

EGE TIP



ayın kitabı

ÖTANAZİ

Editör

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

Sayı
122

ÖTANAZİ

EDİTÖR

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

122

ÖTANAZI

EDİTÖR

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

ISBN: 978-605-338-022-1

2013

Ege Üniversitesi Yayın Komisyonu Başkanlığı'nın
20.08.2013 tarih ve 23/63 sayılı kararı ile basılmıştır.

© Bu kitabın tüm yayın hakları Ege Üniversitesi'ne aittir. Kitabın tamamı ya da hiçbir bölümü yazarının önceden yazılı izni olmadan elektronik, optik, mekanik ya da diğer yollarla kaydedilemez, basılamaz, çoğaltılamaz. Ancak kaynak olarak gösterilebilir.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No: 18679

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi

Bornova, İzmir

Tel: 0232 388 10 22 / 311 20 66

e-mail: bsmmd@rektorluk.ege.edu.tr

Baskı Tarihi: Ekim, 2013

Ötanazi / ed. Çağatay Üstün.

İzmir: Ege Üniversitesi, 2013.

XII, 144 s.: tbl.; 20 cm.

ISBN: 978-605-338-022-1

I. Ötanazi II. Ed.Üstün, Çağatay
179,7 - dc20 Dewey

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu

Başkan :

Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI

Üyeler :

Prof. Dr. Zehra ÖZCAN

Prof. Dr. Ayşenur OKTAY

Prof. Dr. Hasan TEKGÜL

Prof. Dr. Ali BAŞÇI

Prof. Dr. Semra KARAMAN

Doç. Dr. Altuğ YAVAŞOĞLU

Ayın Kitabı Editörleri :

Prof. Dr. Zehra ÖZCAN

Prof. Dr. Elvan ERHAN

Prof. Dr. Mehtap KÖKSAL

Yazışma Adresi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yayın Alt Kurulu
Yayın Bürosu
Bornova, 35100 – İZMİR

Tel : (0 232) 390 3103

Tel : (0 232) 390 3186

Fax : (0 232) 342 2142

E-posta : egedergisi35@gmail.com

Web adresi : <http://www.egetipdergisi.com.tr>

YAZARLAR

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Arın NAMAL

İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Esra ALAN AKCAN

İstanbul Kültür Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Özellikle son 20 yılda ötanazi tıp, psikoloji, psikiyatri, etik, sosyoloji, felsefe, teoloji gibi alanlarda çalışan bilim adamları tarafından sıklıkla tartışılan, derinlemesine araştırılan bir konu haline gelmiştir. Buna ek olarak, yapılan birçok anket çalışması ile ötanazinin toplumsal yapı üzerindeki etkileri incelenmiş, izlenmesi gereken sürecin belirlenmesine çalışılmıştır.

Ötanazinin değişik kültürlerde farklı algılanmasına ve farklı sonuçlarına rağmen, özellikle batı tıbbi üzerinde etkisini artıran hukuki sürecin, konuya ilişkin olumlu veya olumsuz görüşlerin önüne geçerek, Hollanda, Belçika, Lüksemburg gibi ülkelerde yasal bir boyut kazanması, ötanazinin daha fazla sorgulanmasına neden olmuştur.

Sorular gerçekten de düşündürücüdür. Ötanaziye bir tür *hasta hakkı*, *hasta tercihi* veya *hasta otonomisi* (özerkliği) gibi görmek mümkün müdür? Prognozu ümitsiz hastaların yaşama tutunmalarına yardım etmek yerine, yaşamdan çıkışlarını hızlandırmaya yönelik yaklaşımlar mı daha ön planda olmalıdır? Tıbbın görev ve sorumlulukları arasında sayılan *yaşamı korumak* ve *yaşama saygı* ilkeleri yerine, bunu tersine döndüren bir yaklaşımın benimsenmesi ne kadar doğrudur? Tıp, ötanazi talep eden hastaların yaşamlarını sona erdirmelerine olanak tanıyan bir sistem haline dönüşmeli midir?

Etik açıdan *tarafsızlık* ilkesi önemlidir, ancak ötanazi kavramı göz önüne alındığında bu tarafsızlığın yaşamdan yana değişmesi gerektiğini düşünmeliyiz. Sıkıntılı ve yorucu süreçlere, eleştirilere rağmen ötanazi hakkında kesin bir sonuca ulaşmak ve hükümde bulunmak tehlikelidir. Yaşamı veren insanın kendisi olmadığına göre bunu sonlandırmayı istemek ve bunun gerçekleştirilmesini beklemek de yine onun hakkı değildir. Ötanazi tablosunu çağrıştıran durumlardaki hastaların bakım ve tedavilerinin sürdürülmesi ve onların refahını gözeten tıbbi olanakların geliştirilmesi ve denenmesi beklenen bir yaklaşım tarzı olmalıdır.

Yaşamı ve yaşamın içinde olanı savunmak tıp öğretisinin geleneğinde vardır. Bunun zamanla bozulmasının tek sorumlusu; ne tıbbi görüş farklılıkları, ne hukuki bakış açısı ne de değişen sosyal değerlerdir. Sorunlara aceleci yaklaşan ve kişisel karar verme yeteneğini her alanda öne çıkaran anlayışlar ötanazi açmazının hızla büyümesine neden olmaktadır.

Ötanaziyi hasta otonomisi gereği, bir tür tercih gibi düşünmek kolaydır. Ancak daha önemlisi, hastanın hastalığında bakımını, refahını, memnuniyetini sağlamayı başarmaktır.

Bu kitap, ötanazi kavramını farklı açılardan ele alarak, belirgin bir anlam, içerik ve boyut zenginliği oluşturmak üzere hazırlanmıştır. Konunun uzmanlarının sağladığı katkılar sayesinde okuyucunun tarafsız bir değerlendirme şansına sahip olacağını umut ediyoruz.

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
İzmir - 2013

İÇİNDEKİLER

Farklı Pencerelelerden Ötanaziyi Yorumlamak 1-29
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

Etik Açıdan Ötanazi ve Türleri 31-76
Prof. Dr. Arın NAMAL

Hemşirelik Açısından Ötanazi..... 77-95
Yrd. Doç. Dr Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Türk Hukukunda Ötanazi..... 97-141
Dr. Esra ALAN AKCAN

HEM YABANCI HEM UZAK AKRABA

*Yok etme yolunun yabancıyı olduğunu anlatarak başlar söze
Söyleşi koyulaştıkça, intiharla uzak akrabalığını dile getirir
Hastalıkların yarattığı işkencelere içerlemiş numarası yapar
Sonlu yaşam yorucu, sonsuz ölüm dinlendiricidir ona göre*

*Umarsızlıktan bunalmış usları çektiği girdapların derinliği tam bilinmez
Bilinen, yığıtçe savaşıarak yaşama özgürlüğüne sürekli dil uzattığıdır
Bilinen, pes etmek için bilimi kullanmada üzerine rakip tanımadığıdır
Gücün verdiği esriklkten, yanılığlara yaslandığını görmeyi bilemez*

*Yitirilmiş sağlığı geri getiremeyecek girişimlere karşı öndiklerinin
Acımasızlıkla eskimişliği kovacak seçenekler olduğunu savunur
Kendisinden başka kara gün dostu kalmadığından neredeyse emindir
Beyinlerince kontrol edilemeyen, hareketsizliğe gömülü bedenlerin*

*Bir bakmışsınız, tedavisi olanaksız hastaların yattığı kliniklerde
Hekimlerle hemşirelerin en coşkulu ve inançlı destekçisi kılığındadır
Bir bakmışsınız, aynı hastalarla yakınlarını kuşku çıkmazına sokandır
Değişmeyecek bitime giden yollardan en onurlu olanı seçmede*

*Anlamı çelişkili anlatımların yardımıyla amacına ulaşmaktan vazgeçmez
Bazı hakların yeniden gözden geçirilmesini saplantıya dönüştürmüştür
Umudun dozu yerine uykunun doz aşımının gündemde kalmasına uğraşır
Doğrudan ya da dolaylı yöntemlerin kılavuzluğunda zamansızlıktan yakınmaz*

*Kimi kez, bakmaya doyamadığı sevimsiz gerçekliğin aynasında gördükleri
Yaptıklarının doğruluğu konusunda içine yabancı bir kurt sürüsü düşürür
Kandırdığı bilinçlerle duyunçların sorumluluğuyla ruhu sanki kelepçelidir
İstese, yazgı yardımı veren düşlerden biri olmaya adayabilir tüm varlığını*

Dr. Güntürk ÜSTÜN - 2011

FARKLI PENCERELERDEN ÖTANAZİYİ YORUMLAMAK

Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Bugün ötanazi, üzerinde çok fazla tartışılan bir konu haline gelmiştir. Kimi yerde hasta özerkliği ile bütünleştirilen, kimi yerde ise zor, masraflı ve sonuçsuz tedavilere karşı hastanın ölümü seçme özgürlüğü olarak nitelendirilen ötanazinin boyutları fark edebileceğimizden de büyüktür. Hastanın *kendi vücudu, kendi seçimi ve kendi ölümü* şeklinde tanımlanarak basite indirgenmiş yaklaşımların ötanaziyi destekleyen tavırlardan aslında pek bir farkı yoktur. Oysa belli bir tarafı temsil etmek yerine, ötanaziyi geniş açılı bir şekilde ele almak durumundayız.

İsmi adeta ötanazi ile tanınır hale gelmiş Dr. Jack Kevorkian'ın (1928-2011) 83 yaşında Royal Oak'daki William Beaumont Hastanesinde yaşamını yitirmesinin ardından (1) ötanazinin güncelliğini yitireceği ve bir dönemin kapanacağı sanılıyordu. Ancak bu yanlış bir inanıştı. Çünkü bu konu olgunlaşma sürecini özellikle son 20 yıl içerisinde çoktan tamamlamış, ötanazi hakkında yapılan fikir fırtınalarının oluşturduğu olumsuz etkiler bu süreçte etkisini kaybetmiş ve konuya ait yasal boyutun ortaya çıkışı daha da

hızlanmıştı. Dr. Kevorkian elbette ki uygulamalı aktif ötanazinin medikal anlamda ilk harcını atan ve ötanaziye gündeme getiren ilk kişi değildir. Ötanazi yüzyılların içine yayılan ve etkisini uzun zamandır hissettiren bir olgudur. Bugün kimi ülkelerde yasal düzenleme ile gönüllü ve hekim destekli olana izin verilmesine karşın, sorunun kalıcı çözümüne ilişkin belirgin ve net bir yaklaşım henüz sergilenmemiştir. Ötanazi gerçeğini algılayabilmek için ona farklı pencerelerden bakmak ve bir tür yüzleşme gerçekleştirmek zorundayız.

Ötanazinin literatür açısından tanımı eski Yunancadaki *Eu (iyi)* ile *Thanatos (ölüm)* kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Sonuç itibarıyla ötanazi, “*iyi ölüm*” şeklinde bir tarife karşılık gelmektedir. Genelde sürdürülemeyecek bir yaşamın varlığı ötanazi çağrışımının yapılmasına neden olmaktadır. Burada yaşamın sürdürülme güçlüğüne hasta kendisi karar verir ve hekim ötanazinin uygulanmasında ona yardımcı olur. Diğer bir tanımlamaya göre ötanazi, herhangi bir insanın hayatını, bitmesi gerekmediği halde bitirmek yolunda verilen bir kararı, yani hayatı devam edebileceği halde onu bitirme kararını ifade etmektedir (2).

Ötanazi, İkinci Dünya Savaşında Nazi doktorlarının insanlar üzerindeki tıbbi deneyler ile yaşam kalitesini kaybetmiş kişilerin öldürülmesiyle de anımsanmaktadır (3). Ancak buradaki yaklaşımda hastanın belli bir istemi söz konusu değildir.

Görüldüğü gibi ötanazide öncelik, hastanın *iradi yaklaşımına* ve *kendisinin istemesine* bağlıdır. Zaten günümüz ötanazi taraftarı görüşleri de bu merkez üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Uygulama açısından ötanazinin aktif ve pasif diye nitelendirilen iki temel biçimi olduğunu biliyoruz. Kısaca değinmek gerekirse; aktif ötanazide yaşamın eylemsel bir yolla, bir komisyonun onayı alınarak lethal dozda enjeksiyon yapılmasıyla veya karbonmonoksit solutulmasıyla sonlandırılması söz konusudur. Pasif ötanazide ise yaşamın eylemsizlik sonucunda, bir ihmal ile sonlandırılması ön plandadır. Down sendromlu bebeklerin çoğunluğu sağlıklı bir şekilde dünyaya gelebilir ve bu durumda aileleri için temel sorun, ileri yaş dönemlerine kadar geçen sürede çocuğun alacağı eğitim ve bakımına ilişkin sıkıntılardır. Bu nedenle Down sendromlu bebeğin ailesi bebeğin yaşamının devam edip etmemesi gerektiğine ilişkin zor bir süreç geçirir. Bu durumda ailenin hekim ile irtibata geçerek bebeğin yaşamının sonlandırılması talebi gündeme gelebilir. Down Sendromlu, özefagus atrezisi ve trakeoözefajial fistül gibi konjenital defektlerle doğan Baby Doe olgusunun ötanazi sürecinin pasif türden yaşanması buna bir örnektir. Bu örnekte aile, bebeğin yaşamasını sağlayacak gerekli operasyonların yapılması için tıbbi ekibe izin vermemiş, bebeğe gıda geçişinin engellenmesi sayesinde eylemsizliğin doğal bir sonucu olarak ölüm meydana gelmiştir (4, 5).

BAZI ÖTANAZİ TERİMLERİ VE KARŞILIKLARI

Bu bölümde ötanaziye ilişkin kimi kaynaklarda karşımıza çıkan bazı terimlerin anlamlarına yer vermek istiyoruz.

- Ötanazi (Euthanasia): **X** kasıtlı olarak **Y**'yi öldürür ya da **Y**'nin ölümüne izin verir. Burada amaç **Y**'nin yararı içindir.
- Aktif ötanazi (Active euthanasia): **X** bizzat kendisi **Y**'nin ölümüne neden olmak için bir eylem gerçekleştirir.
- Pasif ötanazi (Passive euthanasia): **X**, **Y**'nin ölümünü sağlamak için yaşam uzatıcı tedavileri kısıtlar ya da azaltır.
- Gönüllü ötanazi (Voluntary euthanasia): **Y** ölmek istemektedir ve yetkin, yetişkin bir kişidir. Ötanazi için gönüllüdür.
- Gönülsüz ötanazi (Non-voluntary euthanasia): **Y** ötanazi için bir tercihi ifade etmek adına yetkin değildir ve gönülsüz durumdadır. Örneğin, ağır özürü bir şekilde dünyaya gelmiş yeni doğan.
- İntihar (Suicide): **Y** kasıtlı olarak kendisini öldürür.
- Hekim destekli intihar (Physician assisted suicide): **X** (Bir hekim) **Y**'nin kendisini öldürmesine yardımcı olur (6).

Aktif mi yoksa pasif mi olduklarına göre ötanazi vakalarını ayırmanın alternatifi; *istekli, istemedenden ve istek dışı* ötanazi vakalarının ayırımını yapmaktır. İstekli ötanazi de kişi ölmeyi ister ve bu isteğini bildirmeye muktedirdir. İsteksiz ötanazide kişi ölmeyi istemez ve bu isteğini de iletmeye muktedirdir. İstek dışı ötanazide ise kişinin isteği bilinmemektedir. Bu arada bu vakaların her birindeki varsayımın söz konusu kişi için ölümün en iyi çözüm olduğunu unutmamak gerekir. Pratikte ölümün bir kişi için en iyi çözüm olup olmadığını belirlemek her zaman kolay

değildir ve biz genelde kişinin isteklerini o kişinin çıkarlarının ne olduğuna ilişkin bir kılavuz (yanılmaz bir kılavuz olmasa da) şeklinde düşünürüz. Bir kişinin isteklerine verilecek öneme ilişkin sorun, bir kişinin istekleri ile o kişi için en iyi çözüm arasında bir çatışmanın bulunduğu ötanazi konusunda çıkar. Eğer, bize göre birisinin, aldığı yaralara rağmen, yaşamaya degecek bir hayat sürdürme kapasitesi varsa, ancak kendisini bekleyen hayatın bir değeri olmadığını düşünüyorsa, özerkliğine saygı gösterip ölmesine (ya da daha ileri gidip eğer istiyorsa onu bizzat öldürmeye) izin mi vereceğiz yoksa onu iradesine rağmen, tahammül edilmez bulunduğu bir hayatı yaşamaya ve dayanmaya mı zorlayacağız? Özerkliği dikkate almak ahlak'a ilişkin bir sonuççu görüşle uyumsuz. Böylesi bir görüş açısından, bir kişinin özerkliğine saygı göstermek kendi başına hiçbir şey sayılmaz. Bazen bir kişinin özerkliğine saygı göstermek iyi bir sonuç verirken, başka bazı zamanlarda daha kötü sonuç verecektir (7). Ötanazi ve etik arasındaki en karmaşık iletişim bu tip durumlarda ortaya çıkmaktadır.

