olmuyorsa sadece destek tedavilerle bir süre daha rahatlatıyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-21	3. Radyolojik klinik ve laboratuvar parametrelerinde iyilik hali olmaz ve 2.maddede belirttiğim gibi evrelemede de ileri evre saptanmışsa tedavi kesilir. Bundan sonra tedavi etmek maksatlı değil palyatif yani hastanın konforunu sağlamak maksatlı müdahaleler yapılır.	Hasta Tetkik Verileri, Palyasyon ve Destek Tedavileri, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-22	3- Bu konuyla hiç karşılaşmadığım için net bir cevabım yok. Ancak karar somut hasta tetkik verilerine göre olmalıdır.	Hasta Tetkik Verileri
K-23	3. Hastaya verdiğimiz tedaviler artık işe yaramıyorsa hatta olumsuz etki ediyorsa zarar vermeme ilkesinden tedaviyi ya değiştiriyoruz ya sonlandırıyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-24	3. Tedaviyi sonlandırmayı yapmıyoruz yasal bir süreçte sonlandırma yok.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-25	3. Hastanın yoğun bakım gerektiren klinik durumunda karar veriliyor.	Hasta Tetkik Verileri
K-26	3. Hastanın gidişatı eğer iyileşme yönünde değilse ilaç değişikliği yapıyoruz ya da dozunu değiştiriyoruz	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-27	3. Kar zarar dengesi üzerine veriliyor. Ancak zaten patoloji laboratuvar kısmıyla ilgilendiği için bizzat hastayla yüzleşmiyoruz.	Hasta Tetkik Verileri, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-28	3. Tedaviyi sadece ilaç olarak bakmamak lazım çünkü sonlandırma diye bir mevzu yok yasa.	Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-29	3. Sonlandırmaya yasal olarak izin yok ama beyin ölümü hariç.	Beyin Ölümü, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-30	3. Eğer iyileştirse sıkıntısı giderildiğinde kestiğimiz tedaviler var ama hayati desteği sağlayan tedaviyi asla kesmiyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-31	3. Ölümcül dereceyse artık çok yormamaya gayret ediyoruz. Ağrılarını hafifletiyoruz, psikolojik olarak destek ve teselliye önem gösteriyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-32	3. Hayatına devam edecek süreci asla kesmeyiz ama çok fazla da yormayız hastayı.	Manevi ve Vıcdani Açıdan Değerlendirme, Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-33	3. Genelde tedaviyi pek fazla sonlandırmıyoruz. Mümkün olduğunca bilinç durumu yerindeyse, vital değerleri iyiye tedaviye devam ediyoruz. Ama değerlerinde bozulmalar varsa, yüksek dozla hastayı yormuyoruz. Sadece destek tedavileriyle ve analjezi/ sedasyonla rahatlatıyoruz.	Hasta Tetkik Verileri, Palyasyon ve Destek Tedavileri

K-34	3. Sonlandırmıyoruz. Her zaman devam ediyoruz. Arrest olduğunda canlandırma yapıyorum. Asla bir çocuğun ölümüne razı gelemem. Son dakikaya kadar çabalarım.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme, Tedavi Takibi
K-35	3. Tedaviyi sonlandırmıyoruz ama hastanın kendi durumuyla ilgili hasta yakınıyla ilaç dozlarına devam ediyoruz.	Tedavi Takibi
K-36	3. Sonlandırma yok. Ama iyi gelmeyen ilaca da usulen devam etmeyiz.	Tedavi Takibi, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-37	3. Sonlandırma yok ama hastanın gidişatı çok ağırsa sürekli ağır tedaviler yapmıyoruz, bünyesini çok fazla yormamaya çalışıyoruz. Yoğun bakım ekibi beyin ölümü için destek alır.	Beyin Ölümü, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-38	3. Her hastanın farklı bir paterni var. Bir kanser tipinde bunu yapmayalım ya da bir başka durumda bu tedaviyi de kullanmayalım gibi bir şey olabilir diye düşünüyorum. Psikiyatri de tedaviyi sonlandırma gibi bir şey yok. Ağır bir felç geçirmiş ya da beyin kanaması geçirmiş birinde de sonlandırma yok. Artık bu tedaviyi verdik başka tedavi yapmayalım denilebilir.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavi Takibi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-39	3. Hastalığın evresi tetkiklerle belirlenir. Hastalığın geri dönüşsüz bir evreye girildiği anlaşıldığında ve verilecek tedavinin yan etkileri hastayı daha da kötüye götürecekse tedavi devam etmeyip sonlandırılır.	Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-40	3. Tedaviye yanıtızlık	Tedavi Takibi
K-41	3. Tedavi yanıtızlığına göre uygulayım.	Tedavi Takibi
K-42	3. Terminal dönemdeki inop hastalar, vasopressorlere yetersiz yanıt, beyin ölümü gerçekleşmiş, tüm klinik tedavi yaklaşımlarına cevap vermeyen hastalar için.	Beyin Ölümü, Tedavi Takibi, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-43	3. Laboratuvar, görüntüleme ve fizik muayene bulgularına göre değerlendirilir.	Hasta Tetkik Verileri, Tedavi Takibi
K-44	3. Hastanede oluşturulacak bir kurul karar vermeye yetkili kılınabilir.	Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-45	3. İyileşme yoksa sadece destek veriyoruz. Son diye bir şey yok.	Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-46	3. Uygulanan tedavi olumlu sonuç vermiyorsa sonlandırılabilir.	Tedavi Takibi, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-47	3. Sistemimizde son diye bir bitiş yok ama servisli bölümlerde bazı koşullar altında çıkış verilebiliyor. Hastanın iyiliğine olmayan bir şeyi asla yapmıyoruz. Ben zaten hasta gören bölümde değilim ama klinik incelemelerden takip ettiğim öyle oluyor.	Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-48	3. Biz hasta görmüyoruz fakat sonlandırma yasalar çerçevesinde yok. Fakat tedavi değişir, geleneksel tıpla devam da edilebilir ama bir şekilde tedavi vardır.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-49	3. Tedavi olumlu ve onarıcı yönden tedaviye yanıt vermiyorsa daha fazla ilaç kullanıp bünyenin genel durumunu da yıpratmamak için dinlendirmeye alıyoruz. Ama destekleyici süreci hiç ihmal etmeyiz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-50	3. Hiç sonlandırmıyoruz hastanın da bünyesi kaldırdığı sürece devam ediyoruz yoksa azaltıp destekle bırakıyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavi Takibi
K-51	3. Vicdanen asla kesmeyiz. İşte cevap vermiyorsa destek tedavilerinden devam ediyoruz. Son nefesine kadar yalnız bırakmıyoruz.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme, Palyasyon ve Destek Tedavileri

K-52	3. Sonlandırma yok bildiğim kadarıyla. Zaten sonlandırmıyoruz. Ağrım var diyene ağrı kesici veriyoruz. Beslenme sorunu olan gıda takviyesi veriyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-53	3. Sonlandırma yasal değil zaten sonlandırsak adı ötanazi olursa sanırım değil mi?.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-54	3. Sonlandırma zaten yok da başka tedaviler deniyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği
K-55	3. Sonlandırma olamaz sonuçta sizden yardım ve emek isteyen birini tedavi etmek için bu mesleği seçmişsiniz yani edemem deme lüksünüz olamaz.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme
K-56	3. Sonlandırma yapamıyoruz. Ama ilaç dozlarını değiştiriyoruz, takipte kalıp başka alternatif ilaçlara ve tedaviye yönlendiriyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Tedavi Takibi
K-57	3. Sonlandırma yapamayız çünkü bizler hayatta tutmak için tüm çabayı son nefesine kadar harcarız. Öylece neyse artık olmadı yapacak da bir şey kalmadı demek istemeyiz.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme
K-58	3. Türkiye sağlık sisteminde ömür boyu tedavi var. Öyle kafamıza göre sonlandırma yok. Gerçi palyatif bakım için doktora biraz daha yetki verilebiliyor. Biraz konukevi gibi düşün burayı.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-59	3. Sonlandırma yoğun bakım için yok. Yasal olarak imza ile de çıkış yapılamıyor. Ama tedavi değiştirebiliriz, doz değiştirebiliriz ya da bazen vücudu dinlendirmek için ara verip sadece bakım tedavileri veriyoruz.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-60	3. Palyatif hastası tedaviye cevap vermeyen gruptur. Ama yatakta boş boş yatırmıyoruz elbette ki. Destek ve ağrısız bir son için çabalyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-61	3. Daha önce belirttiğim kılavuzlara göre belirlenip hasta ile tedavi süreci hakkında görüşülüyor. Hasta kararı çok önemli. Tedaviye devam edip etmeme konuları, örneğin kemoterapi/radyoterapi yan etkileri ile hayatının tamamen değişmesi mi yoksa tedavi almadan gittiği yere kadar yaşamak mı? Ya da ağrı palyasyonu, beslenme desteği gibi konular mevcut.	Hasta Tetkik Verileri, Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-62	3. Sonlandırma yapmayız her zaman süresiz tedavi mecburidir. Özellikle yoğun bakım hastalarında. Her türlü seçeneği yapıyoruz. En basitinden solunum cihazı bile bir seçenektir.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-63	3. Zaten palyatife gelen kişi için son demektir destek tedavisi dışında bir tedavi yapmıyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-64	3. Sonlandırmıyoruz. İstesek de yasal değil. Adı üstünde Yoğun bakım burası yani normal servise göre daha ağır ve düzenli bir sistemde tedavi ediyoruz hastayı.	Süresiz Tedavi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-65	3. Bize gelen herkesi tedavi ederiz öyle sonlandırma felan da yapmayız. Birçok denenmiş veya denenmemiş tedavi seçeneği var mutlaka birine karşılık verir niyetiyle tedavi ediyoruz.	Manevi ve Vicdani Açıdan Değerlendirme, Tedavi Takibi
K-66	3. Tedaviye olumlu yanıt vermiyorsa daha fazla yormuyoruz. Sadece durumunu stabil tutmaya özen gösteriyoruz. Organların durumu sağlıklı kalırsa ancak kişi iyileşir fıkriyle yola çıkıyoruz.	Hasta Tetkik Verileri, Tedavi Takibi
K-67	3. Aslında pek de sonlandırmıyoruz hatta nakil ya da doktor değişimi olmadığı sürece elimizden gelen tedaviyi sağlıyoruz.	Süresiz Tedavi, Tedavi Takibi
K-68	3. Palyasyon endikasyonlarına göre süreci takip ediyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Tedavi Takibi

K-69	3. Yapılabilecek tüm tedavilere yanıt vermiyorsa tedavi sonlandırılır.	Hasta Tetkik Verileri, Tedavi Takibi
K-70	3. Eğer yatan hastaysa sonlandırma yasağı. Ama ayakta gelen hastaysa durumu takip edemeyiz muayeneden muayeneye yazdığımız rapora göre yol çizeriz.	Tedavi Takibi, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-71	3. Sonlandırma yasal değil. Beyin ölümü hariç tüm hastalara girdi vermek zorundayız. En basit seçenekte bir serum takarız, bir solunum desteği veririz.	Beyin Ölümü, Palyasyon ve Destek Tedavileri, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-72	3. Tedavi sonlandırma yok.	Yasal Prosedür Tedavi Sistemi
K-73	3. Tedavi kılavuzlarının önerdiği tüm tedavilerin uygulanmasına rağmen hastalığın seyrinde düzelme olmuyor ve giderek kötüleşme oluyorsa, uygulanan tüm tedavilere cevap alınamıyorsa tedavi sonlandırılabilir. Kanseri hastalarında kemoterapi ve radyoterapi sonlandırılabilir ancak bu hastalara yaşamın son anına kadar yaşam kalitesini artırmaya yönelik palyatif tedaviler uygulanıyor. Ölmekte olan ağrısı olan hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik ağrıların giderilmesi palyatif bakıma bir örnek olabilir.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Terminal ya da Metastaz Hastalar
K-74	3. Normal tedaviyi artık kaldırmıyorsa sadece ağrıları hafifletecek şeyler yapıyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri
K-75	3. Eğer ilaçlar ile ilgili bir fayda görmüyorsa sadece ağrıları, vitaminlerini, organlarını son kalbin atışına kadar sabit tutmaya çalışıyoruz. Yani hadi olmuyor diyerek eve boş bir şekilde göndermiyoruz.	Palyasyon ve Destek Tedavileri, Süresiz Tedavi, Tedavide Fayda - Zarar Durumuna Bakılması
K-76	3. Sonlandırma yapmıyoruz. Zaten hasta bir şekilde durumunu biliyor.	Hasta Tetkik Verileri, Süresiz Tedavi
K-77	3. Sonlandırma yapmıyoruz, ama ağır tedavileri de her zaman uygulamıyoruz. Bu bir tedaviden mahrum etme değildir.	Hasta Tetkik Verileri, Tedavi Takibi
K-78	3. Tedavi başlama sonlandırma olmuyor, neye ihtiyacı varsa biz karar verip uyguluyoruz ve gelen kişiyi göndermiyoruz ailesi imzalı kâğıtla talep edene kadar.	Dozaj ve Tedavi Değişikliği, Yasal Prosedür Tedavi Sistemi

EK-5 Tablo 5.4.soruya verilen cevaplar

4.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	4. Tedavi hiç bir zaman sonlandırılmaz, sadece girişimsel müdahaleler sonlandırılır ama medikal tedavi devam eder	Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri
K-2	4. Tedavi sadece hastanın hayatta kalması veya ömrünü uzatması diye bir şey söz konusu değil. Hastanın hayatta kalması mümkün değilse ağrıları ve acılarını hafifletmek en önemli amaçtır. Yani hastayı hayatta tutamıyorsa geri kalan zamanını konforlu geçirmesini sağlarız.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-3	4. Hastanın solunum, enfeksiyon, ağrı vb. sıkıntıları varsa gerekli müdahaleyi yapıyoruz ve zamana bırakıyoruz. Tedaviyi süreçte çözüyoruz ve takip ediyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-4	4. Ağrı beslenme destek tedavisi uygulanıyor yaşam kalitesini arttıracak şekilde müdahale ediliyor	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-5	4. Hasta yakını evde çok bunılıyor ve hastanın yükünü biz alıyoruz. Bir nebze hasta yakını için de hastayı göndermiyoruz.	Evde İmkan ve Bakım Zorluğu

K-6	4. Böyle bir hasta grubumuz yok o yüzden tecrübe etmedim.	
K-7	4. Yönlendirmeye ağırları kesiliyor ve kolay ölüm sağlanıyor. Yaşam konforu yanında ölüm süresini de kolaylaştırma uygulaması yapıyoruz.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-8	4. Tedavi her şekilde devam ediyor ancak dozları değişir. İçindeki maddelere göre başka bir ilaca geçebiliriz. Hastanın daim takviye almasını sağlarız.	Dozaj Değişikliği, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-9	4. Yoğun bakım anestezi olarak palyatif bakım birimine yönlendiriyoruz. Destekleyici tedavi yani ağrı kesici, kişisel bakım ve beslenme ihtiyacı gibi yapıyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-10	4. Konforlu şekilde hayatına devam etme desteği veriyoruz. Böylelikle hasta koşarak kapıdan çıkmasa dahi en azından hastalıkla mücadele ederken savaşıırken ağrısını hafifletiyoruz. Psikiyatr servisinde destek alıp psikolojik bunalımdan çıkarmaya çalışıyoruz.	Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-11	4. Çok nadir olan durumda eve gönderiyoruz. Son raddeye kadar hem tıbben hem yasal baskı var üzerimizde. Mesela son dönem kanser hastası varsa rahat ölüm için çıkışına müsaade edebiliyoruz eve. Destekleyici tedavisini veriyoruz ve son zamanlarını ailesiyle geçirmesine imkan sağlıyoruz.	Hastanın Son Vedalaşması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-12	4. Bence evlerine gönderilmesi gerekir ama hasta yakınları da kabul etmiyorlar. Son zamanlarda insanlar evde hasta bakmak istemiyorlar ve yük olarak görüyorlar.	Evde İmkan ve Bakım Zorluğu, Hastanın Son Vedalaşması
K-13	4. Yaptığım tedavinin dozajını arttırırım ya da azaltırım. Eğer fayda yerine zarar veriyorsa başka bir tedavi seçeneğine bakarım.	Dozaj Değişikliği, Tedavi Değişikliği veya Planlanması, Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması
K-14	4. Entübasyon kriterleri vardır. Zaten palyatif bakımda çok entübe hasta yok ama hasta için olursa ve faydasına inandığımız tedaviyi takipte kalarak düzenleriz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması
K-15	4. Tedavi her seçeneğe rağmen cevapsız kalıyorsa sadece farklı bir yol denenebilir. İlaç dozunu emsalini değiştirebiliriz. Vicdanen de biraz son aşamaya kadar kesmek istemeyiz.	Dozaj Değişikliği, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi, Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-16	4. Destek tedavisi veriyorum, ağrısını, dinlenmesini sağlayacak ilaçları veriyorum. Hastayı sürekli takip ediyorum.	Hasta Takibi, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-17	4. Destek tedavisi bu süreçte etkin olarak daim kalıyor. Ona göre süreci göz önüne alıp yeni bir duruma plan yapıyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-18	4. Hiçbir seçeneği kalmamış hasta için en iyi destek tedavisi(BSC) ile devam ediyoruz. Ağrı, beslenme, enfeksiyon tedavisine yönlendiriyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-19	4. Palyatif bakım aslında cerrahi bir tedavi birimi değildir. Sadece son evrelerini yaşayan hastanın durumunu stabil tutmak için ve vücudunun dayanabildiği noktaya kadar destek ve bakım hizmeti sunmak için vardır. Bulunduğu hastalıklarla yaşayacaklarsa konforlu hale getirilmesini sağlıyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-20	4. Sadece dediğim gibi destek tedavisi veriyoruz. Bakımını yapıyoruz, gıda ve vitamin takviyesi veriyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-21	4. Bahsettiğim üzere Palyatif tedaviye geçiliyor. Beslenemiyorsa burnuna hortum veya midesine beslenme deliği açılıyor. Kuvvetli ağrı kesiciler reçete ediliyor gibi..	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi

K-22	4- İyileştirici tedavi şansı kalmayan bu son dönem hastalara daha çok semptomatik tedavi verilir. Yani hastanın o anki yaşam konforunu arttırmaya yönelik uygulamalardır. Örneğin, ağrıları azaltan ilaçlar, beslenmesinin devamını sağlayan girişimler vs.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-23	4. Hastanın günlük konforuna yönelik palyatif uygulamalara ağırlık veriyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-24	4. Cevap vermese de devam ediyorum. Ama tedavi sadece ilaçla olmaz. Hem manevi destekle hem de geleneksel ve alternatif tıpla da devam ediyorum. Ama en önemli ilaç insana aile desteği ve motivasyonudur.	Tedavi Değişikliği veya Planlanması, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-25	4. Son dönem hastaları palyatif bakıma yönlendiriliyor.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-26	4. Hastaya hiçbir faydası yoksa palyatife yönlendiriyoruz orada sadece bakım tedavileri uyguluyoruz. Oda rahat ölüm gerçekleşsin diye.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-27	4. Dediğim gibi klinik bölümü değil ama ilaçların kimya kısımlarında dozlar konusunda konsülte bölümüz.	Dozaj Değişikliği
K-28	4. Destek tedavileriyle devam ediyoruz ve bu süreçte yine de kaldırabileceği kadar doz da tedavi de yapmış oluyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-29	4. Sonuna kadar tedavi veriyoruz. Eğer iyileştirici tedavi etki etmezse destek tedavisiyle hastayı rahatlatıyoruz acı, beslenme, bakım vb. yönünden.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-30	4. Hastanenin diğer bölümlerinde max. şekilde konsülte olarak destek alıyoruz. Yani daim tedavi devam ediyor.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-31	4. Tüm alanlarla görüşüp hastanın durumuna göre tedavi için karar alıyoruz.	Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-32	4. Sonlandırma yok ama yasal sürecin dışında hastanın kaldırabilir potansiyeline göre değerlendiriyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-33	4. Hastanın durumu ve hastalığın evresi bu aşamada devreye giriyor. İyileşme yoksa stabil kalması için uğraşıyoruz. Mesela 80 yaşında çoklu organ sorunu olan bir hastanın illa yaşatma adı altında gereksiz cihazla yaşamasına müsaade etmek istemiyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-34	4. Dolaşım ve solunum desteği veririm. Sıvı desteği, iç organ bakımı yaparım, ve damardan beslenmesine dikkat ederim.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-35	4. Destek tedavisi yapıyoruz. Palyasyon yapıyoruz. Mevcut durumunu stabil tutup, ağrıyı azaltarak ve de psikiyatr tedavisiyle rahatlatıyoruz.	Konsülte Bölümlerden Destek Tedavileri, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-36	4. Birçok seçenek mevcut. Hepsine ihtimalle yaklaşıp deneriz.	Tedavi Değişikliği veya Planlanması, Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-37	4. Bizim alanımızda beyin sapı tümörleri dediğimiz ameliyatı dahi imkansız olan bir hastayı yüksek tedaviler vermiyoruz. Ağrılı ise ağrısını gideriz ama doğal ölümü tercih ediyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi

K-38	4. Mevcut tedavi devam edilebilir, yeni bir tedavi veya ilaç değişikliği olmamalı, hiç tedavisiz devam edilebilir ama bunu hasta kabul etmeyebilir. Ben psikiyatr bağlamında değerlendirdiğimde hasta tedavi istemezse istemediğine dair bir belge planlanabilir. Mesela yurtdışında hospistler var böyle tedavisi olmayan hastaların konakladığı bakım evleri gibi yerler, burada farklı yöntemler kullanılabilir. Tıbbi veya medikal tedavi olmayabilir ama müzik, terapi tedavileri olabilir. Ama yanında ağrıları beslenme gibi tedaviler de yapılmalıdır. Ama Türkiye’de her hastalığa farklı farklı tutumlarda vardır.	Alternatif Tıp Tedavileri, Hasta Takibi, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-39	4. Bu hastalar evlerine gönderilebilir. Bu yapılamazsa yoğun bakımda sadece temel bakımları verilir.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-40	4. Tedavi sonlandırılır.	Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-41	4. Tüm tedaviler sonlandırılır.	Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-42	4. Hastanın mevcut tedavisine devam edilir.	Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-43	4. Verilen destek tedaviler geri çekiliyor.	Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-44	4. Hastanın ağrılarını dindirmek en temel çaba haline gelmekte. Ayrıca vital bulguların stabil seyredebilmesi için zaruri semptomatik semptomların giderilmesine gayret edilir.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-45	4. Yaşamak isterseniz birçok seçenek denersiniz. Ama yaşamak istemiyorsa beden de pes ediyor. Ama biz doktorlar olarak sonuna kadar tedavi ediyoruz.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-46	4. Yaşam desteği sağlanır, analjezi desteği verilir vs.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-47	4. Birçok seçenek vardır. Bedeni güçlü tutacak tedavilerle devam edilir. Sadece hastalığa yönelik değildir.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-48	4. Rahatlatmaya yönelik devam ediyoruz, ölme durumu varsa bile konforlu, mutlu vefatını tercih ediyoruz.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-49	4. Sadece destek tedavileriyle devam ediyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-50	4. Cevap vermeyen hastalara başka seçeneklerle deneyerek devam ediyoruz ancak tıp biliminin hazır bilgilerini kullanıyoruz maalesef. Üretken bir tedavi teknolojimiz yok.	Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-51	4. Olmadığı zamanlarda bünyesini diri tutmaya çalışıyoruz. En azından vücudu dayanabildiği kadar dayansın diye.	Konforlu Yaşam Sağlanması
K-52	4. Sadece konforuna erişirme ve palyatifle destek sağlıyoruz. İhtiyacı neyse onu planlıyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-53	4. Ya her gün bir tedavi seçeneği geliyor aslında. Önemli olan doktorların güncel tedavi araştırmalarını takip etmesi gerekiyor. Mesela bazı hastalıklar için tedavi bulunuyor ya da deneme aşamasında ama hasta zaten umudunu kaybetmiş ve ölüm evresine girmiş denenebilir ölüme bırakmak yerine.	Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi, Yeni Tedavi Yöntemlerinin Denenmesi
K-54	4. Tedavi cevap vermiyorsa daha fazla bünyesini yormuyoruz ve sürekli takip ediyoruz. Sıkıntısı varsa onu gideriyoruz. Ömrünü uzatmaz ama yine de bir şeyler yapmak için yapıyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Hasta Takibi, Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi

K-55	4. Birçok seçenek var yaşamak isteyen için. Eğer hiçbir şey yapamıyorsak en azından destek ve vitaminlerle bünyesini hastalığı içinden bastırabilsin diye destekliyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-56	4. Hiç tedavisi yoksa destekle yani ağrı kesiciler, beslenme, bakım, steril ortam ve özel oda şartlarıyla yaşamını tertipli hale getiriyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-57	4. Son zamanlarını konforlu ve acısız geçirsın isteriz. O yüzden iyileşmesi yönünde bir seçenek kalmadıysa en azından organları idare edebilsin diye direncini yükseltiriz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-58	4. Palyatif bakım zaten tüm her şeye rağmen iyileşemeyen hastaların gönderildiği bir tıp merkezi. O yüzden benim fikrimce Avrupa ülkelerinde de palyatife ötanazi yasaldır diye düşünüyorum.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-59	4. Bir önceki soruda söylediğim gibi birçok seçenek var.	Tedavi Değişikliği veya Planlanması, Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-60	4. Tıp artık çok ilerledi çoğu ağrı dindirilebilir durumda veya beslenme kalp attığı sürece bir şekilde bedene verilebiliyor. O yüzden çok dayanılmaz ağrı çok nadir o seviyelere gelen insan. Tabi yine de göz ardı edilemez sonuçta var öyle insan.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-61	4. Palyasyon dediğimiz kavram ile devam ediliyor. Hastanın mevcut koşullarda ağrı, beslenme, konforlu yaşama gibi alanlarda desteklenmesi gerekiyor.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-62	4. Yoğun bakımda hasta tüm ilaç seçeneklerine rağmen artı yönde ilerlemiyorsa organları daha fazla yıpratmamak adına ya geleneksel tıp ile ya da rahatlatmaya yönelik süreç işletiyoruz.	Alternatif Tıp Tedavileri, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavilerde Fayda-Zarar Yönüne Bakılması
K-63	4. Kalbi çalışmaya devam ettikçe bir şekilde yanında olduğumuzu hissettirmek için çabalyoruz. Belki de ölüme alışık olduğumuz için de bu durumu normal karşılıyor olabiliriz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-64	4. Tüm tedaviler uygulandıysa ve yine de fayda görmediyse sadece solunum, beslenme, ağrı azaltma yolundan gidiyoruz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-65	4. Vermeyen hastalarımıza psikolojilerini en azından düzeltebilecek destek ve ağrı tedavileri ile devam ediyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-66	4. Tedavisi mümkün değilse ve son evredeyse hasta rahatlatıyoruz sadece. Zaten elimizden tedavi yönünden bir şey gelmiyorsa bizde vicdani yönünden destek olmaya gayret ediyoruz.	Konforlu Ölüm Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-67	4. Tedavisi yoksa ve son evrede öğrendiysek palyasyon uyguluyoruz bir tek.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-68	4. Palyatif bakım uygulamaları yapıyoruz ilacın fayda etmediği durumlarında.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-69	4. Tüm tedavilere devam ediliyor yasal prosedür uygulanır. Ama bedeni yorulmaması için bazen destek tedavisiyle devam ederiz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum

K-70	4. Cevap vermeyen hastalara birçok uygulama yapıyoruz en azından ağrısı sızısı varsa onları gideriyoruz ama kendi başına hiç bırakmıyoruz. Vicdanen de bırakamayız yani kimisinin annesi babası büyüğü olabilir. Bu empatiyle çalışıyoruz.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-71	4. Ya benim kendi uygulamam da pek sonlandırmıyorum bir sürü işlem var onları yapıyoruz boş geçmiyorum.	Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-72	4. Vermiyorsa muadili ya da farklı dozlarda bir ilaç başlıyoruz. En azından destek tedavisi sağlıyoruz.	Dozaj Değişikliği, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-73	4. Bu soruyu tıbbi onkoloji kliniğinde çalışan hekimlere sormak daha uygun olur. Benim kendi pratiğimde gördüğüm kanseri olan 16 yaşındaki kız çocuğuna hastalığıyla ilgili yapılacak bir şey kalmadığı söylenmemişti. Sadece tedavilere bir süre ara verileceği, ancak kendisinin evinde mi yoksa hastanede mi olmak istediği sorulmuştu. Aileye ise kanser tedavisi konusunda daha fazla yapılacak bir şey kalmadığı, çocuk nasıl istiyorsa son dönemini o şekilde geçirmesi önerilmişti.	Hastanın Son Vedalaşması, Konforlu Ölüm Sağlanması, Tedavi Sonlandırmada Yasal Durum
K-74	4. Zaten kanserin birçok evresi ve seçeneği var. Dünyada bu hastalıkla sürekli mücadele ediyor. Son zamanlarda da şaşıyoruz fazlasıyla arttı. O yüzden olabildiğince vücudu yormadan tedaviler yapıyoruz. İşe yaramadığında başka bir evrenin tedavi işlemine geçiyorum.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Tedavi Değişikliği veya Planlanması
K-75	4. Palyasyonla destek sağlıyoruz. Bazen burada onlar için bir şeyler yaptığımızı göstermek, onları dinlemek, vitamin vermek bile rahatlatıcı olabiliyor.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi, Vicdani ve Manevi Olarak Desteğin Kesilmemesi
K-76	4. Tedavisi olmayan bir hastalık şu teknolojiye biraz zor. Yani hasta cevap veremiyorsa ve ilacın yükünü kaldıramıyorsa sadece kendisini sağlam tutmaya çalışıyoruz destek tedavisiyle.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-77	4. Cevap vermeyen hastalara palyasyon ile devam ettiriyoruz. Mesela ağrısını azaltıyoruz, uykusunu düzene sokuyoruz, beslenmesine ve vitaminlerine dikkat ediyoruz gibi.	Palyasyon ve Destekleyici Tedavi
K-78	4. Genelde uyguladığımız tedaviler ağır olmayan küçük çapta tedaviler. Çünkü ağır dozlardaki ilaçlarda çabuk ölüme götürüyor. Kimsenin sebebi olmak istemeyiz.	Konforlu Yaşam Sağlanması, Palyasyon ve Destekleyici Tedavi

EK-6 Tablo 6.5.soruya verilen cevaplar

5.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	5. Son dönemde hekimlerin yaptığı herşeyi ihlal olarak yorumlayan malpraktis yasaları ve aç gözlü avukatlar nedeniyle korkumuzdan hasta ölmüş olsa bile tedaviye devam ediyoruz. Yani malpraktis ile komplikasyonu ayırt edemeyen hukukçular	Hekime Yasal Baskı
K-2	5. Bu konuyla ilgili sağlık hizmetlerinde boşluk yok. Sadece mümkün olan tıbbi destek hastaya verilmelidir ilkesiyle görev yapıyoruz. Tedaviyi sonlandırma doktor, hasta veya hasta yakınına ait bir seçenek değildir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-3	5. Etik ve hukuk olarak bizi destekleyen yasal bir dayanak yok. Son zamanlarda yaşanan sağlık çalışanına şiddet çok arttı. Hastalar doktorlardan çok yüksek beklentileri ile beraber geliyorlar. Yapabileceğimiz her uygulamayı yapmamıza rağmen yine de ölümü yakıştıramadıkları hasta olursa acısını ve öfkesini bizden çıkarıyorlar. O yüzden özellikle kritik alanların ve hastaların yakınlarına psikiyatrik bir tedavi almalarını ve bunu yasal sürece tanımlamaları gerekiyor. Ölümü ve bu süreçte kabul edişi bir şekilde aşmalı ve profesyonel destekle beraber bilgilendirme yapılmalıdır. Her süreçte doktor öne çıktığında doktor da yıpranıyor. Özellikle hassas gruplarda ölüm sarsıcı olduğu için her aşamada hasta yakınlarının desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünüyorum.	Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları
K-4	5. Kılavuzlarda kriterleri olan şeylerde bir dayanak mevcut ama hukuksal dayanağı konusunda bilgin yok	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-5	5. Yasal bir boşluk yok. Hekime yetki verilmiyor. Bakanlık uygulaması ne diyorsa o. Yoğun bakımdan fayda görmeyeceği durumda hasta yakını bilgilendiriliyor. Yaşam beklentisi olmayan hastalar palyatif bakıma yönlendirilir buna öngörümüz genelde 2 ay ile 6 ay gibi bir süreçteki hastalardır. Boşluk ve ihmal burada devreye girmektedir. Çünkü süresiz tedavi olduğundan yatak meşguliyeti, iş gücünün fazladan kullanılmaması ve palyatif hastayı yoğun bakımda tutmak.. Bunlar birer boşluktur. İş ve enerji paylaşımıyla yetişmek yerine ağır bir yükün, koşuşturmanın altına girmek gereken hastalara yer açılmaması durumuna sokuyor. Süreçte bize bırakmadan devletin kendi eliyle palyatif bakıma yatırması gerekiyor, doktorlarla hasta yakınlarını karşılaştırmadan. Yasal süreçte palyatif bakım biriminde mesela 10 kanser hastasının 7 si orada yatıyor olmalı.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Hekime Yasal Baskı, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-6	5. Hukuki dayanağımız yok ancak hastanın yakınlarıyla etik olarak görüşüyoruz. Yoğun bakıma alınma gerekliliği, tedaviye cevap yoksa ve sadece hastanın yaşama tutunma süresi en fazla 1 hafta uzayacaksa hastanın bedenini daha da yormadan rahat bir göç olsun diye hasta yakınına bilgilendirme formu imzalatıyoruz.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Hekime Yasal Baskı
K-7	5. Hastalar için çoğunlukla bilinç olmadığı için böyle talebi pek yapamıyorlar hasta yakını da tedavinin yapılması yönünde talebi olabilir ama zaten uzman olmadıkları için böyle taleple gelen olmadı. Olsaydı da sadece servisteki hasta çıkış alabiliyor yoğun bakıma gelen hasta tedaviden mahrum edilemez. O yüzden süresiz tedavi yönetmelikte mevcut. Bakanlığın bunu belli kriterlere göre ayırmasını tercih ederim.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Süresiz Tedavi Uygulaması
K-8	5. Hukuksal ve etik açıdan bir boşluğun olduğunu düşünmüyorum. Sonuçta ölüm kararı herhangi birinin fayda olarak düşünerek öldürmesine ve karşı tarafın talebine göre alınmasına yol açacak süreç olmamalıdır.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Tedavi Uygulamaları
K-9	5. Boşluk olarak değil de etik ve destek biriminin aktif olmasını tercih ederim. Mesela hasta yakınlarına net olarak kanserin son evresini anlatamıyoruz. Ya da hastanın ağırlaşmış gidişatından tam anlamıyla açıklığıyla konuşamıyoruz. Çünkü artık eskisi gibi ölümü ve uğurlanışı kabul etmiyorlar. Doğal ölümü kabul ettiremediğimiz için aslında tüm seçenekleri deneyip hayatta tutamadığımız ve var gücümüzle çabaladığımız hastayı tedaviye cevap vermediğinde sıkıntı yaşamamak için solunum sıkıntısı çekmemesine rağmen solunum cihazına bağlıyoruz ki tedavisi eksik kaldı zorunluluğu oluşmasın diye.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları

K-10	5. Tedaviyi sonlandırma gibi bir şey zaten olmamalı. Sadece beyin ölümü gerçekleştiyse devam edecek bir yaşam kalmıyor ve organ bağışi süreci olana kadar organ bakımı yapılıyor. O yüzden bir boşluk var diyemem. Ama bazı hastalarda doğal ölümle 1 hafta içinde olan süreç süresiz tedavi durumuyla 2 hafta daha yoğun bakımda ağırlı ve acılı yapay yaşama uzuyor. Bu bir eksiklik olabilir.	Süresiz Tedavi Uygulaması, Tedavi Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu
K-11	5. Benim bildiğim bir boşluk durumu yok ama sıkıntı yaşamadığım için de bilmiyor olabilirim.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-12	5. Hayır hiçbir boşluk yok. Sadece hukuksal olarak sonlandırılması gereken tedavinin sonlandırılmaması ve süresiz tedavi her açıdan sorun teşkil ediyor. Hastaya, hasta yakınına ve hastane olanaklarına ve doktor enerjisinin verimli dağılımına yük olarak kalıyor.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Süresiz Tedavi Uygulaması, Sağlık Personelinin İş Yüğü, Tedavi Uygulamaları
K-13	5. Son yaşam dönemine girmiş hastanın palyatif bakıma devletin yönlendirmesi gerekir işte bu boşluk bizim iş yükümüzü ağırlştırıyor. Kurtarılması gereken umutlu hastaya yetişmeye çalışıyoruz.	Sağlık Personelinin İş Yüğü, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-14	5. Mesela ilaçların dozajları konusunda sıkıntı var. Malzeme düzenlenmesi açısından sıkıntı var. Ayrıca hastanın zorla yaşatılma durumu da biraz bakanlık tarafından baskınlık oluşturuyor. Yani ölümü kabul ediş durumundan halkı kopartıyorlar.	Tedavi Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu
K-15	5. Var bence. Doktoru koruyan bir yasa olmadığı için bizler baskı altında hizmet vermek durumunda kalıyoruz.	Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları
K-16	5. Var tabiki de. Palyatif bakımla ilgili sorun var. Bakanlığın daha aktif bir süreç işletmeli ve son evrelerini palyatif bakımda geçirmelerini sağlamalıdır.	Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-17	5. Bazı hastalıkların çaresi olmuyor. Yine de daim ilaç tedavisi zorunluluğumuz var.	Süresiz Tedavi Uygulaması, Tedavi Uygulamaları
K-18	5. Kesinlikle var. Türkiye’de tedavi kavramına resüsitasyonu dahil etmiyor. Mesela hasta terminal dönemde benim değil başka bir palyatif uzmanın ilgilenmesi gerekiyor. Ama hastayla sonuna kadar ilgileniyoruz fakat hem hukuksal desteğimiz yok hem de insani boyutta da ortada kalmasın sonuna kadar mücadele edelim diyoruz. Yurtdışında süreç farklı mesela orada alması gerekeni veriyorlar. Ama burada hastanın yakasında geiyoruz ve faydası olmasa da gerekmeyen tedaviyi bile denemek durumunda kalıyoruz. Palyatif bakımın önemli ölçüde eksikleri var. İşlemesi gerektiği gibi olmuyor ve bilgileri çok yetersiz. En az 1 yıl eğitim almalılar ve düzenleme becerisini kazanmalılar. Sonuçta gelen hastalar terminal dönemde son yaşam evresinde olabilirler ama hala yaşadıklarını unutmamak lazım.	Tedavi Uygulamaları, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-19	5. Boşluk bir tek tedaviyi sonlandıramıyoruz ve süresiz tedavi ile yorucu bir sürece giriyor hasta. Tıbbın gelişmesiyle skor tablosundan sonra iyileşen olabiliyor.	Süresiz Tedavi Uygulaması
K-20	5. Bence yok varsa da karşılaşmadım. Sadece sağlık birimlerinde görevler çok net dağıtılmadığı için bazen bireysel yöneme de başvuruluyor.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-21	5. Bu konuda net bir bilgin yok maalesef	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-22	5- Şu anki mevcut sağlık mevzuatımızda böyle bir açık, boşluk olduğunu düşünmüyorum. Aksine son dönem hastası bile olsa tıbbi tedaviyi aksatmadan son nefese kadar yapmaya yükümlü tutan mevzuat vardır.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok

K-23	5. İnanılmaz bir boşluk var. Birebir görmesem de yurtdışındaki uygulamalarda ölümcül olan hastalara bir form imzalatıyorlar ve bu form yürürlükte işleniyor. Ancak Türkiye’de form işletilse dahi tedaviyi asla kesemiyorsunuz ve rızaları alınıp imzalatılsa bile yoğun bakımdan çıkaramıyorsunuz. Son evreyi evinde rahat geçirmek istese ve de ailesiyle vedalaşma arzusu olsa bile hekimleri koruyan bir dayanak olmayınca çıkışını veremiyorsunuz. Yani hastaneye gelen herkes yaşam belirtisi göstermese bile süresiz tedaviye ve cihazlara mahkûm ediliyor.	Süresiz Tedavi Uygulaması, Suni Yaşam Sorunu
K-24	5. Benim bildiğim boşluk yok sadece manevi açıdan biraz daha farklı bir uygulama yapılabilir.	Manevi Bakım Uygulaması
K-25	5. Tabi ki de bir boşluk yok. Her şey hastanın kendi lehine işliyor	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Tedavi Uygulamaları
K-26	5. Ben öyle bir şeyle karşılaşmadım ama bazen tedavileri yapma konusunda çok baskı kuruluyor.	Hekime Yasal Baskı
K-27	5. Bir boşluk düşünmüyorum çünkü çok titizlikle inceleniyor. Tüm incelemeler sonucunda operasyon ve tedavi seçenekleri elenerek yapılıyor.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-28	5. Bakanlığın sürekli tedavi kısmında biraz sıkıntı var. Çünkü gerçekten kurtulma şansı olan hastalara yoğunlaşamıyoruz.	Süresiz Tedavi Uygulaması, Sağlık Personelinin İş Yükü
K-29	5. Var. Örneğin son dönem artık iyileşmesi mümkün olmayan hastalara ileri yaşam desteği sunulması ve cihazlara bağlı yapay yaşama mecbur bırakılması çok büyük bir boşluk. Mesela son dönem kanser hastası, kalp yetersizliği var, doğru dürüst nefes alamıyor. Bu hastanın solunum cihazına takılıp evet belki 2 hafta daha yaşatırsınız makinaya bağlı ama sadece yoğun bakımda bitmiş halde. En azından 1 haftalık ömrünü ailesiyle, çevresiyle, dünyayla geçirmek varken gezen bir hastayken yatağa bağımlı bir hasta haline geliyor. Ama doktor vicdanen rahatsız olsa da yapabileceği bir şey yok. Çıkartamıyorsunuz çünkü doktoru koruyan bir yasa yok.	Ailesiyle Son Vedasını Gerçekleştirememesi, Hekime Yasal Baskı, Suni Yaşam Sorunu
K-30	5. Hastaların endikasyonu olmayan, işte işe yaramayacağını bilsen bile mutlaka müdahale zorunluluğu veriyor yasa. Kalbi durmuş, tüm organları bitmiş olsa bile kalp masajı veya şoklama müdahalesi vermek zorundayız. Bu bir boşluk. Mesela hasta sedye takipli ve geri dönüşsüz bir durumda ama yine de sorumluluğumuz bitmiyor.	Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları
K-31	5. Yorgun bir bedeni daha da hırpalayın diyor sistem. Kişinin ölümünü doğal olarak yaşamasını gerçekleştiremiyoruz hep girdi çıktı süreci hastayı mahvediyor. Bu bir boşluktur bence	Tedavi Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu
K-32	5. Boşluk olarak palyatif bakımın daha da düzenlenmesi ve gerekli ayrımı yapan sistemin kurulması gerekir. Keyfe bırakılırsa hangi hastanın ne tarafta olması gerektiği konusunda ihmaller gelir.	Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-33	5. Aslında verdiğim cevabın devamı gibi olmuş. Evet rahatlaması için hastalardan tedavimizi hiç esirgemiyoruz ama sonuçta belli yaşın üstünde bazı seçeneklerde olan hastaları sağlıklı ve kurtarılmaya müsait genç bireylerle eşit seviyede enerji harcamamızı istiyor sistem. Biri yapay yaşamla hayatın tadı kaçmış nefes alıyorken diğeri ise çok daha sağlıklı bir birey haline geliyor. Ama ben asla risk almıyorum süreci bakanlığın uygulamasında nasılsa her detayla ona uyuyorum. Çünkü özgün bir tedavi uygularsam yasalar beni asla korumuyor. Mesela beyin ölümü gerçekleşmiş bireyin hukuki sorumluluğu da karar verme aşamasında çok önemlidir. Her durumu kitaplarla ve kaynaklarla yürütüyorum. Hastayı da uzunca bir takip skalasında değerlendiriyorum. Her şey resmi şekilde ilerliyor. Ama beyin ölümünde organ donasyonu açısından çok önemli.	Hekime Yasal Baskı, Sağlık Personelinin İş Yükü, Tedavi Uygulamaları
K-34	5. Yok. Zaten sonlandırma yetkisi olmamalı.. Yoğun bakımlarda zaten yok da orası mecburi.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok

K-35	5. Hukuksal olarak hiç bilmiyorum ama ötanazinin yasal olmadığından haberdarım. Ama hastanelerin tedavi işlemlerinde bir aksaklık yok.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-36	5. Hukuki boyutu hiç bilmiyorum daim yaşatmak için buradayız.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Tedavi Uygulamaları
K-37	5. Elbetteki var. Mesela artık geri dönüşü olmayan bir yerdeki hastaya yatak, personel enerjisi sağlıyoruz ama bu sefer gerçekten kurtarılabilecek hastaya yetişemiyoruz ya da enerjimizi pay etmek durumunda kalıyoruz. Belli aşamadan sonra sadece destekle ilgilenecek ekiplerin olması gerekiyor.	Sağlık Personelinin İş Yükü, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-38	5. Tabi var. Ölümçül hastalıklarda tedaviyi sonlandırma noktasında hukuksal ve etik boşluk var. Hatta bununla ilgili etik komisyonları var. Bir hastanın kalbi durdu, sen kalbe basmaya devam ederken atmaya devam ediyorsa sen basma işlemini durduramazsın. Yani kalp yarım saat atmamışsa niye devam edesin? Ama bir bakıyorsun 2 saat sonra tedavi hasta geri dönüyor. O yüzden tedavi sonlandırma da şu önemli. Hastanın yaşam süresini uzatmak lazım ölüm süresini değil derler. Güzel de bir laf. Bazı durumlarda hastayı yaşattığın zaman bizde bir söz vardır “quality at adjusted life year” (Düzeltilmiş kaliteli yaşam yılı). Bu açıdan önemli. Ama etik sorun zaten var. Paternalizme karşı hastanın kendi isteği ile ölümü istiyor. Ötanazi kabinleri var yurtdışında ve yavaş yavaş ülkeler kabul ediyor bunu. Hatta psikiyatrik ötanazi var intihar aslında ama adı psikiyatrik deyince adı değişiyor. Bunun etik ve hukuksal birçok zemini var ve ülkeler arasında bu değişebiliyor. Ama Türkiye’de tedaviyi sonlandırma diye bir zemin yoktur diye düşünüyorum.	Tedavi Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu
K-39	5. Evet bu konuda ülkemizde bir yönetmelik veya kanun yok. İşleyiş kişiden kişiye değişebiliyor.	Tedavi Uygulamaları
K-40	5. Evet.	Tedavi Uygulamaları
K-41	5. Evet var olduğunu düşünüyorum.	Tedavi Uygulamaları
K-42	5. Ülkemizde ötanazi uygulaması hukuki olarak uygun değildir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-43	5. Var. Hastanın daha fazla acı çekmemesi ve hastalığın geri dönüşümsüz organ disfonksiyonu göstermesi olarak diyebilirim.	Tedavi Uygulamaları
K-44	5. Bilmiyorum. Sadece tedaviye odaklıyım.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-45	5. Bence yok ama bazı kriterlerin önünü açmaları gerekiyor. Mesela belli yaşta olan ve belli hastalıklarda yıpranan bireyleri daha fazla zorlamamak gerekiyor diye düşünüyorum.	Tedavi Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu
K-46	5. Hasta ve/veya yakınları her aşamada tedaviyi reddedebilir, bu yasaldir.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim
K-47	5. Bizim bildiğimiz yok ama hastanelerde hastalıktan ziyade rahatlama amacıyla gelen de oluyor. Kritik bölümleri aynı yerlere sevk edebilirler.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Tedavi Uygulamaları
K-48	5. Bir boşluk yok ama doktor-hasta ilişkilerinde bir aracı bölüm daha olmalı. Yani ölüm haberini pat diye doktordan duyunca hastalar süreci veya krizi yönetemiyor. Doktorun aradan çıkması ve bir arabulucu tarafından ifade edilmesi gerekir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim

K-49	5. Hiçbir boşluk yok diye düşünüyorum ama zaman verilmeyen uzun süren tedaviler belki olabilir. Sürekli yıllarca bir hasta hastanede tedavi altında kalabiliyor.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Süresiz Tedavi Uygulamaları
K-50	5. Evet fazlasıyla var. E şimdi bahsettiğim mesela. Dünyadaki gelişmeleri geç takip ediyoruz kendi üretim ve çözüm sahamız zayıf. Hep var olan tedaviyi yapıyoruz ama yeni bir riske girsek bakanlık bize yasal dayanak sağlamıyor.	Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları
K-51	5. Etik boşluk şöyle var. Hukuku bilemem ama doktorların böyle hayati durumlarda manevi destek de sağlayacak bir ekiple konsülte devam etmelidir. Yani şunu diyorum doktor diyelim ki visite çıktıysa yanında bir manevi bir de psikolog ekibi olması gerekiyor. Hastanın tercihiyle bağlı ilerlemeli.	Tedavi Uygulamaları, Manevi Bakım Uygulamaları
K-52	5. Sorunun cevabı mı bilmiyorum ama bence doktorlar çok yoruluyorlar ve hastalara yeterince enerjileri pay edemiyorlar. Hastaneler tamamen dolu durumda. Personel sayısı az.	Sağlık Personelinin İş Yükü
K-53	5. Hukuki boşluk şimdi bahsettiğim aşamaydı. İşte güncelleme için ilaç ve tedavi ülkeye biraz geç gelebiliyor. Gerçek bir sistem oturtulmuş ve laboratuvar çalışmalarımız aktif değil o kadar.	Tedavi Uygulamaları
K-54	5. Boşluk tabiki var. Sistem yoğun bakım ve servisli yataklarda hemşirelerin, hastane personelinin görevleri denetlenmeli.	Sağlık Personeline Manevi Açından Destekleyici Yaklaşılması
K-55	5. Ötanazinin veya tedavi reddinin yoğun bakımda olmaması büyük bir sorun ve boşluk. Hastaya zorla ızdırap yaşatmanın ne anlamı var?	Tedavi Uygulamaları
K-56	5. Etik boşluk şöyle var. Yapıyoruz ancak hasta yakınları bizi tam anlamıyla anlayamıyor. Yas sürecinde hasta yakınları hasta eğer gençse, sağlıklıysa veya ani ölümle olduysa çok hırçın oluyorlar. Bazen bizi o kadar duymuyorlar ki başımız sıkıntıya girecek diye tedirgin olmaktan süreci de yönetemediğimiz oluyor. Psikiyatr servisine aktarabiliyoruz ama sürekli bizim bununla da ilgilenmemiz yorucu olabilir. Manevi destek ve teselli de iyi gelebilir.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Manevi Bakım Uygulamaları
K-57	5. Boşluk değil öneri verebilirim. Palyasyon için çok ihtiyaç var ve yeterli ekip yok Türkiye’de. Özel bir süreçte takip edilmeli hastalar evine yollamak bazı durumlarda meşakkatli oluyor hasta için.	Tedavi Uygulamaları, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-58	5. Palyatife daha fazla ekip hazırlamalı devlet. Az insan gücüyle çok hasta bakılım istiyorlar. Her hastanın bakımı özel olmalı diyor ama personel eksikliği olunca kime söyleyeceksin. Hemşirenin de hasta bakıcı veya doktorun on kolu yok ya. Bir şekilde ulaşmak ve yetmek istiyor personel.	Sağlık Personelinin İş Yükü, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-59	5. Benim bildiğim kadarıyla yok ama bazen planlarımızı ve ilaç tedavilerin uygulayıcısı olan hemşireler bakım olarak bilmeyebiliyor buda süreci aksatıyor.	Sağlık Personeline Manevi Açından Destekleyici Yaklaşılması
K-60	5. Etik boşluk yok.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-61	5. Açıkçası yasaları ayrıntılı bilmiyorum. Ancak hastanın istemediği hiçbir şeyi uygulayamayız ve bunun için yazılı bir onam alınmalıdır.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Tedavi Uygulamaları
K-62	5. Belli yaşta ve hastalıktaki insanların yoğun bakımda olması yerine palyatif bakımda olmalı diye bir yasa gelmelidir. Yani biz burada bazen boşuna da çaba sarf etmek durumunda kalıyoruz. Enerjimiz bitiyor elbette ki görevimiz ama bazen huzurlu bir ölüme de müsaade etmek de bizim için insancıl. Kesinlikle öldürmek olarak değil yani 3 günde ölecek hastayı bazen bir ay yatağa bağımlı yaşıyoruz. Bir şekilde gitmek isteyen ve vakti dolana dursun diye hastayı paralıyoruz.	Sağlık Personelinin İş Yükü, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları, Suni Yaşam Sorunu

