TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİ HEKİMLERİNİN ÖTANAZİYE BAKIŞ AÇILARI

Dr. Elif Ezgi KESKİN DÖNMEZ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMANLAR
Prof. Dr. Çiğdem YILDIRIM GÜÇLÜ
Prof. Dr. Berna ARDA

ANKARA
2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİ HEKİMLERİNİN ÖTANAZİYE BAKIŞ AÇILARI

Dr. Elif Ezgi KESKİN DÖNMEZ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMANLAR
Prof. Dr. Çiğdem YILDIRIM GÜÇLÜ
Prof. Dr. Berna ARDA

ANKARA
2025

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "ANESTEZİ HEKİMLERİNİN ÖTANAZİYE BAKIŞ AÇILARI" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 11.12.2024 tarihinde, İ10-816-24 numaralı kararla onaylanmıştır.

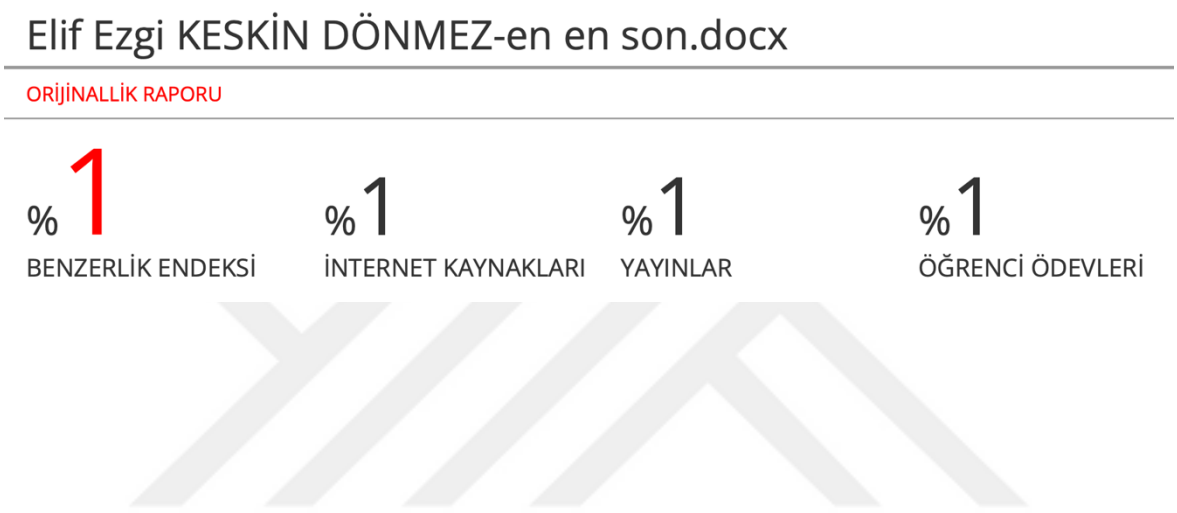
Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Elif Ezgi KESKİN DÖNMEZ
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

ANESTEZİ HEKİMLERİNİN ÖTANAZİYE BAKIŞ AÇILARI

Dosya adı: Elif_Ezgi_KESKİN_DÖNMEZ
Dosya boyutu: 295.47K
Sayfa sayısı: 82
Kelime sayısı: 18,264
Karakter sayısı: 129,517
Gönderim Tarihi: 06-Mar-2025 03:30ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2606892958



KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: DR. ELİF EZGİ KESKİN DÖNMEZ	**Sınav tarihi:** 28/02/2025
Anabilim/Bilim Dalı: Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D.	
Tez Danışmanı: PROF. DR. ÇİĞDEM YILDIRIM GÜÇLÜ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı: "Anestezi Hekimlerinin Ötenaziye Bakış Açıları"		
Tezin Niteliği: ☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☐ 1	☒ 2	☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak ☒ Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine ☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
PROF.DR.NESLİHAN ALKIŞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.

Jüri Üyesi
PROF.DR.ÇİĞDEM YILDIRIM GÜÇLÜ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.

Jüri Üyesi
DOÇ.DR.SÜHEYLA KARADAĞ ERKOÇ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki olarak beni yönlendiren ve değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, başta Prof. Dr. Neslihan Alkış olmak üzere, tüm Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tez çalışmam süresince sürekli desteğini hissettiğim tez danışmanlarım Prof. Dr. Çiğdem Yıldırım Güçlü ve Prof. Dr. Berna Arda'ya,

Asistanlık sürecimde, ihtiyacım olan her konuda bana destek veren, yol gösteren ve bir mentörden çok abla olarak yanımda olan Doç. Dr. Süheyla Karadağ Erkoç'a sonsuz teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitiminin her anını eğlenceli hale getiren, sevgi ve dostluklarıyla yanımda olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma, asistanlık sürecim boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm anestezi teknikeri, ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan hemşire ve personellere,

Asistanlık sürecimde moral ve motivasyon desteğim olan sevgili eşim Dr. Mustafa Kemal Dönmez 'e ve her zaman yanımda olup beni her şart ve koşulda destekleyen canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak, bu araştırmanın her aşamasında bana katkı sağlayan Dr. Mustafa Enes Özden'e geri bildirimleri ve yardımları için teşekkür ederim

Bu tezin, ötanazi tartışmalarına ve anestezi hekimlerinin bu konudaki farkındalık ve yaklaşımlarını araştıran literatüre önemli katkılar sağlamasını umuyorum.

Dr. Elif Ezgi Keskin Dönmez

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Tablolar Dizini viii

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 2
3. GİRİŞ VE AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 5
4.1. Ötanazi Kavramı 5
4.2. Özerklik 6
4.2.1. Tıbbi Etikte Özerklik Kavramının Gelişimi 7
4.2.2. Ötanaziyi Meşrulaştıran Özerklik Temelli Argümanlar 10
4.2.2.1. Ölüm Hakkı 11
4.2.2.2. İnsan Onuru ve Ötanazi 12
4.2.2.3. Ötanazi ve İnsan Hakları 12
4.2.2.4. Tıbbi Özerklik ve Hasta Hakları 13
4.2.2.5. Aydınlatılmış Onam (Informed Consent) ve Hasta Hakları 13
4.2.3. Ötanaziyi Sınırlandıran Özerklik Eleştirileri 14
4.2.3.1. Rasyonalite Problemi: Gerçekten Özgür Bir Tercih mi? 15
4.2.3.2. Özerkliğin Toplumsal Boyutu: Gerçekten Özgür Bir Seçim mi? 16
4.3. Tıbbi Paternalizm 16
4.3.1. Paternalizm Türleri ve Ötanaziye Uygulanışı 17
4.3.1.1. Zorlayıcı (Zorunlu) Paternalizm (Hard Paternalism) 17
4.3.1.2. Yumuşak Paternalizm (Soft Paternalism) 18
4.3.2. Hekimin Karar Verme Yetkisi 20
4.3.3. Hasta Özerkliğine Karşı Hekim Sorumluluğu 20
4.3.4. Tıbbi Paternalizm ve Etik Komiteler 20
4.4. Kültür ve Toplum 21
4.4.1. "Ölme Baskısı" ve Ötanazi Kültürü 21
4.4.2. Toplumsal ve Kültürel Faktörler 21
4.4.3. Kültürel Görelilik ve Ötanazi Algısı 22
4.4.4. Bireyci ve Kolektivist Toplumlarda Ötanazi Algısı 23
4.4.5. Kültürel Değişim ve Ötanazi Algısının Dönüşümü 24
4.5. Din 26
4.5.1. Tanrı'nın Egemenliği ve Yaşam Üzerindeki Yetki 26

4.5.2. İnsanın Acıya Katlanma Sorumluluğu 27
4.5.3. "Ölüm Kültürü" Endişesi 28
4.5.4. Palyatif Bakım 28
4.6. Hukuk 29
4.6.1. Ötanazi Türk Hukukunda Nasıl Değerlendirilmektedir? 29
4.6.2. Ötanaziyi Yasal Olarak Tanıyan Ülkeler 31
4.6.3. Kısmen Yasal Olan ve Yasaklayan Ülkeler 32
4.7. Hekime Olası Etkileri 32
4.7.1. Tıbbi Profesyonellik, Etik ve Psikoloji 33
4.7.2. Hipokrat Yemini ve "Önce Zarar Vermeme" İlkesi 33
4.7.3. Tıbbi Profesyonellik ve Hekim-Hasta İlişkisi 34
4.7.4. Ötanazi Uygulayan Hekimlerde Psikolojik Yük ve Tükenmişlik 35
4.7.5. Vicdani Ret ve Etik Stres 35
4.7.6. Hekimler Açısından Ötanazinin Etik ve Mesleki Dönüşümü 36
4.7.7. Tıp Eğitimi ve Ötanazi 37
4.8. Sağlık Sistemleri ve Hekimlik Pratiği Üzerindeki Sistemik Etkiler 38
4.8.1. Sağlık Politikaları ve Hekimlerin Rolleri 38
4.8.2. Sağlık Politikaları ve Kaynak Yönetimi 38
5. GEREÇ VE YÖNTEM 40
6. BULGULAR 42
7. TARTIŞMA 48
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 59
9. KAYNAKLAR 61
10. EKLER 68
Ek-1. Anket Formu 68

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 6.1. Anestezi hekimlerine ait demografik ve tanımlayıcı özellikler 42
Tablo 6.2. Hekimlerin ötanazi uygulamalarına destek verme durumları ve endişe nedenleri 43
Tablo 6.3. Hekimlerin ötanazi ve ilgili kavramlarla ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi 44
Tablo 6.4. Anestezi uzmanlarının ötanazi uygulamalarındaki görevlerine ait görüşleri 44
Tablo 6.5. Hekimlerin ötanazi uygulamalarının ruhsal ve kültürel etkilerine dair görüşlerinin dağılımı 45
Tablo 6.6. Anestezi hekimlerine göre ötanazi uygulanabilmesi için gereken kriterler 46
Tablo 6.7. Ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının mesleki ilişkilere ve toplum üzerine etkilerinin değerlendirilmesi 46
Tablo 6.8. Hekimlerin ötanaziye dair düşüncelerindeki değişimler ve gelecek beklentilerine ait veriler 47

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı anesteziyoloji ve reanimasyon alanında çalışan asistan ve uzman hekimlerin ötenazi hakkında farkındalık, bakış açıları ve bunlar üzerinde etkisi olan faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Aralık 2024 itibariyle Google Forms kullanılarak Türkiye'de anesteziyoloji ve reanimasyon asistan ve uzman hekimi olarak çalışan doktorlara online olarak ulaştırılan anket soruları cevaplandırılmış ve bu cevaplar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Anestezi hekimlerinin ortalama yaşları 32 (29 – 43) ve anestezi alanındaki tecrübeleri ortalama 5 yıl (2,5 – 14,0) idi. Anestezi hekimlerinin %57,5'i (n=184) kadın, %41,9'u (n=134) erkekti ve 2 katılımcı (%0,6) cinsiyetini belirtmek istemedi. Anestezi hekimlerinin %50,9'u (n=163) uzmanlık öğrencisi, %35,9'u (n=115) uzman hekim ve %13,1'i (n=42) öğretim üyesi/görevlisiydi. Anestezi hekimlerinin %40,9'u (n=131) eğitim araştırma hastanesinde, %30,3'ü (n=97) kamu üniversitesinde, %15,6'sı (n=50) devlet hastanesinde, %11,3'ü (n=36) özel hastanede ve 6 katılımcı diğer kurumlarda çalışıyordu. Palyatif bakım/ötanazi hakkında eğitim almış olan hekim sayısı %26,6 (n=85), almamış olan ise %73,4 (n=235) idi. Öğrencilik döneminde %26,3'ü (n=84) ötanazi hakkında ders almış ve bu durumu desteklerken, %67,8'i (n=217) ders almış olmasına rağmen dersin olmaması gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin %5,6'sı (n=18) dersi almamıştı fakat dersin olması gerektiğini düşünürken, 1 hekim dersi almamıştı ve dersin olmaması gerektiğini düşünüyordu.

Sonuç: Araştırmaya katılan anestezi hekimlerinin büyük çoğunluğu ötenazi uygulamasını desteklemekle beraber legal düzenlemelerin yetersizliğinden endişe etmektedir. Çok büyük çoğunluğu ötanazinin yasallaştırılmasının istem dışı veya istemsiz ötanaziye yol açabileceğinden endişe etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ötanazi, ötanazi etik tartışmaları, anestezi hekimleri ve ötanazi

2. ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the awareness, perspectives, and influencing factors of assistant and specialist physicians working in the field of anesthesiology and reanimation regarding euthanasia.

Materials and Methods: As of December 2024, survey questions were distributed online via Google Forms to physicians working as anesthesiology and reanimation assistants and specialists in Turkey. The responses were collected and analyzed.

Results: The average age of anesthesiologists was 32 (29–43) years, with an average of 5 years (2.5–14.0) of experience in anesthesiology. Among them, 57.5% (n=184) were female, 41.9% (n=134) were male, and 0.6% (n=2) preferred not to disclose their gender. Of the participants, 50.9% (n=163) were residents, 35.9% (n=115) were specialist physicians, and 13.1% (n=42) were faculty members or instructors. Regarding workplace distribution, 40.9% (n=131) worked in training and research hospitals, 30.3% (n=97) in public universities, 15.6% (n=50) in state hospitals, 11.3% (n=36) in private hospitals, and 6 participants in other institutions.

The percentage of physicians who had received training on palliative care/euthanasia was 26.6% (n=85), while 73.4% (n=235) had not. During their student years, 26.3% (n=84) had taken a course on euthanasia and supported its inclusion in medical education, whereas 67.8% (n=217) had taken the course but believed it should not be part of the curriculum. Additionally, 5.6% (n=18) had not taken the course but thought it should be included, while one physician had not taken the course and believed it should not be included.

Conclusion: The majority of anesthesiologists participating in the study support the practice of euthanasia but express concerns about the lack of legal regulations. A significant majority fear that the legalization of euthanasia could lead to involuntary or non-voluntary euthanasia.

Keywords: Euthanasia, ethical debates on euthanasia, anesthesiologists and euthanasia.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ötanazi ve destekli intihar, tarih boyunca tartışmalı iki konudur. Ötanazi kelimesi iyi bir ölüm olarak tanımlanır ve bu konuda sosyal, ahlaki, hukuki ve etik düzeylerde tartışmalar devam etmektedir. Esasında ölüm bir kayıp olduğu için, ölümü olumlu bir durum olarak anlamak zordur ve geçmişte yaşanan bazı karanlık olaylar, ötanazi terimini cinayetle ilişkilendirmiştir. Daha güncel olarak ele alındığında ise ötanazi, bir hastanın tedavi edilemez veya terminal durumdaki acısını hafifletme ve nihai sonucu hızlandırma sürecidir(1). Bu kritik durumlarda hasta bakımı sunan sağlık profesyonelleri arasında önemli bir görev üstlenen anestezi uzmanlarının hem kamu hem de özel sağlık sistemlerindeki konumları düşünüldüğünde, ötanazi ve yardımlı intihar konusundaki görüşleri ve tutumları süreç üzerine etkilere sahiptir. Bunun yanı sıra ötanazi süreci de bu konuda etik ve mesleki sorumlulukları bulunan hekimler üzerinde ciddi duygusal ve psikolojik değişikliklere neden olabilecek etkiler oluşturabilir. Anestezi hekimlerinin, yoğun bakım, palyatif bakım, terminal hastalar ve kritik hastalar gibi yaşam sonu durumlarla doğrudan ve sürekli temas halinde oldukları düşünüldüğünde ötanazi eylemini destekler bir pozisyonda oldukları düşünülebilir. Bununla birlikte hekimlerin mezuniyetleri sırasında Hipokrat yemini etmesi, hekimlik mesleği ile kurdukları bağ ve kanunlar göz önüne alındığında ötanazi ve destekli intihara olumsuz bakış açısına sahip olabileceklerini hatırlamak önemlidir.

Anestezi uzmanlarının ötanaziye yönelik düşünce ve tutumları sağlık uygulamaları ve tıbbi etik açısından kritik bir konudur. Hasta haklarına ilişkin görüşler ve tartışmalara bakıldığında dünya genelinde ötanazi uygulaması konusunda çeşitli yaklaşımlara rastlanabilmektedir. Örneğin, Hollanda'da ötanazi yasal bir uygulama iken, Türkiye'de henüz herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin ötanaziye ilişkin tutumları incelenmiştir. Hekimlerin ötanaziye yaklaşımlarını değerlendiren bir çalışmada, hekimlerin %89'u ülkemizde ötanazi uygulamasının tartışılmasının yararlı olduğunu belirtmiştir(2). Benzer şekilde, hemşirelerin ötanaziye ilişkin görüşleri üzerine yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ötanaziye karşı tutumlarının genellikle olumsuz olduğu ve dini nedenlerin bu tutumda etkili olduğu belirlenmiştir(3). Ötanazi uygulaması sırasında etkin rol alan hekimler de hem etik ve ahlaki değerleri hem de hasta ve hasta yakınları ile iletişimleri nedeni ile psikolojik stres altında kalabilirler ve ötanazi uygulamasına karşı olumsuz tutum geliştirebilirler. Bu bağlamda, kritik

hasta yönetiminde ve yoğun bakım ünitelerinde etkin rol alan anestezi uzmanlarının ötanaziye bakış açılarını anlamak ve onlara psikososyal destek sağlamak hem tıbbi hem de etik uygulamalar açısından önem taşımaktadır.

Ötanazi, tıbbi etik ve hukuki açıdan tartışmalı bir konu olmakla birlikte, bu süreçte önemli görevler üstlenen hekimlerin fikirlerini öğrenmek ve hekimler üzerinde oluşacak olumsuz etkileri belirlemek; sürecin yönetiminde daha doğru bir yaklaşım sağlanabilmesi üzerine daha geniş ve farklı bakış açıları sunacaktır. Bu çalışmada anesteziyoloji ve reanimasyon asistan ve uzman hekimlerinin ötanazi ile ilgili mevcut fikirlerinin, bilgi düzeylerinin, bakış açılarının belirlenmesi ve bu konudaki tutumlarını etkileyen demografik, mesleki ve etik faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Bir anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı adayı olarak, yoğun bakım ve ameliyathanelerde hekimlik yapmak, yaşam sonu kararlarına dair etik ve klinik ikilemlerle sık sık karşılaşmama sebep oldu. Özellikle terminal dönemdeki hastalarla ilgili yaşam destek tedavilerinin sürdürülmesi tıbbi, etik, hukuki, mali ve hatta kişisel boyutları olan karmaşık süreçleri içermektedir. Bu bağlamda ötanazi, yalnızca hasta ve hekim arasında değil, toplumsal, hukuki ve felsefi çerçevede de derin tartışmalar yaratan bir kavramdır. Bu çalışmada, mesleki gözlemlerimden ve bilimsel literatürden hareketle, ötanaziye dair temel bilgileri çok boyutlu bir yaklaşımla ele almayı hedeflemiş bulunmaktayım.

4.1. Ötanazi Kavramı

"Euthanasia" kavramı, Yunanca *eu* (“iyi” veya “güzel”) ve *thanatos* (“ölüm”) kelimelerinden türemiştir ve “iyi ölüm” anlamına gelir(4). Bu terim, tarih boyunca çeşitli şekillerde kullanılmıştır, ancak modern anlamda, acı ve ıstırabı hafifletmek amacıyla bir yaşamın kasıtlı olarak sonlandırılmasını ifade eden ilk yazılı kullanım, 17. yüzyılın başlarında Francis Bacon’a atfedilir(5).

Ötanazi uygulaması, tedavi edilemeyen veya terminal durumdaki hastaların yoğun acılar çekmesini önlemek amacıyla yaşamlarının sonlandırılması sürecini ifade eder(1). Günümüzde aktif ötanazi, pasif ötanazi, hekim yardımlı özkıyım(intihar) kavramları kullanılmaktadır.

Aktif ötanazi, bir hastanın yaşamına son vermek amacıyla doğrudan bir tıbbi müdahalede bulunulmasıdır(6). Bu genellikle ölümcül dozda bir ilaç verilmesi gibi bir müdahaleyi içerir. Aktif ötanazi, yaşamın sonlandırılması, bir hekim veya başka bir kişinin gerçekleştirdiği bilinçli ve kasıtlı bir eylemdir. Pasif ötanazi, hastanın yaşamını uzatabilecek tedavi veya müdahalelerin bilinçli bir şekilde durdurulması ya da başlanmamasıdır(6). Bu durumda, yaşamı sürdüren tedavi veya desteklerin kesilmesiyle doğal ölümüne izin verilmiş olur. Pasif ötanazi genellikle destekleyici tedavilerin devre dışı bırakılmasıyla gerçekleşir. Hekim yardımlı intihar (assisted suicide), bir hekimin hastanın ölüm sürecini kendi başına gerçekleştirebilmesi için gerekli araçları sağladığı, ancak yaşamı sonlandıran eylemi bizzat gerçekleştirmediği bir durumdur(6).

Hekimin, hastanın yaşamına son vermesi için gerekli ilaçları sağlayarak, hastanın bu süreci kendi başına gerçekleştirmesini mümkün kılmasıdır.

Bu süreçlerin uygulanabilirliği, etik ve hukuki açıdan toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Hollanda, Belçika ve Kanada gibi ülkelerde ötanazi belirli yasal düzenlemelerle uygulanırken, Türkiye gibi ülkelerde hem aktif hem de pasif ötanazi hukuken yasaktır.

Ötanazi; etik, dini ve hukuki açıdan tartışmalı bir konudur. Etik açıdan, bireyin kendi yaşamına ilişkin karar verme hakkı, yani özerkliği, bu tartışmaların merkezinde yer almakla beraber etik, hukuki, sosyal, toplumsal ve dini açılardan tartışmaların süreceği düşünülmektedir.