Hippokrates'e atfedilen ve tıp sanatının en değerli aforizması olarak bilinen "*Primum non nocere!* (Öncelikle zarar verme!)" ile yemin metni içeriğindeki *Gerek isteyenlere, gerek kendiliğimden hiç kimseye ağı (zehir) sunmayacağım* ibaresi hekimin bir tür sorumluluğu ve ödevi olarak algılanmalıdır. Ancak günümüz şartlarında bu ilke dışlanarak ötanazi farklı algılanmakta ve değerlendirilmeler buna göre yapılmaktadır. Son yıllarda hukuki sürecin tıbbın etik ilkelerinin tam aksine bir yaklaşımla ötanaziyi destek-

leyen bir tutum içine girmiş olması, *etiğin bittiği yerden hukukun başladığı* ibaresiyle ele alındığında içeriksel olarak bir kavram karmaşasının yaşandığını göstermektedir. Etik açıdan insan yaşamına duyulması gereken saygıyı hukuk sisteminin göstermemesi mümkün müdür? Ötanazi gerçekten de bir tür “ölme hakkı” olarak mı algılanmalıdır? Prognozu ümitsiz hastalıklar ve dayanılmaz acı ve ıstırap içindeki hastalar açısından hasta ölmeyi talep etmeli midir? Gerçekten de ötanazi merhametli bir ölümü mü çağırıştırabilir, yoksa soğukkanlı bir tıbbi cinayet gibi kabul edilebilir mi? Bu soruların cevapları hâlâ tartışmaya açıktır.

Ötanazi'nin argümanları arasında, hastadan ümidin kesilmiş olması ve uzun süren ağrılı sürece dayanmanın zor oluşu söz konusudur. Bu durumda hekimin hastanın ağrısını dindirmesi ve yapılması gerekli palyatif bakımların yetersizliği karşısında hastanın ölümüne izin verilmesi karışımıza çıkmaktadır. Ötanazi karşıtlığını savunurken *vitalizm (dirimselcilik)* olarak bilinen düşünce akımına da atıfta bulunabilir. Vitalizm, insan bedeninin canlılığını korumasını mutlak bir ahlaki değer olarak kabul eder. Bu görüş, ciddi engelli bir yeni doğan veya senil demanslı yaşlı bir kadının yaşamının kısaltılmasını yasaklar ve aksine yaşamın korunması gerektiğini savunur. Daha net bir ifadeyle ağrı, acı veya yaşamı uzatmayı sağlayan tedavi giderlerine bakmaksızın yapılması gerekenler mutlaka uygulanmalıdır (8).

Bir başka bakış açısı da şöyledir: Her insan doğal bir yaşama eğilimini barındırmaktadır. Reflekslerimiz ve yanıtlarımız bizi yaşamımıza kasteden şeylere karşı

kaçınmamızı sağlamaktadır. Günlük yaşantımızda dikkatli olmak ve bakımımızı sürdürmek için egzersizler yaparız. Vücudumuz da benzer şekilde moleküler düzeyde yaşamımızı devam ettirmek için yapılandırılmıştır. Bir yerimiz kesildiği zaman yara iyileşmesinin başlayabilmesi için o bölgedeki kanamanın durması ve pıhtı oluşması gerekmektedir. Yine bakteri ve diğer zararlı mikroorganizmalara karşı vücudumuzun bir savaşma düzeneği mevcuttur. Ötanazi hayatta kalmamızın doğal amacına yönelik bir şiddettir. Bu durum bedensel sağ kalımın sonuna yönelik olduğu için kelimenin tam anlamıyla doğaya karşı bir harekettir (9).

Ötanazinin günümüz sosyal yaşamı içinde geçirdiği evreler aslında farklı boyutlarda ele alınabilir. Marker makalesinde, Amerika Birleşik Devletlerinde 1984-1990 yılları arasında bireyler ve grupların yaptığı fikirsel tartışmalarda ötanazinin potansiyel tehdidine ilişkin olarak *“Asla böyle bir şey söz konusu olamaz”* ifadesi kullanılmasına karşın, 1990’ların başında Dr. Jack Kevorkian ve onun ötanaziye ilişkin aktiviteleri sayesinde konunun mümkün olmasını çağrıştıran yaklaşımların ortaya konulduğuna ve bunun ön sayfa haberlerinde yer aldığına değinir. Doğal olarak bundan sonraki süreçte ötanazinin yasallaştırılmasına yönelik yaklaşımlar benimsenmeye başlanmıştır. Hollanda, Belçika, Lüksemburg’da ve 2005 yılından itibaren Oregon’da (ABD), ötanazi veya yardımcı intihar bir tür tıbbi tedavi gibi değerlendirilme sürecine girdi. Oysa daha önceki yıllarda ötanazi; bir kişinin ölümüne neden olmak amacıyla bilerek, kasıtlı bir eylem olarak algılanıyordu (10).

Ötanazinin farklı kültür ve inanışlarda farklı şekillerde algılandığını biliyoruz. Örneğin 388 Japon dini grup (143 Shinto, 157 Budist, 58 Hıristiyan, 30 diğer) üzerinde yapılan bir araştırmada, ötanaziye ilişkin görüşler sorulduğunda %70'inin pasif ya da indirekt ötanazi türlerini benimsediği, %20'sinden az bir oranın ise aktif ötanaziyi desteklediği görülmüştür. Hıristiyanların ötanaziyi diğer inanış gruplarına göre daha az desteklemesi ilginçtir. Şinto ve Budist gruplarda eğer tıbbi tedavi sonuç vermez ise ve terminal bir döneme girilmişse hastalığı doğal seyrine bırakma eğilimi vardır (11).

Ötanazi sadece prognozu ümitsiz hastaların ya da ömrünün kalan kısmını yatarak geçirmek zorunda olan hastaların sorunu değildir. Ağır derecede özürlü insanların da yaşamlarını sürdürmeme veya tedavinin geri çekilmesi hususunda talepleri olabilmektedir. Bu durum hasta tarafından "Bu benim yaşantım ve benim kararım" şeklinde ifade edilmektedir (12).

İKİ ÜTOPYA PENCERESİNDEN ÖTANAZİ

Daha yaşanabilir bir dünya oluşturmak için düşünürler tarafından ortaya atılan ütöpik devlet tasarımların içerisinde kimi zaman ötanazi çağrışımı yapan, kimi zaman ise buna değinmeyen yaklaşımların varlığını biliyoruz. Konumuzla bağlantılı olması sebebiyle her iki yaklaşıma da değinen iki örneği sunmak istiyoruz.

Ötanazi taraftarı bir ütopya, Platon'un (M.Ö. 427-347) yazdığı "Devlet" isimli eserinde yer almaktadır.

"İşte, Asklepios bu gerçeği biliyordu. Onun için de, hekimliği yalnız bedenleri doğuştan sağlam olup da, geçici bir hastalığa tutulmuş insanlar için kullandı. Bu

hastaları ilaçla, bıçakla iyi ederken, onları gündelik işlerinden, yaşayışlarından ayırmıyordu. İcini hastalık sarmış olan bedenleri kan alma, kusturma, icini temizleme gibi yollarla iyi edeceğim diye, kötü bir hayatı uzatmaya çalışmazdı. Böylelerinin kendilerine benzeyecek çocuklar yapmalarını doğru bulmazdı. Tabiatın verdiği ömrü yaşamaya gücü yetmeyen adamı iyileştirmenin ne o adama, ne de topluma fayda vermeyeceğine inanıyordu.

Hekimleri alalım: İyi hekim olabilmek için, sanatı da çocukluktan öğrenmeye başlamış, çok hasta görmüş, hatta kendileri de hastalık çekmiş ve çok sağlam doğmamış olmaları gerekir. İyi hekim, bedeni bedeniyle iyi etmez. Öyle olsa, kendisinin hiç hastalık çekmemiş sağlam bir bedeni olması gerekirdi. Bence iyi hekim, bedeni kafasıyla iyi eder. Kafası kötüyse ya da kötüleşmişse hastalığı iyi edemez.

İşte devletimizde böyle hekimler, böyle yargıçlar bulunacak. Bunlar yurttaşlar arasında bedenleri ve içleri doğuştan iyi olanlara bakacak, iyi olmayanlara gelince, bedenleri bozuk olanları hekimler bırakacak olsun. İçleri yaratılıştan kötü olanlara gelince, onları da yargıçlar öldürecek, değil mi?" (13).

Tommaso Campanella'nın (1568-1639) "Güneş Ülkesi"nde ise ötanaziye destekleyen hiçbir yaklaşıma rastlanmaz. Aksine hangi yaştan olursa olsun herkesin ayırım görmeden toplum içinde belli bir görevi olduğuna vurgu yapılır.

"Güneş Ülkesi"nde hayranlık duyulacak başka bir şey de boş oturmanın, yaşlılık nedeniyle kuvvetten düşme dışında hiçbir şekilde kabul görmemesidir. Yaşlılar da öğüt ve önerileriyle buna katkıda bulunurlar. Ayakları

sakat olanlar gözleriyle nöbet hizmetlerinde çalışırlar; gözleri görmeyenler yünleri ve kuş tüylerini yastık ve döşeklere doldururlar; elleri olmayanlar başka işlerde çalıştırılırlar; tek bir organı olan insan bile topluluğa yararlı olabilir. Ancak bu tür insanlar, kentte yapacak büyük bir işleri yoksa köylerde yaşarlar ...” (19).

KAYGAN ZEMİN PENCERESİNDEN ÖTANAZİ

Ötanazi tartışmalarında *buzda kaymak* ya da *kaygan zemin* diye ifade edilen “slippery slope” kavramına değinmek gerekmektedir.

Ötanazi konusunda bazı etikçiler, insani değerler açısından tehlikeli bir durumun bulunmadığını ve bugünkü etik kaygıların ileride boşa çıkacağını savunmaktadırlar. Buna karşın, bu tıbbi müdahaleleri etik yönden olumsuz olarak değerlendirenler, bunları kabullenmenin mevcut değerleri sarsabileceğini ve insanlığı sonu gelmez etik çöküşe sürükleyeceğini belirterek, gelecekte insanlık için olası tehlikeleri işaret etmektedirler. Yeni tıbbi müdahalelerin benimsenmesi, meşrulaştırılması ya da yasal yönden kabulüne karşı geliştirilen savlarda söz konusu tehlikelere dikkat çekmek için simgesel bir anlatım biçimi olarak buzda kaymak kavramından yararlanılmaktadır. Buzda kaymak olayı, kuşkusuz, başına gelmiş olsun olmasın, herkesin sonucunun ne olabileceğini kestirebileceği bir durumdur. Sözlük anlamıyla *buzda kaymak* ifadesiyle anlatılan şey, eğer kötü olduğunu bildiğiniz bir durum ya da konuya bir adım attığınızda bu adımı, daha başka yeni adımların izlemesinin kaçınılmaz olacağıdır. Böylece kendinizi ister istemez arzu etmediğiniz daha kötü bir noktada bulabilirsiniz. Tek

bir ötanazi vakasını meşru görmekle, *insan yaşamının dokunulmazlığı ve kutsallığı konusundaki değerlerin mutlak olmadığı, gerektiğinde bunların çiğnenebileceği* kabullenilmiş olmaktadır. Bu kavramsal belirsizlik içerisinde, bundan sonra ilk ötanaziye benzer bazı nitelikler taşıyan, ama aynısı olmayan vakalar da peşinen kabullenilme durumundadır. Ötanazi uygulanması halinde, insani değerlerimizi sarsabilecek vakalar da, bazı benzer yönleri nedeniyle ötanaziye aday hastalar durumuna gelecektir. Buna karşı çıkmak için ise, artık etik bir gerekçe kalmamaktadır. Dolayısıyla pratikte; gereksiz, kimi zaman kasıtlı, etik değerleri altüst eden ötanazi uygulamaları birbirini takip edip gidecektir (15).

Ötanazi hakkında sorulacak şöyle bir soru zihinlerde çarpıcı bir etki bırakabilir: *Acaba bir hastanın acısını dindirmek için onu öldürmeye ya da ölmesine yardım etmeye hakkımız var mıdır?* Bugün için bu sorunun cevabının genellikle hukuki açıdan değerlendirilmesine çalışılmaktadır. Örneğin Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İsviçre ve ABD'de Oregon eyaleti başta olmak üzere, hekim yardımlı ötanazinin yasal hale gelerek uygulandığı bilinen bir gerçektir. Ancak unutulmamalıdır ki, ötanaziyi meşru kılan yasal yol bir kez açıldığı zaman, bunun arkasının gelmesi ve sınırlamanın kaldırılması kaçınılmazdır. Etik, sosyal ve dini gerekçelendirmelerde insan yaşamının içsel bir değeri olduğuna vurgu yapılır. Masum bir insanın değer ve kutsallık açısından yaşamına son verilmesi bu nedenle mümkün değildir. Tıpta Hipokrat Yemininden beri süregelen *yaşamı korumaya yönelik yaklaşım* ve Dünya Tıp Birliğinin Cenevre Bildirgesinde

(1948) yer alan *insan yaşamına başlangıcından itibaren göstereceğim saygıyı sürdüreceğim* ibaresi bu konuda yol gösterici kabul edilebilir. Hipokrat Yeminindeki *Benden ağı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim* ibaresi yine aktif ötanaziye dışlayan bir yaklaşımdır. Bu yeminin dışında Galen, Laennec, Hufeland gibi hekimler tarafından hazırlanmış yemin metinlerinde de ötanazinin kabul görmediğine tanık oluyoruz. Hayatın kutsallığı ya da dokunulmazlığı ilkesi, külfetli ve invaziv tedavi yaklaşımlarına rağmen (ileri evre metastatik kanser olgularındaki agresif kemoterapi uygulamaları, hastanın ventilasyon aletine bağlı olması) kasıtlı öldürme eylemini yasaklamaktadır. Bu durumda kimi zaman hekimler tedavinin zor, orantılı veya orantısız olduğu durumları göz önünde bulundurarak bir karar vermek zorunda kalmaktadır. Hastanın üzerindeki külfetli bir tedavinin reddedilmesi intihar ile aynı anlama gelmemektedir. Kimi zaman ise kasıtlı olarak bazı tedavi protokollerinin atlanması, hastanın ölümünü hızlandırmakta ve bu durum genellikle pasif ötanazi kapsamında değerlendirilmektedir. Görülüyor ki, hekim destekli ötanazi kaygan zemin yaklaşımından oldukça fazla etkilenmekte ve yasal çerçevede kendisine bir yer bulmaktadır (16, 17).

Avrupa Birliği olarak adlandırılan ve bir dizi ekonomik antlaşmayla hayata geçirilen bütünsel bir yapının içerisinde gelişen ötanazi yanlısı yaklaşımlar ve yasal düzenlemeler bu birliğin gelecekteki ötanaziye bakış açısını doğrudan etkileyecektir. Birliğin içerisinde yer alan ülkeler arasındaki potansiyel kültür çatışmaları nedeniyle ötanazinin algılanış ve ele alınış biçim-

lerinde de farklılık olması kaçınılmazdır. Görünen odur ki, ötanazi gibi bir konuda Avrupa Birliğinin tek tip bir karar alarak özgün bir hukuki sistem oluşturabilmesi ya da bunu yasallaştırmaya zorlaması, her ülkenin kendi *hak, din, kültür* anlayışı içerisinde zor görünmektedir (18). Ancak burada düşündürücü olan, uyumsuz görüşlere rağmen ötanazi üzerinde nasıl bir mutabakata ve yasal düzenlemeye gidilebileceğinin sorgulanmaya devam edilmesidir.

İKİ OLGU PENCERESİNDEN ÖTANAZİ

Ötanaziye ilişkin incelememizde iki çarpıcı olguya yer veriyoruz.

Nancy Cruzan

Nancy Cruzan (1957-1990) olgusu, ABD’de Federal Mahkemenin kararı ile hastanın ötanaziye ilişkin istemini gösteren bir belgenin bulunmaması durumunda istem dışı ötanazinin Anayasa’ya uygun olmadığına atıf yapmaktadır. Cruzan olgusunda hasta mekanik ventilatör cihazı olmadan solunum yapabiliyordu.