K-63	5. Etik boşluk bir sürü var. Bazen doktorları hastaya bakma konusunda fazla zorlayıcı yasalar var. İnsanı tedavi ettiğimize bile bazen bin pişman ediyorlar. Tedavi etsek başına bir iş gelse malpraktis duruma sokulabiliyoruz. Tedavi etmesen ölmesine göz yumdun diye ihmalden hukuki yaptırımla karşılaşılıyor. Ne yapsak dayanak yok.	Hekime Yasal Baskı, Tedavi Uygulamaları
K-64	5. Boşluk demeyelim de daha çok yerine ne koyacaklarını bilmemek diyelim. Bir sistem var mesela çalışıyor diye dokunmuyorlar çünkü yerine etkili koyacakları bir sistem bulamamış oluyorlar. Son zamanlarda yoğun bakım, inme merkezi ve palyatif bakım ağır hastaların tedavi gördükleri bölümlerdir. Oraların ekipleri çok özenle seçilmeli.	Sağlık Personeline Manevi Açıdan Destekleyici Yaklaşılması, Tedavi Uygulamaları
K-65	5. Etik boşluk yok ama uygulama ve uzman yetersizliği olabilir bu sisteme. Bizim içimizde de iş bölümü yapmalı ve yoğun bakım ekipleri tüm çalışanlarla beraber eğitmeli sistem.	Sağlık Personeline Manevi Açıdan Destekleyici Yaklaşılması
K-66	5. Etik boşluk yok ya da ben böyle bir sorunla karşılaşmadım.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-67	5. Sağlık sisteminde bir boşluk değil birçok boşluk var. Şöyle diyebilirim.. mesela ölüm ve yaşam konusunu henüz çözebilmiş değiliz sistem olarak. Ayrıca kime ne kadar emek vermeliyiz onunda bir sistemi yok. Rastgele hangi hastaya ne denk gelirse ona göre bakıyoruz. O yüzden sistem henüz örtüşmüyor ama ben şahsi olarak temel eğitim üzerinden tedavi ediyorum.	Sağlık Personelinin İş Yüğü, Tedavi Uygulamaları
K-68	5. Yok. Türk Sağlık Sistemi Mevzuatı ve Türk Hukuk Sistemi ile sınırlar net belirlenmiştir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-69	5. Yok sınırlar nettir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-70	5. Benim karşılaştığım bir şey yok ama görev tanımları çok belirlidir.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-71	5. Boşluk şöyle var yoğun bakım kriterleri fazla düşük. O yüzden en ufak bir sorunda ya da aşılma durumunda hemen yoğun bakım servisine yatırılıyor. Bunun henüz sistemleştğini düşünmüyorum.	Sağlık Personelinin İş Yüğü, Tedavi Uygulamaları
K-72	5. Ölüm döşğinde olan hastalara bazen manevi ihtiyaç gerekiyor ama yoğun bakım bu konuda çok sıkı tutuluyor. Aslında maddi ilaçla beraber manevi destekte lazım	Manevi Bakım Uygulaması
K-73	5. Mental retardasyonu olan ya da ciddi bilişsel yıkımı olan kronik ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavilerle ilgili sorumlulukları yürütemedikleri durumlarda aile desteği de yoksa yada aile bireyinin de zihinsel engeli varsa bu hastaların tedavi yönetimleri tedavi sonlandırmaya kadar gidebilmektedir. Bazen atanan vasiler de gereken sorumluluğu almamaktadır. Bu tür hastaların belki devlet eliyle bakım kurumlarında tedavilerinin sürdürülmesi desteklenebilir.	Tedavi Uygulamaları, Palyatif Bakım Hizmet Uygulamaları
K-74	5. Herhangi bir boşluk yok zaten hastayı asla ihmal edemeyiz. Mesleğimizde el vermez insanlığımız da el vermez.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok
K-75	5. Boşluk olarak ötanazi yasal değil. Ölümle kurtulacak insanın aylarca sürünmesine müsaade etmek bir boşluktur.	Suni Yaşam Sorunu
K-76	5. Boşluk diyebilir miyiz bilemiyorum ama mesela hastalar ve aileleri bazı süreçlerde çok hassaslaşıyorlar. Ağlıyorlar, üzüyorlar, depresif hale giriyorlar. Bu durumda bir profesyonel destek almaları gerekiyor. Yani hastaya durumunu, izleyeceği yolu en başında anlatan biri olmalı. Doktorlar sadece tedavi ile ilgili görüşmeliyiz. Yani psikiyatri tedavisi gerektiğinde yapılıyor ama bence yeterli değil psikolog tarzı terapiler veya manevi olarak destek çok daha rahatlatıcı olabilir diye düşünüyorum.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Manevi Bakım Uygulaması

K-77	5. Manevi anlamda insanları daha duyarlı olacak şekilde eğitmeliyiz. Sadece hastaneye gelen hasta, yakını ve doktor için değil tüm çevresinin bilinçlenmesi herkes için büyük kolaylık olacaktır. Hepimiz gerçekten toplumsal duyguyu da yaşayarak ve yaşatarak var oluyoruz.	Hasta ve Hasta Yakınıyla Sağlıklı İletişim, Manevi Bakım Uygulaması
K-78	5. Bence hiçbir boşluk yok. Ama aileler biraz daha yaşlı hastalarına sahip çıkabilirlerse iyi olur sonuçta koca bir ömür yaşanmış, iyisiyle kötüsüyle barışmak lazım. Veda ederken yalnız ölenler de olması üzücü oluyor.	Herhangi Bir Boşluk Yok / Bilgim Yok, Ailesiyle Son Vedasını Gerçekleştiremem esi



EK-7 Tablo 7. 6.soruya verilen cevaplar

6.S oru	Cevaplar	Kodlar
K-1	6. Öyle hastalar var ki ömrünü çözümsüz ileri evre kanser hastalığı ile, bu hastalığın ağrıları ile geçiren, gece gündüz uyumadan, yiyip içmeden hayatını ızdırıp ile geçiren. Kriterler çok çok çok kusıtlı tutularak belirli küçük bir hasta kesimi için uygulanabilir	Ötanaziyi Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Terminal Dönem Hastaları
K-2	6. Hekimce ana öğreti Hipokrat'ın zarar verme ilkesidir. Ölüm bir canlı için önemli zarar verme potansiyeli taşıdığından uzman yardımıyla ölüm doğru bir yaklaşım değildir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Hipokrat Yeminine Aykırılık, Zarar Vermeme İlkesi
K-3	6. Her hastanın kendine özgü bir durumu vardır ve bazı hastalar bazen ölüm çok büyük bir kurtuluş olabilmektedir. Cevap veremeyecek ve hiçbir bakım sürecini bir daha hiç yapamayacak hastanın onurlu bir ölüm olarak tercih edilebilir. Uzman yardımıyla ölüm olsaydı sürünmeden ölebilirdi.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi, Özbakım Becerilerinde Bağımlı Olma
K-4	6. Doğru bulmuyorum	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum
K-5	6. Uzman yardımıyla öldürmekten ziyade teselli ederiz. Asla etik açıdan da mesleki açıdan da yapılmaz. Yapılırsa da suistimal etmek demektir mesleği. Bizim topraklarımızda yetişmiş uzmanlarda yapmaz. Yani bu coğrafyanın insanı aktif olarak ölmesine isteyerek sebep olmaz.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-6	6. Hem mesleki hem etik açıdan gerekliliğine inanıyorum pasif ötanazinin.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-7	6. Ben insan hayatının yapay uzamasından ve birçok hastalığın süreklilik haline gelmesinden, şehir hayatının insanı bireyselleştirip yalnızlaştırmasından dolayı etik açıdan ölüm kararını almasını makul karşılıyorum.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Yapay Yaşam Sorunsalı
K-8	6. İlaçla son vermem ve yapana da destek olmam. Sorumlu olduğum yerde de izin vermem ve yetkilerimi bu şekilde düzenlerim. Ancak başka birimin, bölümün doktoru yapsaydı da onun sorumluluğudur derim karışmam.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum
K-9	6. Ötanaziyi tasvip etmiyorum her iki anlamda da. Başta içinde bulunduğum mesleğin temel ilkesi olan Hipokrat yeminine aykırı. Doktor yaşatmak için vardır ve ölüm eninde sonunda olacaktır her yaşayan için. Ama öldürmek doktorun vazifesi değildir. Bu bakışım sadece dini açıdan değildir. Etik olarak da böyle olmalıdır.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Hipokrat Yeminine Aykırılık, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-10	6. Ben kendi açımdan ötanazi uygulayıcısı olmam özellikle de bunun uzman yardımıyla yapılmasını hiç doğru bulmuyorum. Dayanamayan insanın kendisi de bu eylemi gerçekleştirebilir ve hayatına son verebilir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Kişisel Ölüm Tercihine Saygı

K-11	6. Ötanazi bilim olarak bakacak olursak belki olabilir ama dini ve etik değerler açısından ölümün uygulayıcısı olmak istemem. Özellikle kurtarılabılır bir hasta için sırf beyan verdi ya da tedaviyi reddetti diye hastanın tedavisini kesip mahrum etmem.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-12	6. Hastanın kendi talebi ise olabilir. Kendi şahsi durumumda bile vasiyet olarak öyle bir duruma düşersem bilinçsizlik halinde tedavinin yapılmamasını hatta imkan ve yasal süreçte onay olursa aktif olarak da talep edeceğim.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep
K-13	6. Mesleki açıdan hayat kurtarmak, hastalara çare olmak ve aramak için varız ve yetiştirildik. Ama çaresi yoksa ve süreçte hasta çok ağır acılara maruz kalıyorsa ve yasal olarak da uygunsu neden olmasın?	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar
K-14	6. Aktif olması biraz etik dışı, zaten legal olan ülkeler mevcut ve yasal olan ülkelerin belli sav üzerine göre değerlendirme yapılıyor. Yani çok isteyen o tarz bir ülkede tercihini yapabilir. Ama bizim kültürümüzde, inancımızda ve tıp açısından değerlendirilme biçimimiz bunu uygun görmez.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-15	6. Bence etik dışı bir uygulama değil. Gereken durumda ötanazi yapılmalıdır.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-16	6. Hayır hiçbir şekilde etik değildir. Biz yaşatmak için eğitim aldık. Nasıl vicdanımız el verip öldürebiliriz bir insanı. Biz katil miyiz?	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim, Zarar Vermeme İlkesi
K-17	6. İnsan için hep umudu hayal etmek gerekir. Yaşamın doğasına uygun yaşamak ve yaşatmak için varız.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-18	6. Çok üzerinde düşünmedim ama çok yanlış olduğunu düşünmediğim bir durum. Hasta acı çekiyorsa ve mevcut durumunun değişmeyeceği kesinleşmişse sıcak bakıyorum. Çünkü hem hastaya hem yakınlarına hem de sağlık sistemine yük teşkil ediyor. Belli kriterlere göre uygun olabilir. Mesela kaza sonucu beyin travması gerçekleşmiş bir hasta için en iyisi doğal ölümüne bırakmak ya da aktif olarak sonuç alınabilir.	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Tedaviyi Kesme / Tedaviden Mahrum Etme
K-19	6. Biz böyle bir şeye alışkın değiliz. Türkiye’de yasal olmadığı için uygulamasını tam anlamıyla hangi durumlarda mevcut yasal bilmiyorum. Ama Palyatifte gördüğümüz bazı hastalar için acılar dayanılmaz bir hal alıyor. Doktor olarak ölüme karar verici olmak istemezdim. Vicdanen de rahatsızlık duyardım.	Yasal Durum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar

K-20	6. Bence uygun olabilir. Durumları çok fazla içselleştirmemize gerek yok. Mesleki açıdan da bir sakınca görmüyorum.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-21	6. Toplum olarak ötanazi bizim insanımızın anlayışla karşılayabileceği bir durum değil bunun da farkında olarak ben doğru bulmuyorum etik anlamda ülkesine göre farklılıklar olabilir Biz dini anlamda kendi yaşamımıza son verme hakkımız olmadığını bildiğimiz için yapılan iş benim gözümde cinayet yapan kişi katil gibi adlandırılabilir	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-22	6- Ahlaki ve dini inançlarım gereği doğru bulmuyorum.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-23	6. Ölümcül hastalıkların son evresinde olanlara bir heyetle beraber karar alınırsa olumlu bakıyorum. Ama bu aşamada Psikiyatr bölümüne temyiz açısından çok büyük bir pay düşüyor.	Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep, Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum
K-24	6. Ben kendi mesleğim adına doğru bulmuyorum. Başkası adına ölüme karar veremem. Hasta içinde doktor içinde zor bir durumdur. Sağlıklı bireyin depresif halinden ölümü seçip uygulanması zaten mantıklı değil. Ama acı çeken son evre hastalıklar için acıdan kurtulmanın tek yolu ölmek değildir. Birçok dozda ağrı kesiciler mevcuttur. Sıkıntısını giderecek alternatiflere bakarım	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Konsülte Tedavilerle Rahatlatma, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-25	6. Yorum yapmak istemiyorum	Yorum Yapmak İstemiyorum
K-26	6. Ben aslında çok anormal bir durum görmüyorum. Önemli olan hastanın sıkıntısını gidermektir. Eğer hastanın sıkıntısı ölümlle giderilecekse neden olmasın?	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Terminal Dönem Hastaları
K-27	6. Ben bir hekim olarak birini öldürmekten sorumlu olmak istemem. Benim hekim olarak haklarım elbette ki var ama bu yetkiyi asla birini öldürme olarak kullanmam. Öldürmek sadece tek taraflı bir eylem değildir. O için psikolojik yükünü de omuzlamak istemiyorum. Herkes için her şey acısız olsun isterim. Yani bir tedavi alacaksa bile canı acısın istemem.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Zarar Vermeme İlkesi
K-28	6. Uygun görmüyorum ölüm bir hekimin işi değil. Tedavi edersin işe yaramazsa doğal sürecine zarar vermeden yormadan takipte kalırsın ama iyileşmiyorsa öldürelim kavramını kabul etmiyorum	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim, Zarar Vermeme İlkesi
K-29	6. Gayet uygun görüyorum hatta olması bile gerekiyor.	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-30	6. Doğru ve etik bulmuyorum. Hayatı biz vermedik ki biz alalım.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum

K-31	6. Doğru bulmuyorum yaşatmak için eğitim aldık öldürmek hiç kimseye düşmez.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-32	6. Mesleki ve etik açıdan hiç uygun görmüyorum. Çünkü her gün gelişen tıp belki ölümüne karar verilen hastayla 1 gün farkla kaybedilebilir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum
K-33	6. Olumlu bakıyorum. Hasta yakını için belli şartlar sağlanırsa oda olabilir. Özellikle hastanın bilinçli beyanI sağlam argümana dayanıyorsa uygularım	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep
K-34	6. Olumsuz. Bir hekim olarak iyileştiremediğimde ölsün deme hakkım yok.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-35	6. Aldığımız eğitime ters. Bizler iyileştirme ve tedavi üzerine eğitim alıyoruz. Bizim öğrendiğimiz anlayışla ötanazi çıkıyor.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-36	6. Ötanazi yasal değil ve bununla ilgili hiçbir eğitim almadık. Ama pasif ötanazi elbette ki olabilir	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Tedaviyi Kesme / Tedaviden Mahrum Etme
K-37	6. Bunu aslında uzun bir zaman sorguladım, düşündüm. Aslında kendi mesleğim açısından da uygun görmüyorum. Biri ölmek istiyor diye başka biri buna yardım adı altında ölümünü gerçekleştirmesine sağlık diyemeyiz.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Kişisel Ölüm Tercihine Saygı, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-38	6. Hayatı uzatmakla ölümü uzatmak arasında fark var. Hani bunun kriterini belirlemek zordur. Bazı durumlarda ölüm kurtuluş olabiliyor. Özellikle çekilen acı, manevi acılar sebebiyle tercih etmiş olabilir ama tıp teknolojileri geliştirdi yani tıbbi acıları azaltılsa fikri değişebilir. Ama manevi acılar, yük olma hissi veya fazlalık olma hissi, anlamsızlık vs. onları başka türlü aşması gerekir. Zaten mesleki olarak ötanazi olsa çok ciddi bir yük olur etik komisyonlarına.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar, Terminal Dönem Hastaları, Yapay Yaşam Sorunsalı
K-39	6. Ötanazi uygun değildir. Ama ölüm sürecini geciktirecek tıbbi uygulamalardan kaçınılabilir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum

K-40	6. Etik bulmuyorum.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum
K-41	6. Yaşamak gibi ölüm de etiktir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-42	6. Bana göre uygundur.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-43	6. Hukuksal açıdan destek verilmeli gerekli kanunlarla desteklenmelidir.	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-44	6. Yasal olarak engellenmesinin bir insan hakkı ihlali olduğunu düşünüyorum.	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum
K-45	6. Yani eğer yasal olursa uygulamaktan geri durmam. Sonuçta insan için bu mesleği yapıyoruz. İnsanın ölmesi daha iyi bir seçenekse tabiki de uygularım. Doktor olarak bu bizim vazifemiz aynı zamanda kolay ve rahat ölüm	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi
K-46	6. Etik açıdan doğru bulmuyorum. Bir insanın ölmesine bir doktor asla neden olmamalıdır.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi
K-47	6. Mesleki açıdan da etik açıdan da anormal değil bu şeyler. Doğduktan sonra zaten hepimiz bir şekilde öleceğiz. Ama neden çok acılar içinde ölmeye mahkum olalım ya da sakat bir dünyada hep muhtaç şekilde kalbimizin durmasını bekleyelim sonuçta her türlü ölüm var. Yasal olursa aktif de uygularım.	Yasal Durum, Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar, Özbakım Becerilerinde Bağımlı Olma
K-48	6. Hiçbir şekilde uygun değil. Bir kere öldürmek için varsak niye onca çaba ile eğitim alıyoruz. Kitapları karıştırarak sabahlıyoruz, bir insan daha hayata tutunsun diye mücadele ediyoruz. Ölmesinler diye çabalarken başka bir saldırı insana geliyor. Ona da doktor seni uyutarak öldürsün diye.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-49	6. Mesleki açıdan ölümü sadece imkânların bittiği yer olarak görüyoruz nasıl onu bir imkân gibi insanlara uygulamayı yaparız bilemiyorum.	Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım
K-50	6. O aşamaya gelirsek mesleki açıdan hiçbir problem görmüyorum. Herkes mutlaka sonsuza kadar yaşamalı diyemem ama sağlığı olan bireye değil tamamen ölümcül durumda olanlara yapardım. Belki de herkese de yapabilirdim.	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Terminal Dönem Hastaları