4.2. Özerklik

Hastanın özerkliği (autonomy), bireyin kendi yaşamı ve sağlığı üzerinde bilinçli kararlar alabilme hakkını ifade eden, kökeni Aydınlanma düşüncesine dayanan temel bir etik kavramdır, bireyin kendi kaderini tayin etme hakkını, özgür iradesiyle hareket edebilme yetisini temel alır(7). Özerklik ilkesinin felsefi temelleri, Aydınlanma Çağı'na ve özellikle Immanuel Kant'ın ahlak felsefesine dayanır(8). Kant, bireylerin akıllarını kullanarak ahlaki kararlar verme kapasitesinde olduğunu ve bu sayede kendi yaşamlarına yön verebileceklerini savunmuştur(8). Kant'a göre, bireyler, kendi rasyonel kararlarına dayanarak "amaçlar" belirlerler ve müdahalelerden bağımsız hareket etme hakkına sahiptirler. Bu düşünce, modern etik ve insan haklarının temellerini atmıştır(9).

Bu bağlamda, hastaların kendi sağlık durumuna, tedavi seçeneklerine ve hatta yaşamın sonlandırılması gibi kararlarına dair tam kontrol sahibi olmaları gerektiği savunulur(7). Bu ilke, hasta haklarının korunması açısından öneme sahiptir(10). Özerklik ilkesi, özellikle ötanazi gibi tartışmalı konularda, bireyin kendi yaşamına ilişkin kararı verme hakkının savunulmasında en güçlü etik dayanaklardan biri olarak öne çıkar(9). Tıbbi etik perspektifinde, hastaların özerklik hakkını gözetmek, onların değerlerine, inançlarına ve yaşam tercihlerine uygun bir bakım sunmayı gerektirir(11). Bu açıdan, bireylerin yaşamlarının sona erdirilmesi konusunda da kendi kararlarını verebilecekleri savunulur. Hasta, tıbbi müdahaleler konusunda aydınlatılmış onam (informed consent) ilkesine dayanarak kendi sağlığı hakkında bilinçli kararlar verme hakkına

sahiptir(12). Ötanazi, bireyin yaşamını sona erdirmeye karar verme hakkıyla doğrudan bağlantılı olduğu için, bu hak kapsamında değerlendirilmelidir(13).

4.2.1. Tıbbi Etikte Özerklik Kavramının Gelişimi

Tıbbi etik bağlamında özerklik, 20. yüzyılın ortalarına kadar yaygın bir şekilde tartışılmış bir konu değildir(14). Hekimlik mesleği, uzun süre paternalist bir yaklaşıma dayalıydı ve hekimler, hastalarının "iyiliği" adına kararlar alıyordu(11). Ancak, 1960'lar ve 1970'lerde yaşanan toplumsal değişimlerle birlikte, bireyselliğin ve insan haklarının ön plana çıkması ve hasta haklarının güçlenmesi, özerklik kavramının tıp etiğindeki rolünü arttırdı(15).

1940'lar ve 1950'lerde özerklik ilkesi tıbbi etik literatürde dolaylı yoldan ele alınırken hekimlerin hastalarına "nezaketle ve düşünceli" şekilde yaklaşmasının önemi vurgulanmıştır (14). Ancak direk olarak hastaların karar alma haklarından bahsedilmemekteydi(7). 1960'larda tüm dünyada insan hakları hareketlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, bireylerin sağlık hizmetleri alanındaki hakları da tartışmalara dahil oldu. Bu dönemde *informed consent* (aydınlatılmış onam) kavramı literatürde yer edinmeye başladı(12).

The Belmont Report (1979) özerklik ilkesini ilk kez açıkça tanımlayan belgelerden oldu(16). ABD'de araştırmaların etik ilkelerinin belirlendiği bu raporda, kişilerin özerk bireyler olarak görülmesi ve kendileri hakkında karar verme haklarına saygı gösterilmesinin gerekliliği vurgulandı(7).

Yine 1979 yılında Beauchamp ve Childress tarafından tıbbi etik literatüründe devrimsel bir yer edinen *Principles of Biomedical Ethics* kitabı yayınlandı(17). Bu kitapta özerklik ilkesinin de içinde bulunduğu modern biyoetiğin dört temel ilkesi "birincil ilkeler" olarak tanımlandı(17). (Beneficence, nonmaleficence, respect for autonomy, and justice constitute the 4 principles of ethics.)

A. Özerkliğe Saygı (Respect for Autonomy): Hastanın kendi yaşamı üzerinde karar hakkı olmasını ifade eder ve savunur(7). Hastanın acı çekmeden yaşamına son verme talebini destekleyen en güçlü argümanlardan biri özerklik ilkesidir(9). Ancak, bu durum "zarar vermeme" ilkesine ters düştüğünden etik bir ikileme sebep olur(11). Özerklik ilkesi, bireyin kendi bedeni üzerinde mutlak bir karar hakkına sahip olduğunu savunur(18). Bir kişinin tıbbi tedavileri reddetme hakkı mevcutsa, yaşamına son verme hakkının da olduğu savunulur(19).

Hasta hakları bağlamında, tıbbi müdahaleleri reddetme hakkı, ötanazi hakkını da kapsamalıdır(10). Ağır hastalıklarla mücadele eden terminal dönem bireyler, dayanılmaz fiziksel ve psikolojik acılar çekerler. Bu durum bireyin yaşam kalitesini düşürdüğünde, hastanın özerkliği çerçevesinden bakıldığında bireyin onurlu bir ölümü seçme hakkı olması gerektiği savunulur(9). Ronald Dworkin (1993), bireyin biyografik kimliğini koruyarak yaşamını sürdürme hakkı olduğu gibi, bu kimliği onurlu bir şekilde sonlandırma hakkını da savunur(9).Yine aydınlatılmış onam (informed consent) ilkesi çerçevesinde, hastanın kendi sağlığı hakkında bilinçli kararlar verebilmesi vurgulanır(12). Hasta, bir tedaviyi reddedebiliyorsa, aynı mantık çerçevesinde yaşamını sonlandırmayı da seçebilme hakkı da mevcuttur(20).

B. Zarar Vermeme İlkesi (Non-Maleficence): Hekimlerin, hastalarına zarar verecek herhangi bir müdahalede bulunmama yükümlülüğüdür(7). Ötanazi bu bakış açısıyla ele alındığında, yaşamı sonlandırmanın mı yoksa dayanılmaz acıyı sürdürmenin mi daha fazla zarar verdiği sorusu gündeme gelir(9). Hastanın kendi yaşamına son verme talebi özerklik ilkesi ile savunulurken, hekimlerin zarar vermeme (non-maleficence) yükümlülüğü bu süreçte doğrudan bir etik engel yaratabilir(11, 20). Hekimlerin temel etik sorumluluklarından biri, hastaya zarar vermemektir ve bu ilke, tıp etiğinde Hipokrat yemininde de yer almaktadır(21).

Hekimlerin zarar vermeme ilkesine göre hastaya yönelik her türlü tıbbi müdahalenin yaşamı koruyucu ve iyileştirici olması gereklidir. Hipokrat Yemini, "Önce zarar verme" (primum non nocere) ilkesini temel alır ve hekimlere, hastalarının yaşamını koruma sorumluluğunu açıkça yükler(21). Ötanazi, doğası gereği yaşam sonlandıran bir eylem olduğundan bu etik prensiple doğrudan çelişir(13).

Tıp etiğinde geleneksel olarak hekimlerin görevinin, hastayı iyileştirmek ve yaşatmak olduğu belirtilmiştir (Pellegrino, 1990)(22). Ancak modern etik yaklaşımlarla, hekimlerin sorumluluğu sadece yaşamı korumakla kalmamakta, aynı zamanda hastanın acısını hafifletmek ve yaşam kalitesini arttırmak yükümlülüğünü de içermektedir(7). Bu perspektifin palyatif bakımın önemini arttırdığı aşikarken, acının dindirilmesi ve yaşamın korunması arasında nasıl denge kurulabileceğini sorgulatmaktadır(23).

Ötanaziye karşı argümanlar, hekimin rolünün hastanın yaşam süresi boyunca acıyı azaltmak olduğunu, ölümü hızlandırmak olmadığını savunmaktadır(24). Ancak, ötanaziyi destekleyen yaklaşımlarda, "yaşamın niteliğinin, yaşam süresinden daha önemli olduğunu"

vurgulanıp bireyin kendi ölümü üzerinde tam kontrol sahibi olması gerekliliği öne sürülmektedir (Dworkin, 1993)(9).

C. Yarar Sağlama İlkesi (Beneficence): Hekimlerin hastalarının iyiliğini gözetmekle yükümlü olduğunu belirtir(17). Ötanaziye olumlu bakan görüşlere göre, hastanın iyiliği için en doğru adım, dayanılmaz acıyı sonlandırmaktır.

Jeremy Bentham ve John Stuart Mill'in ortaya attığı yararcı etik teorisine göre, bir eylemin etik olup olmadığı, getirdiği toplam faydaya bağlıdır (Mill, 1863)(25, 26). Eğer ötanazi, hastanın acısını azaltarak ona ve ailesine fayda sağlıyorsa, bu eylem etik olarak meşru görülebilir(25-27).

Yararcı etik teorisi, bir eylemin etik olup olmadığını, o eylemin ürettiği toplam faydaya dayalı olarak değerlendiren bir yaklaşımdır(25). Jeremy Bentham (1789) ve John Stuart Mill (1863) tarafından geliştirilen bu teoriye göre, bir eylem, en fazla mutluluğu veya en az acıyı sağlıyorsa etik olarak kabul edilebilir(25).

Bu bağlamda ötanazi, hastanın çektiği fiziksel ve psikolojik acıyı sona erdirerek birey ve yakın çevresi için toplam faydayı artırıyorsa, yararcı perspektiften etik olarak meşru görülebilir(28). Yararcı bakış açısına göre, yaşamın sürdürülmesi tek başına etik bir gereklilik değildir; esas olan, bireyin yaşam kalitesini ve toplam mutluluğunu maksimize etmektir(29). Dolayısıyla, eğer bir hastanın yaşamı yalnızca acıdan ibaret hale gelmişse ve ötanazi bu acıyı sona erdirerek toplam refahı artırıyorsa, yararcı etik çerçevesinde haklı bir gerekçe olarak değerlendirilebilir(27).

Ancak, yararcı yaklaşım ötanazinin etik meşruiyetini değerlendirirken, yalnızca bireysel faydayı değil, toplumsal etkileri de göz önünde bulundurur(25). Ötanazinin yasallaşması, tıbbi etik, hukuk ve toplum nezdinde öngörülemeyen olumsuz sonuçlar doğurabilir(30). Toplumda yaşlılar, engelliler veya ekonomik olarak dezavantajlı bireyler için ötanazinin bir "zorunluluk" haline gelmesi riski, yararcı etik açısından da dikkate alınması gereken bir faktördür(31).

Bu nedenle, yararcı perspektiften ötanazi yalnızca bireyin acısını azaltmakla değil, aynı zamanda toplumsal denge, hekimlerin etik yükümlülükleri ve hasta hakları gibi geniş çaplı etkilerle birlikte değerlendirilmelidir(7, 25).

Ötanazinin kabul edileceği durumunda, bireyler dayanılmaz acı çekmek zorunda kalmayacak ve hastalar, kontrolsüz bir şekilde yaşamlarının son dönemini geçirmek yerine, bilinçli bir şekilde nasıl öleceklerini seçebileceklerdir(9). Ötanazinin yasaklanması durumunda, acı çeken hastalar ölümlerine kadar zorla yaşatılacak ve insan onuruna aykırı bir şekilde ölmek zorunda kalacaklardır(27, 31).

Ancak yararcı etik, ötanazinin kötüye kullanım potansiyelini de göz önünde bulundurmalıdır(30). Yaşlı, engelli veya ekonomik olarak zayıf bireyler, ötanaziye yönlendirilebilir veya toplumsal baskıyla ölüme itilebilir(32). Bu nedenle, yararcı etik bir analiz yapılırken olası zararlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

D. Adalet İlkesi (Justice): Sağlık hizmetlerinin adil ve eşit şekilde sunulmasını ifade eder(17). Ötanazi kararları, sınırlı sağlık kaynaklarının en etkin şekilde kullanımına yönelik tartışmaları da beraberinde getirir.

4.2.2. Ötanaziyi Meşrulaştıran Özerklik Temelli Argümanlar

Ötanaziyi destekleyen etik argümanların başında, bireylerin kendi yaşam ve ölümleri hakkında karar verebilme hakkının temel bir insan hakkı olduğu görüşü gelir(9, 29). Özerklik perspektifinden bakıldığında, bireyin yaşamının kalitesine dair subjektif değerlendirmesi, onun en üstün otoritesi olarak kabul edilmelidir(17). Ötanazinin etik açıdan meşrulaştırılmasında özerklik ilkesi sıklıkla referans alınmakta, ancak bu ilkenin sınırsız olup olmadığı, diğer etik değerlerle nasıl dengeleneceği tartışma konusu olmaktadır(24).

Özerklik kavramı salt bireysel seçim özgürlüğü olarak ele alınamaz. John Stuart Mill'in zarar ilkesi (harm principle) çerçevesinde ele alındığında, bireylerin özerk kararları ancak başka bireylere zarar vermediği sürece meşrudur (Mill, 1859)(33). Bu bakış açısı, ötanazi gibi bireyin kendi hayatı üzerine karar verme hakkıyla ilgili meselelerde sınırlandırıcı bir faktör olarak görülmektedir(31).

Ötanazinin etik açıdan kabul edilebilir olduğunu savunan görüşler, özerklik ilkesine dayanarak bireyin kendi yaşamı hakkında nihai kararı verebilmesi gerektiğini öne sürmektedir:

Ronald Dworkin (1993), bireyin yaşamının sadece biyolojik varoluştan ibaret olmadığını, aksine onun öznel deneyimleriyle anlam kazandığını belirtir(9). Eğer bir birey yaşamının

çekilmez ve anlamsız hale geldiğini düşünüyorsa, bu durumda ötanazi yoluyla varoluşunu sonlandırma hakkına sahip olmalıdır(27).

Bu görüş şu temel önermelere dayanır:

- Yaşam yalnızca biyolojik bir gerçeklik değildir; anlamlı bir varoluş sürecidir(27).
- Birey, kendi varoluşunun niteliğini en iyi değerlendirebilecek kişidir(27).
- Özgürlük ve özerklik, bireyin kendi hayatı hakkında nihai kararı verebilmesini gerektirir(27).

4.2.2.1. Ölüm Hakkı

Bireyler, yaşamlarını nasıl sürdüreceklerine karar verebildikleri gibi, yaşamlarını ne zaman ve nasıl sonlandıracaklarına da karar verebilmelidir(7). Yaşam, salt biyolojik bir süreç değil, bireyin öznel deneyimlerinin toplamıdır ve bu deneyimlerin çekilmez hale gelmesi durumunda birey, ötanazi yoluyla kendi varoluşunu sonlandırma hakkına sahip olmalıdır (Dworkin, 1993)(9).

Ötanaziyi savunanlar, bireyin kendi hayatına son verme hakkının diğer temel insan haklarıyla örtüştüğünü iddia ederler(29). Amerikan İnsan Hakları Bildirgesi ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, bireyin özgürlüklerini koruma altına alır(34, 35). Eğer birey, kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili kararlar alabiliyorsa, yaşamına son verme hakkı da bu özgürlüklerin doğal bir uzantısıdır(9).

Ancak bu görüşe yöneltilen eleştiriler de bulunmaktadır:

- Özerklik mutlak mıdır? Bireyin intihar etme hakkı olup olmadığı tarih boyunca tartışılmıştır(7). Ötanaziye karşı çıkanlar, bireyin kendi yaşamına son verme kararının rasyonel olmayabileceğini, psikolojik sıkıntılar, depresyon veya dış baskılar nedeniyle böyle bir karar verebileceğini ileri sürmektedirler(36, 37).
- Toplumsal etkiler: Ötanazi hakkının tanınması, toplumda savunmasız bireylerin (yaşlılar, engelliler, ekonomik sıkıntı içinde olanlar) ölüme yönlendirilmesine neden olabilir mi?(13, 38)

Ölüm hakkı ile ilgili bu tartışmalar, ötanazinin etik sınırlarının nasıl çizilmesi gerektiği konusunda farklı perspektifleri gündeme getirmektedir(31).

- **İnsana Yakışır (Onurlu) Ölüm:** İnsan haysiyeti, acı çekmeyle bağdaşmaz(39). Bir bireyin ağır hastalıklar nedeniyle fiziksel ve psikolojik olarak tükenmesi durumunda, bu bireyin yaşamının devam ettirilmesi zorunluluğu, onu insan haklarından mahrum bırakabilir(9). Ötanazi, bireyin biyografik kimliğini koruyarak, kendini tanımladığı şekilde onurlu bir ölümü seçmesine olanak tanır (Glover, 1977)(40).

4.2.2.2. İnsan Onuru ve Ötanazi

İnsanın onuru (dignity), felsefi ve etik açıdan bireyin yaşamı boyunca sahip olduğu en önemli haklardan biri olarak görülmektedir(39). John Glover (1977), ağır hastalıklarla mücadele eden bireylerin yaşamlarının onurlarını koruyamayacak bir hale geldiğinde, ötanazi hakkının etik bir gereklilik haline geldiğini savunur(40).

Bu bağlamda onurlu ölüm hakkı şu şekilde savunulmaktadır:

Ağır hastalıklar ve kronik ağrılar, bireyin yaşam kalitesini ortadan kaldırabilir(9).

Bağımlılık, fiziksel yetersizlik ve bilişsel çöküş, bireyin özerklik duygusunu yok edebilir(37).

Birey, nasıl yaşamak istediği gibi, nasıl öleceğine de karar verebilmelidir(17).

Ötanazi hakkının tanınmaması durumunda bireyler, acı çekerek, kendilerini tanıyamayacak hale gelerek veya tamamen başkalarına bağımlı olarak yaşamak zorunda kalabilirler(41). Bu durum, insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir süreç olarak görülmektedir(39).

4.2.2.3. Ötanazi ve İnsan Hakları

Ötanaziyi savunanlar, bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü insan hakları perspektifinden değerlendirirler(9, 17). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, bireyin özerklik hakkını tanımakta ancak ötanazi konusunda kesin bir yasal çerçeve çizmemektedir(42, 43).

Ötanazinin insan hakları çerçevesinde kabul edilmesi gerektiğini savunanlar, bireyin yaşamını sürdürmeye zorlanmasının "zorla yaşama mahkûmiyetine" yol açtığını iddia etmektedirler(44).

Ancak, onurlu ölüm argümanına şu eleştiriler yöneltilmektedir:

- Toplumsal normlar ve etik sınırlar: Onurlu ölüm hakkının tanınması, bazı toplumlarda ahlaki veya dini inançlarla çelişebilir(45).

- Onurlu ölüm mü, yoksa sosyal baskılar mı?: Özellikle yaşlılar ve ekonomik açıdan zayıf bireyler, kendilerini "yük" olarak gördükleri için ötanaziye yönlendirilebilir(31, 41).

4.2.2.4. Tıbbi Özerklik ve Hasta Hakları

Modern tıp etiğinde aydınlatılmış onam (informed consent) ilkesi, hastanın kendisine uygulanacak her türlü tıbbi müdahaleye bilinçli bir şekilde onay vermesi gerektiğini öne sürer(7). Hasta, acı verici ve umut vaat etmeyen bir tedaviyi reddedebiliyorsa, kendi hayatına son vermeyi de tercih edebilmelidir(9).

4.2.2.5. Aydınlatılmış Onam (Informed Consent) ve Hasta Hakları

Modern tıp etiğinde en önemli unsurlardan biri, özerkliğe saygı ilkesinin hayata geçirilmesini sağlayan aydınlatılmış onam kavramıdır(7). Bu kavram, bireyin kendisine uygulanacak tıbbi müdahaleler hakkında eksiksiz bilgiye sahip olması ve rızasının alınmasını gerektirir(18). Eğer bir birey bir tedaviyi reddedebiliyorsa, ötanaziyi de seçebilmelidir(9).

Tıbbi özerklik şu noktalara dayanır:

- Hasta, kendi tedavisi hakkında en yetkili merciidir(7, 46).

- Zorla tıbbi müdahale, bireyin özgürlüğüne müdahaledir(47).

- Hekimler, hastalarının yaşam kalitesini artırmakla yükümlüdür; yaşamı sonsuza kadar uzatmakla değil(32, 48).

Özerklik, pozitif ve negatif özerklik şeklinde ikiye ayrılarak da incelenebilir

- **Negatif özerklik**, bireyin dış müdahalelerden bağımsız karar alma hakkını ifade eder(49).

- **Pozitif özerklik**, bireyin kendi kaderini belirleme kapasitesine sahip olması için gereken bilişsel, duygusal ve sosyal koşulların sağlanmasını kapsar(50).

Ötanazi tartışmalarında genellikle negatif özerklik öne çıkar; yani bireyin yaşamına son verme kararı dışsal zorlamalar olmaksızın alınmalıdır(9). Ancak pozitif özerklik perspektifinden bakıldığında, kişinin rasyonel karar verme yetisi hastalık, acı veya depresyon nedeniyle zayıflayabileceğinden, ötanaziye karar verme süreci sorgulanmalıdır(37).

Özerklik ilkesi, bireylerin kendi kaderleri üzerinde söz sahibi olmasını savunurken, bu hakkın kötüye kullanılma riski de göz ardı edilmemelidir(7, 9). Etik açıdan bakıldığında, ötanaziye mutlak bir hak olarak bakmak yerine, bireyin gerçekten özerk bir şekilde karar verip veremediğini değerlendirmek önemlidir(37, 51). Tıbbi, psikolojik ve sosyal faktörler göz önünde bulundurularak, bireylerin özerklik hakları korunmalı ancak etik sınırlar içinde değerlendirilmelidir(24).

Bu bağlamda, ötanaziye ilişkin tartışmalar sadece bireyin haklarıyla değil, aynı zamanda toplumun genel etik değerleri ve tıbbi uygulamalarla da dengeli bir şekilde ele alınmalıdır(52).