Nancy Cruzan 1 Ocak 1983 tarihinde geçirdiği trafik kazası sonrasında devamlılık gösteren bir bitkisel yaşama girdi ve tüp aracılığı ile beslenmeye başladı. 1986 yılında Cruzan’ın ailesi, kızlarının bu şekilde yaşamayı istemeyeceğini savunarak beslenmeye devam edilmemesini talep etti. Uzun yargı sürecinin ardından 1990 yılında Missouri Yüksek Mahkemesi ve Federal Yüksek Mahkemesi Cruzan’ın ailesini kızlarını yaşama bağlayan tıbbi destek sistemlerini durdurma konusunda yetkili kıldı ve Nancy Cruzan yapay

beslenme kesildikten 12 gün sonra vefat etti. Cruzan olgusu pasif ötanazi sürecine verilen önemli bir örnektir (19, 20).

Yorum

Bireyin yaşarken ötanaziye ilişkin bir kararı olmadığı halde, ani gelişimli bir kaza sonrasında bitkisel yaşama girmesi ve bilinç kaybı durumunda, hastanın yakınları tarafından bu yaşamı sürdürmemesine ilişkin talep edilen kararlar gerçekten önemli bir etik ve hukuki sorundur. Bireyin *olmayan beyanına* rağmen, ailesinin onun adına alabileceği ötanazi kararı ne derece doğrudur? Buna etki eden faktörleri ortadan kaldırmak mümkün müdür? Yaşamın getirebileceği riskleri ön görerek ötanaziye ilişkin bireyin kendi kararını almasına teşvik edebilecek bu tür olguların etik açıdan önemli bir yeri vardır.

Yaşamın korunmasına ve devamına ilişkin yaklaşımların önünün kesilmesi, etik değerler sisteminin de kesintiye uğratacağı unutulmamalıdır.

Terri Schiavo

Ötanazi hakkında en dramatik, güncel ve uzun süreçlerden birisi Theresa Marie Schiavo'nun 26 yaşındayken bilinmeyen bir nedenle kardiyak arrest tablosu ile karşı karşıya kalması ile yaşanmıştır. Terri'nin beslenme tüpünün çekilmesine kadar geçen süre içerisinde ailesinin ve eşinin yüzleştikleri ötanazi kavramı belki de en derin sorgulamalarından birisini ortaya koymuştur.

Terri, Michael Schiavo ile evlendikten sonra 1986 yılında Florida'ya taşındı. Ailesi de onların ardından oraya yerleşti. Eşi bir lokantanın sorumlu yöneticisi-

ken Terri bir sigorta şirketinde memur olarak görevliydi. Şubat 1990'da bir sabah eşi erken uyandığında Terri'yi koridorda yığılmış bir vaziyette buldu ve hemen 911'i aradı. 12 dakika içinde paramedikal yardım ekibi oraya ulaştı. Tıbbi ekip resüsitasyon çalışmalarına başlayarak birkaç denemeden sonra defibrilasyon tablosunu düzene koymayı başardı. Hemen yerel bir hastaneye kaldırıldı. Ancak geçen süre içinde beyine gitmesi gereken oksijen yoksunluğu yüzünden *beyin hasarı* meydana gelmişti. O günden sonra *bilinci kapanan* ve *komaya* giren Terri Schiavo için yeni bir dönem başlıyordu. Zaman içinde yapılan tedavilere rağmen Terri'nin durumu *kalıcı beyin hasarının* meydana getirdiği ve *bitkisel yaşam* diye adlandırılan (PVS), koma benzeri bir tabloya dönüştü. Bu tablo ile Terri Schiavo 15 yıl daha yaşadı (21).

Yorum

Terri Schiavo gerçekten de kabullenilmesi, üzerinde empati yapılması zor bir olgudur. Hastanın sadece yaşamda tutulması için tıbbi desteğin sürdürüldüğü bu açmazın çözümü için öneriler sunulabilmesine karşın yapılması gerekenin ne olacağı her zaman için bir soru işareti olarak durmaktadır. İlerleyen tıbbi teknolojiye rağmen yatağa mahkum bu tip özel hastaların bakım prosedürlerinin uzun sürmesi sonucunda kimi zaman ailelerin ya da eşlerin tıbbi desteğin çekilmesi yönündeki talepleri sorunun daha da büyümesine neden olmakta, tam bu noktada ötanazi bir çare gibi görülmektedir. Schiavo olgusu sorunun çözümünü değil, daha da derinleşmesini sağlamıştır. Gelecekte yaşanacak bu tip olaylar karşısında deneyim

kazanmış ve etik değerleri ön planda tutan yeni anlayışlara ihtiyaç vardır.

ÇOCUK HASTALARDA AİLENİN ETKİN ROLÜ VE ÖTANAZİ

Çocuk hastaların tıpta özel bir konumu vardır. Kendi yaşamları hakkındaki kararlarında velilerinin veya vasilerinin etkin bir rol üstlenmesi buna neden olmaktadır. Kimi zaman özellikle doğumsal defekt ile doğan çocukların aileleri karar verme sürecinde etkin bir rol oynayarak çocuğun ölüme terk edilmesini talep edebilmektedirler. Bu tür yaklaşımın bilinen en klasik örneği *Baby Doe* olgusudur. Bebek Doe, Nisan 1982'de *Down sendromu, trakeoözefagialfistül ve özefagus atrezisi* ile doğmuştur. Çocuğun ameliyat olup, zihinsel özürlü olarak yaşama şansı olmasına rağmen, ailesi bebek için yapılması planlanan cerrahi girişimleri kabul etmemiştir. Bunun üzerine bebeğin hekimleri ailenin bu iradesine karşı çıkarak mahkemeye başvurmuşlarsa da, mahkemeden ailenin tam yetkili olduğu kararı çıkmıştır. Bunun üzerine daha sonra 1984 yılında bir yönetmelik çıkarılarak konjenital bozukluğunun derecesi ne kadar ağır ve yaşama şansı oranı ne kadar düşük olursa olsun, yeni doğanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için hekimlerin yükümlü olduğu ifade edilmiş, yapılan bu çalışmalar *Bebek Doe düzenlemeleri* olarak anılmıştır (Child Abuse Prevention and Treatment Act-1984) (22, 23, 24).

BİR BAŞKA OLGU VE YAŞANAN ETİK İKİLEM

Güncel olgu örneklerinden bir tanesi de Sam Schmid olgusudur. Amerika'da Tucson'da geçirdiği büyük bir trafik kazası sonrasında komaya giren ve yapılan testlerle beyin ölümü gerçekleştiği ifade edilerek potansiyel bir organ donörü şeklinde değerlendirilmesi planlanan 21 yaşındaki üniversite öğrencisi Sam Schmid'in soluk alıp vermesini sağlayan yaşam destek ünitesinin fişi çekilmek üzereyken, yeniden yaşama döndüğüne dair bulgular göstermesi ve birden beyin fonksiyonlarının düzene girmeye başlaması üzerine bundan vazgeçilerek tedavisine devam edildi. Sam Schmid kısa süre sonra hekimlerinin düzenlediği basın toplantısına katılacak kadar düzelme kaydetti (25). Bugün rutin tıbbi uygulamada yaşama ümidi açısından umutsuzluk arz eden olgularda çoğunlukla hastalara belli testler aracılığı ile beyin ölümü tanısı konularak, ya yaşam destek ünitesinin çekilmesi ya da organ donörü olarak değerlendirilmesi önerisinde bulunmaktadır. Bu tip olgularda hastanın ailesinin ya da yakınlarının onayı ile bu işlemin yapılması, yine bir tür onayı alınmış ötanazi gibi değerlendirilebilir. Ancak Sam Schmid örneğinde olduğu gibi, tıbbın her olguya temkinli yaklaşması ve hastaların tablolarındaki umutsuzluğa rağmen yine de ümidin hiçbir zaman yitilmemesi, tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinin sürdürülmesi gerekmektedir.

HUKUKSAL BİR SÜREÇ: OREGON ÖRNEĞİ

ABD'de Oregon'daki *Onurlu Ölüm Yasası* 1994 yılında kabul edildi. Bu düzenleme hukuki açıdan bir süre

ertelenmesine karşın 1997 yılında yasal bir hale gelerek aynı yılın 27 Ekim'inde kanunlaştı. 2006 yılında Oregon'daki bir tür *federal meydan okuma* diye nitelendirilen bu durumu Amerikan Yüksek Mahkemesi reddetti. ABD'de hekim yardımlı intiharın yasal olduğu tek eyalet burasıdır. Kanunlaştıktan yaklaşık 9 yıl içerisinde toplam 292 kişi bu düzenlemeden yararlanarak hayatını kaybetti. Oregon'da terminal dönemde ve mutlak ölümcül bir hastalığı olanların hekimden yaşamlarını sonlandırmalarına yardımcı olması için bir reçete alabilmeleri belli yasal şartlara bağlanmıştır. Bunlardan bazıları şöyledir: *Hastanın bu eyalette oturuyor olması, 18 yaş ve daha büyük olması, hastanın sağlığı ile ilgili kararlar konusunda iletişime girebilecek düzeyde yeterli olması, hastanın içinde bulunduğu hastalık tablosunun 6 ay ve daha kısa süreli yaşama şansını ortaya koyması ve bunun iki hekim tarafından teşhis edilmiş olması, reçeteyi yazacak hekimin ve danışman hekimin hastanın hastalığının teşhisini ve prognozunu onaylamış olması, hastanın ruhsal bozukluk tablosu içinde olduğunun anlaşılması üzerine ruh sağlığı durum değerlendirilmesi için gerekli tıbbi birime sevkinin yapılması* (26). Görüldüğü gibi ötanazi ile ilgili yasal kriterlerin oluşturulmasında belli bir titizlik gözetilmesine karşın yine de sonuç ötanazinin benimsenmesiyle kesişmektedir. ABD'de bu konuda emsal teşkil eden tek federal yapının Oregon'da bulunması, bu konunun bir tür inatlaşma şekline girdiğinin belirtisidir.

GERONTICIDE: YAŞLILARA ÖLÜMÜ GÖSTERMEK!

Yeni dünya düzeni içerisinde gelişen teknolojiye paralel olarak insan yaşam süresinin uzaması, *anti-aging* (yaşlanma karşıtı) yaklaşımların giderek önem kazanması, yaşlılığın geciktirilmesi, sağlıklı ve kaliteli bir yaşlanmanın önerilmesi, dünya nüfusunun artmasına ve sınırlı tıbbi ve beslenme kaynaklarının kullanımında sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır. Artık yaşlılar bir sosyal grup şeklinde değerlendirilmektedir. Bu nedenle yaşlanmayı geciktirmek ve *sonsuz gençlik* diye tabir edilen yaklaşımları savunmak kimi çevrelerce bir tür problem gibi algılanmaktadır. Ütopyacı görüşler ve farklı bakış açıları, geleceğin dünyasında yaşlıların konumu hakkında belirsizlikler olduğunu ileri sürmektedir (27).

Yorum

Günümüz tıbbının uygulama alanları arasında yer alan gerontoloji, yaşlılık ve yaşlılara ilişkin hastalıkları konu alan bir bilim dalıdır. Yaşlıların toplum içerisindeki yerinin sorgulanması, güçsüz düşüklerinde veya kronik hastalıklara maruz kaldıklarında onlara, “Artık gitme zamanı!...” diyebilmek hakkı hiç kimsenin olamamalıdır. Biyolojik ölümün beklenmesini desteklemek ve bunu benimsemek, sadece hekimlik sanatının değil, insana duyulması gereken sevgi, saygı ve vefanın da gereğidir. Burada politikacıların, sağlık sistemini uygulayan yöneticilerin, tıbbi veya yaşam sigortasını belirleyen sistem koyucuların büyük sorumluluğu vardır.

Ötanazi karşıtı yaşlılar için adeta bir kabus ülke haline gelmiş Hollanda'da, yaşlıların üzerlerinde anti-ötanazi kartları taşıyor olmaları, bu konudaki endişelerin ne denli önemli bir boyuta ulaştığını göstermektedir. Ötanaziye izin veren bir kanunun bulunduğu bu ülkede yaşayan yaşlı insanların, her hangi acil bir durum anında böylesi bir uygulamaya maruz kalmamak için bu önlemi düşündüklerinin ileri sürülmesi (28) etik açıdan yaşanan sıkıntıyı özetliyor.

Ötanazi hakkındaki felsefi ve etik sonuçları değerlendirmek giderek terk edilmektedir. Kişinin özerkliğini ileri sürerek, tıbbi sebeplerden ötürü ölümünü istemesi veya bunu gerçekleştirmeye yardım edilmesi eylemi, hekimlerin sahip olduğu "*öldürmekten kaçınma ilkesinin*" karşıtı bir durumdur.

Halen tartışılan temel nokta, ötanazinin *iyi bir tıbbi uygulama mı yoksa bir tür cinayet mi* olduğudur. Bununla ilgili çok farklı tespitlerde bulunmak mümkündür. Ötanaziyi hastanın özerkliğine ve yararına bir teşvik veya hak gibi algılamayı öneren yaklaşımlar, *buzda kaymak* unsurunun daha da kolaylaşmasına sebep olmaktadır.

ÖTANAZİ BİÇİM DEĞİŞTİRİYOR - "MOBİL KLİNİK" ANLAYIŞI

Avrupa'da ötanazinin yasal bir anlam kazandığı ilk ülkelerden olan Hollanda'da bu konu hakkında yaşanan gelişmeler ve bunların medyaya yansıyan boyutu gerçekten de ilginçtir. Hollanda'daki ötanazi yasasının çıkmasında bir derneğin etkin rol oynadığını biliyoruz. 1973 yılında kurulmuş NVVE (Right to Die in-NL) isimli bu organizasyon, kendi isteğiyle hayatına

son vermek isteyen hastalar için çalışmalarını halen sürdürmekte ve ötanazinin yaygınlaşması yönündeki gayretlerine devam etmektedir. Son bir gelişmeye göre, yasaların öngördüğü çerçevede ötanazi hakkına sahip olmasına rağmen, bu istekleri yerine getirilemeyen, iyileşme umudu olmayan ve hekimleri ikna edilememiş hastalara hizmet vermek için *Levensendekliniek (The End of Life Clinic)* diye isimlendirilen özel bir klinik kurulması gündeme gelmiştir. Bu klinik yapılanma içinde mobil ekiplerin de bulunması planlanmaktadır. Hekim ve hemşirenin de yer aldığı 6 kişilik uzman ekibin, ötanazi talep eden hastalara evlerinde yardımcı olmaya çalışacağı, bunun gerçekleşme zorluğu olanlarda ise hastanın kliniğe yatırılarak ötanazinin burada uygulanmasının sağlanacağı ifade edilmektedir (29, 30). Görüldüğü gibi ötanazinin boyutu ve kapsamı giderek daha da genişlemektedir.

ORGAN TRANSPLANTASYONU VE ÖTANAZİ

Belçika'da ötanazi uygulanan kişilerden transplantasyon amacıyla organ alındığına ilişkin haberlerin medya üzerinden duyurulmasıyla ötanazi hakkındaki tartışmalara bir yenisi daha eklendi. Belçika'da ötanazinin ve organ bağıışı konusunun iyi organize edilmiş olmasının bu yeni yaklaşım biçimini ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Ötanazi sonrasında organ alımı yönünde Belçika'nın hukuki mevzuatına göre yasal bir engel bulunmuyor.

Bununla ilgili bir literatür bilgisi şöyledir: *44 yaşında bayan bir hasta, beyin sapı vasküler lezyonu sebebiyle hastanede kontrol altına alınıyor. Hasta tam*

bilinçli ve çevresiyle sadece göz kapağı hareketi yardımıyla iletişim kurabiliyor. Trakeostomi aracılığı ile spontan solunumu var ve gastrostomi yardımıyla beslenebiliyor. Hasta, destek tedavili 4 yılın ardından Belçika yasaları uyarınca hekim yardımlı intihar (Physician-Assisted Suicide/PAS) için ötanazi talebinde bulunuyor. Psikiyatri ve nörofizyoloji uzmanları tarafından muayene edilerek depresyon tablosu dışlanıyor ve korunmuş bir bilişsel fonksiyona sahip olduğu anlaşılıyor. Olumsuz tıbbi prognoz nedeniyle hastanın ölmek istediği doğrulanıyor ve Belçika'daki ötanazi yasası gereği bir ay içinde planlanmış bir zaman diliminde hastaya ötanazi yapılması planlanıyor. Ötanazi uygulamasından bir gün önce hastanın kendi iradi beyanı ile ölümünden sonra organ bağışında bulunacağı teyit ettiriliyor. Her iki durum Enstitünün Etik Komitesi tarafından da onaylanıyor. İntravenöz ötanazi prosedürü düzenli bir protokol çerçevesinde hastanın eşinin bulunduğu bir odada gerçekleştiriliyor. Bu oda operasyon odasının hemen yanında bulunuyor. Hastanın kardiyak aktivitesinin sona ermesinden 10 dakika sonra öldüğünü tespit etmek için üç bağımsız hekim muayene yapıyor ve ardından hastanın bedeni operasyon odasına götürülerek, karaciğeri ve iki böbreği Eurotransplant'ın ölüm sonrası organ bağışı prosedürleri çerçevesinde başka hastalara nakledilmek üzere alınıyor (31). Burada ele alınan konu, ötanazi ve organ transplantasyonu olmak üzere iki farklı bölümden oluşmaktadır. Organ ihtiyacının fazlalığı göz önüne alındığında böylesi ötanazi uygulamalarının organ donörü yönünden zaman içinde etik, hukuk ve tıbbi bakış açıları üzerinde olumlu ya da olumsuz bazı

tartışmaları da beraberinde getireceğini göz ardı edilmemelidir.