K-51	6. Asla uygun değil ve desteklemiyorum. Hatta ileri bir söylem olacak belki insan hainliğidir bu aslında. Zaten öleceğiz neyini hızlandıracaksın bu işin..	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-52	6. İnsanları öldürmenin bir yolunu bulmuşlar gibi geldi bana. Çünkü zaten çok ağrılı ve tedavisiz bir hasta uzun yıllar yaşayacak durumda değil. Ama gerek ağrı kesici gerek yatak gerek personel meşgul olmasın diye öldürmeyi yasalaştırmış olabilirler.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Konsülte Tedavilerle Rahatlatma, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-53	6. Pek uygulayacağımı düşünmüyorum mesleki olarak biz yaşatmaya yönelik bakıyoruz bir insanı nasıl öldürebiliriz pek aklım da almıyor.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-54	6. Ya olabilir tabiki etik olarak da bir anormal görmüyorum. Sonuçta artık üst düzey ağrı kesicilerin bile geçirmediği ağrılar var. E öleceği de çok belli niye ölürken uzun bir vakit acı çeksın. Bence insanlık adına uygulanabilir.	Ötanaziyi Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar
K-55	6. Ötanaziyi destekliyorum hatta insanın onurlu şekilde ölmesi de çok kıymetli. Bunu yasallaştırmak insan özgürlüğüne bir adım daha atmadır. Bırakın insanlar nasıl hayatta kalmak istiyorsa nasıl ölmek istiyorsa özgür olsunlar. Aktif olarak da gayet verimli uygulamam.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi, Ölme Hakkına Saygı
K-56	6. Etik bulmuyorum doktorluğum gereği yaşatmak için varız öldürmek bizim değil katillerin işi.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-57	6. Bizim mesleğimize göre bu sistem asla aynı formatta olamaz diye düşünüyorum. Zaten çok acılı bir hale geldiğinde hasta o sırada mantıklı düşünemez. Psikolojik destek de verilerek dayanma gücü artırılır.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Konsülte Tedavilerle Rahatlatma
K-58	6. Gayette olmalı. Zaten her gün elimizde insanlar ölüyor. Yani korkutucu bir tablo gibi gelmesin. Burası ölümün çok sık yaşandığı birimdir. Ölecek diye palyatife gönderirler. E niye hasta beklesin ki ölüm anını. Gayette onurlu bir şekilde ölümü uygulardım.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi, Ölme Hakkına Saygı
K-59	6. Eğitimlerimizde ölüm son ve bitıştır görevimiz gereği. Bizler özellikle öldürmek için eğitim almadık hatta öldürmek için bu mesleğin hayalini kurarak seçmedik. O yüzden hiçbir maneviyata sığmaz. Ben biraz maneviyatın şifa getirdiğine inanan doktorum belki çok bilimsel gelmeyebilir ama.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme,

		Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-60	6. Hipokrat yemininde de hatırladığım kadarıyla yasaktı ve bizde okul okurken hep yaşatma ilkesine dayanarak öğrenim gördük. İlkelerimizi belirleyip içimize işledik şimdi yeni kavram getiriyorlar ki adı öldürün diye. İnsanlık çok ilginç bir hal aldı.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Hipokrat Yeminine Aykırılık, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-61	6. Dediğim gibi bu konu çok çetrefilli açıkçası. Bir yandan çok sıkıntıya girmiş bir hastaya ötanazi ile de yardım etmek, acılarını dindirmek gibi geliyorken bir yandan da aslında doğal bir ölüm olmadığından vicdani konular da devreye giriyor.	Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım
K-62	6. Aslında mesleki açıdan kimse etik ve uygundur diyemez. Doktorluk en azından öldürmek için yapılan bir meslek değil. Bu sınırı çok iyi koruyan bir gruptur. Yani ucu açık felan da değildir. Eskiden doktorun bir şey yapamayacağı durumlarda ya hasta kendini öldürür ya da doktor hayatına bir şekilde devam edecek duruma getirirdi ama ilaç iyileştirmediyse öldürebiliriz diyebilir mi bir doktor.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Yaşatma İlkesi Üzerine Eğitim
K-63	6. Bence kişinin onurlu ölümüne de saygı duymak gerekir. Doktor olarak vazifem sağlıkla ilgili tüm uygulamaları kapsar. Ölmek istiyorsa ve gerçekten yaşamak artık zulümse ölümü gerçekleştirmek niye etik olmasın?	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi, Ölme Hakkına Saygı
K-64	6. Mesleki açıdan hiçbir sakınca görmüyorum. Ama hastanın bizzat kendisinden onay alarak yapılmalı. Hatta kendi vasiyetime de yazacağım yasal olursa yaşlandığımda hemen ötanazi yapılıns bana.	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep
K-65	6. Doktor olarak uygun değil biz niye insan öldürelim, bu kadar yaşatmaya çabalyoruz. Bir de dediğim gibi suistimale açık bir alan kesinlikle iyi niyet barındıran bir uygulama değil.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-66	6. Bizim meslek tanımında böyle bir eğitim söz konusu değil. Ahlaki ve etik açıdan toplumumuza da uygun değil. Bunlar hep Avrupa ülkelerinin mükemmel birey arayışından kaynaklı sorunlar. Sorun diyorum çünkü temeline bakarsa araştırmalar tamamen insan ayıklamak işleri güçleri.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-67	6. Ben mesleki açıdan böyle bir eğitim ile yetişmiş olsaydım onu da düşünebilirdim. Bizim için son evre ölüm demek yani eylemsizliğin başladığı yer. Ama öldürmek bir eylem hali yani hastayla henüz işimiz bitmedi demek oluyor. İşte bilemiyorum o günün şartlarını.	Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım

K-68	6. Bunu talep edenlerin her yönden (sosyal, ekonomik, psikolojik,...)ayrıntılı değerlendirilmesi, konu ile ilgili çok ayrıntılı bilgi verilmesi ve karar verme sürecinin zamana yayılmasını öneririm.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Konsülte Tedavilerle Rahatlatma
K-69	6. Mesleki olarak gerekli buluyorum ancak yasal açıdan müdahale gerekiyor çünkü kişisel çıkarlar için kullanılmaya çok açık bir uygulamadır.	Yasal Durum, Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Kurul Raporu/Açık Beyan veya Vasiyet ile İmzalı Talep
K-70	6. Benim mesleğim katil olmak değildir. Bunu bir kenarda tutarak cevap vermem gerekiyorsa ölüm son çaresiz kısımdır. Kimseyi o çaresizliğe özellikle itmek insanlığa sığmaz. Zaten ülkemiz ona uygun bir yer değil.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-71	6. Dediğim gibi mesleğimiz gereği olarak da düşünsem biraz kafa karıştırıcı buluyorum. Büyük de konuşmak istemiyorum. Ama kendim yapamazdım çünkü ben hastadan yeri geliyor vitamin ihtiyacı olmasa bile üzüldüğüm için vitamin veriyorum hatta kesmem gereken yerde kesemiyorum biraz daha toparlansın diye. Herhalde birinin ölümünü yapamazdım.	Ötanazi Uygulaması konusunda Kararsızım
K-72	6. Desteklemiyorum. Uygun olduğunu da düşünmüyorum. Başka doktor arkadaşlar ne düşünüyor bilemiyorum ama uygulayan kişide vicdan merhamet kalmış olamaz. İyice deformasyona girmiştir.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-73	6. Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan son derece sıkıntılı bir durum olarak değerlendiriyorum. 'Neden bu kişiler uzman yardımıyla öldürülmeli? Neden bu talepleri var? Neden şimdi bu taleple geliyorlar? Bu konudaki uzman kimdir?' soruları aklıma geliyor. Bu insanların ölümü bu kadar istemelerine neden olacak ruhsal faktörlerin ciddi bir şekilde ele alınıp incelenmesi gerektiği kanaatindeyim. Örneğin major depresif bozuklukta bireyler hayattan tat almazlar ve hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünerek intihar girişiminde bulunurlar. Hâlbuki major depresif bozukluk tedavi edilebilir bir durumdur. Yani böyle bir durumda hastayı tedavi etmek yerine uzman yardımıyla öldürecek miyiz? Psikiyatri pratiğinde intiharlar nasıl bulaşıcı ise uzman yardımıyla ölüm konusunun yasallaştırılmasının da özendirme yoluyla bulaşıcı olabileceğini düşünüyorum. Uzman yardımıyla ölüm yerine bireylerin zorluklarla baş etmede ego gücünün ve ruhsal dayanıklılıklarının artırılmasının önemli olduğu kanaatindeyim. Çocukluk çağından itibaren çocukların ihmal ve travmatik yaşantılar açısından yasal haklarının korunmasının, ruhsal dayanıklılığı artırmaya yönelik okullarda kurumsal eğitimlerin verilmesinin bireylerin ruhsal dayanıklılıklarını artırarak uzman yardımıyla ölüm konusundaki taleplerin azalmasına katkı sağlayacağını düşünüyorum.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Kişisel Ölüm Tercihine Saygı, Konsülte Tedavilerle Rahatlatma, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-74	6. Çok ağır evredeyse ve artık sadece palyasyon ile yaşıyorsa diyelim 5 ay ya da 8 hafta çok ağrılı yaşayacağına ölüm bana aykırı gelmiyor ya da tam içimizde olmadığı için de uzaktan da kolay gelebilir bize. Ama uygulamak için çok alışmak lazım. Yoksa yapılabilecek kolay bir şey değil.	Ötanaziye Bazı Gruplar İçin Uygun Buluyorum, Dindirilemeyen Acılar ve Ağrılar, Terminal Dönem Hastaları, Özbakım Becerilerinde Bağımlı Olma

K-75	6. Mesleğimin buna uygun olduğunu düşünüyorum. Sonuçta çekip bıçaklamıyoruz ya ağrılar içinde öldürmüyoruz. Bilakis ağrısız ölüm olsun diye bebek gibi uyutup uyguluyor.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Buluyorum, Konforlu ve Ölüme Yardımcı Olma Düşüncesi
K-76	Bazı grupların ölümle kurtulacağına inanıyorum o yüzden mesleki olarak uygun görüyorum. Hem aktif hem pasif uygulamam da.	
K-77	6. Mesleğim açısından hiç uygun değil bence. Ne yani hasta zaten ölecek diye elimizden geleni yapmayalım mı? Bir gün daha bulutları, güneşin doğuşunu ya da ailesinin sarılmasını, uğurlamasını elinden mi alalım hasta diye. Belki de sabredecek ve onun mükâfatını görecektir. Yaşarken toprağa bile isteye gömmek ne zamandan beri insancıl oldu.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Bilinçli Öldürme Eylemi, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme
K-78	6. Palyatif bakımda zaten en fazla 6 ay yaşanabiliyor. İhmal etmemeye de çalışıyoruz. Ailelere sık görüşme hakkı tanıyoruz zaten saklasak ne işimize yarayacak. Hastanın asıl ihtiyacı veda zamanına kadar destek görebilmek.	Ötanazi Uygulamasını Mesleki ve Etik Açıdan Doğru Bulmuyorum, Manevi ve Vicdani Olarak Değerlendirme

EK-8 Tablo 8. 7.soruya verilen cevaplar

7.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	7. Hastaları ile uğraşmak istememeleri.	Hasta Bakımının Zorluğu
K-2	7. Ülke olarak hasta veya hasta yakınının beyanıyla tedaviyi sonlandırma seçeneğimiz yok. Bu durumda hukuken sorumlu olduğumuz için yasal olarak mümkün değil. Ama genelde taleplerine karşı hangi durumda hasta sıkıntı yaşayıp bitirmek istiyorsa o alanı tedavi ediyoruz. Mesela çok ağrısı varsa ve bu yüzden diyorsa ağrı kesici desteği sağlıyoruz, bunalımda olduğunu düşünürsek konsülte ederek Psikiyatri servisiyle tedaviye katkı sağlıyoruz.	Yasal Engel, Hastaya Rahatlatıcı Tedaviler Sağlanması
K-3	7. Sonlandırma talebi gelseydi ve yasal olsaydı elbette ki değerlendirebilirdim. Ama özellikle hastanın yoğun bakım, onkolojik tedaviler, sürekli yatakta kalma hali, hasta yakınlarının sürekli yoğun bakım sürecinde bunalmaları.. Bunlar genelde çıkartalım yönünde oluyor. Çünkü süreç uzadıkça beklentileri kayboluyor. Özellikle çocuk veya genç yaşta ölümlerde tedaviye büyük beklenti oluyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-4	7. Hastaların son dönemlerinde bakımlarının zorluğu ve gerek hasta gerek hasta yakınlarının psikolojisi için zorlu bir süreç, hastanın ağrısı ve acısının olması onları buna itiyor olabilir.	Hasta Bakımının Zorluğu, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-5	7. Sonlandırma uygulaması yok ancak multiorgan yetmezliği gibi ağır hastalık sürecinde hasta yakını ile konuşulur. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastanın veya tedaviyi reddetme durumu yok. Ama son evresiyse, tedaviye hiçbir şekilde cevap vermiyorsa genelde evde rahat ortamda ölmesini isteyebiliyorlar. Ya da sürekli gelip gitmek yorucu oluyor o yüzden de tedaviyi sonlandırıp eve götürmek istiyorlar. Ama şimdiye kadar hiç böyle bir başvuru olmadı.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak, Ölümden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-6	7. Genelde çok ağrısı olan hastalar ölüm istiyorlar. Ama acı geçince ve ruhsal bunalım için psikiyatri servisiyle konsülte ilaç tedavisi yapınca ölüm istekleri bitiyor. Hasta yakınları da hastane ortamında çok bunalıp yoruluyor o yüzden umudunu kestikleri bir hastayı eve götürmeyi talep edebiliyorlar. Zaten tedavi sonu beyin ölümüdür.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-7	7. Hastalarının hep acı çektiğini düşünmeleri, “hastamıza acaba fazla ızdırap mı çektiyoruz hastanede bırakarak” diye vicdan yapmaları çıkmayı talep etmelerine yol açıyor. Hasta için ise genelde sürekli yatmaktan, yalnız kalışından veya hastanenin psikolojik olarak bunalımından çıkmayı talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-8	7. Genelde hastanın daha fazla acı çekmesini engellemek, hastaya bakmaktan yoruldukları için süreci sonlandırmayı tercih ediyorlar. Ama o sorumluluğu kesinlikle almıyorum.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-9	7. Hastamız acı çekmesin diye ya da yoğun bakım sürecinin yıpratıcı olmaması için çıkmasını talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri,

		Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-10	7. Genelde hastalarının acı çekmesini çok istemedikleri için talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak
K-11	7. Hasta için yoğun bakım sürecinde ağırlı işlemler, psikolojik olarak çöküş ve umutsuzluk durumunda isteniyor. Hasta yakınları içinse sürekli hastanede yoğun koşuşturma ve üzünlük halinin yıpratıcı halinden dolayı çıkarmayı talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-12	7. Böyle talepte bulunan kimseyle karşılaşmadık zaten sonuna kadar tedavi etme durumundayım. Ama genelde içerde çok bunalan hasta sık sık ne zaman çıkacağını soruyor. Bazen artık bırakın gideyim ben felan diye talepte bulunabiliyor.	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-13	7. Hiç öyle gelen olmadı. Yoğun bakım genelde çoğu entübe olduğu için ifade edemiyorlar. Hasta yakınları da bu kadar özel bakım gerektiren şeyleri evde yapamayacağı için yoğun bakımı bir nebze yüklerini hafifletmiş sayıyorlar	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum, Hastaya Rahatlatıcı Tedaviler Sağlanması
K-14	7. Hastanede çok kalmış oluyor, bunalmış oluyor, hasta yakınları hastanın son nefesinin evde verilmesini istiyorlar ve talep ediyorlar. Bizde imza karşılığında gönderiyoruz. Sonuçta zorla tutamayız.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-15	7. Şuan hastayı evine gönderme işlemi yapamıyoruz. Ama genelde hastane ortamı çok bunalttığından hasta ve yakınları ayrılmak istiyorlar.	Yasal Engel, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-16	7. Bazen ameliyat olmak istemeyen hastalar var. Bazen olağan akışına bırakan hastalar var. Genelde hastalıklar umutla ve moralle ilişkili oldukları için pek hastane ortamında bu durumu yaşayamıyorlar ve çıkmak istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-17	7. Hastalık ve hastane her zaman rahat duygular yaşatmamıştır insanlara o yüzden o histen dolayı çıkmayı ve bitirmeyi talep eden çok insan oluyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları

K-18	7. Zaten palyatif bakıma yönlendirme yapıyoruz. Ama talep gelirse de o şekilde bir işleyişimiz oluyor. Kanserin ilerleme hızına ve hastanın durumuna göre rahat ölümü yapaya tercih etmek için hasta yakınlarına imza karşılığı müsaade ediyoruz.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak
K-19	7. Çok acı çektiği için evde rahat ölüm olsun diye yapay destekten çekmek için talep geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-20	7. Genelde hastalık veya hastane durumları çok bunaltıcı oluyor. Oyle talepler gelebiliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-21	7. Yorgunluk yılgınlık ve tedavilerin hastaları hastaneye bağlaması son zamanlarını ailesi ile geçirmek varken hastane odalarında faydalı olmayacağını tahmin ettikleri tedavilerde ısrarcı olmuyorlar	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-22	7- Branşım gereği (çocuk cerrahisi) hiç böyle bir durumla karşılaşmadım. Dolayısıyla böyle bir gözlem ve deneyim sahibi değilim.	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum
K-23	7. Aslında eskiden çok daha fazla karşılaştığımız bir durumdu. Herkes vedalaşalım, daha fazla zaman geçirelim veya son zamanları yanımızda olsun, ailesiyle mutlu bir şekilde ölüme gitmesi için aileler yoğun bakımdaki hastalarını isterlerdi. Başında kuran okuyup hastayı rahatlatmak, manevi olarak hatırlatıcı olmak isterlerdi. Ama dönem değişti ve artık kimse talep etmiyor böyle şeyleri. Hastanede yoğun bakımda bırakıp gidiyorlar ve ne kadar yaşadıklarını umursamıyorlar cenaze gününe kadar..	Hasta Bakımının Zorluğu, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-24	7. Genelde evlerinde, kendi ailesiyle son vakitleri geçirmek için talep ediyorlar ama yoğun bakımda ne kadar isteseler de veremeyiz. Süresiz tedavi etmek yasal sorumluluğumuzdur.	Yasal Engel, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-25	7. Hastanın durumu terminal dönemdedir. Evde rahat ettiği bedensel onuruna karşı almak istiyorlar. Genelde imzalı onayla servisten çıkış yapılıyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-26	7. Hastane ortamı her şekilde kişiye bunalımı ve olumsuz duyguları hatırlatır. O yüzden çıkmak veya çıkarmak istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları

K-27	7. Tedavi olmadıklarını düşünüyorlar, iyileşmediklerini düşünüyorlar ya da umutlarını kaybettiler hastadan çıkarmak istiyorlar. Biz hasta ve yakınlarını görmediğimiz için bize böyle talepler gelmiyor.	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Tedaviden Memnun Olmama
K-28	7. Genelde hastaneden çok bunalıyor her iki taraf, köyden gelip gitmek de zor oluyor o yüzden çıkartmak istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-29	7. Genelde çıkmak istemiyorlar. Eskiden alıyorlardı yanımızda ölsün, beraber son anlarımızı yaşayalım diye ama artık kimse evde hasta bakmak istemiyor.	Hasta Bakımının Zorluğu
K-30	7. Genelde başka hastaneye götürmek için alıyorlar. Bazıları hastaneden memnun olmuyor, bazıları hastadan umudu kesmiş oluyorlar, beklentilerini karşılamıyor, iyileşmediğini düşünüyorlar ve çıkarıyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hekime veya Hastaneye Güvensizlik, Tedaviden Memnun Olmama
K-31	7. Tedaviden memnun değillerse, hastadan umudu kestilerse ya da hastanın kendisi çok yorulduysa psikolojik olarak ondan çıkmak istiyorlar	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Tedaviden Memnun Olmama, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-32	7. Genel de hastane süreci çok yorucu geçiyor ve hastadan umut kaybediliyorsa o yüzden çıkarma talebi geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-33	7. Hastanın veya hasta yakınının psikolojik bunalımı varsa ya da hastadan umutlarını kestilerse yanlarında beraber son günlerini geçirip ölsün diye teklif ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-34	7. Köyden geliyorsa, ya da tedaviden olumlu yanıt alamadıysa ondan istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel

		Durumları, Tedaviden Memnun Olmama
K-35	7. Genelde evde ölsün talepleri var. Ben çünkü palyatif bakımda da görev yaptım. Başında Yasin okuyalım, yanında biz bulunalım diyorlar bizde o yüzden yoğun bakıma vermiyoruz. Palyatif Bakımda olsaydı bu imkanı hastaya ve yakınlarına sağlıyorduk ama yoğun bakımın yasal sorumluluğu olduğu için isteklerini yerine getiremezler.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-36	7. Genelde hastane ortamından memnun değiller, doktorun tedavisini beğenmiyorlar ya da ölüm zamanı gelince götürmek istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Tedaviden Memnun Olmama
K-37	7. Doktor hasta iletişimi kopuktur, tedavi edene ya da tedaviye güvenmiyordur, son zamanlarıdır ve evde geçirmek istiyordur.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hekime veya Hastaneye Güvensizlik
K-38	7. Ben palyatif tıpta çalıştım. Bence bıkkınlık, umutsuzluk, yorgunluk, tükenmişlik ve hastanın öleceğini düşünüyorlarsa, hastanın acı çekmemesini istiyorlarsa talep ediyorlar. Ölecek beklentisi varsa talep geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-39	7. Bıkkınlık, başkasına yük olmamak	Hastanın Tedaviye Devam Etme Durumları, Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış
K-40	7. Hastanın daha fazla acı çekmesini istememeleri	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-41	7. Hastanın bir an önce Allah'a kavuşma arzusu yani ölümü manen istemesi.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri
K-42	7. Hasta yatış süresi uzadıkça hem aileye psikolojik bir yük bir travma oluşturmakta hem de hastane masraflarını arttırmaktadır. Hasta bazı düşündüğümüzde Belki de rahat bir ölümü istemektedir.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-43	7. Hastanın daha fazla acı çekmemesi için talep geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-44	7. Çaresizlik içerisinde yakınlarının daha fazla acı çekmelerini istememeleri üzerine talep ediyorlar.	Doğal ve Rahat Ölüme Yol Açmak
K-45	7. Hiç umudu kalınmayan hastaları istiyorlar son veda için talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri,

		Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-46	7. Tedavinin süreci daha da zorlaştırdığını düşündükleri zamanlar oluyordu.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Tedaviden Memnun Olmama
K-47	7. Hastane ortamından bunılıyorlar, tedavi için bazen masraflardan veya refakat durumlarından yoruluyorlar. Hastanın ölmesine yakın evinde, ait olduğu yerde ölmesini istedikleri için talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-48	7. Genelde evinde rahat eder diye, bazen hastalar odada çok bunılıyor ama aileler almak istemiyor bakım yapamayız diye. Bizde bırakmak istemiyoruz.	Hasta Bakımının Zorluğu
K-49	7. Zaten tedaviden memnun değilse, hastadan umut kalmadıysa çıkarmayı talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk, Tedaviden Memnun Olmama
K-50	7. Genelde hastane ortamından kaçmak için talep ediyorlar. Kolay yerler değildir.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-51	7. Biz bu ülkenin insanı olarak ölümü korkunç görmüyoruz. Sırası gelen ölümünden de çekinmiyoruz. Genelde de talep bu şekilde ilerliyor. Son ait olduğu evde ölsün diye	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-52	7. Artık umutlarını kestilerse hastaya karşı çıkarmak istiyorlar. Hiç tanımadığı doktorun yanında ölmesinden kendi evinde tanıdıklarıyla vedalaşarak ölmeyi tercih ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-53	7. Hastanede geliş gidişler yorucu, yatan kişi de yaşlıysa istiyorlar. Ama gençse hastane değiştirmek için ya da doktorla sorun olmuştur o yüzden istek geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Hekime veya Hastaneye Güvensizlik
K-54	7. Genelde pek de çıkartmak istemiyorlar çünkü hastanedeki gibi daim bir bakımı evde yapamıyorlar.	Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış
K-55	7. Genelde hastalarından umut kestiklerinde oluyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi

		Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-56	7. Hasta hastanede çok bunalıyor, bazen umut besledikleri hastalar için hastalığın tedavisi olmadığını ya da artık tedaviye cevap vermediğini söyleyince kabullenemiyorlar ve başka hastaneye götürmek için talep ediyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Hekime veya Hastaneye Güvensizlik
K-57	7. Pek böyle bir taleple karşılaşmadım ama en fazla evde ölsün helalleşelim felan diye talep ederlerdi sanırım.	Başvuran Olmadı/ Bilmiyorum, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-58	7. Genelde başında dua okumak, vedalaşmak, ailesiyle son anlarını yanında geçirmek istiyorlar bizde müsaade ediyoruz. Ama palyatif bakımda da aynı istek oluyor kabul ediyoruz, görüşüyorlar geliyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-59	7. Genelde halkımız arasında yaygındır. Başında kuranı kerim okunur hastanın bu yüzden çıkarmayı talep ediyorlar. Bir de özlüyorlar, yoruluyorlar tedaviden ve hastaneden o yüzden de isteyen olmuştur.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-60	7. Evde ölsün diye tabiki de. Başka türkü talep gelmiyor. Umudu olan hastaları asla almazlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-61	7. Hastanın tedavisinin yanıtsız olması, hastalığın ilerlemiş olması gibi konular.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-62	7. Ölüm sürecine girdiyse hasta ve yakınları da bunu kabul ettilerse kendi içlerinde hastayı son kez görmek için diyorlar. Umudunu kaybetmedikleri hastayı tedavi seçeneğinden mahrum etmek istemeleri anormal olurdu.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-63	7. Hastadan umutları kaybolduysa ve ölümü veda olarak görüyorlarsa talep ediyorlar bizde gerçekleştiriyoruz. Zaten palyatif bakım bu süreci de kapsar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda

K-64	7. Yoğun bakımda pek çıkarın diyen olmaz ne de olsa bakan var içerde diye. Ama bazı aile değerleri güçlü kişiler geliyor onlar son anlarını paylaşmak için talep edebiliyorlar.	Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış,Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-65	7. Aile de insan için bir teselli bir moraldir. O yüzden genel de son nefesini yanında helalleşerek geçirmek istediklerinden dolayı çıkarma talebinde bulunuyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-66	7. Hastaneden çok bunalınca çıkmak istiyor hasta ya da hasta yakını umudunu kaybettiye ya da doktorun dediklerine inanmadıysa istiyorlar hastalarını.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları, Hekime veya Hastaneye Güvensizlik
K-67	7. Genel de vedalaşma töreni için alıyorlar. Hastaneden bunaldıysa çıkma isteği geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-68	7. Hastanın ızdırap çektiği düşüncesi ile çıkarma talep ediliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-69	7. Fiziksel açıdan hastanın daha fazla zarar görmesini istemiyorlar o yüzden çıkarma talebi geliyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın Acı Çektiği Düşünülmesi
K-70	7. Genelde hastaneyi kötü bir ortam gibi düşünürler. Çünkü sıkıntılı zamanların yeridir burası. O yüzden eğer olumsuz duygular baskınsa öyle ya da böyle bir şekilde çıkmak ya da çıkarmak istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-71	7. Köyden geliyorsa kalmaları, konaklama durumları gibi imkânsızlıklardan dolayı isteniyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları
K-72	7. Genelde hastanede bunalıyorlar veya bazen doktorla kavga ediyorlar öyle çıkarmak istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastane Ortamının Psikolojik / Fiziksel Durumları,Hekime

		veya Hastaneye Güvensizlik
K-73	7. Tedavilerin yan etkileri bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğinden işe yaramayan bir tedaviyi sonlandırmayı tercih edebilmektedirler.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Tedaviden Memnun Olmama
K-74	7. Artık hastanın yaşayacağına, sağlığına kavuşacağına umutları kalmadıysa götürmek istiyorlar.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Hastanın İyileşmesine Karşı Umutsuzluk
K-75	7. Tedavilerin sonu geldiyse hasta da son evre teşhisinde ise zaten ailesiyle son zamanlarını geçirmelerini bizde istiyoruz. Bazı aileler palyatif bakıma ya da servise götürmek istiyorlar, bazıları da eve götürüp bakımını üstleniyor.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-76	7. Genelde öleceğini düşündükleri hastalar için yaparlar ama son zamanlarda artık hiç talep gelmiyor neredeyse	Hastanede Bakım Altında Ölüme Olumlu Bakış, Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-77	7. Bir gün daha beraber olabilmek için istiyorlar. Varlıklarına acı çekseler bile şükreden insanlar var bu hayatta. Kendi ailemden biliyorum. Bir köşede nefes almaları bile bana yetiyordu.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda
K-78	7. İmzalı kağıtla çıkmayı talep ediyorlar. Hastanın cenazeden önceki vedası ve duası için.	Hastanın/ Hasta Yakınının Tedaviyi Sonlandırma Talepleri, Ölümünden Önce Yakınlarıyla Manevi Veda

EK-9 Tablo 9. 8.soruya verilen cevaplar

8.Soru	Cevaplar	Kodlar
K-1	8. Dini olarak Doğru bulmuyorum. Ama tıbbi olarak o hastaların yıllarca bir tümör ağrısı nedeniyle intaharın eşiğine geldiğini görünce olabilir diyorum	Son Dönem Hastalar, Dindirilemez Ağrı ve Acı
K-2	8. Ötanaziye uygun görmüyorum. Ölümü öne çekmeye çalışmak yaşamın kutsallığına aykırı diye düşünüyorum. Sıkıntısı ne ise sonuna kadar tedavilerle bir şekilde başa çıkmak gerekir. Temel haktan hemen vazgeçmek doğru değil.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-3	8. Herkes yaşamında bir başkasının desteğine tutunarak yaşıyor. Ancak bir hastanın kendini yük hissetmesi belli bir zaman sonra onurlu bir ölümü düşündürüyor. Yaşamın kutsallığı olarak düşünemeyiz. Konforlu ve ağrısız, sıkıntısız bir ölümü tercih ederim. Mesela babamın çok ileri hastalık zamanında keşke böyle yaşayacağıma ölürseydim dedikten sonra evladı olarak bazı uzatan tedavileri kestim, doğal sürecine bıraktım yaşam seyrini. Ama mesleğim gereği bana böyle bir hasta gelseydi asla bırakmazdım çünkü yasal süreçte bu bana müsaade etmiyor.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Aidiyet Duygusundan Yoksun ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi
K-4	8. İnançlarım doğrultusunda düşündüğümde doğru bulmuyorum	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme
K-5	8. Yaşamının temel hak olduğunu düşünüyorum ve ötanazi bir yaşam hakkının elinden alınması demektir. Öyle ya da böyle bir intihardır.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-6	8. Aktif ötanazi diyemem ama hastanın tedavi durumuyla ilgili bir kurul olmalı ve tedaviyi sonlandırma hakkı tanımlanmalıdır. Ağrısız ve kolay yolculuğu daha kolay bir süreçte yaşanmalıdır. Hastanın doğal süreci yaşaması gerekir. Pasif yani müdahalesiz olarak hızlandırma yapmadan olağan akışıyla zamana bırakmak gerekir. Bu da yaşamın kutsallığına bir saygı demektir.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Tedaviyi Kesme
K-7	8. Yaşamın kutsal alanında ölüm hakkının da kutsallık içinde değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum. İnsanın içi el vermiyor. Çok insani bir talep olarak görüyorum. Suistimale açık ve sınırları belirsiz bir alan. Ancak herkes yaşamayı ve tekrar denemeyi hak ediyor ama öyle hastalar görüyoruz ki talep ettiği şeyin kurtuluş olduğunu da bazen düşünüyoruz. Ama toplumun kırılğan kesimi yani engelli, hastalığının tedavisi olmayan küçük çocuklar veya gençler.. Bunlar olabildiğince yaşamalı ve ölüm kararını düşünmemelidir. Aktif ötanaziye nazilerin kusurlu olanları öldürmesi gibi düşünüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-8	8. Aktif veya pasif olarak bir ölümden yer almazdım. Ben insani ve mesleki açıdan asla tasvip etmiyorum ve onaylamıyorum. Doğal akışını destekleyebilirim belli gruplar için çünkü hayati riskler taşıyıp o durumlardan döneni hiç görmedim.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Doğal Ölümle İnsana Saygı
K-9	8. Yaşamı gerektiğine inanıyorum hem dini hem mesleki açıdan kıymetli olduğunu düşünüyorum yaşam hakkının. Kişisel olarak da kültürümüz böyle öldürme düşüncesine uygun değildir. Belki dini inanışımız ve kültürümüz sahiplenici olmasaydı daha mekanik bir düşünceye sahip olabilirdim ve acaba olabilir mi diye düşünürdüm. Yoğun bakımda son evre olsa dahi fişini çekme uygulamasını asla yapmam. Entübe olsa da, tedaviler artık yanıt vermiyor olsa da hatta son ölüm anına girdiğini düşünsem bile son dakikaya kadar vicdanen hastayı bırakamam ve tedaviyi devam ettiririm. İyileşmese bile	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme

	konforlu şekilde ölümü yaşamasını isterim. Hayati fonksiyonlar bitmiş olsa da fişi çekmem ki aktifi zaten asla kabul etmem.	
K-10	8. Her insanın yaşam hakkı vardır ve hiçbir hastamla o aşamaya gelmek istemem. Kendi inançlarım doğrultusunda hastanın ızdıraplı bir süreç yaşamasını tercih etmem ama aktif şekilde ölümünü gerçekleştirecek ya da hızlandıracak şekilde uygulama yapmam, vebale de girmek istemem. Tek isteğim sürecin gereksiz uzatılıp hastayı daha fazla acılar çektiirmeden doğal ölümü tercih ederim. Mesela ben bir evlat olarak kendi anne ve babamı hastaneye götürmedim son evrelerini evde doğal ölümle sonuçlanana kadar baktım. Çünkü eğer hastaneye yatırılmış olsaydı bir başka hekimin mesleki sorumluluğu gereği gereksiz girdi çıktı işlemlerinden daha da zor bir hale gelecekti. Ama benim anneme babama uygulamamda tedavilerde fayda görmediğim durumlarda ısrarcı olmadım ve doğal haline bıraktım. Acılı bir yapay uzatmaya sokmadım ama hastanede aynı durumda başka hasta gelseydi mesleki olarak bırakamazdım. Ama 15 gün daha makineye bağlı acılı bir ölüm yaşardı. Bir evlat olarak anneminde vasiyetini yerine getirdim.	Doğal Ölümle İnsana Saygı
K-11	8. Temelinde insan var olan bir karar öyle alelade alınamaz. Hiç kimseye düşmez bu karar. Doğmaz nasıl bizim tercihimizde değilse ölümde bizim isteyebileceğimiz ve sona karar vereceğimiz bir durum değildir. O yüzden sürecin sonuna kadar mücadele etmeliyiz.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-12	8. Eğer çok ileri seviye sakatlık, engellilik durumu, tedavisi olmayan ağır hastalık evreleri ve bitkisel hayata bağlı uzun süren bilinçsizlik düzeyi varsa ötanazi aktif olarak uygulanmalıdır. Çünkü çok ileri düzey bir hasta zaten artık insan olduğunun bilincinde olamaz ve aileye, çevresine ve sağlık olanaklarına büyük yüküdür. İtibarlı ölümde insanın yaşamın kutsalın içinde sayılmalıdır.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Onurlu Tedavi
K-13	8. İnsan için o dönem hayattan zevk almasa da uçurumdan atlasa da, suda boğulsa da yaşamak ve hayata tutunmak için kurtarılmak ister. Ruh sağlığı açısından öncelikle değerlendirilmesi gerekir. Yaşam hakkı en temel haktır ve herkes yaşamak, var olmak ister. Ama hastanın kendisi her duruma rağmen ölmek istiyorsa da aktif olarak yerine getirilebilir.	Ölme Hakkı - Özerklik
K-14	8. Yaşamın kutsallığı açısından bir mahsur görmüyorum. Sonuçta bireysel tercih de mevcut insan için. Ama ülkede bu aşamada desteklemem, farklı yasal olan bir yerde olsaydım desteklerdim. Türkiye’de yapsam bile öldükten sonra yakınları hemen vazgeçip yasal şikâyetlere başvururlar.	Yasal Durum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-15	8. Yaşamak bir haksız ölme de bir haktır. O yüzden mutlaka ölme hakkı gelmelidir.	Ölme Hakkı - Özerklik
K-16	8. Herkese verilmiş bir yaşam hakkı varken ölümüne kimse karar veremez. Kimin ne şekilde olduğunu kimse asla tüm detaylarını bilemez. Sağlıklı değil diye, belki bilinçlilik hali yok diye, kendini ifade edemiyor diye ölmeyi hakettiğini kim söylüyor? Sağlıklı olup birçok zarar veren birey yaşamayı hak ediyorken kendini ifade edemeyen, bakıma ihtiyacı olan bireyi mi bu dünyaya yük olarak görüyoruz? Kimin yaşayacağına ve kimin öleceğine dünya üzerinde kimse karar vermemeli..	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Ölümüne Karar Yetkisi
K-17	8. Aktif ötanaziyi asla desteklemiyorum. Bizim sorumluluğumuz sadece yaşatmak ve iyileştirmek üzerinedir. Herkes bir şekilde sabrı ölçülüyor. Sadece çok yaralı hayvanların uyutularak öldürülmesini destekliyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalık

K-18	8. Herkesin yaşam hakkı olduğuna inanıyorum. Serebral palsi olan, kemik hastalığı, çok ilerlemiş kanser veya ülser süreci acıyı çeken için çok zor bir süreç. Ötanaziye uygun gördüğüm kesim artık yaşamı yapay olarak yaşamaya başlamış kesimdir. Ama engelli, doğuştan bir hastalıkla doğmuş hastalıklar vb. için ötanazi etik değil.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Yapay Yaşam Sorunları
K-19	8. Ölüme bırakma ya da aktif olarak öldürme kararı çok önem taşımaktadır. Hem maddesel hem de manevi anlamda varoluşu etkileyen bir karar. Ama bazı hastalar için gerekli olduğuna inanıyorum. Ama bir doktor değil nasıl cinsiyet değişimi için bir kuruleyet oluşturuluyorsa psikiyatr dahil ilgili bölümler bir araya gelip karar veriyorsa ötanazi içinde aynısı geçerli olmalıdır. Ayrımcılık olmadan kişisel haklara ve temel yaşam hakkına saygım sonsuz. Öyle acılar olabilir ki ya da çok ileri seviye engellilik durumu, öyle durumda isteyenleri hiç anormal bulmuyorum. Tek kişinin değil bir kurulun kararıyla onay verilebilir.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar
K-20	8. Herkesin bir şekilde dayanma gücü oluyor. Eğer terminal dönemdeyse hasta neden olmasın diyorum.. Ama aktif olarak görev almak için eğitilmedik. O yüzden aktif olmasa da pasif çok kolaylıkla tercih edilebilir.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar
K-21	8. Dünyaya kendi isteğimizle gelmedik inanç insan hayatı için varolması gereken bir mefhumdur ki buna göre de hayatımıza son vermek bizim irademizle olmamalı. Kutsal yaşam hakkını vererek emanet verilen bedene iyi bakıp ölüm vakti geldiğinde teslim olmaktır diye düşünüyorum. Yine inanç noktasında çekilen acıların bir mükafatı olduğunu bilmek buna inanmak bir teslimiyet sağlıyor yani yaşamına son vermek isteyen hastaya aracı olmak değil ölüm vaktine kadar destek olmak gerektiğini düşünüyorum	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme
K-22	8- Daha öncede değindiğim gibi bir müslüman olarak inançlarım gereği "hayat kutsaldır ve sadece hayatı veren yaratıcı tarafından sonlandırılır" şeklinde değerlendiriyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme
K-23	8. Bu konuya sadece insan yaşamına ve bedensel durumuna bakamayız. Ruhsal anlamda tamamen sağlıklı olan bireyin kararını vermek çok zor ve hiçbir şekilde onun psikolojik seviyesini net ve somut olarak asla ölçemeyiz. Bir doktor olarak bir insanın ölümünden sorumlu olmayı asla doğru bulmam. Ruhsal ve zihinsel süreci tam bilemeyiz ama terminal dönem hastaları için belki bir şeyler yapılabilir.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar
K-24	8. Aktif ötanaziye asla doğru bulmuyorum. Kendisi çok ağrı çektiğinde kendi ölümünü gerçekleştirebilir buna kimse karışamaz ama bir ölüme karar verip uygulamak bize düşmez. Doğarken nasıl bizim üstümüzde bir boyut varsa ölümüne müdahale edilecek durum değildir. Dünyaya gelirken seçemiyoruz giderken de seçemeyiz. Bir insanın depresyon, acı ve ağrı vs gibi ölümü tercih etme sıkıntıları ortadan kalkarsa ölmeyi isteyeceğini düşünmüyorum. Sıkıntıları olmayan sağlıklı insan bir gün de olsa yaşamayı ister. Kısacası canı biz vermedik, biz alamayız.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak
K-25	8. Yorum yapmak istemiyorum	Kararsızım
K-26	8. Herkes hayatının sonuna kadar mutlulukla gelmediği için insanın çok kötü olduğu durumlarda ölmeyi tercih etmesi gayet doğaldır. Ona o kolay ölümü sunmak da bizim görevlerimiz arasında olmalıdır. O yüzden onurlu ve kibar ölmeyi bir özgürlük olarak görüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Onurlu Tedavi
K-27	8. Bunun sorumluluğu hekime verilmemelidir. Benim vazifem tedavi etmektir. Tedavi istiyorsa tedavi olanakları sağlarım. Temelinde hem meslek açısından hem kendi görüşüm asla öldürmek için eğitim almadık ve o noktaya gelmeyi de istemem ki değiliz o noktada. Ölüm bizim karar verebileceğimiz bir iş değildir. Kişi kendisini öldürebilir ya da bireysel olarak intiharı tercih edebilir hakkıdır, herkes hür iradeye sahiptir ancak ben bir insan ve doktor olarak asla uygulamam.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalık, Ölme Hakkı - Özerklik
K-28	8. Kabul etmem manevi olarak da doğru ve mantıklı bulmuyorum. Hemen her durumda ölümü tercih edebileceğimiz bir şey olsaydı o	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum,

	konumda yaratılırdık. Sonuçta herkesin yaşaması gereken şeyler var ve bekleyip süreci tamamlamalıyız.	Manevi Olarak Değerlendirme
K-29	8. Ben hiçbir şeyin kutsal olduğunu düşünmüyorum. İnsanların kendi yaşam hakları var ve insanların yaşamlarını istekleri doğrultusunda sonlandırmaya karar vermesi gayet uygundur. Mesela kanser hastasıyım ama konforlu şekilde ölemiyorum. Halbuki çok rahat ve onurlu bir şekilde ölebilirim. İntihar olarak değil yani sağlıklı birey için söylemiyorum oda bir tercih tabiki ama doktorun yardımıyla kolay ölüm son dönem sancılı hastalar için geçerli bu söylediklerim. Sağlıklı bir bireye karar verse de uygulamam.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-30	8. Şahsi görüşüm olarak da doğru bulmuyorum. Eğitim ve ahlaki ilkelere bağlı bir birey asla birinin ölümünden bilerek sorumlu olmak hatta karar vermek istemez. İnsanın yaşaması, sabretmesi ve gerekirse ölümü doğasında beklemesi gerekir.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Sabır ve Manevi Başa Çıkma
K-31	8. Doğru bulmuyorum çünkü herkesin yaşaması gereken bir hayatı var. Hep iyi günlerde mi yaşamalıyız yani	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Sabır ve Manevi Başa Çıkma
K-32	8. Uygun görmüyorum bir insanı öldürmek nasıl benim insiyatifimde olabilir kabul edilebilir bir şey değil	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Ölüme Karar Yetkisi
K-33	8. Ben her türlü yaşama saygılıyım. Kimin iyi kimin kötü olacağını kişinin kendi bilir. Ötanazi açısından da saygı duyuyorum. Mesela pankreas hastasının ya da metastazı olan varsa ötanazi iyi bir şey acılarından tamamen kurtulmuş olacaktır. Sağlık açısından değerlendiriyorum ve insani baktığımda gayet yapılabilir. Hatta intiharı desteklemiyorum ama onu tercih edene de saygı duyuyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-34	8. Öyle bir yetkiyi kendimde görmüyorum. Kalp çalıştığı sürece bir damla serum bile versem yeter.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Ölüme Karar Yetkisi
K-35	8. Ötanazi için sıcak bakmıyorum fakat tedaviyi belli durumlarda kesme fikrine sıcak bakıyorum. Kendi açımdan baktığımda bende sadece tedavimi kessinler ve olağan akışına bıraksınlar isterdim. Destek tedavisi verilmeli ama cihazlı ve ağır dozajlı ilaçlar kullanılmamalıdır. İşte o zaman yaşamın kutsallığına bırakıyoruz işi. Ötanazi bana bütünüyle ters. Zaten kurtarılacak hastaya her türlü seçeneği deniyoruz. Benim bahsettiğim tedavisi kesilen hastaları daha fazla yormamak adına artık umutları kalmaması durumunda serbest bırakmak gerekir diye düşünüyorum	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Tedaviyi Kesme, Doğal Ölümle İnsana Saygı
K-36	8. Ben doğru bulmasam da insanların ölümlelerini seçme hakkı olmalıdır. Kendi ölümlelerinde de özgür olmalıdır ama asla uygulayıcısı olmam. Kendim için olmam onun duygusal yükünü çekmek istemem.	Hekime Vicdani Yük, Ölme Hakkı - Özerklik
K-37	8. Ben nihai sona inanan biriyimdir. Hasta, sakat bir bireyin yaşamı asla yük olmamalı. Ama tedaviyi bırakmak isteyen hastanın “beni bırakın rahat ve huzurlu ölmek istiyorum” dediği anda bırakılması taraftarıyım. Asla suni yaşamı, yatağa ve cihaza bağlı yaşamı desteklemiyorum ama aktif olarak karar vermek bana düşmez.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yapay Yaşam Sorunları, Doğal Ölümle İnsana Saygı

K-38	8. Herkes ölür ama herkes yaşamaz. Hayatta kalmak ile yaşamak arasında fark var. Yaşam kutsal ama hayatta kalmak kutsal olmayabilir. Ya da sürünmek kutsal bir yaşam olmayabilir. Çelişkili aslında. Onurlu ölmek vardır ya samuraylarda felan aslında onuruyla ölmek dediğin onuruyla yaşamış olmaktır. Çünkü bir süre sonra yaşamak farklı bir hale geliyor. O bakımdan olayı nasıl yorumladığınıza bağlı. Dinen günah belki ama yaşamın kutsallığı noktasında zaten devridaim bir dünyadayız ve zaten öleceğiz. O noktada yaşadığın zamanı daha kaliteli yaşamak diye düşünülebilir. O bakımdan çok mu olumsuz bilemiyorum ama çok zor bir karar. Sonuçta intihar her biri aynı zamanda, tıbbi olarak da öyle. Ama farkı bunu doktor eliyle yapıyor. Bizler doktor olarak bir yandan hastaların intihar etmesini engellemeye çalışıyoruz ama bir yandan da hastanın çeşitli sebeplerine bağlı hayatına son vermesini anlıyoruz da, destek de veriyor gibi oluyoruz ötanaziye savununca. Burada anlam seviyesi de önemli, yaşamın kutsallığı olarak bakarsak daha manevi, dini, felsefi değerlerle ilgili bir kavram ve biz bunu yaşama addediyoruz. Belki de yaşam o kadar kutsal değil. En azından yaşayan kişi için kutsal ama ötanaziye isteyen kişi için o kadar kutsal olmayabilir. Burası tartışmalı ve burası da etik bir sorun getiriyor. Buna madem yaşam kutsal değil ama başkasının hayatına son verebilir miyim ya da kendi hayatımı sonlandırabilir miyim sorunu çıkıyor. Kanunen ötanaziye serbest bıraksalar ortalık çok karışır. Gerçekten bunun sübjektif kriteri nedir? Mesela 5 sene sonra öleceğim diyelim ki bazı hastalıkların ölçütleri vardır. Hasta kendi gidişatından ileride yaşayacaklarını tahmin eder ve öyle şeyler yaşayacağıma şimdiden öleyim der. Bu aşamada kaliteli ve güzel yaşamı mı kutsal görüyorsun yoksa her türlü hayatta kalmayı mı kutsal görüyorsun meselesi kritik.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Yapay Yaşam Sorunları, Ölme Hakkı - Özerklik
K-39	8. Yaşamın kutsallığı nedeniyle, yaşama son verilmesi düşünülmemelidir.	Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-40	8. Yaşamın kutsallığına ters bir durum olduğunu düşünüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-41	8. Kesinlikle katılıyorum, yaşamak kutsaldır tüm canlılar için.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-42	8. Bu karar bir bireysel bir karar olmakla beraber sıcak bakmadığım Bir durumdur.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum
K-43	8. Evet kutsal olarak görülebilir ama onurlu ölümden yaşamın bir parçasıdır.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi, Onurlu Tedavi
K-44	8. Yaşam hakkı gibi "ölüm hakkı"nın da kutsal olduğunu düşünüyorum. Ayağı kırılan atların öldürülmesi, hastalanan evcil hayvanların uyutulması vs. adı altında ötanazi hayvanlara karşı uygulanan yasal bir uygulama. Ayrıca ötanazinin kendi sınırları içerisinde yasak olduğu ancak idam cezasının uygulandığı birçok ülke var. Yaşamın kutsallığı ilkesi ile çelişen bir durum değil midir idam cezaları? Yaşam konusunda tercih hakkı sorulmayan insanoğluna, ölüm konusunda da engellemeler getirilmesi bence trajikomiktir. Ben hayatımla ilgili bazı kararları kendim verebilmeliyim. Çünkü ben bir robot değilim, arkamda ne zaman çalışacağıma ne zaman duracağıma karar veren bir düğmem de yok.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Yasal Durum, Ölme Hakkı - Özerklik

K-45	8. Herkes mutlu olarak yaşam yaşamıyor sonuçta. O yüzden acılı ve ağırlı son evre hastalarının kendi iyiliklerine talep ettikleri şeylerde asla insan dışı bir şey görmüyorum.	Son Dönem Hastalar, Dindirilemez Ağrı ve Acı
K-46	8. Kişi bunu istese bile diğer tedavi hizmetlerinde olduğu gibi hekim bunu yapmak zorunda olmamalıdır. Ancak bireysel olarak birinin ölüm kararını desteklemem de mümkün değildir.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Ölüme Karar Yetkisi
K-47	8. İnsanın özgür olarak tercihlerine saygı duymakta yaşam için gerekli durumdur. Şimdi acılarla mücadele ederken hasta hayır sakın ölemezsin bu acıları her şekilde yaşamalısın demek acıları çekmeyen kişiler için kolaydır. Bireysel olarak buna karışmam, empati yaparak da sürece dahil olmam ama kesinlikle olması gereken hayatların var olduğuna inanıyorum.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Hekime Vicdani Yük, Dindirilemez Ağrı ve Acı, Ölme Hakkı - Özerklik
K-48	8. Yaşam ilahi kaynaklı bir nimettir. Gerçek hedef asla ölüm değildir. O yüzden bir gün acılar da biter, ölüme gelir. Yeter ki biraz daha ilahi nimete sarılmak lazım diye düşünüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme, Sabır ve Manevi Başa Çıkma
K-49	8. Şimdi şöyle oturduğum yerden bunları basitçe söylemek kolay. Yani o derde acıya, sıkıntıya düştüğünde konuşmak gerekir. Ama yaşam konusunda birinin ölümüne sebep olmak bile kötü bir fikir. Hatta rüyalarım bile girer benim öyle şeyler uyguladığım insanlar.	Kararsızım, Hekime Vicdani Yük, Dindirilemez Ağrı ve Acı
K-50	8. Yaşamayı elbette ki destekliyorum ama acılara maruz kalmayı, perişan olmayı değil. Çok fazla empati ve duygusal bakmıyorum olaya. Ölümü hemen uygulamak gerekirse hemen uygulamam yani biraz daha yaşasın diye yalvarmam	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar
K-51	8. Ben maneviyatı baskın bir doktorum. Zaten insan vücudunun yaratılışını gördükten sonra Allah'a inanmayan insan olduğunu düşünüyorum. Bu muazzam işleyişin sonunu ancak veren alabilir. İstersem 100 yıl tıp adamı olayım yine de benim haddime değil.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme, Ölüme Karar Yetkisi
K-52	8. Kutsal açıdan ziyade bir insan dünyaya geldiyse sonuna erişmesi için öldürülmek gerektiğini düşünmüyorum. Doğal akışında ölüm olmalıdır bedene saygı diye	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Doğal Ölümle İnsana Saygı
K-53	8. Yaşam tabiki de kıymetlidir. İnsanı değerli kılan da nefes alıyor ve kalbi atıyor oluşu. Çünkü buraya hasta geldiğinde ne kimliğiyle geldiğinin bir önemi yok onu yaşatmak için tüm çabayı sarf ediyoruz.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşatmak Üzerine Meslek Farkındalık
K-54	8. Böyle bir talebi gerekli ve makul görürsem elbette ki sorun yok. Hastanın kendisi süreci böyle devam ettirmek istemişse oda onun bileceği bir iş.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-55	8. Yaşamın kutsal olduğunu kim söylüyor? Ya da yaşamın neresinde bir kutsallık var. Sonuçta herkes doğduğu evi, yaşadığı coğrafyaya göre yaşam sürüyor. Herkesin mecburi olarak içinde doğduğu bir yaşamı var. O yüzden bunlar hep kandırmaca. Kutsal yaşam varsa bu yaşamı kutsallaştırmak adına zirvede bırakıp ölmek de bir kutsallıktır ona kalırsa. Niye perişan ölelim niye sonumuz korkunç bir bitişse sürünmeye itibarsız ölmeye mahkum olalım..	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Onurlu Tedavi, Ölme Hakkı - Özerklik
K-56	8. Yaratan Allah mutlaka insana kaldıramayacağı yükü yüklemesin sanırım kuranda geçiyordu. Herkesin gücü farklıdır ve ölümü tercih etme diye bir şey olamaz. Ya düşünüyorum da neden edilebilir diye hep aklıma depresyon geliyor. Bunu tedavi edersek bence herkes yaşamak ister. Bir tarafından tutmak ister hayatı. Evet kutsal bir yaşam verilmişken neden kötü bir sonla bitirme gayretinde olalım.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak, Manevi Olarak Değerlendirme, Sabır ve Manevi Başa Çıkma