4.2.3. Ötanaziyi Sınırlandıran Özerklik Eleştirileri

Ötanazi, özerklik temelli argümanlarla savunulsa da bu hakkın sınırlandırılması gerektiğini savunan güçlü etik, felsefi ve hukuki eleştiriler de bulunmaktadır(7, 9). Özerklik, bireyin kendi yaşamı üzerinde karar verme yetisini ifade etse de rasyonalite sorunu, özerkliğin toplumsal boyutu ve tıbbi-hukuki etik çerçevesinde sınırlandırılabilir(50).

Ötanaziyi eleştiren argümanlar, özerklik ilkesinin belirli sınırlar içinde değerlendirilmesi gerektiğini savunur(24, 51):

4.2.3.1. Rasyonalite Problemi: Gerçekten Özgür Bir Tercih mi?

Ötanazi taleplerinin büyük bir kısmı, ileri evre hastalıklarla mücadele eden bireylerden gelmektedir(37, 51). Ancak, bu taleplerin gerçekten özerk olup olmadığı, bireyin karar verme kapasitesi bağlamında tartışmalıdır(37, 51). Daniel P. Sulmasy (2018), bireyin ötanazi talep etme sürecinde bilişsel ve psikolojik faktörlerin etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiğini belirtir(39).

Hastalık ve Rasyonalite Üzerine Etik Tartışmalar

Bireyin kendi yaşamı ve ölümü hakkında özgür bir karar vermesi için(53):

- Bilişsel yetilerinin sağlam olması gerekir(53).
- Psikolojik ve duygusal baskı altında olmaması gerekir(53).
- Gerçekçi bir seçenek değerlendirmesi yapabilmesi gerekir(53).

Ancak, ağır hastalıklar, depresyon, kronik ağrı ve psikolojik baskılar, bireyin karar verme yetisini olumsuz yönde etkileyebilir(54). Shelp (1984), depresif bireylerin ötanazi talep etme olasılığının çok daha yüksek olduğunu ve bu bireylerin kararlarının aslında bir çaresizlik ifadesi olabileceğini savunmaktadır(55).

Psikolojik Faktörler ve Ötanazi Talepleri

- Depresyon, anksiyete ve PTSD (travma sonrası stres bozukluğu), ileri evre hastalıklarla birlikte sık görülen durumlardır (Kissane, 2000)(56).
- Ötanazi talep eden hastaların %25-50'sinde depresyon belirtileri tespit edilmiştir (Ganzini et al., 2008)(37).
- Depresif bireylerin kararlarının ne kadar rasyonel olduğu tartışmalıdır. Psikolojik destek sağlandıktan sonra birçok bireyin ötanazi talebinden vazgeçtiği görülmüştür (Chochinov, 2002)(57).

4.2.3.2. Özerkliğin Toplumsal Boyutu: Gerçekten Özgür Bir Seçim mi?

Bireylerin verdikleri kararlar yalnızca kişisel seçimlerden ibaret değildir; sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler de bireyin karar mekanizmalarını etkiler. Callahan (1992), bireyin özerkliği sadece bireysel düzeyde ele alınırsa, sosyal bağlamın göz ardı edileceğini savunmaktadır(58).

Sosyal Baskılar ve Ötanazi Kararları

Bir birey, tamamen özgür bir şekilde ötanazi kararı aldığını düşünebilir, ancak sosyal çevresi, ekonomik durumu veya ailevi faktörler, bu kararı etkileyebilir:

- Yaşlı bireyler, ailelerine yük olmamak için ötanaziye yönlendirilebilirler (Rietjens et al., 2009)(59).
- Ekonomik olarak dezavantajlı bireyler, pahalı tıbbi tedavileri karşılayamadıkları için ötanaziyi bir çıkış yolu olarak görebilirler(60).
- Ağır engellilik durumunda bireyler, toplumda "faydasız" olarak algılanma endişesiyle ötanaziye zorlanabilirler (Shakespeare, 2006)(61).

Bu bağlamda, ötanazi talebi, bireyin tamamen bağımsız ve özgür iradesine dayanıyor gibi görünse de, aslında dışsal faktörler tarafından şekillendirilebilir.

4.3. Tıbbi Paternalizm

Paternalizm, bireyin kendi iyiliği adına, başkaları (örneğin devlet, tıp otoriteleri veya sağlık profesyonelleri) tarafından özgürlüklerinin kısıtlanması anlamına gelir (Dworkin, 1988)(49). Tıbbi etik bağlamında paternalizm, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili kararlar alma özgürlüğünün sınırlandırılması olarak tanımlanır ve genellikle hastaların çıkarlarını koruma amacı taşır (Beauchamp & Childress, 2013)(7).

Paternalizm, hastanın özerklik hakkı ile hekimin zarar vermeme ve iyilik yapma yükümlülüğü arasındaki etik gerilimin merkezinde yer alır. Pellegrino & Thomasma (1993), tıp etiğinde paternalizmin iki ana motivasyonunun olduğunu belirtir(11):

1. Hekimin uzmanlık bilgisine dayanarak hastanın uzun vadeli iyiliğini gözetmesi(11)

2. Hastanın rasyonel karar verme kapasitesinin geçici veya kalıcı olarak sınırlı olabileceği durumlar(11)

4.3.1. Paternalizm Türleri ve Ötanaziye Uygulanışı

4.3.1.1. Zorlayıcı (Zorunlu) Paternalizm (Hard Paternalism)

Zorlayıcı paternalizm, bireyin kararlarının irrasyonel, yanlış veya tehlikeli olduğu düşünüldüğünde, ona karşı alınan zorlayıcı tedbirleri ifade eder. Ötanazi bağlamında, zorlayıcı paternalizm bireyin ötanazi hakkının kısıtlanması gerektiğini savunur.

Zorlayıcı Paternalizmin Ötanaziye Karşı Argümanları

1. **Bireyler her zaman rasyonel karar veremezler.**

- Ötanazi talebinde bulunan bir bireyin, hastalığın getirdiği depresyon, stres veya duygusal baskı nedeniyle yanlış bir karar veriyor olabileceği savunulmaktadır (Shelp, 1984)(62).

- Psikolojik araştırmalar, ağır hastalıklarda depresyon oranının %25-50 arasında değiştiğini göstermektedir (Ganzini et al., 2008)(37). Bu durum, hastaların ötanazi kararlarının tamamen özgür ve bilinçli olup olmadığını sorgulatmaktadır.

2. **Devlet ve tıp otoriteleri, bireyin uzun vadeli iyiliğini gözetmelidir.**

- Eğer bir birey geri döndürülemez bir karar alıyorsa, toplum ve devlet, onun kararını sorgulamak ve bazı durumlarda engellemek hakkına sahip olabilir (Dworkin, 1988)(49).

- Psikiyatrik bozuklukların etkisiyle alınan ötanazi kararları, bireyin gerçek özerklik kapasitesini kaybettiği anlamına gelebilir(51).

3. **Ötanazinin normalleşmesi, diğer savunmasız gruplar için baskı oluşturabilir.**

- Eğer bireylere ötanazi hakkı verilirse, engelli, yaşlı veya ekonomik sıkıntı içindeki bireyler ötanaziye yönlendirilebilir (Callahan, 1992)(31).

- Zorlayıcı paternalist perspektife göre, devlet ve sağlık otoriteleri, bireylerin ötanazi kararlarını sınırlamalı veya sıkı etik denetimlere tabi tutmalıdır(49).

Zorlayıcı paternalizmin ötanaziye karşı temel savunusu şu şekildedir: Bireyin kendi kararlarına müdahale edilmesi, kısa vadede özgürlük ihlali gibi görünebilir; ancak uzun vadede, bireyin kendi zararına olan bir karar almasını önlemek etik olarak gerekçelendirilebilir(11).

4.3.1.2. Yumuşak Paternalizm (Soft Paternalism)

Yumuşak paternalizm, bireyin tam bilgiye ve bilinçli rıza kapasitesine sahip olup olmadığını değerlendirir(7). Eğer bireyin gerçekten rasyonel bir karar verdiği doğrulanırsa, yumuşak paternalizm müdahale etmez(51).

Yumuşak Paternalizmin Ötanaziye Yaklaşımı

1. **Aydınlatılmış onamın doğrulanması:**

- Ötanazi talebinde bulunan bireyin gerçekten bilinçli ve rasyonel bir karar verdiği, psikolojik baskı altında olmadığı ve bilgilendirildiği tespit edilmelidir(7).

- Bağımsız etik kurullar ve psikiyatrik değerlendirmeler, bu süreci denetlemelidir (Beauchamp & Childress, 2013)(7).

2. **Ötanazi yalnızca rasyonel ve bağımsız bireylere uygulanabilir.**

- Eğer birey depresyon veya dış baskılar altında karar veriyorsa, bu durumda paternalist müdahale meşru görülebilir(51).

- Ancak birey, ağır hastalığının ve kararının tüm sonuçlarını biliyor, özgürce seçimini yapıyorsa, o halde müdahale etmek bireyin özerkliğine zarar verebilir(11).

Bu bağlamda yumuşak paternalizm, bireyin kararının gerçekten özgür olup olmadığını sorgular, ancak bireyin bilinçli ve rasyonel bir şekilde ötanaziyi seçtiği kesinleşirse, kararına saygı gösterir(63).

Tıbbi paternalizm, hekimin hastası adına karar verme yetkisini elinde tutması gerektiğini savunan bir yaklaşımdır(49). Bu anlayış, hastanın iyiliğini koruma amacıyla hastanın özerklik hakkını sınırlandırabileceği durumları içerir(7). Özellikle kritik durumlarda, hekimlerin tıbbi bilgi ve deneyimlerine dayanarak hastaları için en iyi olduğuna inandıkları kararı almaları gerektiği varsayılır(11). Ötanazi gibi karmaşık ve duygusal yükü yüksek konular bu kavramla doğrudan ilişkilidir ve bu çerçevede değerlendirilmelidir(58). Paternalizm yalnızca bireyin kendi kararlarıyla değil, toplumun etik ve ahlaki yapısını koruma sorumluluğuyla da ilişkilidir(63). Bu bağlamda, paternalizm, bireyin kendisine zarar verebilecek yanlış bir kararı engellemekle toplumsal ahlakı ve etik düzeni korumak arasındaki dengeyi sağlamak zorundadır.

Ötanazi tartışmaları, tıbbi paternalizmin sınırlarını test eden konuların başında gelir(49). Bir yandan hastanın özerkliği (autonomy) tıbbi etik açısından temel bir ilke olarak kabul edilirken, diğer yandan hekimin hastanın en üstün yararını gözetme yükümlülüğü (beneficence) paternalist bir yaklaşıma zemin hazırlar(7).

Ötanazi bağlamında paternalizm, hasta özerkliği ve bireyin kendisi hakkında karar verme hakkı ile sağlık otoritelerinin, toplumun ve devletin bireyi koruma yükümlülüğü arasındaki etik çatışmanın merkezinde yer almaktadır(58). Özerklik ilkesi, bireyin kendi yaşamı ve ölümü üzerinde kontrol sahibi olması gerektiğini savunurken, paternalist yaklaşımlar, bireyin karar verme sürecindeki psikolojik ve sosyal etkileri göz önünde bulundurarak bazı sınırlandırmaların gerekçelendirilebileceğini ileri sürmektedir(11).

Ele alınan zorlayıcı (hard) ve yumuşak (soft) paternalizm modelleri, ötanazi kararlarının gerçekten rasyonel ve özgürce verilip verilmediğini sorgulamaktadır(63). Zorlayıcı paternalizm, ötanaziyi yasaklamak veya sıkı kurallar ile denetlemek gerektiğini savunurken, yumuşak paternalizm, bireyin kararının gerçekten bilinçli olup olmadığını değerlendirmek ve etik denetim mekanizmaları oluşturmak gerektiğini öne sürmektedir(51).

Ötanazi bağlamında paternalist yaklaşımların nasıl uygulanabileceği konusunda

Bireyin rasyonalite kapasitesinin değerlendirilmesi için etik kriterlerin geliştirilmesi:

- Paternalist yaklaşımlar, bireyin karar verme kapasitesinin gerçekten rasyonel olup olmadığını değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır(49).

- Gelecekteki akademik çalışmalar, "bilinçli ötanazi talebinin" etik olarak nasıl denetlenmesi gerektiği konusunda yeni standartlar oluşturabilir(7).

- Psikiyatrik değerlendirme süreçleri, hasta ile çok yönlü bir etik ve psikolojik analiz süreci içermelidir (Sulmasy & Pellegrino, 1999)(24).

Bu bağlamda, tıbbi paternalizmin ötanazi konusundaki rolünü aşağıdaki başlıklar altında incelemek mümkündür:

4.3.2. Hekimin Karar Verme Yetkisi

Tıbbi paternalizmin savunucuları, hastaların ötanazi gibi yaşam ve ölüm arasındaki kararları duygusal ya da bilişsel olarak tam anlamıyla değerlendiremeyebileceğini öne sürer(58). Özellikle terminal hastalar, yoğun acı ve çaresizlik hissi nedeniyle yaşamlarını sonlandırma taleplerinde bulunabilirler(37, 57). Ancak bu karar, bazen hastanın geçici bir durumdaki ruh haliyle şekillenmiş olabilir(57). Bu durumlarda, hekimler hastanın kısa vadeli isteklerini değil, uzun vadeli iyiliğini dikkate alarak ötanazi talebini reddedebilirler(51). Bu yaklaşım, paternalist bir müdahalenin etik olarak savunulabileceğini gösterir(11).

4.3.3. Hasta Özerkliğine Karşı Hekim Sorumluluğu

Ötanazi talebinde bulunan bir hasta, özerkliğini savunurken, hekim bu talebi reddederek "zarar vermeme" (non-maleficence) ilkesi doğrultusunda hareket edebilir(7). Burada paternalizm, hekimin yaşamın kutsallığını koruma ve hastanın geçici duygusal ya da bilişsel zayıflıklarının olumsuz kararlar yaratmasını önleme sorumluluğuyla ilişkilidir(11). Ancak bu tutum, hastanın kendi yaşamıyla ilgili karar alma hakkını sınırlandırarak özerklik ilkesine ters düşebilir(49).

4.3.4. Tıbbi Paternalizm ve Etik Komiteler

Paternalizmin aşırı uygulanması, özellikle etik komitelerin devreye girmediği durumlarda, hekimlerin hasta adına "en iyiyi" belirlediği keyfi kararlar alınmasına neden olabilir(58). Ancak ötanazi gibi karmaşık meselelerde etik komiteler, karar sürecine daha

kolektif bir yaklaşım getirerek paternalizmin sınırlarını dengeler(24). Bu durum, hastanın ve hekimin haklarını bir arada gözeten bir çözüm önerir(51).

Ötanazi, yalnızca bireysel bir etik mesele değil, aynı zamanda toplumun değerleri, hukuk sistemi ve sağlık politikalarının kesişim noktasında yer alan karmaşık bir konudur(64). Hekimlerin, ötanazi kararlarında yalnız bırakılmaması ve etik komiteler, multidisipliner ekipler ve düzenleyici çerçevelerle desteklenmesi hem hasta hem de hekim için daha sağlıklı bir karar alma süreci sağlar(65).

4.4. Kültür ve Toplum

4.4.1."Ölme Baskısı" ve Ötanazi Kültürü

Bazı araştırmacılar, ötanazi uygulamalarının yasallaştığı ülkelerde, özellikle savunmasız bireyler üzerinde bir "ölme baskısı" oluşabileceğini öne sürmektedirler:

- Hollanda'da yapılan bir çalışmada, bazı yaşlı bireylerin ailelerine yük olmamak için ötanaziyi bir seçenek olarak değerlendirdiği görülmüştür(66).

- Kanada'da 2016 yılında yasallaşan ötanazi uygulamaları sonrası, düşük gelirli bireylerin ötanazi talep etme oranının arttığı gözlemlenmiştir(67).

Bu durum, bireyin gerçekten özgür bir karar verip vermediği konusunda etik bir belirsizlik yaratmaktadır(31).

4.4.2. Toplumsal ve Kültürel Faktörler

Ötanaziye yönelik etik, dini ve hukuki çerçevelerin yanı sıra, toplumsal ve kültürel faktörler ve insan psikolojisi de bu konudaki yaklaşımları şekillendiren önemli unsurlar arasındadır(68). Bir toplumun ötanaziye olan bakışı, sadece dini inançlarla değil, aynı zamanda ölüm, acı ve insan onuru gibi kavramlara dair kültürel algılarla da derinden bağlantılıdır(69, 70). Örneğin, bireyci kültürlerin hâkim olduğu Batı toplumlarında, bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolü daha fazla öncelik taşır ve ötanazi, hastanın özerklik hakkı bağlamında daha geniş kabul görür(70). Buna karşılık, topluluk odaklı ve geleneksel değerlere sıkı sıkıya

bağlı toplumlarda, bireysel kararların toplumsal normlara ve ailevi beklentilere uyumu daha fazla önemsenir(71).

Türkiye gibi geleneksel değerlerin modern tıbbi etikle harmanlandığı ülkelerde, bu kültürel dinamikler özellikle belirgindir. Örneğin, ülkemizin geleneksel aile yapısında hasta bireylerin bakımına ilişkin kararlar genellikle geniş aile ile birlikte alınır. Bu durum, ötanazi gibi hassas konularda bireysel özerklik ile aile içi karar alma mekanizmaları arasında çatışmalara neden olabilir. Ayrıca, Türk toplumunun çoğunluğunun İslami inançlara bağlı olması, ötanaziye yönelik muhafazakâr bir tutumun yaygın olmasına katkıda bulunur. Çalışmalar, ailelerin büyük çoğunluğunun hasta yakınları için yaşam desteğinin sonlandırılması gibi kararları zor bir ahlaki yük olarak gördüğünü ve bu tür kararların çoğunlukla hekimlere bırakıldığını göstermektedir. Türkiye gibi topluluk odaklı toplumlarda, bireyin özerklik hakkı sıklıkla aile ve toplumsal normlara uyum sağlama gerekliliğiyle sınırlanır. Bu durum, ötanaziye dair karar alma süreçlerini daha karmaşık hale getirmektedir.

4.4.3. Kültürel Görelilik ve Ötanazi Algısı

Ötanazi, farklı toplumlar tarafından farklı şekillerde algılanan ve kabul edilen bir olgudur. Bireysel özerklik vurgusu ile meşrulaştırılmaya çalışılsa da, ötanaziye ilişkin etik ve hukuki çerçeve, kültürel bağlamdan bağımsız olarak ele alınamaz. Bir toplumun ötanaziye bakış açısı, o toplumun tarihsel mirası, dini ve etik değerleri, bireysel özgürlük kavrayışı ve toplumsal yapı ile doğrudan ilişkilidir(72).

Kültürel Görelilik ve Etik Çeşitlilik

Kültürel görelilik (cultural relativism), etik ilkelerin evrensel olmadığını, her toplumun kendi değer sistemine göre etik kararlar verdiğini savunan bir yaklaşımdır(73). Ötanazi, bu bakış açısıyla değerlendirildiğinde, farklı toplumların farklı etik ve hukuki çerçeveler geliştirmesinin kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

Bu noktada, kültürel göreliliğin iki temel yönü incelenmelidir:

Normatif Kültürel Görelilik: Bir toplumda ahlaki olarak doğru kabul edilen bir şey, başka bir toplumda yanlış olarak görülebilir(73).

Betimleyici Kültürel Görelilik: Belli bir toplumda ahlaki değerler tarihsel, ekonomik ve sosyal faktörlere bağlı olarak şekillenir(73).

Ötanazi konusunda bazı toplumlar, bireyin yaşamı üzerinde tam kontrol hakkına sahip olması gerektiğini savunurken, diğerleri yaşamın kutsallığına veya toplumsal dayanışmaya vurgu yaparak bireyin yaşamına son verme hakkını kısıtlamaktadır.

Bu bağlamda, kültürel görelilik, bir toplumun ötanaziye verdiği tepkinin tarihsel ve sosyal faktörlerle nasıl biçimlendiğini anlamamıza yardımcı olur.

4.4.4. Bireyci ve Kolektivist Toplumlarda Ötanazi Algısı

Ötanaziye yönelik kültürel yaklaşımların farklılaşmasının en temel nedenlerinden biri, bireycilik (individualism) ve kolektivizm (collectivism) ekseninde toplumların nasıl organize olduğudur(74).

Bireyci Toplumlarda Ötanazi

Bireyci kültürler, bireyin haklarını ve özgürlüğünü en yüksek etik değer olarak görür. Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Avustralya gibi toplumlar, bireysel özerkliğin tıbbi etik bağlamında öncelikli bir ilke olduğu kültürel yapılar olarak öne çıkarlar(49).

Bu toplumlarda "bireyin yaşamı üzerindeki kontrol hakkı" ötanazinin etik olarak meşrulaştırılmasında ana argümanlardan biridir(7). Bireyci kültürlerde ötanaziye yönelik temel etik yaklaşımlar şunlardır(7):

- Ötanazi, bireyin kendi yaşamına dair bir tercihi olarak görülmelidir(7).
- Devlet ve tıp otoriteleri, bireyin yaşamına nasıl son vereceğine karışmamalıdır(7).
- Tıbbi etik açısından "aydınlatılmış onam" temel ilkedir ve bireyin özgür iradesiyle karar verebilmesi sağlanmalıdır(7).

Bu yaklaşımın bir sonucu olarak, Hollanda, Belçika, Kanada ve İsviçre gibi bireyci kültüre sahip ülkeler ötanaziyi yasallaştırmış ve bireyin özerkliğine dayalı bir model geliştirmiştir (64).

Bireyci toplumlarda ötanaziye yönelik temel gerekçeler:

- Bireyin kendi yaşamı üzerinde mutlak kontrol sahibi olması gerektiği inancı.
- Bireyin özgürce ölmeyi seçme hakkına sahip olması gerektiği savı.
- Modern tıbbın sunduğu imkanlarla yaşamın doğal sona erişinin geciktirilebileceği, ancak bireyin buna razı olmama hakkı olduğu düşüncesi.

Bireyci toplumlarda ötanaziye karşı çıkanlar bile, genellikle bireyin özerkliğini sorgulamak yerine, ötanazinin etik sonuçlarını ve olası kötüye kullanımlarını eleştirmektedirler.