ÖTANAZİ YA DA ÖTANAZİ KARŞITLIĞI: PEKİ, HANGİSİ?

Asında çok zor bir etik ikilem ile karşı karşıyayız. Tıbbi ötanazinin bugün savunulmaya devam eden yönlerini ve hukuki düzenlemeleri de içeren desteği fark ettiğimizde, esasında *dengesiz bozulmuş* yeni bir tıbbi sistemin varlığına tanık oluyoruz. Artık *ötanazi karşıtlığı* yadırganan bir durum gibi algılanıyor. Bireysel haklar çerçevesinde hastanın kendi kader yazgısını belirleme hakkına sahip olmak istemesi, *“kendi bedenim, kendi seçimim ve onurlu ölme hakkı”* şeklindeki vurgulamalar prognozu ümitsiz ve terminal dönem hastaları için ötanaziyi cazip kılan bir seçenek haline getiriyor.

Ülkemizde ötanaziye ilişkin hukuki mevzuatın dışında, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 2. maddesinde, 13. maddesinin 3. fıkrasında, 14. maddesinin 1. fıkrasında bu konunun vurgulandığını görüyoruz.* Buradaki tanımlamalardan etik anlamda ötanazinin kabul görmediğini anlamak mümkündür.

Madde 2. Tabibin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Madde 13/3. Tabip, teşhis ve tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya

* Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Karar sayısı: 4/12578, Kabul tarihi: 13.01.1960, Resmi Gazete 19.02.1960

diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.

Madde 14/1. Tabip, hastaların vaziyetinin icab ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ızdırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Yaşamın kutsallığı, ağrı ve acının her zaman hafifletilebilme olasılığının bulunması, özellikle kanser hastalarında sık görülen major depresyon olgularının tedavi edilebilme şansının bulunması ve bu yüzden hastanın isteyebileceği ötanazi talebinin onun kendi otonomisini yansıtamayacağı iddiası, ötanazinin bazı kişiler tarafından kötüye kullanıma açık bir hale getirilme endişesi ve hekimin ötanazi uygulanmasında üstleneceği rolün hastaların hekimlere olan güvenini zedeleyebileceği düşüncesi ötanazi karşıtı fikirlerin oluşmasına neden olmaktadır (32).

Hastanın ümitsiz tablosu veya mental hastalıklardaki irreversibl durumun çok iyi irdelenmesi gerekmektedir. Günümüzün gelişmiş tıp teknolojisinde bile yanlış teşhis ve tedavi süreçlerinin yaşandığı göz önüne alındığında, hastanın tıbbi tablosunun ümitsizliği konusunda yanlışlık yapıma olasılığının varlığı göz ardı edilmemelidir. Hiç şüphesiz, hasta açısından ağrı ve acı çekme, ıstırap hoş olmayan durumlardır. Hastanın yaşam kalitesinin ve rahatının mutlaka yeniden sağlanması için bu olumsuzlukların önüne geçecek yöntemlerin geliştirilmesi lazımdır.

Ötanaziyi destekleyen netleşmiş ve gelecekte telafisi mümkün olmayan fikirlerin oluşturulması, bu soruna ilişkin karşıt duruşları zayıflatmaktadır. Bunun

yanında, ötanazinin hukuki bir boyuta taşınarak, bazı ülkelerde yasal bir boyutla ele alınmaya çalışılması, sorunun etik boyutunun anlamını yitirmesine neden olmaktadır.

Bugün *ötanazi yanlısı* olmaktan çok, *ötanaziye niçin karşı olunması* gerektiğinin üzerinde durulmalıdır. Bazı soruların cevaplarını yeniden düşünmek zorundayız:

- Hasta niçin ötanaziyi talep eder?
- Hastayı ötanazi fikrine sürükleyen etkenler belli mi?
- Hastayı ötanazi fikrinden vazgeçirmek için elimizdeki argümanlar nelerdir?
- Hekim ve tıbbi ekibin ötanaziye ilişkin etkin rollerinin tıbbın misyonuna verebileceği zararlar tahmin ediliyor mu?
- Hasta için ötanaziyi bir çare gibi sunmak büyük bir yanlış değil mi?
- Hipokrat Yemininin ötanaziyi dışlayan tavrı neden görmezden gelinmektedir?
- Hekim destekli intiharın ve ötanazinin varlığı; palyatif bakım, acının kontrolü ve alternatif tedavi gibi unsurların üzerinde bir engelleme oluşturur mu?
- Tıbbın yaşamı savunan ve hastalığı tedavi etmeye yönelik boyutu belli istisnalar için kesintiye uğratılırsa, bunun genele yayılmasının önüne nasıl geçilecektir?
- Tıpta hasta hakları açısından ele alınan *onurlu ölüm* nerede, ne şekilde ve nasıl olur? Bunu kim ve hangi hak(lara) dayanarak belirleyebilir? Böyle bir hak olmalı mıdır?

- Hasta masum değil midir? Masum bir insanın ötanazi talebi ve bunun yerine getirilmesi nasıl kabul edilebilir?

Tıbbı genel etik bir çerçeveden bakıldığında, geleneksel tıp etiği ilkelerine göre, tıbbi ekibin çalışanlarının ötanazinin benimsenmesine neden olabilecek olumlu ve taraflı tutumları doğru bulunmaz. Ancak ne yazık ki, değişen ve farklılaşan bakış açıları nedeniyle ötanazi hakkındaki katı düşüncelerin giderek yumuşamaya başladığını görüyoruz. Özellikle hastanın genel durumunu kötüleştirmemesi için *mekanik ventilasyon, diyaliz, yapay beslenme, kanser hastalarına uygulanacak kemoterapi* gibi tedavi olanaklarının ve hastaya verilen *yaşam desteğinin kısıtlanması ya da kesilmesi (withholding/withdrawing life-sustaining treatment)* uygulamalarının ayrı birer olgu şeklinde ele alınmadan değerlendirilmesi, *yaşamı koruma ve savunma* anlamından uzaklaşıldığını göstermektedir.

Bugün ötanazinin serbest bırakılıp bırakılmaması yönündeki fikirlerin olgunlaştığı düşünülse de, bu konuda aceleci davranılmamalıdır. Terminal dönemde ya da prognozu ümitsiz hastalarda sunulacak tek çözüm önerisinin onları ötanaziye yöneltmeye çalışmak olduğuna inananlar, ötanazinin önlenmesi için hospiz kavramının varlığını dışlayanlar, bu konuda vicdanlarının sesine yeniden kulak vermelidir (33). *Ötanazi için ölüm; bir öneri mi, çözüm mü, kurtuluş mu?* Cevabını vermekte zorlanılan bu soruların irdelenmesi için zamana ihtiyaç vardır. İnsanlık, sahip olduğu en değerli şey olan “yaşam” için yüklediği değerleri tartışmaya açtığı sürece, vereceği kararın bir o kadar zorlaşacağını unutmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. The New York Times
(<http://www.nytimes.com/2011/06/04/us/04kevorkian.html?pagewanted=all>)
(Son erişim tarihi: 05.09.2013)
2. Harris J., Hayatın Değeri-Tıp Etiğine giriş (Çev. Süha Sertabiboğlu), Ayrıntı yayınları, İstanbul 1998, 125.
3. Kuiper MA., Whetstine LM., Holmes JM., Streat S., Burrows RC., Seppelt I., Crippen D., Euthanasia: A word no longer to be used or abused, Intensive Care Med, (33): 2007, 549-550.
4. Ping-cheung L., Euthanasia and Assisted Suicide from Confucian Moral Perspectives, Dao, (9): 2010, 53.
5. Rachels J., Active and Passive Euthanasia, The New England Journal of Medicine, Vol. 292, January 9, 1975, 78-80.
6. Hope T., Medical Ethics, Oxford University Press, 2004, 11.
7. Nuthall J., Ahlâk Üzerine Tartışmalar (Çev. Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1997, 175-176.
8. Keown J., Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation, Cambridge University Press, 2002, 9-10, 39.
9. Gay-Williams J., The Wrongfulness of Euthanasia, Munson R., Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics, 4th edition, Wadsworth Publishing Company 1992, 231-234.
10. Marker RL., Euthanasia and Assisted Suicide Today, Society, Volume 43, Number 4, May-June 2006;59-67.
11. Tanida N., The View of Religions Toward Euthanasia and Extraordinary Treatments in Japan, Journal of Religion and Health, Vol 39, No:4, Winter 2000, 339.
12. Clement L., Read J., Disabled People and the Right to Life, Routledge Taylor&Francis Group, 2008; 85.
13. Eflatun, Devlet, (Çev. S. Eyüboğlu, M.A. Cimcoz), 2. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul 1971, 97-99.

14. Campanella T., Güneş Ülkesi, (Çev. S. Bağdatlı), Say Yayınları, İstanbul 2011, 84.
15. Aydın E., Tıp Etiği, Güneş Kitabevi, Ankara 2006, 110-112.
16. The Slippery Slope to Euthanasia, Comments by the Maranatha Community on the "Interim Policy for Prosecutors in respect of Cases of Assisted Suicide" issued by the Director of Public Prosecutions and published in September 2009 (December 2009), 3.
17. Walker RM., Physician-Assisted Suicide: The Legal Slippery Slope, Cancer Control, Jan./Feb. Vol:8, No:1, 2001, 25
18. Pridgeon JL., Eutahanasia Legislation in the European Union: is a Universal Law Possible?Hanse Law Review, Vol:2, No:1; 2006, 45-60.
19. Güzel RL., From Quinlan to Schiavo: Medical, Ethical and Legal Issues in Severe Brain Injury, Proc (Baylor Univ Med Cent.), 18 (4), October 2005; 303-310.
20. Orentlicher D., The Right to Die After Cruzan, JAMA, 265(12), 1991, 1527.
21. Shepherd L., If That Ever Happens to Me: Making Life and Death Decissions after Terri Schiavo, University of North Caroline Pres, 2009, 15-16.
22. Lang GC., Baby Doe-A Medical Ethics Issue, The Western Journal of Medicine, June 1985 142(6): 837-841.
23. Lo B., Resolving Ethical Dilemmas-A Guide for Clinicians, Second Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 291-292.
24. Frankel LR, Goldworth A., Rorty MV., Silverman WA., Ethical Dilemmas in Pediatrics, Cambridge University Press, 2005, 41-42.
25. Hurley D., News Reports of Coma "Miracle" Provoke Consternation, While Hinting at Progress, Neurology Today, Volume 12, Issue 3, February 2012, 10-11.
26. Battin MP., van der Heide A., Ganzini L., van der Wal G., Philipsen BDO., Journal of Law, Ethics and Medicine, 33: 2007; 593.

27. Brogden M., Gerontocide: Killing the Elderly, Jessica Kingsley Publishers, 2000, 11-12.
28. Fearful Elderly People Carry "Anti-Euthanasia Card", The Telegraph (Martin Beckford), 21 April 2011 <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8466996/Fearful-elderly-people-carry-anti-euthanasia-cards.html>
Son erişim Tarihi: 15.06.2012
29. NVVE, (<http://www.nvve.nl/nvve-english/pagina.asp?pagkey=105273>) Son erişim tarihi: 18.04.2012
30. Dutch Group Pioneers Mobile Euthanasia-Laura Höflinger, Spiegel Online International <http://www.spiegel.de/international/0,1518,822484,00.html>
Son erişim tarihi: 18.04.2012
31. Detry O., Laureys S., Faymonville ME., De Roover A., Squifflet JP., Lamy M., Meurisse M., Organ Donation After Physician-Assisted Death, Transplant International, 21(9), September 2008, 915.
32. Lo B., Resolving Ethical Dilemmas, Second Edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 158-159.
33. Üstün Ç., Demirci N., Yaşam Desteğini Sonlandırmak Etik Bir İnkilem Olabilir mi?/Sam Schmid Olgusu ve Hospiz, Fasikül-Aylık Hukuk Dergisi, Yıl:4, Sayı:35, Ekim 2012, 5-7.

ETİK AÇIDAN ÖTANAZİ ve TÜRLERİ

Prof. Dr. Arın NAMAL

İstanbul Üniversitesi

İstanbul Tıp Fakültesi

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

“Yaşamsız bir ölüm, ölümsüz bir yaşam olamaz.”

Anonim

Ötanazi hakkında konuşabilmek için, ölmek ve ölüm kavramlarının üzerinde durmak gerekir. Ölü olmanın ne anlama geldiğini, ölenlere ait gözlemlerimize dayanarak tanımlamaktayız. Ama bir başkası üzerinden ölümü deneyimlemek mümkün olmadığına göre, aslında gerçek bir bilgi sahibi değiliz. Ölümün, bir başkasının kaybı ve bu dünyadaki varlığının sonu olduğunu, ikinci elden öğreniyoruz. Kaybetme duygusunu da ölen değil, geride kalanlar yaşıyor. Heidegger’in ünlü eseri “Var Olmak ve Zaman (Sein und Zeit)”da (1), ölümün karakterize edilişi etkileyicidir. Heidegger’e göre ölüm, en çok kişiye ait olan, bağlantısız ve aşılamayandır, varoluşun belli ama belirsiz olanağıdır. Artık varoluşumuz bitmiştir, bir başka söyleyişle ölüm, artık var olduğumuz yerde olmamamızdır. Ölü olan, artık yoktur.

Heidegger’e göre ölüm:

I.“Kişiye en çok ait olandır”, çünkü başkaları tarafından temsil edilemez. Kimsenin varlığı, bir

başkasının ölmesini ve bunun sonucu olan ölümünü yok edemez. Birisi, bir başkası için ölümü göze alsaydı bile, onun ölümünü ortadan kaldıramaz, sadece bir süre için ertelemiş olur.

II. “Bağlantısızdır”, bu dünyadaki varoluşa ve dünyaya ait bütün bağları çözer. Artık dünyadakilerle bir arada olmaya olanak tanımaz, onlara ölümden söz etmek de artık mümkün değildir, ya da ölüme yol açan neden, geri döndürülemez. Bu, ölen için de, geride kalan için de böyledir.

III. “Aşılmaz” demekle kastedilen, var olma olanaklarının tümünün, ölümün öncesinde kalmasıdır. Ölümden sonra davranışta bulunulabilseydik, bu ölmemiş olduğumuz anlamına gelecekti. Yani ölmüş olmak, yaşam için “Artık bitti!” dediği noktadır. Ölüm, burada olmanın noktalandığı durum, buna dair imkansızlığın başladığı andır.

IV. “Bilinir” ki ondan kaçamayız. Çeşitli olasılıklar içinden seçilecek ya da seçilmeyecek bir şey değildir. Daha önceki nesiller ölmüştür, bizim de ölmemiz kaçınılmazdır.

V. “Bilinemez” yanı, ne zaman yaşanacağıdır. Her an yaşanabilir ama bir idam mahkumu bile tam olarak ne zaman öleceğini bilmez. Ayrıca öldüğümüzde, ölümün ne zaman vuku bulduğunu da artık bilemeyiz. Bunu bilir durumda isek, zaten ölmemiştir demektir (2).

Öldükten sonra yaşanılacağına inanıp inanmama, “ölme” kararlarında önem taşır. Ruhunun yaşayacağına, varlığının böylelikle süreceğine inanan Sokrates, zehir dolu kabı, hiç çekinmeden kana kana içmiş ve hemen ölmüştü (3). Hristiyanlık’ta ruh ve beden ölür,

“Yeniden Dirilişte” ruh canlanır (inanişaya ait bazı kabullere göre beden de canlanır). Müslümanlık ve Yahudilik’te de ölümden sonra diriliş inandır. İnsanların, genleriyle soylarının devamında yaşayacağına inanmak da bir tür ölümsüzlüğe inanmadır. Ölümsüz eserler vererek ölümsüzleşileceği kabulü de bunun benzeridir. Ölümden sonrasının bulunmadığına inananların, inançlı olanlardan daha güç öleceği sanılır. Loewy, kendi gözlemi ve birçok kişinin gözlemine göre bunun çok da doğru olmadığını belirtmektedir. İnsanın nasıl öleceği (panik içerisinde mi, ölüme teslim olarak mı, ölümlle savaşarak mı), o insana özgü olarak birçok biyolojik, psikolojik, tıbbi, tarihi, dini, entelektüel ve kültürel faktöre bağlıdır. Hekimin en önemli görevi, hastaya ölme evresinde de yardım etmek, bu süreci çeşitli olanakları devreye sokarak “bir orkestra şefi gibi” yönetmektir. Hekim, bunu başarmak için, sadece tıbbi-teknik bilgisinin yetmeyeceğini bilmelidir (4).