K-57	8. Bir insan bir gün daha yaşamak ister. Bir sevgiyi, ilgiyi vs. bir gün daha yaşamak için çabalar. Ama işte ait olmadığını, sevenin olmadığını falan düşünürse insan o zaman ölmek isteyebilir. Yaşamaktansa ölümler diyolar ya. Ölmek yerine seni aramızda istiyoruz deselerdi insanlar asla ölmeyi tercih olarak görmezlerdi.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak, Aidiyet Duygusundan Yoksun ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi
K-58	8. Yaşam elbette ki kutsal ama yaşanmaya değer bir yaşam mı onu sorgulamamız gerekiyor. Sonuçta anlamsız ve sadece bir beden boyutunda kaldıysa yaşamak buna yaşamak değil ölüm kurtuluş olabilir. Ancak etik olarak ölmeli mi dersiniz kişinin verebileceği kararda özgür olmalı. İlla yaşayacağını demek de bir baskı ve insanın iradesine engel olmak demektir.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-59	8. Yaşam bize Allah tarafından verildi ve bu yaşamı en güzel şekilde uygulamak bize düşer. Benim bir artı tarafımda başkalarının hayatlarına ulaşıyor olabilmemdir. Gerek tedaviyle gerek çaresiz bir hastaya teselli açısından yalnız olmadığını ve ilgilenildiğini görünce seviniyorlar. Hastalıkların kurtulma anılarıyla dolu bir meslek hayatı istiyorum. O yüzden bu canı Allah verdiyse Allah alması gerekir. Bizler sadece birer şifacıyız. Şifanın olmadığı yerde ölüm vardır.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme, Yaşatmak Üzerine Mesleki Farkındalık
K-60	8. Yaşam kesinlikle kutsal kaynaktan gelen bir durum. Tabi işin içinde Müslüman olan bir coğrafyada etkili. Çocukluktan beri öğrendiğimiz, kıbarlık yaptığımız geleneklerimiz var. Mesela ölüme çok şok olmayız millet olarak. O yüzden bu ülkede kimseyi öldürecek bir doktor bulmak çok zor. Bireysel olarak da uygun görmüyorum adına ötanazi demişler ama bildiğin bir adamı uçurumdan iteklemeyle eşdeğer.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-61	8. Açıkçası yine zor ve vicdani muhasebe ihtiyacı olan bir soru. Tabii ki her yaşam kutsaldır. Herkesin insani şekilde yaşamaya ihtiyacı vardır. Ancak insani yaşama koşulları arasında hastanın ağrısını olabildiğince dindirmek gibi yaşam için önemli şeyler de olmalıdır. Ancak yaşam sonlandırma gerçekten de çok üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Etik olup olmadığı bile zaten çok tartışmalıdır. Ülkemizde yasal olmadığından bu konular üzerinde düşünmüyoruz. Ancak belki de bu şekilde yasa olması bizim işimizi kolaylaştırıp bu konular üzerinde düşünmememizi sağlıyor.	Hekime Vicdani Yük, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-62	8. Ben kendimi bir insanı öldürecek biri gibi göremem. Ne yetiştığım aile ne aldığım eğitim ne de yaşadığım ülke ve gelenekler böyle bir duruma uyum sağlayamazdım.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşatmak Üzerine Mesleki Farkındalık
K-63	8. Uygundur bireysel olarak da böyle ağırlı yatağa bağımlı bir hayat yaşamaktansa ölmeyi kurtuluş sayarım.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Onurlu Tedavi
K-64	8. Hayatta kalması ölmesinden daha kötü bir tablodaysa bence ölümü tercih etmelidir. O kadar da kötü bir şey değil ölüme karar vermek. Sonuçta hepimizin sonu oraya varmıyor mu? Niye acılar içinde itaat etmek zorunda kalayım ki.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Aidiyet Duygusundan Yoksun ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi
K-65	8. Birey olarak ölüme uzak biri değilimdir zaten o anlar içinde eğitim aldım. Ama birinin ölümüne yardım ederek bilerek öldürmek kötü bir fikir ya. Sonuçta birinin yaşamasını ve ölmesini tercih edebilirsiniz. Hayır bu hiç de olağan bir şey olamaz. Ölmek benim irademdir, bedeli olsa da benim eylemidir ama öldürmek bana düşmez.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Ölüme Karar Yetkisi, Yaşatmak Üzerine Mesleki Farkındalık

K-66	8. Ben maneviyata önem gösteren biriym o yüzden benim haddime değil birinin ölümüne karar vereyim. Düşünüyorum da bu kararı alan kişi kendini nerede görüyor olabilir ki bu kararı alsın. İnsanların yaşamlarında ellerinden tutmak, bir gün daha geçirmeyi niye istemesin. Sonuçta evin kapısından bile çıkarken hoşça kal/ güle güle demeden kimse sonlandırmıyor misafirlikte. Ne bu acele ölmek için bilemiyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme, Ölüm Kararı Yetkisi
K-67	8. Yaşamak ve yaşatmak varsa ölmek de olabilir. Sonuçta intihar da bir irade göstergesidir. Belki bazı toplumlarda anormal, günah olabilir. Şunu şöyle düşünelim bedeli varsa da ödemeye hazırım durumunda ölümü seçmek değil midir zaten. O yüzden bırakın ölmek isteyen, hayatını, doğduğu yeri sevmeyen ölebilir. Nedir bu kadar kasıldığımız.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Ölme Hakkı - Özerklik
K-68	8. Kişileri tatmin ve teskin edecek bilgilendirme, rehberlik ve yardımların sunulmasındaki yetersizlikten dolayı ölümü seçiyorlar.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Hastanın İçinde Bulunduğu Sıkıntıyı Onarmak
K-69	8. Ülkemiz hem hukuki açıdan hem de manevi açıdan bu duruma hazır değil ama bazı şartlarda olmalı diye düşünüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Buluyorum, Yasal Durum
K-70	8. Hiçbir merhamet sahibi insan evladı kimseyi adını değiştirerek kandırmasınlar bildiğin öldürmek senin söylediğin şey, kimseyi öldüremez. Böyle bir şey olabilir mi ya? Şimdi dedeler nineler yaşlandı diye ölümüne razı gelmek nedir. Bir nefes daha yanımızda almalı demek lazım şanstı saymak lazım. Bilmiyorum bu çalışmalar kötüye giden insanlığı gösteriyor sanırım.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme
K-71	8. Buna ben şöyle bakıyorum öyle rastgele başvuruyla ölüm olmuyordur. Çok kötü bir hastalığın çok acılı bir evresinde ya da yatalaksa, bakıma muhtaçsa, yanlış anlaşılmasın insanlıktan çıkıp hayatı tüm anlamını yitirdiyse öyle yaşamı kutsal saymak için nefes almak yeterli değil diye düşünüyorum.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar, Yapay Yaşam Sorunları
K-72	8. En nihayetinde hayatında ölüm olan biri için müdahale etme zorunluluğu doğsun ki anlamadım. Bunu nasıl devlet izin vererek ve destekleyerek ölmeye teşvik ediyor ki bilmiyorum. Gerçek mi bu bilgiler şuan gerçekten bunlar uygulanıyor mu? Çok ürkütücü şeyler insanlık tehlikede demek bu.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Doğal Ölümle İnsana Saygı
K-73	8. Yaşamın kutsallığına aykırı olarak değerlendiriyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-74	8. Elbette ki herkes yaşamayı hak eder ama yaşamak var, yaşamak var. Çok ağır semptomlarda, terminal dönem veya metastaz olarak karşımıza gelen biri artık zaten insan gibi yaşayamaz ki. Bakıma muhtaç hale gelir. Belki de ölmek de onurlu yaşamın bir parçası olarak sayılabilir. Ben böyle düşünüyorum.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar, Onurlu Tedavi
K-75	8. Saygı duyuyorum. Kimseyi ne zorla yaşatmak ne de zorla ölümüne sürüklemem. Kendisine saygısı olan insan zaten ihtiyaçlarını gideremiyorsa o yaşamsal yükü taşıyamaz. O yüzden saygılı ölüm tam da bu oluyor.	Aidiyet Duygusundan Yoksun ve Başkasına Yük Olma Düşüncesi, Onurlu Tedavi
K-76	8. Yaşamayı seçemiyoruz adına da kader diyorlar. Çok kötü bir coğrafyada doğduysak, evet seçemedik. İmkânsızlıklardan, hastalıktan ölmeyip sürünüp, neden acılar içinde de ölmeye mahkûm edilelim ki. O yüzden bari ölüm şeklimize biz karar verebilelim. Yasal olmadığı için herkes dua etmeli ki iyi bir ölümle karşılaşsın.	Bazı Gruplar İçin Yaşama Son Vermeyi Uygun Buluyorum, Son Dönem Hastalar, Dindirilemez Ağrı ve

		Acı, Ölme Hakkı - Özerklik
K-77	8. Herkes bir gün ölümü bir şekilde tadacak ve yaşayacağı son anlamlı duygusu o olacak. O yüzden bırakalım bu işe kader karar versin. Yaşam her zaman kutsaldır. Ölüm bu kutsallığın son ilkesidir.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Doğal Ölümle İnsana Saygı, Manevi Olarak Değerlendirme, Yaşamın Kutsal Olarak Değerlendirilmesi
K-78	8. Uygun görmüyorum. Bunu acımasızlık ve ruhsuzluk olarak da değerlendiriyorum. Bizim kültürümüzde kucaklaşma sadece fiziksel yapılmaz diye düşünüyorum.	Yaşama Son Vermeyi Doğru Bulmuyorum, Manevi Olarak Değerlendirme



EK-10 Tablo 10. Girişimsel olmayan etik kurul



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı : 2023-307

07/12/2023

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Prof. Dr. Şaban HAKLI

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Başvuru Numarası	2023-395
Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Şaban HAKLI
Araştırma Başlığı	Doktorların Ötenaziye İlişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma
Toplantı Tarihi	01.12.2023
Karar Numarası	2023-19

- ☒ Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- ☐ Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- ☐ Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.*
- ☐ Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

EK-11 Tablo.11. Doktor Görüşme Formu

DOKTOR GÖRÜŞME FORMU

BÖLÜM:

ŞEHİR:

CİNSİYET:

1. Hastanızdan veya hasta yakınından bir talep gelse ve uzman yardımıyla ölüm yasal olarak mümkün olsa, bir hekim veya personel olarak bu talebi yerine getirme konusunda düşünceniz ne olurdu?
2. Ölümcül hastalıklarda hastanın artık son evreye girdiği nasıl belirleniyor?
3. Ağır hastalıklarda tedaviyi sonlandırmaya nasıl/ hangi kriterlere göre karar veriliyor?
4. Artık tıbbi bir tedavi uygulanması mümkün olmayan, tedaviye cevap vermeyen hastalara nasıl bir uygulama yapılıyor?
5. Ölümcül/ağır hastalıklarda tedavi esnasında hekime (ya da hasta ve yakınlarına) tedaviyi sonlandırmaya sebep olan etik ya da hukuksal bir boşluk var mı? Var olduğunu düşünüyorsanız nedir?
6. Uzman yardımıyla ölüm konusunu mesleki ve etik açıdan siz nasıl değerlendiriyorsunuz?
7. Gözlemlerinizi doğrultusunda, ölümcül veya tedavinin etkisiz kaldığı durumlarda hastanın veya hasta yakınlarının tedaviyi sonlandırmayı tercih etmedeki sebepleri nelerdi?
8. Kişilerin yaşamına son vermeyi istemesini "yaşamın kutsallığı" çerçevesinde nasıl değerlendiriyorsunuz?

Araştırmacı Saliha Zehra Bayram



EK-12 Tablo 12. Başhekimlik ön izin formu



T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
BAŞHEKİMLİK ÖN İZİN FORMU

1. Çalışmanın genel niteliği	☐ Klinik Araştırma ☒ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ☐ Bilimsel Araştırma ve Projeler
2. Çalışmanın adı	Doktorların Ötanaziye İlişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma
3. Öngörülen çalışma süresi	6 Ay
4. Çalışmanın yürütüleceği klinik/bölümün adı	Onkoloji
5. Danışman (Öğretim Üyesi) unvanı/adı/soyadı (Belirlenmiş ise)	Prof. Dr. Öznur Özdoğan / Prof. Dr. Şaban Haklı
6. Sorumlu araştırmacı unvanı/adı/soyadı	Prof. Dr. Şaban Haklı
7. Yardımcı araştırmacı unvanı/adı/soyadı	Saliha Zehra Bayram
8- Çalışmaya katılan merkezler	☒ Çok merkez ☐ Tek merkez
(Çalışma çok merkezli ise ve belirlenmişse diğer merkezleri belirtiniz)	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara Onkoloji Hastanesi Ankara Şehir Hastanesi İzmir Çiğli Hastanesi
Yukarıda bilgileri bulunan araştırmanın sağlık tesisimizde/kliniğimizde yapılması; a) Uygun görülmüştür ☒ (Etik Kurul Onayı Alındıktan Sonra) b) Uygun görülmemiştir ☐ Nedenini yazınız.	

Tarih

12.02.2024

EK-13 Tablo 13.Anestezi yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu



**T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
KLİNİK SORUMLUSU BİLGİLENDİRME FORMU**

08/02/2024

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE;**

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr Şaban Haklı olan Doktorların Ötenaziye ilişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma isimli projenin Yüksek Lisans Tez araştırması kapsamında Samsun şehri için tamamı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi'nde bilgin dahilinde yapılacaktır.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



EK-14 Tablo 14. Cerrahi yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu



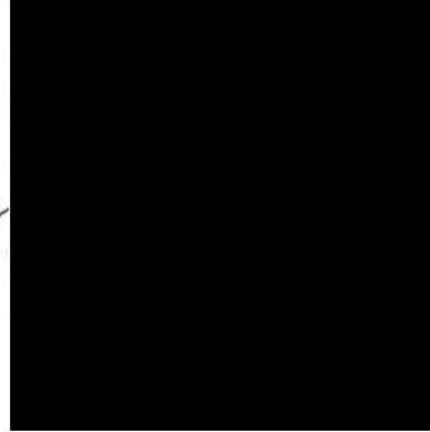
**T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
KLİNİK SORUMLUSU BİLGİLENDİRME FORMU**

31/01/2024

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE;**

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr Şaban Haklı olan Doktorların Ötenaziye ilişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma isimli projenin Yüksek Lisans Tez araştırması kapsamında Samsun şehri için tamamı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde bilgin dahilinde yapılacaktır.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



EK-15 Tablo 15. Genel yoğun bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu



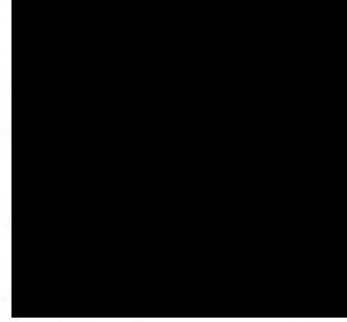
**T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
KLİNİK SORUMLUSU BİLGİLENDİRME FORMU**

08/02/2024

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE;**

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr Şaban Haklı olan Doktorların Ötenaziye İlişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma isimli projenin Yüksek Lisans Tez araştırması kapsamında Samsun şehri için tamamı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde bilginim dahilinde yapılacaktır.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



EK-16 Tablo 16. Onkoloji klinik sorumlusu bilgilendirme formu



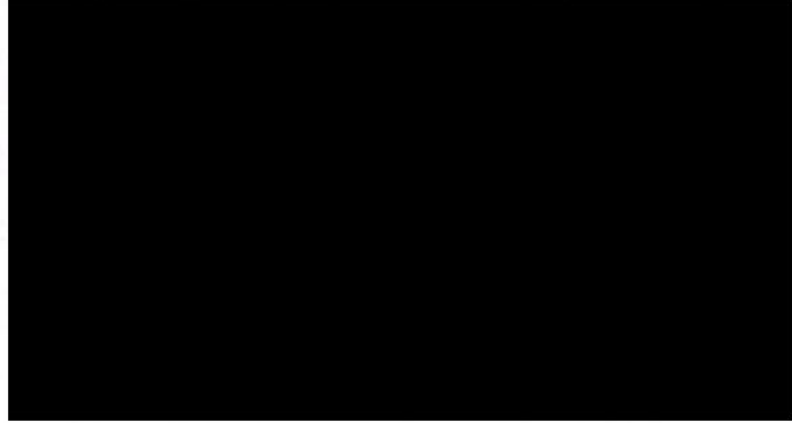
**T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
KLİNİK SORUMLUSU BİLGİLENDİRME FORMU**

12/10/2024

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE;**

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr Şaban Haklı olan Doktorların Ötenaziye ilişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma isimli projenin Yüksek Lisans Tez araştırması kapsamında Samsun şehri için tamamı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Anabilim Dalımızda bilgim dahilinde yapılacaktır

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



EK-17 Tablo 17. Palyatif bakım klinik sorumlusu bilgilendirme formu



**T.C
SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
KLİNİK SORUMLUSU BİLGİLENDİRME FORMU**

12.02/2024

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE;**

Sorumlu araştırmacısı Prof. Dr Şaban Haklı olan Doktorların Ötenaziye ilişkin Tutumlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma isimli projenin Yüksek Lisans Tez araştırması kapsamında Samsun şehri için tamamı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezimizde bilgin dahilinde yapılacaktır

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