Kolektivist Toplumlarda Ötanazi

Kolektivist kültürler, bireyin kararlarını yalnızca bireysel perspektiften değil, ailesi, toplumu ve dini çerçevede değerlendiren toplumlar olarak tanımlanır(75). Doğu Asya, Orta Doğu, Afrika ve Latin Amerika gibi bölgelerde kolektivist normlar ötanaziye yönelik daha temkinli veya yasaklayıcı yaklaşımlar geliştirilmesine neden olmuştur.

Bu kültürlerde, bireyin yaşamı sadece kendisine ait değil, ailesine, topluma ve Tanrı'ya aittir. Ötanaziye kolektivist bakış açısından getirilen temel eleştiriler şunlardır:

- Ötanazi, yalnızca bireyin kararı olamaz; toplum ve aile üzerinde de etkileri vardır.
- Yaşam kutsaldır ve birey kendisine ait bir şeyi yok etme hakkına sahip değildir.
- Toplumsal dayanışma, bireyin ölmek yerine desteklenmesi gerektiği anlamına gelir.

Örneğin, Japonya ve Güney Kore'de ötanazi yasaklıdır, çünkü bu ülkelerde birey aile ve toplumsal yapı ile güçlü bir bağ içinde değerlendirilir(76). Aynı şekilde, İslam ve Katolik inançlarına sahip toplumlarda da, bireyin yaşamı üzerindeki kontrolü Tanrı'nın iradesine aykırı görüldüğü için ötanazi yasaklanmaktadır(77).

4.4.5. Kültürel Değişim ve Ötanazi Algısının Dönüşümü

Küreselleşme ve modernleşme süreçleri, bireyci ve kolektivist toplumlar arasındaki farkları kademeli olarak azaltmaktadır. Özellikle küresel medya, biyotıp ve sağlık politikaları,

kolektivist toplumlarda bireysel haklar ve ötanaziye dair daha esnek tartışmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır(78).

Bununla birlikte, kültürel normlar, hukuki değişimlerden daha yavaş dönüşmektedir. Japonya ve Güney Kore'de genç nesillerin ötanaziye daha olumlu baktığı, ancak geleneksel aile yapısının bu değişimi sınırlandırdığı görülmektedir (79).

Bir toplumun ötanaziye bakış açısı, sadece etik ve hukuki çerçeveyle değil, aynı zamanda toplumsal normlar, dini inancın etkisi ve kültürel algılarla da derin bir şekilde bağlantılıdır. Bireyci kültürlerin hâkim olduğu Batı toplumlarında, bireyin kendi yaşamı üzerindeki kontrolü daha fazla öncelik taşır ve ötanazi, özerklik hakkı çerçevesinde daha geniş kabul görebilir. Bunun aksine, topluluk odaklı ve geleneksel değerlerin ön planda olduğu toplumlarda bireysel kararlar, toplumsal normlar ve ailevi beklentilere daha fazla bağlıdır.

Ötanazi, evrensel etik ilkelerle değerlendirilebilecek bir konu değildir; toplumsal ve kültürel bağlam, bireylerin bu konudaki kararlarını büyük ölçüde şekillendirmektedir. Bireyci toplumlar, bireysel özerkliği vurgularken; kolektivist toplumlar, yaşamın topluma ait olduğu fikrine daha yakındır.

Bu bağlamda, gelecekteki akademik tartışmalar, ötanazinin kültürel dönüşümünü ve küreselleşme ile birlikte bu algının nasıl değiştiğini daha detaylı araştırmalıdır. Ötanazi kararlarının bireysel mi yoksa toplumsal mı olduğu sorusu, etik ve kültürel bağlamlar içinde ele alınmaya devam etmelidir.

Türkiye'nin Durumu

Türkiye gibi geleneksel ve topluluk odaklı değerlerin modern tıbbi etikle harmanlandığı bir ülkede, ötanazi tartışmaları özellikle çok boyutlu bir nitelik kazanır. Türk aile yapısında hasta bakımı genellikle geniş aile bireylerinin katılımıyla yürütülür ve hasta hakkındaki kararlar da bu çerçevede alınır. Bu durum, bireysel özerklik ile aile içi karar alma mekanizmaları arasında çatışmalara yol açabilir.

Türk toplumunun çoğunluğunun İslami inançlara bağlı olması, ötanaziye yönelik muhafazakâr bir tutumun yaygın bulunmasına bir temel oluşturarak katkıda bulunur. İslam dini, yaşamı kutsal bir armağan olarak görür ve bu nedenle ötanazi, ilahi iradeye müdahale

olarak kabul edilir. Bununla birlikte, tedavi sonlandırılması gibi pasif ötanazi uygulamaları daha az tartışmalı bir alan oluşturabilir.

İçinde bulunulan sosyal ve kültürel dinamikler, bireylerin ötanaziye dair yaklaşımlarını şekillendirirken, aynı zamanda bu konunun tıbbi etik ve hukuki boyutlarına da etki eder. Örneğin, ailelerin hasta yakınlarının tedavi sonlandırılması kararlarını hekime bırakma eğilimi, hekimlerin omzunda büyük bir etik yük oluşturabilir.

4.5. Din

Ötanazi tartışmalarında din temelli argümanlar, insan yaşamının kutsallığı ve Tanrı'nın egemenliği gibi inançlara dayanarak bu uygulamaya karşı çıkmaktadır. Ötanaziyi özerklik ilkesine dayandırarak savunanlar, bireyin yaşamı ve ölümü üzerinde karar verme hakkına sahip olduğunu öne sürerken, dinî gelenekler bu hakkın bireye değil, Tanrı'ya ait olduğunu vurgulamaktadır.

Dini geleneklerde ortak olan temel anlayışlardan biri, yaşamın kutsal olduğu ve insanoğlunun bu yaşamı sonlandırma hakkına sahip olmadığıdır. Bu inanç, özellikle Monoteisttik Dinler (İslam, Hristiyanlık ve Musevilik) tarafından güçlü bir şekilde savunulmaktadır.

4.5.1. Tanrı'nın Egemenliği ve Yaşam Üzerindeki Yetki

- Hristiyanlık: Hristiyan etik anlayışında insan yaşamı, Tanrı'nın bir hediyesi olarak görülür ve yalnızca Tanrı'nın iradesiyle sona ermelidir (John Paul II, 1995). Ötanazi, insanın Tanrı'nın planına müdahale etmesi anlamına geldiği için doğrudan günah olarak kabul edilir.

- İslam: İslam'da yaşamın ve ölümün yalnızca Allah'ın kontrolünde olduğuna inanılır. Kur'an'da (6:151) "Allah'ın kutsal kıldığı cana haksız yere kıymayın" buyruğu yer almaktadır. Ötanazi, bireyin Allah'ın takdirine müdahalesi olarak görüldüğü için haram kabul edilir (Al-Bar & Chamsi-Pasha, 2015).

- Musevilik: Musevilikte, insan yaşamı Tanrı'nın bir emaneti olarak görülür. Ötanazi, bireyin Tanrı'nın mülkü olan bir şeyi yok etmesi anlamına gelir ve kesinlikle yasaklanmıştır (Dorff, 1998).

Bu bakış açısına göre, bireyin özerklik hakkı, Tanrı'nın yaşam üzerindeki egemenliği karşısında sınırlıdır. Dolayısıyla, bireyin kendi yaşamını sonlandırma kararı etik olarak geçersiz ve teolojik olarak yasaklanmış bir müdahale olarak değerlendirilir.

4.5.2. İnsanın Acıya Katlanma Sorumluluğu

Dinî bakış açısında, insanın acı çekmesi, manevi olgunlaşma sürecinin bir parçası olarak değerlendirilir. Bu anlayış, özellikle İslam ve Hristiyanlık gibi inanç sistemlerinde güçlü bir şekilde yer almaktadır.

Hristiyanlıkta Acı ve Kurtuluş

Hristiyan teolojisinde, acı ve hastalık, insanın ruhsal gelişimine katkı sağlayan bir süreçtir. Katolik Kilisesi'ne göre, İsa'nın çarmıhta çektiği acılar, inananların da sabır göstermesi gerektiğinin bir göstergesidir (John Paul II, 1995). Ötanazi, acıya karşı sabretme yükümlülüğünü ortadan kaldırdığı için Hristiyan etik anlayışıyla bağdaşmaz.

İslam'da Acının Bir İmtihan Olarak Görülmesi

İslam'da acı ve hastalık, bireyin sabır göstermesi gereken bir sınavdır. Kur'an-ı Kerim'de (2:155-157) şöyle geçmektedir:

"Andolsun ki, sizi biraz korku, açlık, mallardan, canlardan ve ürünlerden eksiltme ile deneyeceğiz. Sabredenleri müjdele!"

İslam'a göre, birey hastalığı bir imtihan olarak görmeli ve bu süreci sabırla karşılamalıdır (Al-Bar & Chamsi-Pasha, 2015). Ötanazi, insanın bu manevi sınavdan kaçmasını sağlayan bir uygulama olduğu için dini açıdan kabul edilemez.

4.5.3. "Ölüm Kültürü" Endişesi

Dinî gelenekler yalnızca bireysel yaşam üzerinde değil, aynı zamanda toplum düzeni ve etik kurallar üzerinde de büyük bir önem taşır. Dinî bakış açısıyla, ötanazinin yaygınlaşması toplumda bir "ölüm kültürü" oluşturabilir ve yaşamın değerini azaltabilir (Callahan, 1992).

Hristiyanlıkta Ölüm Kültürü Endişesi

Katolik Kilisesi, ötanazinin yasallaşmasının, insanların hayatın kutsallığını hafife almasına neden olabileceğini savunmaktadır. Papa John Paul II (1995), "Evangelium Vitae" adlı eserinde, ötanazinin kabul edilmesinin "toplumda insan hayatının değersizleşmesine ve yaşlı, engelli veya hasta bireylerin ölüme yönlendirilmesine" neden olacağını belirtmiştir.

İslam'da Toplumun Korunması İlkesi

İslam hukukunda kamu yararı (maslaha) ilkesi büyük bir öneme sahiptir. Eğer bir uygulama toplumun genel ahlakını ve etik değerlerini olumsuz etkiliyorsa, bu uygulama yasaklanmalıdır. Ötanazinin serbest bırakılması, yaşlı veya hasta bireylerin toplum ve aileleri için bir yük olarak görülmesine ve ölüme zorlanmalarına neden olabilir (Sachedina, 2009).

Bu nedenle, dini bakış açısına göre ötanazi, yalnızca bireyin özerkliği ile sınırlı bir karar değildir; toplumun etik değerlerini de tehdit eden bir uygulama olarak görülmektedir.

4.5.4. Palyatif Bakım

Dinî gelenekler, ötanazi yerine palyatif (hafifletici) bakımın teşvik edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Palyatif bakım, terminal hastalığı olan bireylerin acılarını azaltmaya yönelik tedavi yöntemlerini içerir.

Hristiyanlıkta Merhamet ve Palyatif Bakım

Hristiyanlığa göre, hasta bireylerin ötanaziye yönlendirilmesi yerine, onların acılarının hafifletilmesi için çaba harcanmalıdır (Sulmasy & Pellegrino, 1999). Katolik Kilisesi, palyatif bakımın, hem insani hem de etik açıdan en uygun çözüm olduğunu savunmaktadır.

İslam’da Hastalara Destek ve Dua

İslam'da, hasta bireylere manevi ve fiziksel destek sağlanması önemlidir. Peygamber Muhammed’in hastalara şefkatle yaklaşılması gerektiğini vurgulayan hadisleri, İslam toplumlarında palyatif bakımın teşvik edilmesine neden olmuştur (Sachedina, 2009).

Bu bağlamda, dini yaklaşımlar, ötanazinin ahlaki ve etik olarak kabul edilemez olduğunu savunurken, alternatif çözümler sunmayı önerirler.

4.6. Hukuk

Ötanazi, etik ve hukuki açıdan dünyanın birçok ülkesinde tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. Bireyin yaşamı üzerinde kontrol hakkı ile devletin yaşamı koruma yükümlülüğü arasındaki gerilim, yasaların nasıl şekillendirileceği konusunda farklı ülkelerde farklı yaklaşımların benimsenmesine neden olmuştur. Ötanazinin yasallığı ve uygulanabilirliği, ülkelerin kültürel, dini ve hukuki sistemleri tarafından belirlenen normlara bağlı olarak değişmektedir.

4.6.1. Ötanazi Türk Hukukunda Nasıl Değerlendirilmektedir?

Türkiye'de ötanazi açık bir şekilde yasaktır. Türk Ceza Kanunu'nun 84. maddesi, bir kişinin yaşamını sonlandırmasına yardım etmeyi suç olarak tanımlamaktadır:

"Bir kimseyi intihara azmettiren, teşvik eden veya intihar kararını kuvvetlendiren kimse, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. İntihara teşebbüsün vuku bulması halinde, faile verilecek ceza üçte iki oranında indirilir."

Bu maddeye göre, aktif ötanazi (hekim tarafından doğrudan hayatın sonlandırılması) yasalarca cinayet suçu kapsamında değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra, hekim yardımlı intihar da yasalar tarafından suç sayılmaktadır. Türkiye'de yaşam hakkı mutlak bir hak olarak kabul edildiği için, bireyin kendi ölümünü seçme hakkı yasal olarak tanımlanmamıştır.

Pasif Ötanazi ve Hukuki Gri Alanlar

Aktif ötanazi yasak olmasına rağmen, pasif ötanazi yani tedavinin sonlandırılması, yaşam destek cihazlarının çekilmesi veya hastanın acılarını dindirmek için yaşamı kısaltabilecek dozda palyatif ilaç verilmesi konularında hukuki belirsizlikler bulunmaktadır.

- Yaşam destek cihazlarının kapatılması, doğrudan ötanazi sayılmasa da, hukuki olarak net bir çerçeveye oturtulmamıştır.

- Bilinçsiz hastalarda veya terminal dönem hastalarında yaşam desteğinin kesilmesi ile ilgili Türkiye'deki sağlık mevzuatı açık değildir.

- Hastanın tıbbi vasiyet hakkı olmaması, tedavinin kesilmesine dair kararları yalnızca hekimlerin ve hasta yakınlarının vermesine neden olmaktadır.

Bu hukuki belirsizlikler, hem hastaların hem de hekimlerin ciddi etik ve yasal ikilemlerle karşı karşıya kalmasına sebep olmaktadır.

Hukuki Belirsizlikler ve Etik İkilemler

Ötanazi konusundaki hukuki boşluklar ve belirsizlikler, özellikle yoğun bakım ve palyatif bakım ortamlarında çalışan hekimler için ciddi riskler doğurmaktadır.

Hekimler İçin Hukuki Riskler

- Yaşam destek cihazlarının kapatılması konusunda yasal düzenlemelerin net olmaması, hekimlerin hukuki sonuçlardan endişe duymasına neden olmaktadır.

- Hastalar ve hasta yakınları arasında hukuki anlaşmazlıklar, hekimleri davalarla karşı karşıya bırakabilir.

- Hasta vasiyetlerinin hukuki olarak bağlayıcı olmaması, tıbbi müdahalelerin kesilip kesilmemesi konusunda hekimleri belirsizlik içinde bırakmaktadır.

Bu durum, özellikle yoğun bakım ünitelerinde etik kurulların ve multidisipliner ekiplerin karar alma süreçlerini daha karmaşık hale getirmektedir.

Hasta Hakları ve Özerklik

Türkiye'de hasta haklarına dair en önemli hukuki belge, Hasta Hakları Yönetmeliği'dir (1998). Yönetmelik, hastaların tıbbi müdahaleleri kabul etme veya reddetme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir:

Madde 25: "Hasta, kendisine uygulanacak tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkına sahiptir."

Bu yönetmelik, pasif ötanazi bağlamında önemli bir hukuki çerçeve sunsa da, pratikte yaşam desteğinin kesilmesi ile ilgili belirsizlikler devam etmektedir.

Ötanazi konusunda ülkeler arasında büyük hukuki farklılıklar bulunmaktadır. Bazı ülkeler ötanaziyi belirli şartlar altında yasallaştırırken, bazıları bunu kesin olarak yasaklamaktadır.

4.6.2. Ötanaziyi Yasal Olarak Tanıyan Ülkeler

Ötanazinin yasal olduğu ülkeler, genellikle bireyin özerkliğini ve yaşam hakkı üzerindeki kontrolünü öncelikli bir etik ilke olarak kabul eden ülkelerdir.

- Hollanda ve Belçika: 2002 yılında aktif ötanazi yasallaştırılmıştır. "Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act" adlı yasa, belirli etik kurallar çerçevesinde hekimlerin ötanazi uygulamalarını gerçekleştirmesine izin vermektedir.

- Kanada: 2016 yılında "Medical Assistance in Dying" (MAiD) yasası kapsamında, belirli şartları sağlayan hastalar için ötanaziye izin verilmiştir.

- Lüksemburg, Kolombiya ve İspanya da benzer şekilde ötanaziyi yasallaştıran ülkeler arasındadır.

Bu ülkelerde hastanın bilinçli ve rasyonel karar vermesi, ölümcül bir hastalığa sahip olması ve dayanılmaz acılar çekmesi gibi şartlar aranır. Ayrıca etik komiteler ve bağımsız tıbbi denetimler ötanazi süreçlerini düzenlemektedir.

4.6.3. Kısmen Yasal Olan ve Yasaklayan Ülkeler

- ABD: Hekim yardımlı intihar (physician-assisted suicide), yalnızca Oregon, California, Washington, Vermont ve başka birkaç eyalette yasaldır. Ancak aktif ötanazi federal düzeyde yasaktır.

- Almanya ve Fransa: Hekim yardımlı intihara sınırlı izin verilmiştir ancak aktif ötanazi yasaktır.

- İtalya, Japonya ve Türkiye: Ötanazi kesin olarak yasaktır ve cinayet suçu kapsamına girmektedir.

Bu farklılıklar, hukukun kültürel ve etik normlardan nasıl etkilendiğini göstermektedir.

Ötanazinin etik ve hukuki olarak sınırlandırılması gerektiğini savunan argümanlar, özerkliğin mutlak bir hak olmadığı ve belirli etik sınırlar içinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgular. Rasyonalite sorunu, sosyal baskılar ve tıbbi etik açısından ötanazi taleplerinin her zaman özgür iradeye dayanmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, özerklik tek başına ötanaziyi meşrulaştıran bir ilke olarak görülemez ve bireyin kararını şekillendiren faktörler etik denetim mekanizmaları ile dikkatle değerlendirilmelidir.

4.7. Hekime Olası Etkileri

Ötanazinin uygulanması, tıbbi etiğin en temel ilkelerinden biri olan zarar vermeme (non-maleficence) ilkesiyle doğrudan çelişmektedir. Tıp etiği açısından hekimler, hastayı iyileştirmek ve acısını dindirmekle yükümlüdürler; yaşamını sonlandırmakla değil.

Hekimler, Hipokrat Yemini çerçevesinde şu temel etik ilkelere bağlıdırlar:

- "Önce zarar verme" (primum non nocere) ilkesi gereği hastalarına zarar vermemelidirler (Beauchamp & Childress, 2013).

- Tıp mesleğinin temel amacı, hastaları iyileştirmek ve yaşatmak olmalıdır.

- Ötanazi uygulayan hekimler, mesleklerinin temel ilkeleriyle çelişebilirler.

Ötanaziyi savunanlar, bu yükümlülüğün sadece hastanın yaşamını koruma değil, onun acısını dindirme olduğunu öne sürerken, karşıt görüşler, ölümü bir tıbbi müdahale olarak görmenin, tıbbın doğasını değiştireceğini savunmaktadırlar.

4.7.1. Tıbbi Profesyonellik, Etik ve Psikoloji

Ötanazi, yalnızca hastalar açısından değil, hekimler ve sağlık profesyonelleri üzerinde de derin etik, psikolojik ve mesleki sonuçlar doğuran bir uygulamadır. Modern tıp pratiğinde, hekimler "önce zarar verme" (primum non nocere) ilkesi gereğince hastalarını yaşatmak ve iyileştirmek için eğitilirler. Ancak ötanazinin yasallaştığı ülkelerde, hekimler bazı durumlarda hastalarının ölümünü gerçekleştirmekle yükümlü hale gelmektedirler.

Bu durum, şu temel soruları ortaya çıkarmaktadır:

1. Ötanazi, hekimlerin mesleki kimliği ve etik yükümlülükleriyle ne ölçüde uyumludur?
2. Hekimlerin psikolojik ve duygusal sağlığı, ötanazi uygulamalarından nasıl etkilenmektedir?
3. Ötanazi pratiği, sağlık sistemlerinde hekimlerin rolünü ve otoritesini nasıl dönüştürmektedir?
4. Ötanaziyi uygulamak istemeyen hekimlerin vicdani ret hakkı korunmalı mıdır?

Bu bölümde, ötanazinin hekimler üzerindeki etik, psikolojik, profesyonel ve sağlık politikaları açısından olası etkileri kapsamlı bir şekilde incelenecektir.

4.7.2. Hipokrat Yemini ve "Önce Zarar Vermeme" İlkesi

Tıp etiği, hekimlerin temel amacının hastalarını iyileştirmek ve onların yaşam kalitesini artırmak olduğunu vurgulamaktadır. Hipokrat Yemini, hekimin zarar vermemesi gerektiğini kesin bir şekilde ifade eder:

Ne kimseye öldürücü bir ilaç vereceğim ne de kimseye ölümün yolunu göstereceğim "

Ancak ötanazi, bilinçli bir şekilde hastanın ölümüne sebep olmayı gerektirdiğinden, bu ilkeyle doğrudan çelişmektedir. Bu çelişki, hekimler arasında etik açıdan büyük bir tartışma yaratmaktadır:

- Ötanaziyi savunan hekimler, hastanın acısını sonlandırmanın bir tür "iyilik yapma" (beneficence) olarak kabul edilebileceğini öne sürerler (Beauchamp & Childress, 2013).