Ölüm ve Ölmek, yukarıda vurgulandığı gibi, hala tabu konular olmakla birlikte, “yaşanmaya değer yaşam” ve “yaşanmaya değmeyen yaşam” hakkındaki tartışmalar, endişe verici şekilde yaygınlaştığından, Ötanazi konusunda daha çok bilgilenecek ve tıp içinde ya da dışındaki bireyler olarak tavrımızı belirlemeyi gerektiriyor. Ötanazi (Euthanasia) sözcüğü, Yunanca’da Eu (iyi) ve Thánatos (ölüm) anlamı taşıyan sözcüklerin birleştirilmesi ile oluşturulmuş, iyi bir şekilde ölebilmeyi ifade ederken, giderek acıları başka bir şekilde dindirilemeyen kişilerin, bir başkası tarafından öldürülmesi şeklinde anlaşılmalıdır (5). Aslında bu anlayış, yeni kabul edilmez. Tarihte ölmekte olan ve

ızdıraplara dayanamayan askerlerin, arkadaşlarına kendisini öldürmesi için yalvardığı bilinmektedir.

Günümüzde ölme hakkı ve ölmelerine yardım edilmesi gerektiği düşünülen hasta grupları esas olarak dörde ayrılmaktadır:

- 1) Ölmekte olanlar,
- 2) Kötü prognozlu tanı almış hastalar,
- 3) Ağır patolojilerle dünyaya gelmiş bebekler,
- 4) Ağır serebral hasara uğramış ve sürekli bilinç kaybı içindeki kişiler. Ölmeye Yardım tartışmaları, temelde üç önemli soruda düğümlenmektedir:

1. Bir insanın ölümüne sebebiyet verme hakkı var mıdır? Hekimlere, hemşirelere ya da diğer sağlık personeline böyle bir hak tanınmış mıdır?
2. Evet ise, hangi koşullarda?
3. Ötanaziyi yasallaştırmak akılcı bir tutum mudur? (Bu soru, daha çok politik bir sorudur).

Hekimin görevi hastayı sağlığına kavuşturmak ve hayatta kalmasını desteklemektir. Hippokrat Yemini ile Antik Çağ'dan bu yana hekime, insan yaşamını-şahsın ne dediğine bakmaksızın-korumak ve acılarını dindirmek/azaltmak yükümlülüğü getirilmiştir. Bu yemine Aktif Ötanazi, hasta istese de reddedilmiştir. Hippokrat Yemini'nin revize edilmesi yanlısı isimlerden Schipperges (6), bu yemine göre hekimlik eyleminin aslında şu amaçları taşıdığını ileri sürer:

1. Hekim müdahalesinin amacı, sağaltımdır (yaşamı korumak, insanın en geniş anlamıyla hissederek varolmasını desteklemek).

2. Hekim müdahalesi sadece yaşatmaya hizmet eder.
3. Hekim, kendisini sağaltma sanatına adayan kişidir.
4. Hekim, hastasına kişisel bir hizmet verir ve bu bağlamda ona özgürlük tanır.
5. Hekim hastanın gereksinimine, gereksindiği davranışla karşılık verir.

Sağaltım mümkün olmadığında, açıktır ki acıları dindirmek ve ölecek kişiye sona dek destek olmak görevi önem kazanacaktır. Hippokrat Yemini'nin sembolik değeri hala kabul edilmekle birlikte, sağaltılamayan hastalıkların son evresinde hekimin ölmeye yardım edip edemeyeceği, hatta bazı durumlarda yaşamı kısaltıcı müdahalede bulunma hakkının olup olmadığı, böyle davranmasının bir yükümlülük olup olmadığı ile ilgili tartışmalar sürmektedir. Aynı şekilde hastanın da ölme talebinde bulunma hakkının olup olamayacağı tartışılmakta, burada da farklı görüşler karşı karşıya gelmektedir. *Liberal Tavır* içinde olanlar, "Kişi, karar verme yeteneği taşıyorsa ve durumu hakkında yeterince bilgilendirilmişse, yaşamak isteyip istemediğine karar verebilmelidir" demektedir. *Dini Tavır*'a sahip olanlar, "İnsan yaşayıp yaşayamayacağına kendi karar veremez, çünkü yaşamı ona Tanrı tarafından armağan edilmiştir" şeklinde düşünmektedir: "Tanrı'nın verdiği canı ondan başka kimse alamaz." *Sosyal Önele Odaklı Tavır* sahipleri ise, "Bir kişi doğmakla, toplumda sosyal yükümlülükler içine girer, çekip gidemez" sözleriyle, böyle bir yönelimin karşısına dikilmektedirler. Ötanazi konusu, geniş açılımlıdır.

Hastanın kendi tedavisi hakkında karar verme hakkının sınırları, toplumla ve üçüncü kişilerle kesiştiği yerdir. Aktif Ötanazi, hastanın tedavisi ile ilgili bir eylem olmayıp, öldürme amaçlı olduğundan, devletin yaşamı koruma ve toplumda yaşama saygı değerini koruma ödevi ile de çeliştiği düşünülmektedir. Hasta, kendisine uygulanacak tedaviler hakkında karar verme hakkına sahiptir, fakat kendisinin öldürülmesi için üçüncü kişilerin davranışlarını belirleme hakkı taşımamaktadır. Yaşamın sonunda kendi hakkında karar verebilmenin, kişinin kendisini üçüncü bir kişiye öldürtmesini (istek üzerine öldürme) kapsayıp kapsayamayacağı yanında, (hukuken suç oluşturması ya da oluşturmaması bir kenara bırakılarak) intihar ve intihara yardımın etik açıdan haklı çıkarılıp çıkarılamayacağı da çok farklı argümanlarla reddedilmekte ya da savunulmaktadır.

Ötanazi kapsamı giderek genişletiliyor

Ötanazi yanlıları, ağır özürlü yeni doğanlar, bilinci geri dönüşsüz kapalı hastalar, ölümü yaklaşmış kişilerde, yaşlı ve bilinci bulanık kişilerde, yaşatmaya yönelik tıbbi desteklerin gittikçe daha çok devre dışı bırakılması yönünde talepte bulunmaktadırlar (7). Onlara göre bu kişiler, yaşamla ölüm arasında alaca bir karanlıkta durmakta, artık anlamını yitirmiş bir hayatı zorla sürdürür durumda bırakılmaktadırlar. Ötanazinin yasallaşması için girişimler, bu zeminde güçlenmiştir. İrade beyan edemeyecek durumdaki yenidoğanların istekleri dışında ve başkalarının isteği üzerine öldürülmeleri, bu yaşamların yaşanmaya değer olmadığına karar vermek demektir ve insanın yaşam kalitesi (quality of life) için ölçü getirmeyi

gerektirir. Yaşam kalitesi, esasında bireyin kendisi tarafından tarif edilebilmelidir. İdeal olan, herkesin yaşamının yaşanmaya değer olup olmadığı hakkında kendisinin karar vermesidir. Abartılı ölçüleri tuturanların yaşamayı hak ettikleri, diğerlerinin ise ölmeyi istemesi gerektiği görüşü, kuşkusuz kaygı vericidir. Nasıl Kalıtım Sağlığı yaklaşımı, bazı ırklara mensup olmayı kriter alarak, yaşamaya değmeyen yaşamları belirleyecek sınırlar çizmişse, günümüzde yaşama hakkını bazı ölçütlere endeksleyerek benzeri tavırlar sergileyen biyoetikçilerle de karşılaşmaktadır.

Hitler iktidarı arifesinde Almanya'da Psikiyatrist Alfred Hoche (1865-1943) ve Ceza Hukukçusu Karl Binding'in (1841-1920), yaşamaya değmeyen yaşamı olmayanları "yararsız tüketiciler", "içi boş insan kalıbı" gibi ifadelerle nitelmiş, 1920 yılında 3 grubun öldürülmesinin yasallaşmasını talep etmişlerdi:

1. Hastalıkları ya da travma sonucunda kurtarılamayacak durumda olup, bilinçleri tam açık olarak öldürülmeyi isteyenler ya da buna herhangi bir şekilde işaret etmiş olanlar,
2. İyileştirilemeyecek olan zihinsel özürlüler,
3. Zihinsel açıdan sağlıklı iken herhangi bir nedenle bilinci kapanmış ve bu durumdan kurtulamayacak olanlar (8).

Biyoetikçilerin şahıs olmaktan çıkmış insan anlamında kullandıkları *unpersonality* kavramı, Binding ve Hoche'nin bu gruplardaki insanlar için kullandıkları nitelermelerden çok farklı ifadeler değildir. Biyoetikçiler içinde "yaşamın kutsallığı" kavramı, genellikle küçümser. Bu kavramın sadece inananları bağladığı

düşünülür. Oysa bu kavram “herkes için yaşama hakkı” talebinin dayanaklarındandır. Biyoetikçiler, insan yaşamının, bilinç, kendini kontrol edebilme, bellek, gelecek düşüncesi ve iletişim kurabilme gibi bazı yetiler ile anlam ve önem kazandığını düşünmektedirler. Bu indikatörler varsa, yaşama hakkı, yaşamın değeri ve onurdan söz edilebilir.

Ötanazi'ye yönelik tartışmalar, birçok yakınına Holocaust'da yitirmiş felsefeci, Utilitarist Teori'nin temsilcilerinden Peter Singer ve Helga Kuhse'nin, özel bakıma gereksinimi olan yeni doğanların ve ölümü yaklaşmış, hastalıklar çekmekte olan yaşlıların öldürülmelerinin haklı çıkarılabileceğini iddia etmeleri (9) ile 1980'lerden itibaren ayrı bir ivme kazanmış, tarih boyunca çok kısık bir sesle tartışılabilmiş bu kavram ile ilgili tartışmaların tansiyonu yükselmiştir. Singer ve Kuhse, kötü denecek yaşam kalitesine sahip, fakat bu konudaki görüşünü özgür biçimde açıklayamayacak, yani onam veremeyecek kişiler üzerinde, onların iyiliği için öldürülmelerinin onaylanabileceğini söylemişlerdi. Hollanda (10), Belçika ve İsviçre'nin aktif ötanaziye yasallaştırma yönündeki tutumları da tartışmaları alevlendiren özellik taşımadır.

Yaşamı nitelemede kullanılan “bitkisel” kavramının, insan yaşamını aşağılayıcı bir yönü bulunduğu üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle şu sorular sorulmaktadır: Bilinci kapalı bir insan, hangi nedenle bir bitkiye benzer? Fotosentez yaptığı için mi? Kökleri olduğu için mi? Yenilebilir olduğu için mi? Bilim, kesin gözlemlere dayanır, kanıtlarla doğrulama ve mantıki sonuçlar çıkarmayı gerektirir. İngiltere'de St.

Christopher's Hospice'in kurucusu Dr. Cicely Saunders, 1974 yılında yaşamın bitkisellikle ilişkilendirilmesine tepki duyarak: "Bir bitkinin ilişkileri ve geçmişi yoktur!" demiştir (11). İnsan, kendisinde olmasa da bedeni, onun insan olduğunun sembolüdür. "Bitkisel" sözcüğü, önce iletişim kurulamayan insanlar için kullanılırken, giderek seniller için ve zihinsel özürlü küçük çocuklar için ve bilinci yerinde ama ekstremitelelerini kaza neticesinde artık hareket ettiremeyenler için de kullanılmıştır.

Ötanazi'de Değer Çatışmaları

Ötanazi söz konusu olduğunda, hasta insanın kendi hakkında karar verme hakkı ile hekimin, sağlığı ve yaşamı destekleme temel ödevi ve bu temelde şekillenmiş geleneksel rolü üzerinden bağ kurduğu hastasının yaşamına özen gösterme yükümlülüğü birbiri ile çelişerek, çözümü güç görünen etik ikilemler doğmaktadır. Beauchamp ve Childress tarafından temsil edilen İlkeci yaklaşımda *Özerklik*, biyomedikal etiğin, diğerleri Yarar Sağlama, Zarar Vermeme ve Adalet olarak tanımlanmış tümü eşit güçte ve klasik bir hiyerarşi içinde yer almayan dört ana sütunundan birisidir (12). İnsan Hakları fikrinin öncüsü Kant, *Özerklik* kavramını, "Ben" in kendisine sınırsız özgürlük tanınması olarak görmez, başkalarının özgürlüklerini algılayarak sorumluluk içinde varolması olarak değerlendirir (13). *Özerk kararın bir hayal olduğu* iddiası ise, kişinin gerçekten özgür iradesi ile ölmeyi istediğine inanmayı çok sorunlu bulur. "Hastanın özerkliğinin bu denli merkeze alınması, intiharın etik açıdan haklı çıkarılmasını gerektirir" denmektedir. Kendi hakkında karar verme hakkını,

kendisini başka birisinin öldürmesini isteme ya da talep etmeye vardırmanın haksız bir talep olacağı itirazı da ileri sürülmektedir. Özerklik ve Özen Gösterme Yükümlülüğü, aslında birbirini dışlayan kavramlar değil, birbirini içine alan kavramlardır. “İnsan, ister bilinci açık ister kapalı durumda olsun, insan olarak doğması nedeniyle özerktir. Hasta özerkliğini, hastalık durumu nedeniyle kendi hakkında karar vermek şeklinde kullanamadığı (irade beyanında bulunamadığı) durumda, ulaşılabilir/saptanabilir irade beyanı da bulunmuyorsa, hekim ona özen göstererek ve onun iyiliğini gözeterek (best interest principle) bakmalıdır (14).”

Kendi Hakkında Karar Verme Hakkı'nın temelini oluşturan Özerklik ve Onur kavramları, yaşamın sonundaki tıbbi kararlarda önemli bir yere sahiptir. “Gereğince bilgilendirilmiş/aydınlatılmış, karar verme yeteneği taşıyan bir hastanın elinden, kendi hakkında karar verme hakkı alınamaz”, şeklindeki yaklaşımın paternalizmi geriletişi ile pek çok ülkede Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, hastanın son evredeki karar verme hakkının önemini benimseyen ifadelerle şekillenmiş, ya da bu evredeki yükümlülükleri tanımlayan karar metinleri oluşturulmuştur. Genel olarak bir çok gelişmiş ülke, istek üzerine öldürme talebini karşılamaya mesafeli dururken, şifasız bir hastalığı çekmekte olan hastanın, hastalığının son evresinde yaşamının anlamsızca uzatılmaması konusundaki ısrarlı talebinin kabul göreceği yasal düzenlemeleri geliştirmekte, hasta vasiyeti konusunu da ön plana taşımaktadır.

Günümüzde A.B.D.'nin birçok eyaletinde Living Will yasaları çıkarılmıştır. Bu tür irade beyanları sayesinde terminal dönemde yaşam desteğinin sonlandırılması ya da hiç devreye sokulmaması söz konusu olabilmektedir (15). Giderek daha çok tıbbi durumda, daha çok tıbbi desteği (örn. sıvı ve gıda verilmesi) kapsamı yönündeki yetkilendirmelerde bulunulduğu, hukukun ve tıbbın bu genişletmeyi desteklediği görülmektedir. Ötanazi tartışmalarında da gönüllülük (voluntary) kavramı üzerinden, *act of consent* (rıza dayalı) ve *act of acceptance* (kabul edilebilir) ayrımına gidilmektedir. Act of consent, özne olan kişinin tam olarak aydınlatıldıktan sonra ve özgür koşullarda rıza vermesi, ya da özne bu rızayı veremeyecek durumda ise onun adına yetkilendirilmiş birisinin vermesidir. Onamın bu şekilde devredilmesini sorunlu bulan yazarlar da vardır. Savunanların tezi ise şöyledir: “Hiç kimse, irade beyanında bulunamıyor diye, dayanılmaz ızdıraplar çekmemelidir!”

Eğer her durumda tam olarak aydınlatılıp, baskı görmeden rıza göstermeyi şart koşarsak, bu durumda olmadığından irade beyanında bulunamayacak kişilerin ızdırapları uzayabilir ve artabilir. Bu insanlara eşit davranabilmek adına, onların çıkarına olacak kararlar verilebilir. Utilitarist (Sonuççu) Görüş yanlıları, “Ağır özürlü bebeğin ölümü, daha mutlu yaşayabilecek bir bebeğin doğumunu sağlayacaksa, bu mutluluğu çoğaltıcıdır ve buna onay verilmelidir” diye düşünürler. Bu bakış açısı, birey yerine toplumsal bazı sonuçlar üzerinde durmakta ve bireyin arzusuna ve bireyin çıkarına verilen önemi erezyona uğratmaktadır. Hollanda’da Aktif Ötanazi yasallaştığında, 1990

yılında Aktif Ötanazi uygulanan 3.300 olgunun 1000'inde irade beyanı bulunmadığı anlaşılmıştır. ABD deneyimi de göstermiştir ki, ölümü yaklaşımış ağır hasta kişilerin kendi istekleri üzerine öldürülmeleri, daima onam veremeyecek durumda olan kişilerin (ağır özürlülüklerle doğanlar, yaşlı koma hastaları, psikiyatri kurumlarında yatmakta olan kişiler), toplum yararına, "herkese eşitlik"sloganı ile öldürülmeleri için cesaret verici olmuştur (16).

Ötanazi tartışmaları, her zaman "ızdıraba duyarsız kalmamak", "merhamet etmek", "ızdıraptan kurtarmak" iddiaları ile haklı çıkarılmaya çalışılmıştır. Biyoetikçiler *Mercy Killing'den*, merhamet nedenli öldürmeden, *Compassion and Concern whit those Suffering'den* söz etmektedirler. Bu nedenle ızdırap kavramı üzerinde durmak gerekir. Özürlü, kendi özürlülüğünden mi ızdırap duymaktadır, yoksa çevresindekilerden gördüğü tepkiden mi? Yoksa toplum, onu görmekten ve ona parasal kaynak ayırmaktan mı ızdırap duymaktadır? Öldürmenin merhamete dayandığı iddiası, toplumda modernleşmenin doğurduğu yeni koşullar ve ekonomik davranma çabasının (maliyet-yarar analizlerinin) paravanı mıdır?

Her insan için kendisinin biyolojik yaşama, var olmasının esasıdır. Onur, insanın yaşama hakkını her türlü kıyaslamadan dışında tutar. Yaşama Hakkı, hangi iyi neden ileri sürülürse sürülsün, insanın öldürülmesi fikrini reddeder. Bir diğer yaklaşım, *insan yaşamının mutlak değerini*, insanı Tanrı'nın yaratmasına, bu nedenle kutsal olduğuna dayandırmaktadır. Ama dine odaklı düşünmeyen bir akıl da, kişinin kendi isteği ile öldürülmesini ahlaken yanlış bulabilir. Kimse, kendisi

ile çelişkiye düşmeden kendisini ortadan kaldıracak bir şeye rıza gösteremez. Bu nedenle insan yaşamı, insanın kendisi için de dokunulmazdır. Bu iddiaların karşısında yaşamın yüksek, ama mutlak bir değer olmadığı iddiası durmaktadır. Örneğin, kendini savunma çerçevesinde karşısındaki kişiyi öldürme, ahlaki yargılamanın acımasız bulacağı bir davranış biçimi olmayacaktır. İnsanın kendi yaşamını mutlak dokunulmaz kabul etmesi koşulu da, insanın yaşamaya zorlanamayacağı itirazı ile karşılaşmaktadır. Kim, olgun bir düşünme süreci sonrasında, zihinsel sağlığı yerinde olarak yaşamaktan vazgeçip, kendini öldürme yönünde karar verirse, özgürlüğü bakımından etik kabul görecektir. İstek üzerine öldürme, sadece bu özgürlük kullanımının, kişi kendisini öldürebilecek durumda olmadığı için genişletilmesinden ibarettir.

Hekimlik geleneği ve hekimlik bilinci, hekimin iyileştirici ve yardım eden kimliğine dayanır. Hippokrat Yemini'nde açıkça "kimseye, istemiş olsa da öldürücü bir ilaç vermeyeceğim ya da böyle bir ilacı tavsiye etmeyeceğim" denmektedir. Neredeyse tüm toplum ve kültürlerde, bu red tutumu benimsenmiş ve yaşatılmıştır. Fakat bir diğer gerçek, hekimlik geleneği ve hekimlik bilincinin de değişime uğramakta oluşudur. Bu değişime refleksel biçimde negatif yaklaşmak doğru değildir. Bu değişim, tıbbi ilerlemenin, toplumlardaki radikal değişimlerin gereğidir. Hipokrat Yemini'nde yer alan:

"Bana bu sanatı (tıbbı) öğretenleri, anam ve babam kadar aziz tutacağım, gerek duyduklarında elimde avucumdakileri onlarla paylaşacağım, çocuklarını öz

kardeşim yerine koyacağım. Bu sanatı öğrenmek isterlerse ücretsiz ve beklentisiz olarak öğreteceğim. Kendi oğullarıma ve Hocalarımın oğullarına, sözleşme ile yükümlü olmuş, hekimlik geleneğine göre yemin etmiş öğrencilere kuralları, dersleri ve gereken diğer eğitimi öğreteceğim.”

Bu paragrafın günümüzde geçerliliği kalmadığı açıktır. Yeminin diğer paragraflarında tanımlanan yükümlülükler içinde de tarihi öneme sahip, fakat günümüzde tartışılan hususlar vardır. Artık sadece Hipokrat Yemini'ndeki kurallara atıfta bulunularak, ahlaki temellendirme yapmak mümkün değildir. Çünkü Hipokrat Yemini'ndeki ilkelerin değişime uğrayıp uğramadığı tartışılmaktadır.

Biyoetik tartışmalarda, Maliyet-Yarar Analizi yapılırken, şu üç ilke tartışılmaktadır:

- Özen Gösterme,
- Özerk Seçim,
- Sosyal Tahammül ve Ekonomiklik (17).

Tartışmalarda, ekonomik yönün ağır bastığı, özen göstermenin geri planda kaldığı görülmektedir. Özerk Seçim de, Ekonomik Davranma baskısı ile geri planda kalmaktadır. Yaşlı insanların ameliyat edilmesi gerektiğinde, bu ameliyatların maliyeti sosyal bakımdan kaldırılamaz kabul edilirse ne yapılacaktır? Çok yaşlı ve hasta bu kişi, tedavi edilmeyi istiyorsa, nasıl bir tavır ile karşılanacaktır? Çocuğu ağır özürle dünyaya gelmiş ebeveyn, bebeklerinin yaşamda tutulması için gerekenlerin yapılmasını istiyorken, artık bu bebeklerin öldürülmeleri alışılmış bir uygulama halini almışsa ve doktorlar bu bebek için de bu şekilde

davranmak istiyorlarsa, çelişki nasıl çözülecektir? Zayıf durumda olan kişiler, bu baskı karşısında nasıl dayanabilecekler, kendilerini nasıl savunabileceklerdir? Özerklik ve ekonomi kavramlarının karşı karşıya gelmesi, yaşama hakkını tehdit etmekte, sakat ve şifasız hastalığı olanların yaşamlarının değeri olmadığı kanısını uyandırmaktadır.

Ötanazi Türleri ve Etik Tartışmalar

Ötanazi uygulamaları için *voluntary*, *non-voluntary*, *involuntary* ayrımları yapılmış, bu uygulamalar ayrıca *aktif ve pasif*, *direkt ve indirekt* olarak da gruplandırılmıştır. Sorunlu olan yön, bu ayrıştırmaların bazen yanlış anlaşılması, bazen de eş anlamlı olarak kullanılmalarıdır. Klinik rutinde birçok hekim ve hemşire, mide sondasının çıkarılması, respiratörün kapatılması gibi aktif bir girişimin, hukuki ve etik bakımdan tartışmasız olarak Pasif Ötanazi olmasını anlamakta güçlük çekmektedirler. Yoğun Bakım ünitelerinde çalışanlar da, tıbbi eylemlerinin aktif ya da pasif ötanazi olarak nitelenebileceği endişesi ya da baskısı altındadırlar.

I. Pasif Ötanazi (Non-treatment decision-NTD)

Tedavinin sınırlandırılması ve kesilmesi ile ilgili kararlar, "Pasif Ötanazi" olarak nitelenmektedir (18). Pasif Ötanazi'yi, tıbbın iyi uygulanması olarak niteleyen yazarlar vardır (19). Ölümün gerçekleşmesine olanak tanımak, hiçbir şey yapmamak şeklinde de olabilir, ya da başlatılmış bir tedavinin kesilmesi şeklinde de olabilir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri Başkanlarından Nixon, 1994 ilkbaharında, 81 yaşındayken felç geçirerek öldü. Basına yapılan açıklamaya göre Eski Başkan, ağır bir

hastalık tablosuna girdiğinde yapay solutulmayı istemediğini beyan etmişti. Nixon'un belirli bir tedavi biçimini baştan reddetmesi, kendisine Pasif Ötanazi uygulanmasını istemesi demektir (20). Pasif Ötanazi çerçevesinde gerçekleştirilecek tedavi sınırlandırılması için, aktif bir eylemde bulunmak, örneğin yapay solunum cihazını (respiratörü) kapatmak gerekebilir. Bu nedenle pasif ötanaziyi aktif ötanaziden ayıran, eylemsiz kalmak değil, ölümün kendi doğal seyrini izlemesine olanak tanımadır. Pasif Ötanazi'de hekim, eylemi ya da eylemsizliği yoluyla, ölümün gerçekleşmesini engelleyici şekilde davranmamaktadır. Örneğin bakteriyel infeksiyon geliştiğinde antibiyotik uygulanmaz, sepsis sonucunda gerçekleşecek ölüme seyirci kalınır. İngilizce konuşulan ülkelerde ölmeye pasif yardım yerine "Tedavinin Kesilmesi ya da Sınırlandırılması Kararları" anlamında (*Non-Treatment Decision*) kavramı kullanılmaktadır. Böylelikle pasif sözcüğünün yaratacağı kafa karışıklığı aşılmak istenmiştir.

Tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi kararı iki şekilde gerçekleştirilebilir:

1. Temelde tedavi bakımından mümkün olan bazı şeylerin yapılmaması ya da artırılmaması.
2. Başlanmış tedavilerin kesilmesi. Tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi, zamanlanması bakımından da ayrılır:
 - a. Ölme süreci başladığında tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi.
 - b. Kötü prognozlu bir hastalığı olanlarda tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi. Ayırt edilmesi

gereken yönlerden birisi de, tedavinin hastanın isteğiyle mi, yoksa hekim ya da tedavi ekibinin kararı ile mi sınırlandırılacağı ya da kesileceğidir. Hastanın açık talebi olmadan tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi, ancak hastanın varsayımsal onamına ya da “herkes/çoğunluk tarafından kabul görmüş değerlere” dayanabilir. Pasif Ötanazi, hastanın içinde bulunduğu durum ve hastanın arzusunu ifade etmesi bakımından kendi içinde, aşağıda açıklanan farklılıkları göstermektedir:

1. Eylemin Türüne Göre:

- a. Tedavi yöntemlerinin uygulanmaması/artırılmaması ya da
- b. Tedavilerin kesilmesi.

2. Hastanın Durumuna Göre:

- a. Ölme süreci başlamıştır ya da
- b. Temelde ağır, kötü prognozlu bir hastalık vardır.

3. Hastanın Arzusunu İfade Etmesine Göre:

- a. Hastanın arzusu üzerine (at request) ya da
- b. Hastanın istek beyanı bulunmaksızın (without explicit request): Varsayımsal onama dayalı olarak veya herkes tarafından kabul görmüş değerlere dayalı olarak.

Bir tedaviyi reddetmek, sadece ölme sürecinin başladığı ve uygulanacak herhangi bir tedavinin artık anlamının kalmadığı durumlar için geçerli değildir. Hasta, kötü prognozlu her hastalıkta, en başından itibaren hekimin uygulayacağı tedaviyi reddedebilir,

hatta hastalığının ilerlemesi sürecinde kendi arzusunu ifade edemez duruma düşeceğini hesaplayarak, bu durumlarda bağlayıcı olması dileğiyle arzusunu ifade edebilir (Hasta Vasiyetleri).

Pasif Ötanazi'de, hastanın onam verecek durumda bulunması ile bulunamayacak durumda olması birbirinden tamamen ayrılarak ele alınır. Onam verebilecek durumda olan hasta, bir tedaviyi isteyip istemediği hakkında sorumluluğunu alacak şekilde karar verebilecek durumda olan kişidir. Hastanın anlama ve karar verme yeteneği, psikiyatrik bir hastalık ya da sedatiflerin veya ağrı kesicilerin etkisiyle azalmış/ortadan kalkmış olmamalıdır. Eğer hastanın bilinci açık ve hasta gerçekten kararının sorumluluğunu taşıyacak durumda ise, tedavinin kesilmesi hakkındaki talebi, saygı ile karşılanmalıdır. Bir kişiyi isteği dışında tedavi etmek, bu kişinin kişilik hakları çerçevesinde vücut bütünlüğüne saygı bakımından mümkün değildir. Hekim önerdiği tedaviyi tıbben anlamlı, yaşamsal bakımdan zorunlu görse de, bu tedaviyi uygulama hakkı kazanmaz (21). Ancak Hekim, tedavinin mutlaka yapılması gerektiği görüşünde ise, tedavinin yapılmaması sonucunda gelişecek olumsuzlukları, bu müdahaleyi neden gerekli ve anlamlı gördüğünü hastaya açıkça anlatmış olmalıdır. Hasta, uygun düşünme süresi sonrasında kararında ısrarlı ise, verdiği karar kabul edilmelidir. Hastayı ikna etmeye çalışmak, ahlaki bakımdan uygun bulunmayacak bir hamilik tutumudur, böyle bir yola başvurulmamalıdır.

Onam veremeyecek durumda olan hastalar, herhangi bir tedaviyi isteyip istemedikleri konusunda geçici ya

da daimi olarak karar veremeyecek durumda olanlardır. Bu durumun nedeni, psikiyatrik bir hastalık, bilinç kaybı ya da sedasyon sağlayıcı ya da ağrı kesici bir tedavinin yan etkisi olabilir. Bu hastaların ölmesine yardım etmek bütünüdür, çünkü ortada hastanın irade beyanı yoktur ve verilecek karar, hastanın bir süre daha hayatta kalması, ya da ölümünün çok yaklaşması hakkında belirleyici olacaktır. Ölme sürecindeki hastalarda son açık şekilde görülmektedir (saatler, günler ya da birkaç hafta). Böyle bir durumda uygulanacak tedaviler, sadece acı çekilen sürecin uzamasını sağlayacaktır. Bu tablodaki bilinci kapalı bir hastanın arzusu bilinmiyor ya da öğrenilemiyor olsa da tedavi azaltılabilir ya da kesilebilir. Burada etik açıdan haklılık taşıyan, uygulanacak tedavilerin olumlu bir etkisinin olmaması ve tıbben endikasyonunun da kalmamış olmasıdır. Böyle durumlarda daima, tedavinin devamı halinde hastalığın kısa sürede ölümle sonuçlanıp sonuçlanmayacak oluşu ile uygulanacak tedavinin temelde bulunan kötü prognozlu hastalığın uzunca bir süre yaşamaya elverecek olması durumlarının birbirinden ayırt edilmesi gerekir. Hasta yakınları, hekim tarafından artık anlamlı bulunmayan bir tedavinin devamı için ısrar ediyorsa, hekimin onların bu talebini geri çevirme hakkı vardır. Bu durumda hasta, bir başka hekime yönlendirilmelidir.

Temelde kötü prognozlu bir hastalık varsa: Hastanın ölümü yakın değilse, tedavinin sınırlandırılması kararı daha da güç bir karar halini alır. Hasta, bu durumda kendisine uygulanacak tedavinin sınırlandırılmasını ya da kesilmesini açıkça ifade etmemişse, bir hasta

vasiyeti de düzenlememişse, karar başka bazı unsurlara dayanılarak verilmelidir. Böyle bir durumda önce hasta yakınları ya da hasta ile ilgisi olan kişilerle konuşularak, onun böyle bir durumda kendisi için ne isteyeceği anlaşılmaya çalışılır (Varsayımsal/Tahmini Onam). Burada saptanmaya çalışılan, hastanın isteğidir, hasta yakınlarının duruma özgü olarak ifade ettikleri kendi istekleri değildir. Bu olguda hasta yakınları, hastanın arzusunu, emin olarak ve net bir şekilde bilmekte ve tanımlamaktadırlar. Hastanın yazılı irade beyanı bulunmayıp, isteğinin dolaylı yoldan öğrenilmiş olması, bu isteğin yerine getirilmesi önünde engel değildir. Bu şekilde elde edilmiş hasta isteğine uyulması da, hastanın kendi hakkında karar verme hakkına saygı gösterilmesinin gereği olacaktır. Ancak hastanın isteğinin bu yolla öğrenilmesi, aslında az ya da çok belirsizlik de barındırır.