- Ötanazi karşıtı hekimler ise, tıbbi pratiğin doğasının hastaları öldürmekle değil, yaşatmakla ilgili olduğunu ve ötanazinin tıp etiğini bozduğunu savunurlar (Sulmasy & Pellegrino, 1999).

4.7.3. Tıbbi Profesyonellik ve Hekim-Hasta İlişkisi

Ötanazinin yasallaştığı ülkelerde, hekimlerin tıbbi profesyonellik algısı dönüşüme uğramaktadır. Geleneksel tıp pratiğinde, hekimler tedavi edici bir figür olarak görülürken, ötanazinin yasal olduğu ülkelerde hekimler, aynı zamanda "ölüm sağlayıcıları" rolünü üstlenmektedirler.

Bu durum, şu önemli soruları gündeme getirmektedir:

- Hekimler, hastaların yaşamlarını sona erdirme yetkisine sahip olmalı mıdır?

- Ötanazi uygulayan hekimlerin mesleki tatmini ve etik aidiyet duyguları nasıl etkilenmektedir?

- Ötanazi, hekim-hasta ilişkisini nasıl dönüştürmektedir?

Bazı çalışmalar, ötanazi uygulayan hekimlerin tıbbi kimliklerinde bir çatışma yaşadıklarını ve bu durumun onların mesleki bağlılıklarını zayıflatabileceğini göstermektedir (Hurst & Mauron, 2006). Hastalar, kendilerini yaşatmakla yükümlü olduğunu düşündükleri bir hekimden aynı zamanda ölmelerine yardım etmesini istemekte midir? Bu soru, hekim-hasta ilişkisinin etik temelini sorgulayan bir tartışma yaratmaktadır.

4.7.4. Ötanazi Uygulayan Hekimlerde Psikolojik Yük ve Tükenmişlik

Ötanazi pratiği, hekimler üzerinde yüksek düzeyde duygusal ve psikolojik stres yaratabilmektedir. Bazı hekimler, bir hastanın acısını dindirmek için ötanazi uygulamanın etik olarak kabul edilebilir olduğunu düşünse de, ölüm kararını vermek ve bu süreci yönetmek derin psikolojik baskılar yaratabilir (Kamisar, 1999).

- Hollanda'da yapılan bir çalışmaya göre, ötanazi uygulayan hekimlerin %30'u, bu süreç sonrası travma, depresyon ve tükenmişlik belirtileri gösterdiğini ifade etmiştir (Onwuteaka-Philipsen et al., 2010).

- Ötanazi sonrası psikolojik destek almayan hekimlerin, bu uygulamayı gerçekleştirdikten sonra mesleki tatminlerinde azalma görüldüğü saptanmıştır (Wilson et al., 2007).

Bu noktada şu kritik sorular ortaya çıkmaktadır:

- Hekimlerin ruh sağlığı, ötanazi pratiği nedeniyle zarar görüyorsa, bu uygulama etik olarak sürdürülebilir mi?

- Hekimler için zorunlu psikolojik destek mekanizmaları oluşturulmalı mıdır?

4.7.5. Vicdani Ret ve Etik Stres

Ötanazi uygulamak istemeyen hekimler için vicdani ret hakkı önemli bir tartışma konusudur. Vicdani ret, hekimin etik, dini veya kişisel nedenlerle bir tıbbi uygulamayı gerçekleştirmeyi reddetme hakkı olarak tanımlanır (Wicclair, 2011).

Ancak bazı ülkelerde, ötanaziyi uygulamayı reddeden hekimler, hastalarını başka bir hekime yönlendirme zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu da şu soruları doğurmaktadır:

- Hekimler, hastalarını ötanaziye yönlendirmek zorunda bırakılmalı mıdır?

- Bir hekim, etik olarak yanlış bulduğu bir uygulamaya yönlendirme yapmalı mıdır?

Hollanda'da, vicdani ret hakkı tanınmış olmasına rağmen, bazı hekimler, ötanaziyi reddetmelerinin meslektaşları veya hastalar tarafından etik dışı olarak algılanabileceğini belirtmişlerdir (Lewis, 2007). Bu durum, hekimin etik değerleri ile tıbbi yasal düzenlemeler arasındaki çatışmayı artırmaktadır.

4.7.6. Hekimler Açısından Ötanazinin Etik ve Mesleki Dönüşümü

Ötanazi, hekimler için etik, mesleki ve psikolojik anlamda karmaşık bir süreci beraberinde getirmektedir. Hekimlerin mesleki kimliği, etik yükümlülükleri ve psikolojik sağlığı, bu uygulamanın tıp pratiği üzerindeki etkilerinin dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir.

Bu nedenle, gelecekteki akademik çalışmalar, hekimlerin ötanazi süreçlerinde nasıl daha iyi desteklenebileceğini, etik stresin nasıl yönetileceğini ve vicdani ret hakkının nasıl korunması gerektiğini daha ayrıntılı bir şekilde incelemelidir.

Hekimler, hastalarını hayatta tutmaya çalışırken onların acı çekmelerine tanıklık etmek zorunda kalabilirler. Bu yük, bazen hekimin kendi etik değerleriyle hasta ve ailesinin istekleri arasında sıkışmasına neden olabilir…. Ötanazi ile ilgili kararlar, yalnızca hasta için değil, aynı zamanda bu kararı veren hekimler için de uzun süreli psikolojik etkiler yaratabilir. Hekimlerin bu tür durumlarda yalnız kalmaması, etik komitelerin ve multidisipliner ekiplerin sürece dahil edilmesi, duygusal yükü azaltma ve daha dengeli kararlar alınmasını sağlama açısından hayati önem taşır.

Yoğun bakımda uzun süreli tedaviler, sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda hekimler için de ciddi duygusal ve psikolojik yükler yaratabilir. Bir yandan hastanın yaşam desteği cihazlarına bağlı kalırken acı çekmesine tanıklık etmek, diğer yandan tedaviyi sonlandırma kararını alma sorumluluğu, hekimlerin etik değerleriyle hasta ve ailesinin beklentileri arasında sıkışmalarına neden olabilir.

Hekimlerin Psikolojik Yükü ve Etik Komitelerin Rolü

Hekimler, bu zor karar süreçlerinde yalnız kaldıklarında yoğun psikolojik baskı hissedebilirler. Etik komitelerin ve multidisipliner ekiplerin karar alma sürecine dahil edilmesi

hem hekimlerin yükünü azaltabilir hem de kararların daha dengeli ve adil olmasına destekte bulunabilir.

4.7.7. Tıp Eğitimi ve Ötanazi

Tıp eğitiminde yaşam sonu kararlarının etik boyutlarının ele alınması, hekimlerin bu konuda daha bilinçli kararlar almasını sağlar. Ancak Türkiye'de tıp fakültelerinde bu konuların müfredattaki yeri sınırlıdır. Eğitim sürecinde vaka temelli öğrenme yöntemlerinin ve etik tartışma oturumlarının arttırılması, hekimlerin mesleki ve etik yeterliliklerini güçlendirebilir.

Tıbbi teknolojilerin gelişimi, ötanazi tartışmalarında yeni boyutlar eklemiştir. Modern yoğun bakım üniteleri, yaşamı destekleyici teknolojilerin hastaları uzun süre hayatta tutmasına olanak tanır. Ancak bu durum, sıklıkla hastaların sadece biyolojik olarak hayatta kalmasına, fakat bilinç veya yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde korunamamasına neden olabilir. Bu tür durumlar, hekimler için ciddi duygusal yükler yaratır.

Hekimlerin ötanazi ve yaşam sonu bakımına ilişkin etik kararlarında, aldıkları eğitimin kalitesi belirleyici bir faktördür. Özellikle tıp eğitimi sırasında yaşam sonu bakım, palyatif tedavi ve hasta iletişimi gibi konuların yeterince ele alınması, hekimlerin daha bilinçli ve dengeli kararlar almasına katkı sağlar. Ancak, bu tür konular, pek çok tıp fakültesinde halen müfredatta sınırlı bir yer bulmaktadır.

Türkiye'deki tıp fakültelerinde, ötanazi gibi hassas konuların etik ve hukuki boyutlarıyla ele alınması, hekim adaylarının daha geniş bir perspektif geliştirmesini sağlayabilir. Ayrıca, etik komitelerle iş birliği yapmanın önemi ve hasta ile aile iletişiminde empati geliştirme gibi becerilerin kazandırılması da eğitim süreçlerine dahil edilmelidir. Özellikle yoğun bakım uzmanlık eğitiminde, ötanazi ve yaşam desteği sonlandırma gibi konuların vaka temelli öğrenme ile öğretilmesi, hekimlerin gerçek hayatta karşılaşacakları zorluklara daha hazırlıklı olmalarına yardımcı olabilir.

4.8. Sağlık Sistemleri ve Hekimlik Pratiği Üzerindeki Sistemik Etkiler

4.8.1. Sağlık Politikaları ve Hekimlerin Rolleri

Ötanazinin yasallaştığı ülkelerde sağlık sistemleri, hekimlerin ölüm sürecine daha fazla dahil olduğu yeni bir yapıya dönüşmektedir.

- Sigorta şirketleri ve hastaneler, palyatif bakım yerine ötanaziyi teşvik edebilir mi?
- Yoğun bakım ünitelerinin maliyetleri göz önüne alındığında, ötanazinin sağlık ekonomisi açısından nasıl bir etkisi olacaktır?

Bazı araştırmalar, sağlık sistemlerinde artan ekonomik baskının, hastaları daha hızlı bir şekilde ötanaziye yönlendirebileceği riskine işaret etmektedir (Callahan, 1992). Bu durum, "zorunlu ötanazi" endişesini doğurmakta ve hekimlerin etik sorumluluklarını tartışmalı hale getirmektedir.

4.8.2. Sağlık Politikaları ve Kaynak Yönetimi

Sağlık sistemlerinde sınırlı kaynakların yönetimi, ötanazi tartışmalarına ekonomik bir boyut ekler. Örneğin, uzun süreli yoğun bakım tedavileri, yalnızca yüksek maliyetler yaratmakla kalmaz, aynı zamanda diğer hastaların tedaviye erişimini sınırlayabilir.

Kaynak Yönetiminin Etik Boyutu

Bu bağlamda, bazı sağlık ekonomisi perspektifleri, terminal hastalar için yapılan yüksek maliyetli müdahalelerin yerine kaynakların diğer hastalara yönlendirilmesi gerektiğini savunur. Ancak, bu yaklaşım, bireylerin yaşam değerini ekonomik analizlere indirgeyerek ciddi etik eleştirilere maruz kalır.

Sonuç

Ötanazi, bireysel özerklik, tıbbi etik, toplumsal değerler ve hukuk arasında dengelenmesi gereken karmaşık bir konudur. Türkiye’de hukuki düzenlemelerin netleştirilmesi, etik

komitelerin süreçlere etkin katılımı ve tıp eğitimine ötanaziye yönelik etik boyutların daha fazla entegre edilmesi, bu alandaki tartışmaların çözümüne katkı sağlayabilir. Daha açık ve net bir çerçeve, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının haklarını koruma açısından kritik bir rol oynayacaktır.

Ötanazi tartışmalarının bir diğer önemli boyutu, sağlık politikaları ve kaynak yönetimi üzerindeki etkileridir. Modern sağlık sistemleri, yaşam desteği teknolojilerinin maliyeti, yoğun bakım yataklarının sınırlılığı ve artan hasta talepleri gibi konularla yüzleşmektedir. Bu bağlamda, terminal hastaların yaşam süresini uzatmak için yapılan müdahalelerin etik olduğu kadar ekonomik bir boyutu da vardır. Kaynakların sınırlı olduğu bir sağlık sisteminde, uzun süreli yaşam desteği uygulamaları, diğer hastaların tedaviye erişimini kısıtlayabilir.

Bu durum, ötanaziye dair etik tartışmalara sağlık ekonomisi perspektifini eklemektedir. Bazı savunucular, hastanın tedavi edilemez bir durumda olduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü durumlarda, kaynakların başka hastalara yönlendirilmesi gerektiğini savunur. Bununla birlikte, böyle bir yaklaşım, yaşamın değeri üzerinde bir maliyet analizi yapılması gibi hassas bir etik sorunu da beraberinde getirir. İnsan hayatının ekonomik bir değerle sınırlanması, birçok toplumda kabul edilemez bulunur ve sağlık politikalarının etik çerçevede şekillenmesi gerektiğini ortaya koyar.

Ötanazi tartışmaları, tıbbi teknolojilerin sürekli gelişimiyle daha da karmaşık bir hal alabilir. Yapay zeka destekli tanı sistemleri, genetik mühendislik ve nöroteknolojiler gibi yeni gelişmeler, yaşam kalitesini ölçme ve öngörüde bulunma gibi alanlarda yeni fırsatlar yaratabilir. Örneğin, terminal durumdaki bir hastanın yaşam süresini ve kalitesini öngörebilen sistemler, ötanazi kararlarının daha objektif verilmesine olanak sağlayabilir.

Bununla birlikte, teknolojinin bu kadar entegre olduğu bir sağlık sisteminde, etik sorular daha da yoğunlaşır. Bir hastanın yaşam kalitesini bir algoritmaya dayalı olarak değerlendirmek, insan faktörünü göz ardı etme riski taşır. Bu nedenle, teknolojik gelişmelerin, insan merkezli bir etik çerçeve içinde kullanılması kritik öneme sahiptir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan İ10-816-24 karar numaralı etik izni alındıktan sonra prospektif kesitsel tipte bir araştırma olarak yapıldı. Çalışmaya dahil olan hekimlere ait demografik veriler, mesleki deneyimleri, çalıştıkları kurum bilgileri ve ötanazi/palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirildi. Araştırmaya katılan hekimlerin ötanazi hakkındaki bilgi, düşünce ve tutumlarını belirlemek için 28 soruluk bir veri toplama formu hazırlanmıştır. Anket sorularının hazırlanması sırasında Tıp Tarihi ve Etik bölümünün bilgi ve görüşleri alınmıştır. Anket sorularının anlaşılabilir ve cevaplanabilir olduğunun değerlendirilmesi amacıyla yoğun bakımda görev yapan 8 dahiliye doktoruna anket uygulaması yapılmıştır. Veri toplama anketi Google forms uygulaması kullanılarak, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği aracılığıyla katılımcılara iletilmiştir ve veriler çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Çalışmaya katılması gereken gönüllü kişi sayısına ulaşıldığında bağlantı erişime kapatılmıştır.

Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye'de anestezi alanında çalışan tüm hekimler oluşturmaktadır. Türkiye'deki güncel anestezi uzmanı sayısı hakkında net bir bilgi olmayıp 2014 yılında sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu'na göre 4660 anestezi uzmanı bulunmaktadır. 2022 yılı Sağlık İstatistikleri yıllığına göre 2014-2022 yılları arası Türkiye'de uzman hekim sayısı yaklaşık 1,3 kat artmıştır. Buna göre yaklaşık anestezi uzmanı sayısı 6000 olarak kabul edilmiştir. Gutiemez-Castillo ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede hekimlerin ötenaziye yaklaşımları %50-90 arasında değişen yaygınlıklarda onaylandığı görülmüştür. Bu veriler ışığında ulaşılması planlanan en küçük örneklem hacmi hesabı için OpenEpi programı kullanılarak evren büyüklüğü 6000, yaygınlık %50, hata payı %6 alındığında %95 güven aralığında 256 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS v29 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu istatistiksel ve görsel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, süreğen değişkenler için ortanca

ve 1. – 3. çeyreklik kullanılarak sunulmuştur. Ötenaziyi destekleme durumunun gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde tip 1 hata payı %5 kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışmaya dahil olan anestezi hekimlerinin demografik ve tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Anestezi hekimlerinin ortalama yaşları 32 (29 – 43) ve anestezi alanındaki tecrübeleri ortalama 5 yıl (2,5 – 14,0) idi. Anestezi hekimlerinin %57,5'i (n=184) kadın, %41,9'u (n=134) erkekti ve 2 katılımcı (%0,6) cinsiyetini belirtmek istemedi. Anestezi hekimlerinin %50,9'u (n=163) uzmanlık öğrencisi, %35,9'u (n=115) uzman hekim ve %13,1'i (n=42) öğretim üyesi/görevlisiydi. Anestezi hekimlerinin %40,9'u (n=131) eğitim araştırma hastanesinde, %30,3'ü (n=97) kamu üniversitesinde, %15,6'sı (n=50) devlet hastanesinde, %11,3'ü (n=36) özel hastanede ve 6 katılımcı diğer kurumlarda çalışıyordu. Palyatif bakım/ötanazi hakkında eğitim almış olan hekim sayısı %26,6 (n=85), almamış olan ise %73,4 (n=235) idi. Öğrencilik döneminde %26,3'ü (n=84) ötanazi hakkında ders almış ve bu durumu desteklerken, %67,8'i (n=217) ders almış olmasına rağmen dersin olmaması gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin %5,6'sı (n=18) dersi almamıştı fakat dersin olması gerektiğini düşünürken, 1 hekim dersi almamıştı ve dersin olmaması gerektiğini düşünüyordu.

Tablo 6.1. Anestezi hekimlerine ait demografik ve tanımlayıcı özellikler

	Ortalama (min – max)
Yaş (yıl)	32 (29 – 43)
Anestezi Alanında Tecrübesi (yıl)	5,0 (2,5 – 14,0)
Cinsiyeti (n=320)	**Sayı (%)**
Kadın	184 (57,5)
Erkek	134 (41,9)
Belirtmek İstemiyor	2 (0,6)
Unvanı (n=320)	**Sayı (%)**
Uzmanlık Öğrencisi	163 (50,9)
Uzman Hekim	115 (35,9)
Öğretim Üyesi/Görevlisi	42 (13,1)
Çalıştığı Kurum (n=320)	**Sayı (%)**
Eğitim Araştırma Hastanesi	131 (40,9)
Kamu Üniversitesi	97 (30,3)
Devlet Hastanesi	50 (15,6)
Özel Hastane	36 (11,3)
Diğer	6 (1,9)
Palyatif Bakım/Ötanazi Hakkında Bir Eğitim	**Sayı (%)**
Almış	85 (26,6)
Almamış	235 (73,4)
Öğrenciliğinde Ötanazi Hakkında Bir Ders	**Sayı (%)**
Almış, destekliyor	84 (26,3)
Almış, olmaması gerektiğini düşünüyor	217 (67,8)
Almamış, destekliyor	18 (5,6)
Almamış, olmaması gerektiğini düşünüyor	1 (0,3)

Anestezi hekimlerinin ötanazi uygulamalarına destek verme durumları ve endişe nedenlerinin dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır. Anestezi hekimlerinin %61,9'u (n=198) ötanazi uygulamasını kişisel olarak desteklemektedir. Çok desteklediğini belirtenlerin oranı %24,1 (n=77) ve desteklediğini belirtenlerin oranı %37,8 (n=121) iken kararsız olanların oranı %23,1 (n=74) ve hiç desteklemeyenlerin oranı %7,8 (n=25) idi. Ötanazi uygulamasına dair endişesi olan hekimlerin %89,4'ü (n=286) legal düzenleme yetersizliğini, %83,8'i (n=268) istemsiz ötanazi tehlikesini, %69,1'i (n=221) itibarsızlaşma-etiketlenmeyi, %44,1'i (n=141) dini inançları, %43,1'i (n=138) ağrı yönetimindeki alternatifleri, %42,5'i (n=136) yaşamın kutsallığını, %35,6'sı (n=114) terminal dönem hasta yaklaşımlarının iyileşme göstermesini neden olarak belirtmiştir.

Tablo 6.2. Hekimlerin ötanazi uygulamalarına destek verme durumları ve endişe nedenleri

Ötanazi Uygulamasını Kişisel Olarak	**Sayı (%)**
Çok destekliyor	77 (24,1)
Destekliyor	121 (37,8)
Kararsız	74 (23,1)
Desteklemiyor	23 (7,2)
Hiç Desteklemiyor	25 (7,8)
Katılımcının Ötanazi Uygulamasına Dair Endişe Alanları*	**Sayı (%)**
Legal düzenleme yetersizliği	286 (89,4)
İstemsiz ötanazi tehlikesi	268 (83,8)
İtibarsızlaşma, etiketlenme	221 (69,1)
Dini inançlar	141 (44,1)
Ağrı yönetiminde alternatifler	138 (43,1)
Yaşamın kutsallığı	136 (42,5)
Terminal dönem hasta yaklaşımlarının iyileşme göstermesi	114 (35,6)

***Okuma kolaylığı açısından sadece endişesi olanların dağılımı verilmiştir.

Anestezi hekimlerinin ötanazi ve ilgili kavramlarla ilgili bilgilerinin dağılımı Tablo 3'te bulunmaktadır. Hekimlerin %57,8'i (n=185) Türkiye'deki yasal durumu bildiğini, %25,3'ü (n=81) kısmen bildiğini, %16,9'u (n=54) bilmediğini belirtmiştir. Hekimlerin %60,3'ü (n=193) aktif ötanazi kavramını bildiğini, %59,4'ü (n=190) pasif ötanazi kavramını bildiğini, %52,8'i (n=169) hekim yardımlı intihar kavramını bildiğini belirtmiştir. Uygulamaların yasal olduğu bir ülke bilenlerin oranı %71,9 (n=230) iken, uygulamaların yasal olduğu bir ülke bilmeyenlerin oranı %28,1 (n=90) idi.