Ravensburg Olgusu: 1986 yılında Almanya'nın Ravensburg Eyalet Mahkemesi, ALS (Amyotrofik Lateral Skleroz) hastasının, eşinden respiratörü kapaması isteği üzerine, eşinin bu isteği yerine getirmesi nedeniyle gerçekleşen ölüm nedeniyle, eşe ceza vermemiştir. Yargıç bu kararında, yaşamda tutmak için gerkenin yapılmasının görev olduğu, fakat ölmekte olan bir insanın zorla ve arzusu hilafına ölmesinin engellenemeyeceğini, ölme sürecinin başlamış ve kişinin bu arzusunu ısrarla açıkça belirtmiş olmasını dayanak almıştır (22).

Çoğu zaman, hastanın içinde bulunduğu tıbbi durumda tam olarak neyi isteyeceğini, bu görüşmelerden net bir şekilde ortaya çıkarmak mümkün olmayabilir. Bu durumda, herkesin ortak değeri

olabilecek ölçüler üzerinden bir karara varmaya çalışılacaktır, ki bu ahlaki bakımdan temelde oldukça sorunlu bir durumdur. Alman Tabipler Birliği'nin 2004 yılında yayınladığı hekimin ölmeye refakati konulu bildirmede, onam veremeyecek durumdaki hasta ile ilgili şu kurallara yer verilmiştir:

- Öncesinde bir hasta vasiyeti düzenlemiş ve içinde bulunulan durum, bu vasiyette tarif edilen durumun aynısı ise ve hastanın vasiyetinde yer alan irade beyanından daha sonra caydığına dair bir kanıt yoksa bu vasiyetin gereği yerine getirilmelidir.
- Hastaya bir vekil atanmışsa, o hastanın iradesini temsil eder. Ancak bu vekil, hekim tarafından endike bulunan yaşamda tutmaya yarayacak tıbbi uygulamayı reddederse, hekim Vesayet Mahkemesi'ne (Alm. Vormundschaftsgericht) başvurmak zorundadır.
- Bu durumların dışındaki tüm durumlarda hekim, hastanın daha önceki tüm ifadeleri ile çevresinden edinilen bilgiler dikkate alarak, onun varsayımsal onamını belirlemeye çalışır.
- Hastanın varsayımsal onamı saptanamıyorsa hekim, tıbben endike olanları yapmalı, yaşamı devam ettirebilme ile ölüm arasında tereddütlü bir durum varsa, yaşamı destekleyecek yönde davranmalıdır: *in dubio pro vita* (23). *In dubio pro vita* için şu kurgu, ama benzerleri yaşanmış olgu örnek verilebilir:

Pazar günü, ailenin yazlığında akrabalar toplanmış, bir mangal partisi yapılmaktadır. Kimse, üç yaşındaki erkek çocuğun bir saattir ortadan kaybolduğunu fark etmez. Telaş içinde aranan çocuk, bahçedeki süs

havuzunda ölü olarak bulunur. Yakındaki bir villaya hasta getirmiş olduğu için olay yerine hemen ulaşan ve içinde hekim bulunan ambulansla uygulanan uzun süreli sun'i solunum sonrasında çocuk hayata döner. Fakat hastanede, beynin uzun süre oksijensiz kalmasına dayalı ağır beyin hasarı saptanır. Ekstremiteler, spastik felçlidir. Çocuk, artık dış dünya ile irtibat kuramamaktadır, göz hareketleri amaçsızdır ve ağrı uyarılarına inleyerek karşılık vermektedir. Bu ağrı reaksiyonları, ağrı bilinci olmaksızın reflekssel şekilde gerçekleşmektedir. 12 ay sonra belirtiler hala değişmemiştir. Tanı, Persiste Vejetatif Statü'dür (Apallik Sendrom/Total Demans/Uyanık Koma). Bundan sonraki dört yıl süresi içinde çocuk, özel bir bakımevinde bakılır ama durumunda bir değişiklik olmaz. Hekimler, bir iyileşme ümidi bulunmadığı görüşündedirler. Anne ve baba, artık yapay beslemenin bir anlamı kalıp kalmadığını sormaya başlar...

Kahramanı çok küçük bir çocuk olan böyle bir olguda, tedavinin kesilmesini olumlu bulan görüşün dayanakları şunlardır:

- **Yarar Sağlama:** Uygulanacak tedavilerin artık çocuk için bir yararı bulunmamaktadır. Çünkü artık bilinci yerine gelmeyecek ve kendi idare ettiği şekilde yaşayamayacaktır. Bu nedenle yapay beslemenin artık anlamı kalmamıştır. *Daha fazla yaşamak artık hastanın çıkarına değildir:* Kimse, onun yaşadığı gibi yaşamak istemez. Öyleyse, o da ölmeyi isterdi. Bu nedenle artık onun çıkarına olmayan tedaviye/tedavilere son verilebilir.
- **Zarar Vermeme:** Hastalığı nedeniyle artık durumunun bilincinde değildir. Yine aynı nedenle acı da

duymamaktadır. Bu nedenle yapay beslemenin kesilmesi, “Zarar Vermeme” ilkesi ile çelişmeyecektir.

- *O, artık kişi değil:* Bilinci yerinde olmayan, geçmişini hatırlamayan ve gelecek perspektifi olmayan, artık “kişi” değildir. İnsan varlığı “kişi” durumunda ise yaşamının korunması şarttır. Bu nedenle “kişi” olmaktan çıkmış bir çocuğun daha uzun süre yapay beslenmemesi, ölmeye bırakılması, ahlaki bakımdan sorunlu değildir.
- *Adalet:* Çocuğun tıbbi bakımı ve genel olarak bakımı için kullanılan kaynak, sağlık sisteminde insanların somut olarak yarar sağlayacakları başka alanlara kaydırılabilir.

Tedavinin sürdürülmesi yanlıları ise şu gerekçeleri ileri sürerler:

- *Hayatta kalmak, kendiliğinden bir değerdir:* Çocuğun bu şekilde yaşamasının kimseye bir yararı olmayacaktır. Bu bakımdan tedavilerin bir yararı bulunmamaktadır. Ama yaşamaya devam etmesi, yaşamı, kendiliğinden bir değerdir. Sadece bu, tedaviye devam edilmesini haklı çıkarır.
- *Terketmemek için tedavi etmek:* Yapay besleme, çocuğa ilgi göstermenin çok az yolundan biri olduğu için, onunla sembolik değil, her gün ilgilenme şeklinde insanca dayanışma göstermenin bir aracı olduğu için, doğru bir uygulamadır.
- *Kişi kavramı, keyfi olarak daraltılamaz:* Varlığının bilincinde olmayanın kişi kabul edilemeyeceği, çok katı bir kriter, ileri bir beklentiye endekslenmiş bir değerlendirmedir. Eğer bilinç esas alınacak olursa, o zaman yeni doğanlar, demans hastaları ve son

tahlilde uykuda olanlara da kişi dememek gerekir. Oysa insan olarak doğmaktan kaynaklanan onur ölçü alınmalıdır. Çünkü insan onuru, sınırlandırılmaz. Yaşamın bütün süreçleri ve bütün durumlarında insan varlığı ile bütünleşmiştir.

- *Kaynak ayırma:* Tıbbi uygulamalarda maliyet yönüne dikkat etmek, kaynakları israf etmemek de etik bir yükümlülüktür. Ama bu, her hasta ve her hastalık için geçerlidir. Sadece bazı hastalık tablolarında kaynak sarfiyatından huzursuzluk duyup kısıtlamaya gitmek, adil bir tutum olmayacaktır. Ayrıca sağlık sisteminde kaynakların kısıtlılığını ileri sürerek, yaşamı koruma gibi etik haklılık taşıyan yükümlülüklerin bir tarafa bırakılması haklı çıkarılamaz.
- *Prognoz daima muğlaktır:* Birçok olguda prognozdan tam emin olunamaz. Tanıda ve prognozda yanılmak, tıbbi uygulamaların bir parçasıdır. Kötü prognozdan çok emin olursa da, tek tek olgularda bazen beklenmedik iyileşmelerle de karşılaşılabilir. Bu da tedavi girişimlerinin azaltılmasının aceleye getirilmemesini gerektirir. Belirsizlik durumlarında *in dubio pro vita*, yani yaşamı desteklemekten yana karar verilmesi ve tedaviye devam edilmesi tavsiye edilmektedir. Çünkü bazı durumlarda hastanın durumu beklenmedik şekilde iyileşebilmektedir. Ağır durumda, ama henüz ölmekte olmayan bir hastada yaşamda tutan tedavinin sürdürülmesi, artık bilinci yerinde olmayan komadaki hastalar için de geçerli olacak şekilde ilgiyi sürdürme bakımından ahlaki bir değer taşımaktadır. Ama burada koşul, tedavinin çekilen acıyı uzatmamasıdır.

Bilinci kapalı hastalarda tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi söz konusu olduğunda gözden geçireceğimiz kriterler şunlar olmalıdır:

1. Hastanın vasiyeti var mı?
2. Hastanın tahmini isteği nedir?
3. Genelin kabul ettiği değerlere dayanılacaksa, ayrıca dikkat!
4. in dubio pro vita.

Bilinci kapalı hastalarda tedavinin sınırlandırılması ya da kesilmesi konusunda, literatürde yer alan şu olgunun kuşkusuz pek çok benzeri yaşanmıştır:

38 yaşındaki Elektrik Teknisyeni, elektrik akımına kapılarak yüzünün tamamını kaybetti. Gözleri yandı, yanakları, burnunun tümü, çenesi ve dilinin büyük bir kısmı zarar gördü. Yüksek gerilim hattından düştüğü için bilinci kapalıydı. Önce kalıcı körlük ve konuşamama tanıldı. Midesine ulaştırılan bir sonda ile yapay olarak besleniyordu. Hekimler, tedaviyi sonlandırmayı düşündüler. Çene-Yüz Cerrahları, genç adamın yüzünü tekrar düzeltebileceklerini söylediler. Tedavi sürdürüldü, bir süre sonra genç adamın bilinci yerine geldi, konuşmaya başladı ve bütün bu ağır hasarlara rağmen, yaşamak istediğini söyledi (24).

Ölmekte olanlarda tedavinin kesilmesi ya da tedavi uygulanmaması normalleşmiştir. Bu hastalar reanime edilmemektedir. Avrupa'da yürütülmüş geniş bir araştırma projesinin sonuçlarına göre, Kuzey ve Güney Avrupa ülkeleri arasındaki farklılıklar da dikkat çekicidir. Kuzey ülkelerinde tedaviye başlanmaması ya da tedavinin kesilmesi kararları daha sıklıkla verilebilmekte iken, G.Avrupa ülkelerinde denenen bir

reanimasyon çabası sonucunda ölümle karşılaşılması daha sık olmakla birlikte, tedaviye başlamama ya da tedavinin kesilmesi kararı, Kuzey ülkelerine nazaran daha az verilmektedir (25). Avrupalı hekimler, etik açıdan tedaviye başlamama ile tedavinin kesilmesi arasında anlamlı bir fark görmediklerini belirtirlerken, tedaviyi kesmede daha sıkıntı duyduklarını açıklamışlardır (25).

Ülkemizde Ceza Hukuku alanı öğretim üyesi Prof. Dr. Bahri Öztürk, Ege Üniversitesi'nde hem İlaç Araştırmaları Etik Kurulu, hem de Hastane Etik Kurulu üyesi olarak edindiği izlenimler sonucunda şunları söylemektedir: "(...) Antalya'da çok ünlü medyatik bir hekim beni ön sıralarda görünce *'Bu zatın burada ne işi var? Hukukçuları aramıza sokmayın! Bu hastayla-hekimin arasındaki bir iştir. Ben fişini de çekerim, hortumunu da da çekerim, ilacını da veririm, onu ilgilendirmez'* dedi. (...) Görünen o ki, genellikle hasta yakınları, hastasını hekime terk ettikten sonra, daha doğrusu getirirken *'Aman doktor ne lazım gelirse yapın, tarlamı satayım, para bulayım'* böyle başlar. Aradan üç gün geçer, *'Doktor vaziyet nasıl?'* Aradan bir hafta geçer *'Her halde bu iş olmayacak?'* Aradan altı ay veya belli bir süre geçtikten sonra *'Doktor bunun çaresine baksam mı?'* derler. Bunlar hayatın gerçekleridir değerli arkadaşlarım ve Türkiye'de Pasif Ötanazi son derece yaygındır. Aktif Ötanazi'nin de az önce verdiğim örnek çerçevesinde zaman zaman yapıldığını duymaktayız (26)."

II. Dolaylı Ötanazi (Alleviation of symptoms with possibly life shortening effect)

Eski zamanlarda, morfin ve diğer opiat içerikli ağrı kesicilerin doğru dozlarda kullanımı bilinmiyordu ve bazen bu nedenle aynı zamanda solunumu durduran çok büyük dozlarda kullanımları söz konusu olabiliyordu. Yan etki, hastaların yaşamlarını kısaltıyordu. Bu durum dinler, hukuk ve hekimlik ahlakı bakımından sorunlu bulunmuyordu. Uygulanan tedavinin amacı ölüm olmadığı için, ölümün bu şekilde hızlandırılmış olması Ötanazi olarak anlaşılmıyordu. Sonucunda ölüm gerçekleşmiş olması, tedavinin yan etkisi olarak kabul ediliyordu. Ancak günümüzde, ağrı kesicilerin dozları ve yaratacakları etkiler, çok ayrıntılı olarak bilindiğinden, ağrı kesicilerin gelişi güzel kullanımı olarak nitelenin böylesi durumlar, tartışma yaratmaktadır.

Terminal dönemdeki hastanın dayanılmaz ağrılarını dindirecek bazı tıbbi müdahalelerin uygulanması gerekirse (örn. nöroleptiklerin ve benzodiazepinlerin kullanıldığı Terminal Sedasyon), fakat bu müdahalelerin aynı zamanda yaşam kısaltıcı etkileri varsa, Dolaylı (indirekt) Ölmeye Yardım'dan söz edilir. En klasik şekliyle burada hekim hastaya, şiddetli ağrılarını dindirmek üzere, fakat öldürücü etkinin ortaya çıkmasını göze alarak her gün artan dozda morfin vermektedir. Amaç, yaşam kalitesini iyileştirmektir ve bunun için yaşamın kısaltılması yan etkisi göze alınmaktadır (Göze Alınan Yan Etki). Dolaylı Ötanazi'de felsefesi Aquinalı Thomas'a dayanan *Çift Etki Prensibi* söz konusudur. Bu prensip, bir eylemin yol açtığı, birden çok sonuç olabildiği gerçeğinden

hareket eder. Dolaylı Ötanazi'de amaç, hastanın ölmesi olmadığından, bu eylem cezalandırılmamaktır. Burada önemli olan, bu eylemle neyin *amaçlandığı*, neyin önceden tahmin edilmekle birlikte *amaçlanmadığıdır*. Acının dindirilmesi için sedasyona başvurma, ölmenin başlamasını takiben devreye sokulmamalı, aksine sedasyon önceden sağlanmış olmalıdır. Sedasyonun yaşamı kısaltıcı yan etkisi, ızdırabın başka şekilde giderilememesi nedeniyle göze alınmış olmalıdır.

Alman Yargıtayı (Bundesgerichtshof), 1996 yılındaki "Dolantin Olgusu" (27) Kararı'nda "Hekim tarafından uygun bulunan, hastanın rıza gösterdiği ya da varsayılan rızasının bulunduğu ağrı dindirici tedavi, yan etki olarak ölümün vuk'u bulmasını hızlandırır da, uygulanabilir" şeklinde karar vermiş, bu karar hekimlerin terminal dönem kanser hastalarında ağrı ile mücadele etmedeki cesaretlerini artırmıştır (28).

Terminal Sedasyon'un, Aktif Ötanazi'ye iyi bir alternatif oluşturduğu, öldürmeyi amaçlamadan, hastayı dayanılmaz ızdıraplarından kurtarma seçeneği sunduğu ileri sürülmektedir (29). Ancak, bir hastayı öldürmek isteyen hekimin, bunu morfin dozunu artırmak yerine çok daha etkili ve göze batmayacak yollarla yapabileceğine de dikkat çekilmektedir. Devlin (30), hastanın ağrıları ile etkin bir şekilde mücadele etmek gerektiği konusunda hekimlere, şu sözlerle cesaret vermektedir: "Şayet, tıbbın birincil ödevi olan sağlığın yeniden kazanılması mümkün olamıyorsa, hekimin hala yapacağı çok şey vardır. O, ağrıları ve yakınmaları hafifletmek için, tesadüfen yaşamı kısaltacak olsalar da, doğru ve gerekli olan şeyleri

yapmakta haklıdır. Bu durumda hekimler, özel bir şekilde korunmakta değildirlir. Çünkü doğrudan ölüme yol açmamış hiçbir eylem cinayet değildir. Burada felsefi ya da teknik bir soru sormuyoruz, sağlıklı insan akli ile soruyoruz. Ölümün nedeni, hastalık ya da yaralanmadır. Ölümün gerçekleşeceği zamana etki eden uygun bir hekim tedavisi, mantıken ölümün nedeni olamaz. Ama ne hekim, ne de bir başka insan, ne ölmekte olanda, ne de sağlıklı kişide, o kişiyi yaşama bağlayan ipi kesemez.” Pasif ve Dolaylı Ötanazi, birçok ülkede cezaya tabi tutulmaktadır.