Tablo 6.3. Hekimlerin ötanazi ve ilgili kavramlarla ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi

Türkiye'deki Yasal Durumu (n=320)	**Sayı (%)**
Biliyor	185 (57,8)
Kısmen Biliyor	81 (25,3)
Bilmiyor	54 (16,9)
İlgili Kavram* (n=320)	**Sayı (%)**
Aktif ötanazi	193 (60,3)
Pasif ötanazi	190 (59,4)
Hekim yardımlı intihar	169 (52,8)
Uygulamaların Yasal Olduğu Bir Ülke (n=320)	**Sayı (%)**
Biliyor	230 (71,9)
Bilmiyor	90 (28,1)

***Okuma kolaylığı açısından sadece bilenlerin dağılımı verilmiştir.

Ötanazi uygulamalarında anestezi uzmanlarının yerine dair görüşlerin dağılımı Tablo 4'te bulunmaktadır. Katılımcıların %64,7'si (n=207) anestezi uzmanlarının ötanazi uygulamasında herhangi bir rol alması gerektiğini, %20,6'sı (n=66) almaması gerektiğini, %14,7'si (n=47) fikrinin olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %87,5'i (n=280) Türkiye'deki yasal düzenlemelerin hazırlığında Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD)'ın görev almasının faydası olacağını, %6,9'u (n=22) faydası olmayacağını, %5,6'sı (n=18) fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.4. Anestezi uzmanlarının ötanazi uygulamalarındaki görevlerine ait görüşleri

Anestezi Uzmanları Ötanazi Uygulamasında Herhangi Bir Rol	**Sayı (%)**
Almalı	207 (64,7)
Almamalı	66 (20,6)
Fikri yok	47 (14,7)
Türkiye'deki Yasal Düzenlemelerin Hazırlığında TARD'ın Görev Alması	**Sayı (%)**
Faydası olur	280 (87,5)
Faydası olmaz	22 (6,9)
Fikri yok	18 (5,6)

Anestezi hekimlerinin ötanazi uygulamalarının ruhsal ve kültürel etkilerine dair görüşlerinin dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır. Hekimlerin %20,6'sı (n=66) ötanazi uygulamasına katılmanın, katılacak olan personel üzerine muhtemel duygusal etkisinin iyi yönde olacağını; %16,9'u (n=54) ötanazi uygulamasına katılmanın, katılacak olan personel üzerine muhtemel duygusal bir etkisi olmayacağını; %46,6'sı (n=149) ötanazi uygulamasına katılmanın, katılacak olan personel üzerine muhtemel duygusal etkisinin kötü olacağını; %15,9'u (n=51) fikri olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %40,3'ü (n=129) kişisel dini inançların ötanazi hakkındaki görüşlerini etkilediğini, %55,6'sı (n=178) kişisel dini inançların ötanazi hakkındaki görüşlerini etkilemediğini, %4,1'i (n=13) fikri olmadığını belirtmiştir.

Hekimlerin %31,3'ü (n=100) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığına çok katıldığını, %58,8'i (n=188) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığına katıldığını, %5,9'u (n=19) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığı konusunda kararsız olduğunu, %2,5'i (n=8) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığına katılmadığını, %1,6'sı (n=5) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığına hiç katılmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %50'si (n=160) ötanazi ve yaşamı sürdüren tedavilerin sonlandırılmasından sonra hastanın doğal ölümüne izin verme arasında net bir etik ayrım gördüğünü, %39,1'i (n=125) ötanazi ve yaşamı sürdüren tedavilerin sonlandırılmasından sonra hastanın doğal ölümüne izin verme arasında net bir etik ayrım görmediğini, %10,9'u (n=35) ötanazi ve yaşamı sürdüren tedavilerin sonlandırılmasından sonra hastanın doğal ölümüne izin verme arasında net bir etik ayrım olup olmadığı konusunda fikri olmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.5. Hekimlerin ötanazi uygulamalarının ruhsal ve kültürel etkilerine dair görüşlerinin dağılımı

Ötanazi uygulamasına katılmanın katılacak personel üzerine muhtemel duygusal etkisi	**Sayı (%)**
İyi yönde olur	66 (20,6)
Bir etkisi olmaz	54 (16,9)
Kötü yönde olur	149 (46,6)
Fikri yok	51 (15,9)
Kişisel dini inançlar ötanazi hakkındaki görüşlerini	**Sayı (%)**
Etkiliyor	129 (40,3)
Etkilemiyor	178 (55,6)
Fikri yok	13 (4,1)
Kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığına	**Sayı (%)**
Çok katılıyor	100 (31,3)
Katılıyor	188 (58,8)
Kararsız	19 (5,9)
Katılmıyor	8 (2,5)
Hiç katılmıyor	5 (1,6)
Ötanazi ve yaşamı sürdüren tedavilerin sonlandırılmasından sonra hastanın doğal ölümüne izin verme arasında net bir etik ayrım	**Sayı (%)**
Görüyor	160 (50,0)
Görmüyor	125 (39,1)
Fikri yok	35 (10,9)

Ötanazi uygulamasına uygun olan hastaların belirlenmesinde, anestezi hekimlerine göre olması gereken kriterler Tablo 6'da bulunmaktadır. Hekimlerin %94,7'si (n=303) psikiyatrik değerlendirmenin ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %94,4'ü (n=302) terminal hastalığın ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %93,1'i (n=298) yetkin ve bilgilendirilmiş onamın ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %88,8'i (n=284) ikinci

tıbbi görüşün ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %83,1'i (n=266) bireyin talebinin ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %79,7'si (n=255) dayanılmaz ağrı ve ıstırabın ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini, %72,8'i (n=233) temel ihtiyaçları bağımsız şekilde karşılayamamanın ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 6.6. Anestezi hekimlerine göre ötanazi uygulanabilmesi için gereken kriterler

Ötanazi için uygunluk kriteri olmalı*	**Sayı (%)**
Psikiyatrik değerlendirme	303 (94,7)
Terminal hastalık	302 (94,4)
Yetkin ve bilgilendirilmiş onam	298 (93,1)
İkinci tıbbi görüş	284 (88,8)
Birey talebi	266 (83,1)
Dayanılmaz ağrı ve ıstırap	255 (79,7)
Temel ihtiyaçları bağımsız bir şekilde karşılayamama	233 (72,8)

*Okuma kolaylığı açısından sadece katılanların dağılımı verilmiştir.

Ötanazi uygulamalarının yasallaşması durumunda, kendilerinin mesleki ilişkilerine ve toplum üzerindeki olası etkilerine dair anestezi hekimlerinin görüşleri Tablo 7'de yer almaktadır. Hekimlerin %34,1'i (n=109) ötanazi uygulamasına katılmanın meslektaşları ile profesyonel ilişkisini etkileyeceğini, %51,9'u (n=166) ötanazi uygulamasına katılmanın meslektaşları ile profesyonel ilişkisini etkilemeyeceğini, %14,1'i (n=45) fikri olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %35'i (n=112) ötanazi uygulamasına katılmanın profesyonel itibarına zarar vereceğinden endişelendiğini, %51,9'u (n=166) ötanazi uygulamasına katılmanın profesyonel itibarına zarar vereceğinden endişelenmediğini, %13,1'i (n=42) fikri olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %15,3'ü (n=49) ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının toplum üzerindeki etkisinin olumlu olacağını düşündüğünü, %43,8'i (n=140) ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının toplum üzerindeki etkisinin olumsuz olacağını düşündüğünü, %40,9'u (n=131) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.7. Ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının mesleki ilişkilere ve toplum üzerine etkilerinin değerlendirilmesi

Ötanazi uygulamasına katılmanın meslektaşları ile profesyonel ilişkisini etkileyeceğine	**Sayı (%)**
Katılıyor	109 (34,1)
Katılmıyor	166 (51,9)
Fikri yok	45 (14,1)
Ötanazi uygulamasına katılmanın profesyonel itibarına zarar vereceğinden	**Sayı (%)**
Endişeleniyor	112 (35,0)
Endişelenmiyor	166 (51,9)
Fikri yok	42 (13,1)
Ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının toplum üzerindeki etkisinin	**Sayı (%)**
Olumlu olacağını düşünüyor	49 (15,3)
Olumsuz olacağını düşünüyor	140 (43,8)
Kararsız	131 (40,9)

Anestezi hekimlerinin ötanaziye dair düşüncelerindeki değişimlere ve gelecek beklentilerine ait veriler Tablo 8'de bulunmaktadır. Hekimlerin %79,4'ü (n=254) ötanaziye olan perspektifinin şimdiye kadar değişmediğini, %2,2'si (n=7) ötanaziye olan perspektifinin şimdiye kadar olumsuz yönde değiştiğini ve %18,4'ü (n=59) ötanaziye olan perspektifinin şimdiye kadar olumlu yönde değiştiğini belirtmiştir. Hekimlerin %41,6'sı (n=133) gelecekte yasal yapının değişmeyeceğini düşündüğünü, %40,6'sı (n=130) gelecekte yasal yapının serbestleşeceğini düşündüğünü, %5'i (n=16) gelecekte yasal yapının daha kısıtlayıcı olacağını düşündüğünü ve %12,8'i (n=41) fikri olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %40'ı (n=128) teknolojinin ötanazi tartışmalarına kayda değer etkisi olmayacağını, %35,9'u (n=115) teknolojinin ötanazi tartışmalarına olumlu yönde etkisi olacağını, %16,9'u (n=54) teknolojinin ötanazi tartışmalarına etkisinin olumsuz yönde olacağını ve %7,2'si (n=23) fikri olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %12,2'si (n=39) tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını çok desteklediğini, %45'i (n=144) tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını desteklediğini, %23,4'ü (n=75) tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol alması konusunda kararsız olduğunu, %14,7'si (n=47) tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını desteklemediğini ve %4,7'si (n=15) tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını hiç desteklemediğini belirtmiştir.

Tablo 6.8. Hekimlerin ötanaziye dair düşüncelerindeki değişimler ve gelecek beklentilerine ait veriler

Ötanaziye olan perspektifi şimdiye kadar	**Sayı (%)**
Değişmedi	254 (79,4)
Olumsuz yönde değişti	7 (2,2)
Olumlu yönde değişti	59 (18,4)
Gelecekte yasal yapıya dair beklentisi	**Sayı (%)**
Değişmeyeceğini düşünüyor	133 (41,6)
Serbestleşeceğini düşünüyor	130 (40,6)
Daha kısıtlayıcı olacağını düşünüyor	16 (5,0)
Fikri yok	41 (12,8)
Teknolojinin ötanazi tartışmalarına etkisi	**Sayı (%)**
Kayda değer olmayacak	128 (40,0)
Olumlu yönde olacak	115 (35,9)
Olumsuz yönde olacak	54 (16,9)
Fikri yok	23 (7,2)
Tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını	**Sayı (%)**
Çok destekliyor	39 (12,2)
Destekliyor	144 (45,0)
Kararsız	75 (23,4)
Desteklemiyor	47 (14,7)
Hiç desteklemiyor	15 (4,7)

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada, anestezi uzmanlarının ve uzmanlık öğrencilerinin ötanaziye yönelik kişisel tutumları, endişeleri, bilgileri ve mesleki rolleriyle ilgili düşünceleri incelenerek, ötanaziye dair etik ve hukuki tartışmalara katkı sunulması amaçlandı. Çalışmamız Türkiye'deki anestezi hekimlerinden gönüllü olan 320 anestezi hekiminin katılımıyla tamamlandı. Anestezi hekimlerinin yarısı uzmanlık öğrencisi iken diğer yarısı uzman hekim veya öğretim üyesi/görevlisi olarak görev yapıyordu. Hekimlerin %57,8'i Türkiye'deki yasal durumu bildiğini belirtirken, %25,3'ü kısmen bildiğini ve %16,9'u bilmediğini belirtti. Palyatif bakım/ötanazi hakkında eğitim almış olan hekim sayısı (%26,6) almamış olan hekim sayısına (%73,4) göre oldukça azdı. Bununla birlikte anestezi hekimlerinin yüksek oranda (%61,9) ötanazi uygulamasını destekledikleri ve ötanazi uygulamasında herhangi bir rol almaları gerektiğini düşündükleri (%64,7) belirlendi. Anestezi hekimlerinin ötanazi uygulamasına dair en önemli endişeleri arasında legal düzenleme yetersizliği, istemsiz ötanazi tehlikesi ve itibarsızlaşma/etiketlenme yer aldı. Hekimler arasında ötanazi uygulamasına katılmanın, katılacak olan personel üzerine muhtemel duygusal etkisinin kötü yönde olacağı düşüncesinin oldukça fazla olduğu gözlemlendi. Hekimler kişisel dini inançların ötanazi hakkındaki görüşlerini etkileyeceğini veya etkilemeyeceğini benzer oranda bildirdi. Bununla birlikte hekimlerin büyük bir kısmı (%90,1) kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığını düşünüyordu. Psikiyatrik değerlendirme, terminal hastalık varlığı, ikinci tıbbi görüş, yetkin ve bilgilendirilmiş onam alınması ötanazi için en önemli uygunluk kriteri arasında yer aldı. Hekimlerin yarısı ötanazi uygulamasına katılmanın meslektaşları ile profesyonel ilişkisini etkilemeyeceğini ve ötanazi uygulamasına katılmanın profesyonel itibarına zarar vereceğinden endişelenmediğini belirtirken, ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının toplum üzerindeki etkisinin olumsuz olacağını düşündüklerini bildirdi. Hekimlerin önemli bir kısmı ötanaziye olan perspektifinin şimdiye kadar değişmediğini, yarıya yakını ise gelecekte yasal yapının değişmeyeceğini ve teknolojinin ötanazi tartışmalarına kayda değer etkisi olmayacağını düşünmekteydi. Hekimlerin yarısından fazlası, tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda rol almasını destekliyordu.

Anestezi hekimlerinin kritik hasta bakımında ve yoğun bakımlarda önemli görevlerinin olması terminal dönem hastalarla veya dayanılmaz ağrı ve ızdırap çeken hastalarla sıklıkla karşılaşmalarına sebep olmaktadır. Bu hasta grubunu yakından takip eden hekimler, ağrı ve

ızdırabın hasta üzerindeki olumsuz etkilerini gözlemledikleri için ötanazi uygulamasına olumlu bir yaklaşım gösterebilirler. S. Kamath ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da doktorların çoğunun dayanılmaz ağrı ve ızdırabın giderilmesi için ötanaziyi destekledikleri gösterilmiştir. Ötanazi karşıtı olanlar düşük bir oranda bulunurken, önemli bir kısmı kararsız olduğunu belirtmiştir (80). Bu durum, anestezi hekimleri arasında ötanaziye yönelik olumlu bir eğilimin bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kararsızlık oranının yüksek olması, ötanaziye dair etik ve hukuki belirsizliklerin anestezi uzmanlarını karar vermede zorladığını düşündürmektedir. K. Dopelt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da dahiliye hekimlerinin ötanaziye ilişkin tutumları değerlendirilmiş ve hekimlerin çoğunun olumlu tutumlara sahip olduğu ancak etik çatışmalarla da karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir (81). Çalışmamızda da anestezi hekimlerinin yüksek oranda ötanazi uygulamasını desteklediği ve ötanazi uygulamasında herhangi bir rol almaları gerektiğini düşündükleri belirlendi. Ötanaziye verilen desteğin görece yüksek olması, uzun süre acı çeken hastaları tedavi eden hekimlerin hastaların yaşam kalitesini artırma ve acılarını dindirme sorumluluğu ile daha fazla oranda ötanaziyi etik olarak değerlendirdiklerini düşündürmektedir.

Ötanaziye dair destek oranı hekimler arasında yüksek olsa da, uygulamanın birçok etik ve hukuki risk taşıması ile ilgili kaygılar bulunmaktadır. Çalışmamızdaki hekimlerin çok büyük çoğunluğu ötanazinin yasallaşması durumunda "hukuki düzenleme yetersizliği" ve “istemsiz ötanazi tehlikesi” konularında endişe duyduklarını ifade etmiştir. McCormack ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede de hekimlerin çoğu hukuki endişeleri olduğunu, etik ve yasal denetim mekanizmalarında eksikliklerin bulunduğunu belirtmişlerdir (82). Ötanazinin hukuki olarak düzenlenememesi veya yetersiz düzenlenmesi halinde, hastaların rızası olmadan ötanazi uygulanması riski gündeme gelebilir. Bu kaygının temelinde hastaların baskı altında ötanaziye yönlendirilmesi ya da yaşlı, engelli veya ekonomik olarak dezavantajlı bireylerin ailelerine "yük olmamaları" düşüncesiyle ötanaziye yönlenebileceği düşünceleri bulunuyor olabilir. J. 2011 yılında yaptığı sistematik literatür derlemesinde özellikle dezavantajlı ve hassas grupların bu süreçten olumsuz etkilenebileceği, Hollanda’da her yıl 500’den fazla kişinin açık onam vermeden ötanaziye tabi tutulduğu, özellikle komadaki veya demans hastalarının rıza göstermeden ötanaziye tabi tutulma oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (83). Bu bağlamda ötanaziye dair hukuki düzenlemelerin sadece hasta haklarını koruması değil, aynı zamanda hassas grupların korunmasını da kapsaması gerekmektedir.

Anestezi hekimlerinin ötanaziye dair bir diğer önemli kaygısının da dini inançlarla ilintili olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi hekimlerin bireysel dini inançları ve dünya görüşlerinin

tıbbi kararları üzerindeki etkisi olabilir. B. Broeckaert ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, dini inanç düzeyinin ötanaziye yönelik tutumu önemli ölçüde belirlediği, seküler ve dinden bağımsız etik görüşlere sahip olan hekimlerin, ötanaziyi hastanın kendi hayatı üzerindeki özerk bir karar olarak gördüğü gözlemlenmiştir. (84) Bu nedenle ötanaziye ilişkin kararların, yalnızca tıbbi ve etik faktörlerden değil, aynı zamanda kişisel inanç sistemlerinden de büyük ölçüde etkilendiği düşünülebilir. Tüm bunların yanında hekimlerin insan yaşamını koruma ve sürdürme, hastalarının iyiliklerini düşünme ve iyiliklerine çalışma sorumlulukları bulunmaktadır. Hipokrat Yemini, tıp mesleğinin en temel etik sözleşmelerinden biri olup, hekimlerin hastalarına zarar vermeme, yaşamı koruma ve tıbbi uygulamalarını etik çerçevede yürütme yükümlülüğünü tanımlar. Geleneksel Hipokrat Yemininin en bilinen bölümlerinden biri şu şekildedir: "Hiçbir hastaya, zarar vermek amacıyla bir ilaç vermeyeceğim; hiç kimseye, ölümü getirecek bir şey önermeyeceğim" (21). Günümüzde modern tıp etiği bu yemini güncelleyerek farklı versiyonlarını üretmiş olsa da, Hipokrat Yemininin temel ilkeleri hala tıp eğitiminin ve hekimlik etiğinin merkezinde yer almaktadır. Hipokrat yemini, şüphesiz ki her hekim için önemli olmakla beraber kritik hasta bakımında ve acil durumlarda aktif rol alan, resüsitasyon ekibinin yönetici ve ayrılmaz parçası olan anestezi hekimleri için mesleki pratiklerinde ciddi önem arz eder. Bu bağlamda, çalışmaya katılan anestezi hekimlerinin ötanaziye dair kaygıları içinde itibarsızlaşma ve etiketlenme riskinin de büyük yer kaplaması beklenen bir sonuçtur. Buturovic'in *Journal of Medical Ethics'te* yayınlanan bir eleştirel analizde, ötanazi ve hekim yardımlı intiharın yasal hale gelmesinin, beklenmedik etik ve sosyal sonuçlar doğurabileceği, doktorların yalnızca "iyileştirici" değil, "hayatı sonlandırıcı" olarak da görülmesine neden olabileceği, bu durumun hekim-hasta güven ilişkisini zedeleyebileceği, hastaların doktorlara olan bakış açısını değiştirebileceği, tıbbi otoritelere olan kamu güvenini azaltabileceği, ötanazi ve organ nakli süreçlerinin birbiriyle ilişkili hale gelmesinin etik kaygıları artırabileceği belirtilmiştir (85).

Anestezi hekimlerinin ötanaziye dair önemli çekincelerinin oluşmasının nedenlerinden biri de, ağrı yönetiminde başarılı alternatif tedavilerin klinik pratikte yer bulmasıdır. Rejyonal anestezide, son birkaç yılda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ultrason rehberliğinde yapılan periferik sinir blokaj teknikleri, sağladığı etkinlik, uygulama kolaylığı ve güvenlik avantajları sayesinde sık uygulanır olmuş ve yüz güldürücü sonuçlar alınmıştır. Multimodal analjezi yaklaşımlarının yaygınlaşmasıyla gereksiz opioid kullanımının önlenebilmesi ve yan etkilerinden kaçınılması sağlanabilmiştir (86).

Çalışmamızda, anestezi hekimlerinin yarıdan fazlası Türkiye'deki ötanazi yasalarını bildiğini, geri kalan kısmı ise kısmen bildiğini veya bilmediğini belirtmiştir. Bu sonuç, ötanaziye dair hukuki çerçevenin birçok hekim için tam olarak netleşmediğini ve mevcut tıp camiasında ötanaziye dair hukuki düzenlemelere ilişkin farkındalığın yeterince güçlü olmadığını göstermektedir. Hukuki bilgi eksikliği, hekimin klinik pratikte etik karar alma süreçlerinde belirsizlik yaşamasına ve mesleki risk algısının artmasına neden olabilir. Ötanazi gibi kritik bir etik konuda, hekimlerin hukuki çerçeveyi tam olarak bilmemesi, karar almalarını güçleştirebilir ve hastalarla iletişimlerinde güven sorunu yaratabilir. Hukuki belirsizlikler, hekimleri etik ikilemler karşısında daha temkinli ve çekingen davranmaya itebilir. Bu çekingenlik, hastaların yaşam sonu bakım süreçlerinde optimal kararların alınmasını engelleyebilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini dolaylı olarak olumsuz etkileyebilir. Bu noktada, öğrencilik döneminde verilen etik ve hukuki eğitimlerin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hekimlerin çok büyük çoğunluğu ötanazi ve palyatif bakım hakkında herhangi bir eğitim almadığını, ancak böyle bir dersin verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu sonuç, tıp eğitiminde ötanaziye yönelik akademik içeriğin, hekimler tarafından da eksik olarak görüldüğünü göstermektedir. Özellikle ölümcül hastalıklar, palyatif bakım ve yaşam sonu kararları hakkında daha fazla eğitim verilmesi, hekimlerin bu gibi etik zorluklarla başa çıkmalarını kolaylaştırabilir. Bu bağlamda, öğrencilere etik karar alma süreçleriyle ilgili vaka temelli eğitimler verilmesi ve multidisipliner etik komite tartışmalarına dahil edilmeleri faydalı olabilir. Ötanazi ve yaşam sonu bakım eğitiminin yetersizliği yalnızca Türkiye'ye özgü bir sorun değildir. Dünya genelinde yapılan çalışmalar, tıp fakültelerinde etik ve hukuki konuların genellikle sınırlı düzeyde ele alındığını göstermektedir. Schildmann ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)'de yaptığı bir araştırmada, tıp öğrencilerinin %70'inden fazlası, etik ve hukuki konular hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmiştir (87). Kouwenhoven ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı bir çalışmada, tıp eğitimi alan öğrenciler ötanazi hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmalarına rağmen, etik ve hukuki belirsizliklerin hekimler için hala büyük bir stres kaynağı olduğu ortaya konmuştur (88). Bu nedenle ötanazi uygulamasına yönelik hem etik ve hukuki konularla ilgili yeterli eğitim sağlanmalı hem de bu konulardaki eksiklikler ve uygulamadaki zorluklar gözden geçirilerek, belirli aralıklarla yeniden düzenlenmelidir.

Ötanazi sürecinde hastanın acı çekmeden, bilinçli ve insanca bir şekilde veda etmesi en büyük önceliktir. Ötanazi, geri döndürülemez bir prosedür olduğundan, hatasız bir şekilde

uygulanması kritik öneme sahiptir. Hatalı doz uygulamaları, ilacın etkisinin beklenenden uzun veya kısa sürmesi ya da ötanazi sürecinin beklenen şekilde ilerlememesi, etik ve tıbbi skandallara yol açabilir. Anestezi uzmanları, perioperatif ağrı yönetimi ve sedasyon süreçlerinde uzman olduklarından, bu süreci en az travmatik hale getirebilecek hekim grubu olarak görülebilirler. Aynı zamanda anestezi uzmanları, hem farmakolojik bilgi hem de yaşamı sonlandırma süreçlerinde kullanılan ilaçlara dair uzmanlıkları nedeniyle ötanazi sürecinde önemli bir meslek grubu olarak öne çıkabilirler. Hollanda, Belçika ve Kanada gibi ülkelerde ötanazi uygulamalarında anestezi uzmanlarının doğrudan veya dolaylı olarak sürece dahil olduğu bilinmektedir. Bu ülkelerde, anestezi uzmanları genellikle farmakolojik danışman olarak yer almakta veya ölüm sürecini yöneten doktor olarak görev almaktadırlar (38) (89) (90). Çalışmamızda anestezi hekimlerinin önemli bir kısmı da, kendilerinin ötanazi sürecinde yer alması gerektiğini düşünmektedir. Bu durum, anestezi uzmanlarının büyük çoğunluğunun ötanazi sürecinde aktif bir rol üstlenmeye hazır olduğunu gösterebilir. Ancak, bu sürecin etik çerçevesi netleşmeli ve hekimlerin mesleki güvenceleri sağlanmalıdır. Çalışmamızdaki hekimlerin çok büyük bir kısmı Türkiye'de ötanaziye yönelik yasal düzenlemeler yapılırken Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği'nin sürece dahil olmasının faydalı olacağını düşünmektedir. Bu da ötanazi sürecinin düzenlenmesinde uzmanlık derneklerinin bilimsel ve etik açıdan rehberlik sağlamasının önemli bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır.

Ötanazi hekimler üzerinde ciddi psikolojik etkiler yaratabilecek ve toplumun kültürel normlarını etkileyebilecek derin bir mesele olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, anestezi uzmanları ve diğer sağlık çalışanlarının ötanazi sürecine dahil olmaları hem bireysel düzeyde hem de meslek etiği açısından uzun vadeli psikolojik ve kültürel sonuçlar doğurabilir. Araştırmamızda katılımcıların neredeyse yarısı, ötanazi uygulamalarının, bu sürece dahil olan sağlık personeli üzerinde olumsuz psikolojik etkileri olacağını düşündüğünü belirtmiştir. Diğer yandan katılımcıların önemli bir kısmı da ötanazi uygulamalarına katılmanın, sürece dahil olan sağlık personeli üzerinde olumlu psikolojik etkileri olacağını düşündüğünü belirtmiştir. Hekimler, acı çeken hastaların taleplerine saygı göstererek vicdani tatmin sağlayabilir. Ötanazi, gereksiz acıyı önleyen etik bir müdahale olarak görülüp, hekimlerin "hastalarına gerçekten yardımcı oldukları" hissini pekiştirebilir. Palyatif bakımın yetersiz olduğu durumlarda, ötanazi hastalara insancıl bir çıkış yolu sunarak sağlık çalışanlarının psikolojik yükünü hafifletebilir. Ötanazi sürecine aktif olarak katılan hekimler için ölüm sürecine doğrudan müdahale etmenin, hekimde travmatik stres yaratabileceği ve uzun vadede mesleki tükenmişliği artırabileceği de düşünülebilir. Ayrıca "Önce zarar verme" (Primum Non Nocere) ilkesiyle çelişme hissi, hekimin mesleki kimliğinde bir çatışmaya neden olabilir. Tekrarlayan uygulamalara katılmak

ise hekimlerde zamanla empati yitimi (compassion fatigue) riskini doğurabilir. B. Kelly ve arkadaşlarının yaptığı bir derlemede bazı uygulayıcılar duygusal yük veya rahatsızlık bildirirken (%30-50), diğerleri hastalarının isteklerini yerine getirmekten memnuniyet duyduğunu, uygulayıcı doktorların %15-20'si ise ötanazinin önemli olumsuz kişisel etkileri olduğunu bildirmiştir (91). Verhofstadt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ötanazi ve hekim yardımlı intihar eylemlerine katılan uygulayıcıların hem olumlu hem de olumsuz deneyimler bildirdiği, ek destek ve rehberliğe ihtiyaç olduğu vurgulamıştır (90). Wibisono ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede ise destekli ölüm hizmetlerine katılım, kaygı veya ahlaki sıkıntı gibi olumsuz ruh sağlığı sonuçları ile tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmemiştir (92). Uygulayıcılar için psikolojik sonuçların, uygulayıcıların sosyal desteği, hasta bakımı konusunda yetkinlikleri ve mevzuat gibi faktörlere bağlı olarak değiştiği bildirilmiştir (92). Özellikle, Belçika'da ötanazi uygulamalarına sık katılan hekimler için oluşturulan psikososyal destek programları, etik stresin azaltılmasında etkili bulunmuştur (93). Dolayısıyla ötanaziye dahil olan hekimler için psikolojik destek mekanizmaları sağlanmasının, bu sürece katılan sağlık çalışanları için düzenli terapi ve meslek içi destek grupları oluşturulmasının, tıp etiği ve ruh sağlığı profesyonelleri ile multidisipliner iş birliği yapılmasının faydalı sonuçlar doğuracağı düşünülebilir.

Araştırmamızda hekimlerin yarıdan fazlası dini inançlarının ötanazi görüşlerini etkilemediğini ifade etmiştir. Ancak Belçikalı hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, dini inançların ötanaziye yönelik tutumlar üzerinde güçlü belirleyiciler olduğu, dindar olmayan doktorların uygulamayı gerçekleştirme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (94). Benzer şekilde, İsrail'deki Yahudi hekimler üzerinde yapılan bir anket, çok dindar doktorların yaşamı sürdüren tedaviyi çekme, ölümü hızlandırabilecek ağrı kesiciler reçete etme veya ötanaziyi onaylama olasılıklarının, orta derecede dindar veya laik hekimlere kıyasla önemli ölçüde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (95). Yine Broeckaert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada palyatif bakım hekimlerinin dini/ideolojik inançlarının ötanaziye yönelik tutumlarını etkilediği gösterilmiştir (84). Bu bağlamda, dini inançları güçlü olan hekimler için ötanaziye katılım etik açıdan daha büyük bir ikilem yaratabilir.

Ötanaziye yönelik tutumların, yalnızca dini inançlarla değil, aynı zamanda kültürel değerlerle de şekillendiği düşünülebilir. Araştırmamızda hekimlerin tamamına yakını kültürel bağlamın ötanazi kararında önemli bir rol oynadığını düşündüğünü ifade etmiştir. Inglehart ve arkadaşlarının yaptığı bir analizde, bireysel özerklik ve hasta haklarının ön planda olduğu Batı Avrupa ülkelerinde ötanaziye yönelik toplumsal kabul oranının daha yüksek olduğu

gösterilmiştir (96). İtalya, İspanya, Yunanistan ve Türkiye gibi akdeniz ülkelerinde ise, toplumsal normların aile dayanışması üzerine kurulu olması nedeniyle ötanazinin daha az kabul gördüğü bulunmuştur (97). Cohen ve arkadaşlarının Avrupa'da yaptığı araştırmada, batı Avrupa'da ötanaziye yönelik kabul oranlarının giderek arttığı, Akdeniz ülkelerinde ise daha yavaş ilerlediği, sekülerleşme ve bireysel özerkliğin yüksek olduğu ülkelerde ötanaziye yönelik daha fazla toplumsal kabul olduğu tespit edilmiştir (98). Bu bağlamda, Türkiye gibi kültürel olarak kolektivist toplumlarda, bireyin ötanazi hakkı ile aile ve toplumun sorumlulukları arasında etik bir çatışma doğabilmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların yarısı ötanazi uygulaması ile yaşam destek tedavilerinin sonlandırılması arasında net bir etik ayrım olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Literatürde de bu konu tartışmalı olup, bazı etikçiler ötanaziyi "aktif bir ölüm sürecine müdahale" olarak tanımlarken, yaşam destek tedavilerinin çekilmesini "doğal sürecin kendi akışında bırakılması" olarak görmektedir (24, 99). Ancak, Hollanda ve Belçika gibi ülkelerde aktif ötanazinin yasallaşmasıyla birlikte, pasif ve aktif ötanazi arasındaki etik sınırların giderek daha az belirgin hale geldiği ifade edilmektedir (30). Türkiye'de ise mevcut hukuki çerçeve, aktif ötanaziyi kesin olarak yasaklarken, yaşam desteğinin sonlandırılması gibi pasif ötanaziye yönelik belirgin bir düzenleme içermemektedir. Bu durum etik kaygan zemin (slippery slope) argümanının Türkiye için henüz tartışılan bir başlık olmadığını düşündürebilir.

Ötanazi, yalnızca etik ve hukuki boyutlarıyla değil, aynı zamanda uygulanabilirliği açısından da belirli kriterlerin varlığını gerektiren bir olgudur. Çalışmamızda anestezi hekimleri ötanazinin uygulanabilirliği için bazı tıbbi, etik ve bireysel şartların karşılanması gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamına yakını psikiyatrik değerlendirme, terminal hastalık, yetkin ve aydınlatılmış onam, ikinci tıbbi görüşün ötanazi için uygunluk kriteri olması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Bunların dışında katılımcıların eklediği kriterler arasında "Bilinç düzeyi onam vermeye uygunsa kişinin onamı dışında yakınlarının onayına ihtiyaç duyulmamalı", "Her ötanazi vakası için multidisipliner kurul kararı", "Tamamen bakıma muhtaç olma ve tam hareketsizlik", "Yeterli medikal ve girişimsel tedavinin uygulandığının kanıtlanmış olması" ifadeleri bulunmaktaydı. Tüm bu ifadeler arasında belirgin derecede tekrar eden bir görüş ise "Terminal dönem kanser hastaları, yaygın metastatik dayanılmaz ağrıları olan terminal dönem kanser hastaları" olması durumunda ötanazi uygulanmasıydı. Bu kriterler arasında psikiyatrik değerlendirmenin ötanazi için bir uygunluk kriteri olması gerekliliği, neredeyse hekimlerin tamamı tarafından belirtilmiştir. Kim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon veya diğer psikiyatrik hastalıkların varlığının,

hastanın ötanazi talebinin rasyonel olup olmadığını etkileyebileceği gösterilmiştir (51). Ganzini ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kognitif bozukluklar veya demans gibi durumların, bireyin kendi kararlarını verme yetisini etkileyebildiği gösterilmiştir (37). Rietjens ve arkadaşlarının Hollanda ve Belçika'da yaptığı araştırmalar, psikiyatrik nedenlerle ötanazi talep eden bireylerin büyük bir kısmının, tıbbi müdahaleler veya terapilerle kararlarını değiştirebildiğini göstermiştir (66). Bu sonuçlar, karar verme kapasitesinin tıbbi etik açıdan ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik değerlendirme ile bireyin kararı üzerinde dışsal faktörlerin etkisinin en aza indirilmesi, bireyin bilişsel fonksiyonlarının tam olması, kavramları rasyonel şekilde değerlendirebilmesi, depresyon veya diğer psikiyatrik hastalıkların bireyin karar mekanizmalarına etkisinin önlenmesi ve etik açıdan daha sağlam bir uygulama oluşturulması amaçlanır.

Çalışmamızdaki anestezi hekimlerinin neredeyse tamamına yakınının, ötanazi uygunluğu için belirttiği bir diğer kriter terminal hastalık varlığı idi. Dierickx ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada terminal hastalığı olan bireylerin, yaşam beklentileri düşük olduğu ve acıları hafifletilemediği için daha sık ötanazi talebinde bulunduğu belirtilmiştir (100). Bunun yanında "Ömrü tehdit etmeyen ancak dayanılmaz ıstırap veren bazı hastalıklar da ötanazi için geçerli bir sebep olarak görülmelidir mi?" sorusu halen tartışmalıdır. Örneğin, Belçika'da psikiyatrik hastalıklar veya kronik ancak ölümcül olmayan hastalıklar nedeniyle de ötanaziye izin verilmektedir (30). Ötanazi kriterleri, terminal hastalıklar ve ötanazi yasalarının etik sınırları ülkelerde farklılıklar göstermekte ve tartışmalı başlıklar olarak literatürdeki yerini korumaktadır.

Bilgilendirilmiş onam, hastanın tüm seçenekleri, riskleri ve sonuçları anladığını ve tamamen kendi özgür iradesiyle hareket ettiğini deklare eden önemli bir sözleşmedir. Çalışmamızdaki hekimlerin büyük çoğunluğu bireyin ötanazi talebinin yanı sıra yetkin ve bilgilendirilmiş onamın ötanazi için bir kriter olması gerektiğini belirtmiştir. Bu durum, hasta özerkliğinin tıbbi etik çerçevesinde vazgeçilmez bir ilke olduğunu göstermektedir. Ancak, demans hastaları, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar ve bilinç kaybı yaşayan bireyler için bilgilendirilmiş onamın nasıl uygulanacağı tartışmalıdır. Bazı ülkelerde, hasta daha önceden "ileri direktifler" (advance directives) imzalayarak gelecekteki ötanazi talebini belirleyebilmektedir (28). Ancak, kişi bilincini kaybettiğinde geçmişte verdiği kararlar geçerli sayılmalı mıdır? Bireyin değişen zihinsel durumlarına rağmen ötanazi kararı sabit kalmalı mıdır? Bu sorular önemini korumaktadır. Bu durum yetkinlik ve bilgilendirilmiş onam

süreçlerinin etik açıdan nasıl yönetilmesi gerektiğine dair daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Araştırmamızdaki hekimlerin yine büyük çoğunluğu, ötanazi için ikinci bir tıbbi görüş alınmasının önemli olduğunu ifade etmiştir. Bu kriterin benimsenmesi, ötanazi gibi ciddi bir karar verilmeden önce daha fazla doğrulama ve denetim mekanizmasının işletilmesini sağlayabilir. İkinci bir tıbbi görüşün alınması, yanlış teşhis veya etik ihlallerin önlenmesine yardımcı olabilir. Ötanazi uygulamasının yasal olarak uygulandığı Hollanda ve Belçika'da, ötanazi uygulamalarında bağımsız bir hekim veya etik komitenin onayı gerekmektedir (66). Bununla birlikte, bazı eleştirmenler, ikinci tıbbi görüşlerin genellikle formalite olarak uygulandığını ve etik sürecin yeterince güçlü işlemediğini ileri sürmektedir (101).

Araştırmamıza katılan hekimlerin yaklaşık üçte biri ötanazi uygulamalarına katılmanın meslektaşlarıyla olan profesyonel ilişkilerini etkileyeceğini düşündüğünü belirtirken, yaklaşık yarısı bunun bir etkisi olmayacağını düşündüğünü ifade etmiştir. Aynı zamanda hekimlerin yarısı ötanazi uygulamasına katılmanın profesyonel itibarlarına zarar vereceğinden endişe etmediklerini, daha az bir kısmı ise bu konuda endişeleri bulunduğunu belirtmiştir. Ötanazinin yasal olduğu ülkelerde, bu uygulamaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki itibarlarının zamanla olumsuz etkilenmediği ve hatta toplum içinde belirli hasta gruplarının gözünde güvenilirliklerinin arttığı belirtilmektedir (100). Sulmasy ve Pellegrino'nun yaptığı bir çalışmada ötanaziye karşı etik veya dini çekinceleri olan hekimler ve hemşirelerin, meslektaşlarının bu tür prosedürlere katılımını etik açıdan sorgulayabilecekleri gösterilmiştir (99). Bununla birlikte, Hollanda ve Belçika'da yapılan araştırmalar, ötanazinin yasallaşmasının ardından tıp profesyonelleri arasındaki görüş ayrılıklarının zamanla azaldığını ve uygulamanın daha kabul edilebilir hale geldiğini göstermektedir (100). Ötanaziye katılımın meslektaşlar arasındaki ilişkileri zedeleyebileceği yönündeki endişeler, özellikle tıbbi etik ve kişisel inanç farklılıkları bağlamında değerlendirilebilir. Ötanaziye karşı olan hekimler, "insancıl bir bakım modeli sunmadıkları" şeklinde algılanabilirken, uygulayan hekimler ise "ölümcül bir müdahalede bulunan kişiler" olarak görülebilirler. Bu durum, sağlık çalışanları arasında bir etik gerilim yaratabilir. Bu tür etik çatışmaların önüne geçebilmek için meslektaşlar arasında açık bir diyalog ve etik kurallar çerçevesinde ortak bir anlayış geliştirilmesi faydalı olabilir.

Toplumda yaşam hakkının kutsallığına inanan bireyler, ötanazinin yasallaşmasını ahlaki açıdan sakıncalı bulabilir. Özellikle dini ve kültürel değerlerin güçlü olduğu ülkelerde, bu uygulamanın yaygınlaşmasının bireysel ve ailevi kararlar üzerinde etkileri olabilir (66).

Ötanazinin toplum üzerindeki etkileri konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve etik tartışmaların yaygınlaştırılmasının, bireylerin bu konuda daha sağlıklı kararlar verebilmelerine katkısı olacağı düşünülebilir. Çalışmamıza katılan anestezi hekimlerine ötanazi uygulamalarının yasallaşmasının toplum üzerinde muhtemel etkileri sorulduğunda, çoğunluğu olumsuz olacağını düşündüğünü belirtmiştir. Benzer sayıda katılımcı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, araştırmaya katılan hekimlerin, ötanazi uygulamalarının toplum üzerindeki etkilerine dair belirsizlik yaşadığını gösterebilir. Bu durumun olası sebepleri düşünüldüğünde, toplumdaki bazı bireylerin sağlık sistemine olan güveninin sarsılabileceği düşünülebilir. Yaşlılar ve engelliler gibi dezavantajlı grupların ötanazinin yasallaşması ile kendilerine yönelik baskı oluşabileceğine dair endişe duyması muhtemel olabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlere ötanaziye dair düşünce değişimleri ve gelecek beklentileri sorulduğunda, büyük çoğunluğu düşüncelerinin değişmediğini, bir kısmı olumlu yönde değiştiğini, daha az bir kısmı ise olumsuz yönde değiştiğini ifade etmiştir. Bu durum, bireylerin ötanazi konusundaki tutumlarının genellikle sabit kaldığını, ancak küçük bir grubun kişisel deneyimler, bilimsel gelişmeler veya etik tartışmalar nedeniyle bakış açısını değiştirdiği çıkarımını yapmamızı sağlayabilir. Olumsuz yönde fikir değiştiren bireyler, ötanazinin etik riskleri veya suistimale açık doğası konusunda yeni bilgiler edindikçe görüşlerini değiştirmiş olabilirler (100). Hekimlerin yasal yapının nasıl evrileceğine dair fikirlerine bakıldığında, yasal yapının değişmeyeceğini düşünenler ile serbestleşeceğini düşünenlerin benzer oranlarda olduğu görülmektedir. Yasal çerçevenin korunacağının düşünülmesi kültürel, toplumsal ve dini faktörlerle ilişkilendirilebilir. Ancak, bireysel özerkliğe yönelik artan küresel farkındalık ve tıbbi etik tartışmaları, ilerleyen yıllarda daha liberal yaklaşımların benimsenmesine zemin hazırlayabilir. Hekimlerin teknolojik gelişmelerin ötanazi tartışmalarına nasıl etkisi olacağına dair fikirlerine bakıldığında çoğunluğunun kayda değer bir etkisi olmayacağını düşündüğü, olumlu yönde etkisi olacağını düşünenlerin ise olumsuz yönde etkisi olacağını düşünenlerden fazla olduğu görülmektedir. Ganzini ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tıbbi cihazlardaki gelişmelerin, ağrının daha iyi yönetilmesini sağlayarak ötanazi taleplerini azaltabileceğinden bahsedilmiştir (102). Bu durum, teknolojik gelişmelerin ötanazi sürecine nasıl entegre edileceği ve etkisi olacağı konusundaki belirsizliklerin devam ettiğini düşündürmektedir.

Ötanazi konusunda tıp profesyonellerinin halka açık tartışmalarda aktif rol alması gerektiği düşüncesi, araştırmamıza katılan hekimlerin yarısından fazlası tarafından benimsenmektedir. Dierickx ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tıp etiği ve hasta hakları konusunda bilgi sahibi olan hekimlerin, bu tartışmalara bilimsel bir perspektif sunarak daha

bilinçli politikalar geliştirilmesine katkıda bulunabilecekleri belirtilmiştir (100). Ancak, bazı kesimler, tıp profesyonellerinin ötanaziye dair görüşlerini halka açık platformlarda paylaşmasının etik ve tarafsızlık açısından sorun yaratabileceğini öne sürmektedir (52). Çalışmanın katılımcılarından biri bu konu hakkında "Ötanazinin yasallaşması sırasında bununla ilgili kuralların netleşmesi konusunda onkologlar, anestezi doktorları, algologlar ve yoğun bakım yan dalcıları dahil sürece dahil olunması gerektiğini düşünüyorum. Fakat hekim olarak hiçbir sosyal mecrada ya da halka açık oturumlarda bu konuda görüş beyan etmenin uygun olmadığını düşünüyorum. Hekimlik yaşatmak üzerine kurulu bir ilim olduğundan polemik oluşturacak tartışmalardan profesyonel ortamlar dışında kaçınmak gerektiğini düşünüyorum.'' şeklinde görüş bildirmiştir. Bu bağlamlarda, gelecekte ötanazi uygulamasına dair hukuki düzenlemelerin oluşturulmasında, etik, tıbbi ve hukuki boyutların daha kapsamlı değerlendirilmesinin gerektiği görülmektedir. Bu süreçte hukukçular, tıp profesyonelleri ve etik uzmanları arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi daha sağlıklı politikalar üretilmesine katkı sağlayabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, anestezi uzmanlarının ötanazi konusundaki tutumlarını, etik ve hukuki kaygılarını, mesleki rollerini ve karar alma süreçlerini inceleyerek ötanazi uygulamasına önemli bir bakış açısı sunmaktadır. Çalışmamıza katılan 320 anestezi hekiminin %57,8'i Türkiye'deki yasal durumu bildiğini belirtirken, %25,3'ü kısmen bildiğini ve %16,9'u bilmediğini belirtti. Anestezi hekimleri ötanaziye genellikle destekleyici bir yaklaşım sergilerken, uygulamanın etik, hukuki ve mesleki boyutları konusunda önemli endişeler taşıyorlardı. Anestezi hekimlerinin ötanaziye dair en büyük çekinceleri, hukuki belirsizlikler ve istemsiz ötanazi riskiydi. Hekimler, net yasal düzenlemelerin olmaması durumunda, özellikle savunmasız olan yaşlı, engelli, ekonomik zorluk içindeki bireylerin baskı altında ötanaziye yönlendirilebileceği endişesini taşımaktaydı. Ötanazi tartışmaları yalnızca bireysel etik tercihlerle sınırlı değildir; bu kararlar aynı zamanda toplumun kültürel ve dini değerlerinin etkisi altında alınmaktadır. Çalışmamızda, hekimlerin büyük bir kısmı kültürel bağlamın ötanazi kararlarında belirleyici bir rol oynadığını belirtti. Psikiyatrik değerlendirme, terminal hastalık varlığı, ikinci tıbbi görüş, yetkin ve bilgilendirilmiş onam alınması ötanazi uygulaması için olması gereken en önemli uygunluk kriteri arasında bildirildi. Anestezi hekimlerinin %64,7 ötanazi uygulamasında herhangi bir rol almaları gerektiğini düşünmekteydi. Hekimlerin yarıya yakını ötanazi uygulamasına katılmanın meslektaşları ile profesyonel ilişkisini etkilemeyeceğini ve profesyonel itibarına zarar vereceğinden endişe etmediğini belirtti. Anestezi hekimlerinin yoğun bakımlarda, palyatif bakım ünitelerinde çok sayıda terminal dönemde olan hastaların veya kritik hastaların tedavilerinde önemli görevler üstlenmeleri bu düşüncelerin oluşmasında önemli bir etkiye sahip olabilir. Ötanazi uygulamalarının yasallaşması durumunda ise, toplum üzerindeki etkisinin olumsuz olacağı yönünde görüş hakimdi. Hekimlerin önemli bir kısmı ötanaziye olan perspektifinin şimdiye kadar değişmediğini, neredeyse yarısı ise gelecekte yasal yapının değişmeyeceğini ve teknolojinin ötanazi tartışmalarına kayda değer etkisi olmayacağını düşünmekteydi.

Ötanaziye ilişkin gelecekteki düzenlemeler oluşturulurken, hastaların özerkliğini ve haklarını güvence altına alacak, hekimlerin etik kaygılarını giderecek ve savunmasız bireyleri koruyacak çok boyutlu bir yaklaşım geliştirilmelidir. Bu süreçte hukukçular, tıp profesyonelleri ve etik uzmanları arasında güçlü bir iş birliği sağlanarak, etik standartlar belirlenmeli ve

denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Özellikle bu hastaların bakımında önemli görevler üstlenen anestezi hekimlerinin sürece dahil olması olumlu katkılar sağlayarak süreci iyileştirilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Pant B. Euthanasia: Are we ready for it, or is it too late? Nepal Journal of Neuroscience. 2022.

2. Karagöz Y. M. ÖE, Atılgan M., Dalgıç M., Oğuz H., Civaner M. Antalya'da Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Yaklaşımı. Yıllık Adli Tıp Toplantıları-2002. 2002:131-6.

3. Aydın D, & Atalay, S. HEMŞİRELERİN BAKIŞ AÇISINDAN ÖLÜM VE ÖTANAZİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE FENOMENOLOJİK BİR ANALİZ. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2022:1033-76.

4. Galanakis E DI. Early European attitudes towards "good death": Eugenios Voulgaris, Treatise on euthanasia, St Petersburg, 1804. Medical Humanities. 2007;33:1-4.

5. Giglioni G, Lancaster JAT, Corneanu S, Jalobeanu D. Francis Bacon on Motion and Power. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer,; 2016.

6. B. McKinnon MO-B. Ethics in physician-assisted dying and euthanasia. Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles. 2019.

7. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. Am J Bioeth. 2019;19(11):9-12.

8. Kant I, Gregor MJ. Groundwork of the metaphysics of morals. Cambridge, U.K. ; New York: Cambridge University Press; 1998. xxxvi, 76 p. p.

9. Campbell CS. Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom, Ronald Dworkin. Camb Q Healthc Ethics. 1994;3(2):303-6.

10. Declaration on Patient-Centered Care and Autonomy. World Medical Association (WMA)2015.

11. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993. xiv, 205 p. p.

12. Faden RR, Beauchamp TL, King NMP. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press; 1986. xv, 392 p. p.

13. Lewis P. The empirical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia. J Law Med Ethics. 2007;35(1):197-210.

14. Jonsen AR. A short history of medical ethics. New York: Oxford University press; 2000. xi, 153 p. p.

15. Tauber AI. Patient autonomy and the ethics of responsibility. Cambridge, Mass. ; London: MIT; 2005. 344 p. p.

16. United States. National Commission for the Protection of Human Subjects of B, Behavioral R, United States. Department of Health E, Welfare. The Belmont Report :

ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, D.C: Govt Print. Off. for Department of Health, Education, and Welfare; 1978. 3v p.

17. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979. xvi, 314 p. p.

18. O'Neill O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2002. xi, 213 p. p.

19. Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon T, Thomson JJ. Assisted suicide: the philosophers' brief. New York Rev Books. 1997:41-7.

20. Savulescu J. Liberal rationalism and medical decision-making. Bioethics. 1997;11(2):115-29.

21. Winau R. The hippocratic oath and ethics in medicine. Forensic Sci Int. 1994;69(3):285-9.

22. Pellegrino ED. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. Bull Pan Am Health Organ. 1990;24(4):361-71.

23. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306(11):639-45.

24. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. Arch Intern Med. 1999;159(6):545-50.

25. Mill JS. Utilitarianism. London,: Parker, son, and Bourn; 1863. 2 p.l., 95 p. p.

26. Bentham J. An introduction to the principles of morals and legislation. Oxford,: The Clarendon press; 1879. xxxv, 378 p. p.

27. Singer P. Practical ethics. 2nd ed. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1993. xiii, 395 p. p.

28. Savulescu J. The structure of ethics review: expert ethics committees and the challenge of voluntary research euthanasia. J Med Ethics. 2018;44(7):491-3.

29. Harris J. The value of life. London ; Boston: Routledge & Kegan Paul; 1985. xviii, 281 p. p.

30. P. L. The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia. Journal of Law, Medicine & Ethics 2007.

31. Callahan D. When self-determination runs amok. Hastings Cent Rep. 1992;22(2):52-5.

32. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. Ann Intern Med. 1994;121(10):793-802.

33. Mill JS. On liberty. Boston,: Ticknor and Fields; 1863. 223 p. p.

34. Europe Co. European Convention on Human Rights (ECHR). 1950.

35. Organization of American States OAS. American Convention on Human Rights. Annu Rev Popul Law. 1987;14:134.

36. Grassi L, Folesani F, Marella M, Tiberto E, Riba MB, Bortolotti L, et al. Debating Euthanasia and Physician-Assisted Death in People with Psychiatric Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2022;24(6):325-35.

37. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. BMJ. 2008;337:a1682.

38. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016;316(1):79-90.

39. Sulmasy DP. Death and human dignity. Linacre Q. 1994;61(4):27-36.

40. Glover J. Causing death and saving lives. Reissue. ed: Penguin Books; 1990.

41. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. JAMA Intern Med. 2015;175(10):1703-6.

42. Switzerland Hv. European Court of Human Rights. European Court of Human Rights2011.

43. Pretty v. United Kingdom, European Court of Human Rights (2002). 2002.

44. Savulescu J. A simple solution to the puzzles of end of life? Voluntary palliated starvation. J Med Ethics. 2014;40(2):110-3.

45. Fisher A. Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives. In: Keown J, editor. Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives1997.

46. Harris J. Consent and end of life decisions. J Med Ethics. 2003;29(1):10-5.

47. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994;309(6948):184-8.

48. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2004. xx, 313 p. p.

49. Dworkin G. The theory and practice of autonomy. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1988. xiii, 173 p. p.

50. Christman J. Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves. Philosophical Studies. 2004;117(1-2):143-64.

51. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry. 2016;73(4):362-8.

52. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. Int J Public Health. 2014;59(1):143-56.

53. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834-40.

54. Ganzini L, Leong GB, Fenn DS, Silva JA, Weinstock R. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. Am J Psychiatry. 2000;157(4):595-600.

55. Shelp EE, Perl M. Missed physical diagnosis: conceptual and moral comments on the psychiatrist-patient relationship. Psychiatr Med. 1984;2(4):389-400.

56. Kissane DW. The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. Hastings Cent Rep. 2004;34(4):21-31.

57. Chochinov HM. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002;287(17):2253-60.

58. Callahan D. The troubled dream of life : Living with mortality. New York: Simon & Schuster; 1993. 255 p. p.

59. Rietjens JA, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: survey among the Dutch general public and physicians. Soc Sci Med. 2005;61(8):1723-32.

60. Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, Audenaert K, Chambaere K. Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making. Int J Law Psychiatry. 2019;64:150-61.

61. Shakespeare T. Disability rights and wrongs. New York: Routledge; 2006. viii, 232 pages p.

62. Nys T, Denier Y, Vandevelde T. Autonomy & paternalism: reflections on the theory and practice of health care: Peeters; 2007.

63. Sunstein CR. Why Nudge?

The Politics of Libertarian Paternalism: Yale University Press; 2014.

64. Lewis P. Assisted Dying and Legal Change: Oxford University Press; 2007 01 Jan 2009.

65. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. CMAJ. 2016;188(16):E407-E14.

66. Rietjens JA, van Tol DG, Schermer M, van der Heide A. Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands. J Med Ethics. 2009;35(8):502-7.

67. Downar J, Fowler RA, Halko R, Huyer LD, Hill AD, Gibson JL. Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study. CMAJ. 2020;192(8):E173-E81.

68. Loeb J. Comparing cultural attitudes to euthanasia. Vet Rec. 2024;194(12):458.

69. Kaufman SR. And a Time to Die

How American Hospitals Shape the End of Life.

70. Hofstede GH. Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations2001.

71. affiliations RIaWEBaaa. Modernization, Cultural Change, and the Persistence of Traditional Values2000.

72. Dadze-Arthur A. An Analysis of Clifford Geertz's The Interpretation of Cultures2017.

73. Benedict R. Patterns of Culture1934.

74. Triandis HC. Individualism And Collectivism1995.

75. Hofstede G. Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values1984.

76. Long SO. Final Days: Japanese Culture and Choice at the End of Life2005.

77. Banovic B, Turanjanin V, Miloradovic A. An Ethical Review of Euthanasia and Physician-assisted Suicide. Iran J Public Health. 2017;46(2):173-9.

78. Foucault M. The Birth of Biopolitics 1975.

79. Kwon I, Hattori K, Lee K-b, Kim CJ. End-of-Life Decisions: A Survey of the Perspectives of People in Korea, China, and Japan. Acta Bioethica. 2015;21(2).

80. Kamath S, Bhate P, Mathew G, Sashidharan S, Daniel AB. Attitudes Toward Euthanasia Among Doctors in a Tertiary Care Hospital in South India: A Cross Sectional study. Indian J Palliat Care. 2011;17(3):197-201.

81. Dopelt K, Cohen D, Amar E, Levy C. [Doctors' Attitudes Towards Euthanasia]. Harefuah. 2020;159(7):477-82.

82. McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review. Palliat Med. 2012;26(1):23-33.

83. Pereira J. Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. Curr Oncol. 2011;18(2):e38-45.

84. B. Broeckaert JG, T. van Iersel, S. van den Branden. Palliative Care Physicians' Religious / World View and Attitude Towards Euthanasia: A Quantitative Study Among Flemish Palliative Care Physicians. Indian Journal of Palliative Care. 2009.

85. Buturovic Z. Embracing slippery slope on physician-assisted suicide and euthanasia could have significant unintended consequences. J Med Ethics. 2020.

86. Albrecht E, Chin KJ. Advances in regional anaesthesia and acute pain management: a narrative review. Anaesthesia. 2020;75 Suppl 1:e101-e10.

87. Schildmann J, Doyal L, Cushing A, Vollmann J. Decisions at the end of life: an empirical study on the involvement, legal understanding and ethical views of preregistration house officers. J Med Ethics. 2006;32(10):567-70.

88. Kouwenhoven PS, Raijmakers NJ, van Delden JJ, Rietjens JA, Schermer MH, van Thiel GJ, et al. Opinions of health care professionals and the public after eight years of

euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach. Palliat Med. 2013;27(3):273-80.

89. Bernheim JL, Distelmans W, Mullie A, Ashby MA. Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment? Prototype? : "Eu-euthanasia": the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia in Belgium: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors. J Bioeth Inq. 2014;11(4):507-29.

90. Verhofstadt M. Euthanasia in the Context of Adult Psychiatry: Walking the Tightrope Between Life and Death. End of Life Care Research. 2022.

91. B. Kelly TH, D. Kissane, M. Vamos, J. Attia. "An indelible mark" the response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. Palliative & Supportive Care. 2019.

92. Wibisono S, Minto K, Lizzio-Wilson M, Thomas EF, Crane M, Molenberghs P, et al. Attitudes Toward and Experience With Assisted-Death Services and Psychological Implications for Health Practitioners: A Narrative Systematic Review. Omega (Westport). 2022:302228221138997.

93. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. Ann Palliat Med. 2021;10(3):3540-53.

94. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. J Pain Symptom Manage. 2011;41(3):580-93.

95. Wenger NS, Carmel S. Physicians' religiosity and end-of-life care attitudes and behaviors. Mt Sinai J Med. 2004;71(5):335-43.

96. Inglehart RC, Nash R, Hassan QN, Schwartzbaum J. Attitudes Toward Euthanasia: A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-Related Factors. J Pain Symptom Manage. 2021;62(3):559-69.

97. Gysels M, Evans N, Menaca A, Andrew E, Toscani F, Finetti S, et al. Culture and end of life care: a scoping exercise in seven European countries. PLoS One. 2012;7(4):e34188.

98. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999). Eur J Public Health. 2006;16(6):663-9.

99. Daniel P. Sulmasy O, MD, PHD; Edmund D. Pellegrino, MD. Euthanasia: Morals and Ethics. Arch Intern Med. 1999.

100. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. Palliat Med. 2018;32(1):114-22.

101. Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen B, Distelmans W, et al. Nationwide survey to evaluate the decision-making process in euthanasia requests in Belgium: do specifically trained 2nd physicians improve quality of consultation? BMC Health Serv Res. 2014;14:307.

102. Ganzini L, Beer TM, Brouns MC. Views on physician-assisted suicide among family members of Oregon cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2006;32(3):230-6.

10. EKLER

Ek-1. Anket Formu

1. Doğum yılı?

2. Cinsiyet?

K E Belirtmek istemiyorum

3. Meslek?

- Asistan doktor
- Uzman doktor
- Öğretim üyesi

4. Kaç yıldır anestezi doktoru olarak çalışıyorsunuz?_

5. Nerede çalışıyorsunuz?

- Devlet hastanesi
- Eğitim araştırma hastanesi (3. Basamak devlet hastanesi)
- Kamu üniversitesi
- Vakıf üniversitesi
- Özel hastane
- Palyatif bakım merkezi
- Diğer

6. Ötanazi uygulamasını kişisel olarak destekliyor musunuz?

-Hiç desteklemiyorum
-Desteklemiyorum
-Kararsızım
-Destekliyorum
-Çok destekliyorum

7. Ötanazi ile ilgili başlıca etik endişelerinizle uyumlu olanları işaretleyiniz

- Yaşamın kutsallığı E/H
- Dini inançlar E/H
- İstemsiz ötanaziye kayma riski E/H
- Ağrı yönetiminde alternatiflerin yeterliliği E/H
- Terminal dönem hasta yaklaşımlarının iyileşmiş olması E/H
- Kötüye kullanım veya baskı ihtimali E/H
- Legal düzenleme yetersizliği E/H
- İtibarsızlaşma, etiketlenme E/H

8. Ötanazi ile ilgili yukarıda belirtilmeyen diğer endişelerinizi yazınız: _____

9. Ötanazi ve doktor destekli intiharın ülkenizdeki yasal durumunu biliyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Kısmen

10. Anestezi uzmanlarının ötanazi prosedürlerinde bir rol oynaması gerektiğine inanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

11. Hayat sonu bakımı(palyatif), ötanazi dahil, hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

- Evet
- Hayır

12. Tıp fakültesi eğitiminizde ötenazi ile ilgili bir dersiniz var mıydı?

- Evet, olmasını destekliyorum
- Evet, ama olmamalıydı.
- Yoktu, olmalıydı
- Yoktu, olmamasını destekliyorum

13. Aşağıdaki kavramları biliyor musunuz?

Aktif ötanazi	E/H
Pasif ötanazi	E/H
Hekim yardımlı intihar	E/H
Yasal olduğunu bildiğiniz bir ülke var mı?	E/H

14. Pratiğinizde, ötanazinin insancıl bir seçenek olabileceğini düşündüğünüz en güncel vakayı anlatınız (Yok ise boş bırakabilirsiniz)_____

15. Ötanazi uygulamasına katılmanın sağlık hizmetleri sağlayıcıları üzerindeki muhtemel duygusal etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Iyi yönde etkisi olur
- Kötü yönde etkisi olur
- Fikrim yok

16. Ötanazi ile yaşamı sürdüren tedavilerin sonlandırılmasından sonra hastanın doğal ölümüne izin verme arasında net bir etik ayrım görüyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

17. Ötanazinin yasallaştırılmasının istem dışı veya istemsiz ötanaziye yol açabileceğinden endişe ediyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

18. Ülkemizde ötenazi yasal olsaydı bu yasal düzenlemelerin hazırlanma aşamasında TARD'ın görev almasının faydalı olacağını düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

19. Kişisel dini inançlarınız ötanazi hakkındaki görüşlerinizi etkiliyor mu?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

20. Kültürel bağlamın ötanazi kararlarında önemli bir rol oynadığına inanıyor musunuz?

- Hiç desteklemiyorum
- Desteklemiyorum
- Kararsızım
- Destekliyorum
- Çok destekliyorum

21. Ötanazi için bir hastanın uygun olduğunu belirlemek için hangi kriterlerin karşılanması gerektiğine inanıyorsunuz? (Tüm geçerli olanları seçin)

- Terminal hastalık E/H
- Dayanılamaz ağrı veya ıstırap E/H
- Yetkin ve bilgilendirilmiş onay E/H
- İkinci tıbbi görüş E/H
- Psikiyatrik değerlendirme E/H
- Temel ihtiyaçlarını bağımsız şekilde karşılayamama E/H
- Bireyin talebi E/H

22. yukarıda belirtilmeyen sizin için kriter olması önemli durumları yazınız:_____

23. Ötanaziye uygulamasına katıldığınız varsayımında bu durumun meslektaşlarınızla profesyonel ilişkilerinizi etkileyeceğine inanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

24. Ötanazi uygulamasına katıldığınız varsayımında bu durumun profesyonel itibarınıza zarar verebileceğinden endişeli olur muydunuz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

25. Ötanazinin yasallaştırılmasının toplum üzerindeki etkisini nasıl olacağını değerlendiriyorsunuz?

- Olumlu
- Olumsuz
- Kararsızım

26. Kariyeriniz boyunca ötanazi ile ilgili perspektifiniz nasıl değişti?

- Karşıydım, destekler yönde değişti
- Destekliyordum, karşıt yönde değişti
- Değişmedi

27. Gelecekte ötanazi ile ilgili yasal yapının nasıl değişeceğini öngörüyorsunuz?

- Daha serbest olacak
- Daha kısıtlayıcı olacak
- Aynı kalacak
- Fikrim yok

28. Teknolojideki ilerlemelerin (örneğin, palyatif bakım, ağrı yönetimi) ötanazi tartışmalarını nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

- Olumlu
- Olumsuz
- Dikkate değer bir etkisi olmayacak
- Fikrim yok

29. Tıp profesyonellerinin ötanazi konusundaki halka açık tartışmalarda aktif bir rol oynaması destekliyor musunuz?

- Hiç desteklemiyorum
- Desteklemiyorum
- Kararsızım
- Destekliyorum
- Çok destekliyorum

30. Eklemek istedikleriniz…