III. Aktif Ötanazi

Ölmeye yardım konusunda en ateşli tartışmaların sürdüğü eylem türü, elbette Aktif Ötanazi'dir. Çünkü ilk bakışta görülen, insan yaşamının korunması konusundaki temel değer, hekimin ve tıbbın üstlendiği misyonun çiğnenmesidir.

Ancak bu eylem türünü yasallaştıran ülkeler yanında, yasallaştırılmadığı ülkelerde de taraftarlarının artmakta oluşu dikkat çekicidir. Örneğin Almanya'da 2001 yılında Allensbach Demoskopie Enstitüsü tarafından 16 yaş üzerinde 2094 kişi üzerinde yürütülmüş bir araştırmada Almanya'nın Batısındakilerin %64'ünün, doğusunda yaşayanların da %80'inin Aktif Ötanazi uygulatma haklarının olmasından yana görüş bildirdikleri görülmüştür: Olumlu yanıt verenlere göre hastanede yatan ağır bir hasta, hekimin kendisine öldürücü bir enjeksiyon yapması yoluyla ölmeyi seçebilmelidir. Bu yolu Batı eyaletlerindekiyle sadece %16'sı, yeni eyaletlerdekiyle ise %6'sı reddetmiştir. Ankete katılanlardan %70'i ağır hasta

insanların uzun süre acı çekmeleri yerine, Aktif Ötanazi'nin yeğlenmesi gereken bir yol olduğu görüşünü taşıdıklarını belirtmişlerdir. Ancak söz konusu kişinin bilinci açık olmalı ve yaşamak mı yoksa ölmek mi istediğine kendisi karar vermiş olmalıdır. Sadece %11'i, yaşam ve ölüme sadece Tanrı'nın karar verebileceğini, ya da bu konuda kaderin belirleyici olması gerektiğini söylemişlerdir. Bu gruba göre, hasta kendisi istese de yaşamı hiçbir şekilde kısaltılmamalıdır. Bu tutum içindekilerde yaşlı ya da gençler arasındaki tutum eşittir. Araştırma, kiliselerin Aktif Ötanazi'ye takındıkları karşı tutumun, Kiliseye bağlı kişileri oldukça az etkilediğini ortaya koymuştur. Katoliklerin %60'ı ve Protestanların da %60'ı, ağır hastaların uzun süre acı çekmek zorunda bırakılmaları, bilinçleri açık olduğu takdirde bu konuda karar verme hakkının kendilerine bırakılmasından yana olduklarını belirtmişlerdir. Katoliklerin sadece %18'i, Protestanların da %14'ü Kiliselerinin görüşlerine bağlı kalarak, yaşam ve ölüm hakkında sadece Tanrı'nın söz sahibi olabileceğini düşündüklerini açıklamışlardır (31). Toplumun Aktif Ötanazi'ye bu kadar yüksek oranda onay vermesinde etken olan faktörler şunlar olduğu düşünülmektedir:

- Ağrı çekerek ölmekten korkmak.
- Onurunun gözetilmeyeceği şekilde bakılmaktan korkmak.
- Yalnız bırakılmaktan korkmak.
- Tıbbın asla kendi haline bırakmamasından korkmak (32).

Alman Tabipleri Birliği 2011 yılında, hekimin ölmeye yardımını konusundaki kararlarını revize etmiştir. Bunun iki nedeni vardır: Birincisi velayet ve vesayet ile ilgili yasal düzenlemelerde bazı değişiklikler yapılmış olması, diğeri ise hekimlerdeki tavır değişikliğinin yukarıda da bir örneğini okuduğumuz şekilde yeni anketlerle saptanmış olmasıdır. 2004 yılında ilan edilmiş kurallarda “Hekimin ödevi, hastanın kendi hakkında karar verme hakkına saygı göstererek hastayı yaşamda tutmak, sağlığını korumak veya yeniden sağlamak, acılarını dindirmek ve ölüme kadar onunla ilgilenmektir.” Bu açıklama, yaşıatılmanın her koşulda söz konusu olmadığını ve hekimin bu konudaki yükümlülüğünün sınırları olduğunu ifade etmektedir. Alman Tabipler Birliği, 2004 yılında “Alm. Sterbehilfe: Ölmeye Yardım) ifadesini kullanırken, 2011 yılında “Alm. Tötung des Patienten: Hastanın Öldürülmesi” ifadesini kullanmış, fakat yasal alt yapıya uyumlu olarak Aktif Ötanazi'nin yasak olması tavrı, korunmuştur.

Belçika Parlamentosu, 2002 yılında 51 red karşısında, liberallere, sosyal demokratlara ve yeşillere ait 86 evet oyu ile hekimlerin hastalarını belirli şartlar altında, istekleri üzerine öldürebilecekleri kararını yasallaştırmışlardır. Aynı zamanda hekimlerin yaşam yorgunu yaşlı hastalara onların istekleri üzerine öldürücü tabletler vermeleri de bir yol olarak kabul edilmiştir. Hollanda'da ise 2002 Nisan ayında Ötanazi Yasası yürürlüğe girmiştir.

Belçika'daki Yasa, sağaltılamayacak hastaların, ölecekleri zaman henüz belli olmasa da, yanı sıra sürekli ruhsal rahatsızlık çekmekte olanların öldürül-

mesine izin vermektedir. Yasa, bu yapısı ile Hollanda'daki yasadan da liberal kabul edilmektedir. Yasaya göre hasta reşit ise ve ölme arzusunu yazılı olarak belirtmiş olmalıdır. Hasta yazamayacak durumda ise bir yakınının kendisine yardım etmesi ve bu isteği kaleme alması gerekmektedir.

Ötanazi taraftarları, görüşlerini temellendirirken, hastanın kendi hakkında karar verme hakkına dayanmaktadırlar. Bu görüşün karşısındakiler ise, yaşamın her koşulda dokunulmaz olduğunu, Aktif Ötanazi'nin serbest bırakılmasının çok ağır toplumsal sonuçları olacağını ileri sürmektedirler. Aktif Ötanazi'nin ahlaki açıdan uygun bulunması gerektiğini söyleyenler, başlıca şu savlara dayanmaktadırlar: "İnsan, ne kadar acı çekebileceğine kendisi karar vermelidir. Bu sınıra varıldığında, insanın yaşamını sonlandırmaya hakkı olmalıdır. Bu kişi, belki tüm yaşam planlarını gerçekleştirdi ve hayattan ayrılmaya hazır iken ölümcül bir hastalıkla karşılaştı. Artık onun önünde anlamını yitirmiş, sadece acı dolu bir süreç var. Ağrıların yol açtığı güçsüzlüğü giderek artırıyor. Ailesinin kendisine bakarken ne kadar endişe ettiğini ve bitkin düştüğünü görüyor. Ona, gerek doğduğunda bu sürecin kısılması hakkı tanınmalıdır. Bu karar, cesaretin kırılmasından doğmamaktadır, aksine yaşamın anlamı ve ne yaşanacağı hakkında gerçekçi bir tasarıma dayanmaktadır. Böyle bir durumda iken, yaşamının uzatılmasını isteyen hastaya ise, elbette istediği destek verilecektir. Onun, bu doğrultuda, yani yaşamda tutulmaya yönelik yardım alması için, herhangi bir belge imzalamasına gerek yoktur. Ötanazi uygulamaya karşı olan hiçbir hekim, hiçbir

hemşire, böyle bir uygulamada bulunmak için zorlanamaz (33).”

Ötanazi'ye ilkesel karşı çıkışlar ise şu gerekçelere dayandırılmaktadır:

1. İnsan yaşamı, mutlak değer taşır ve dokunulmazdır.
2. Hekimlik geleneği ve hekimlik bilinci, hastaların öldürülmesi fikri ile çelişir.
3. Hastanın “özgür kararı” nitelenmesi ütöpiktir.
4. Aktif ötanazi, ölümün medikalleştirilmesinin bir başka biçimidir.
5. Ölmeye refakat ve palyatif tıp uygulanabilmesi, aktif ötanazi talebinin ileri sürülmesine gerek bırakmaz.

Aktif Ötanazi'nin serbest bırakılmasının, şu olumsuzlukları doğuracağı da düşünülmektedir:

1. Hastaların başka nedenlerle de öldürülmesine kapı açar.
2. Temeli güvene dayandırılmış olan hekim-hasta ilişkisi, zarar görür.
3. Devlet düzeninin bozulması tehlikesi.
4. Yaşlı ve hasta olanları ölmeye zorlayan toplumsal baskı oluşması.
5. Ölmekte olanlara palyatif bakımın kötüleşmesi.
6. Ötanaziye taratar olan ve taraftar olmayan aile bireyleri arasında doğacak çatışmalar.

Ölmenin medikalleştirilmesi, ölmenin tıp tarafından teknolojik-farmakolojik yolla gittikçe daha çok manipüle edilir hale gelmesi, ölme sürecinin tümüyle tıp

kontrolü altına alınması, böylelikle kişisel bir yaşam ödevi olmaktan çıkarılması ile ilgili itirazların üst başlığıdır. Ölümün medikalleştirilmesi, bu yolla ölmeye sürecinin yapay olarak uzatılması, aktif ötanazi taleplerinin artmasına zemin hazırlamaktadır. Ölenin medikalleştirilmesine itiraz, şu şekilde sloganlaşmıştır: “Ölmek, hastalık değildir!” Ölümün medikalleştirildiği itirazını haksız bulanlar ise, ilgili kişinin gerçekten kendi seçimi ise, etik açıdan problemlili bir durum oluşmadığını, herkesin nasıl yaşayacağına ve nasıl öleceğine kendisinin karar verebilmesi gerektiğine işaret etmektedirler.

Yaşamın sona ermesine yol açacak bir hastalıkta dayanılmaz acılar çekmekte olan insanların, acılarının dinmesi için hekimden öldürülmeyi talep etmeleri, şaşırtıcı bir durum değildir. Bu isteği, gerçekten aktif olarak öldürülme isteği olarak anlamak, çoğu kez bir yanlış anlama olabilir. Bu durumların birçoğunda hastaların ölümü değil, acılarının dindirilmesini istedikleri bilinmektedir. Terminal dönemdeki hastaların bir an önce ölme arzularının çoğu kez, tıbbi ve insani olarak yeterince destek görmemelerinden kaynaklandığı düşünülmelidir.

Ölmekte olanlara insanca bakım, onların gereksinimlerinin, arzularının farkında olabilmeyi gerektirir. Student (34), insanı canlı kılanın arzuları olduğunu hatırlattıktan sonra, ölmekte olanların da, tıpkı yaşamının ortasında bulunanlar gibi çeşitli arzuları olduğunu belirtir. Ama bunlar farklı, ölme sürecinden etkilenen arzulardır. Eğer ölmekte olanın arzularını dikkate, ciddiye alırsak, ölmekte olana tutumumuz değişir. Bu tutumumuz, ölmekte olanın da onurunu

duyumsamasını sağlar. Ölmekte olanlar, bu tablo içerisine girene kadar, yeterliliklerini erezyona uğratan uzun bir süreç yaşamışlardır çoğu kez. Başkaları onlar hakkında karar vermiş, bedenleri üzerinde çeşitli tedaviler uygulamış, özerkliklerini açık ya da kapalı biçimde çiğnemişlerdir. Hasta da bu girişimlere, belki sağlığına kavuşmasına, bu da olmazsa biraz daha uzun yaşamasına katkısı olacağına inanarak yarı gönüllü onam vermiştir. Oysa hiç olmazsa şimdi, ölme süreci başladığında, arzularını dikkate alarak ona yeterliliğini yeniden duyumsatacak bir tutum benimsemelidir (35).

Kessler (36), onurlu bir ölümün, aşağıdaki koşulları gerektirdiğini belirtmektedir:

1. Yaşayan bir insan olarak görülmek ve ne kadar subjektif olsa da umudunu koruyabilmek
2. Ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini kendine özgü biçimde ifade edebilmek,
3. Bakımı ile ilgili kararlara katılabilmek,
4. Empati kurabilen, duyarlı ve becerili, gereksinimlerini anlayabilen kişiler tarafından bakılmak,
5. Ölme sürecinin ne olduğunu anlayabilmek, tüm sorularına dürüst ve tam yanıtlar alabilmek,
6. Manevi şeylerle teselli bulabilmek,
7. Bedensel ızdıraplarının giderilmesi,
8. Barışçıl bir ortamda huzur içinde ölebilmek,
9. Ölürlen yalnız olmamak,
10. "Son işleri" yoluna koyabilmek için zaman ve destek bulabilmek.

11.Yaşamın, ölümün anlamını, ölümden sonrası ile ilgili tasavvurlarını kendisi ile sabırla, ilgiyle konuşabilmek.

Hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, hastaların kültürel özelliklerine saygı ve anlayışla yaklaşmak zorundadırlar. Bu, o kültüre, inanişe sahip kişinin mutlaka söz konusu ritüellere uymak isteyeceği anlamı taşımaz. Hekimler ve diğer sağlık personeli, hastanın bu konudaki arzusunu öğrenmeli, bu arzuya saygı ile yaklaşmalıdırlar (37).

IV. Hekim Yardımlı İntihar (Assisted Suicide)

Kişinin akılcı bir sorumluluk içinde gerekçelendirdiği intiharı, Antik Çağ'da ve aydınlanmadan günümüze, etik açıdan gittikçe artan ölçüde meşru kabul edilmiştir. David Hume "İntihar Hakkında" (1777) adlı kitabında intiharı "insanın doğuştan özgür oluşunun" bir ifadesi olarak tanımlamış ve "bütün eski filozofların düşündüğü gibi suç ve takdir gerektirmeyen bir şey olduğu"nu belirtmişti. Hume'a göre insan, gerçekten çaresiz kalınan durumlarda kendisini "yaşam hapisanesi"ne hapsedmeyip, doğuştan gelen özgürlüğünü kullanabilirdi.

Ancak çeşitli psikiyatrik ve sosyolojik araştırmalar, filozofların özerk-sorumlu intihar idealinin gerçekle çok bağdaşmadığı görüşündedirler. Onlara göre intiharlar, çoğu kez sosyal izolasyon sürecinin sonunda meydana gelmektedirler. İntihar eden kişiler, toplum içinde yalnızlaşmış ve sorunlarının çözümü için gerekli yardımı alamayacak durumdadırlar. İntihar ya da intihar girişimlerinin %90-95'inde temelde bir psikiyatrik hastalık (depresyon, şizofreni, bağımlılık gibi)

bulunmaktadır. Yani filozofların iddia ettiği, gerçek bir bilanço çıkarmaya dayalı intiharlar (Alm. Bilanzselbstmord), oldukça nadirdir (37).

İntihara Yardım iddiasında, söz konusu intiharın böyle gerçek bir bilanço çıkarılan intihar olduğu kabulünden hareket edilmektedir. Nedeni ruhsal bir rahatsızlık ya da sosyal izolasyon olan bir intihara yardım, kuşkusuz kimse tarafından savunulamaz. Kişinin özgürlüğünü kullanmak istemesi sonucunda yöneldiği intihara karşı çıkılmaması gerektiği, bazı tıp etikçileri tarafından savunulmaktadır (38).

Almanya'da 1984 yılında gündeme gelen Hackethal Olgusu ilginçtir. Bu davada Prof. Dr. Julius Hackethal, yüzünde sağaltılamaz bir kanser türünün ağır harabiyeti bulunan ve kanserin beyne metastaz yaptığı kadın hastaya, kliniğindeki özel bir bölmede ölümcül dozda Zyankali (Potassium cyanide) vermiştir. Zehir, hastanın tek başına girdiği bu bölmede bulunmaktadır. Hasta bu zehiri su ile kendisi karıştırarak kendi iradesi ile içmiş ve on beş dakika sonra da ölmüştür. Hasta, bilinci kapandıktan sonra canlandırılmasını istemediğini belirten bir vasiyet de bırakmıştır. Traunstein Eyaleti Savcılığı'nın Dr. Hackethal'in istek üzerine öldürme eyleminde bulunduğu iddiası, önce Traunstein Eyalet Mahkemesi, daha sonra da Münih Eyalet Mahkemesi tarafından, hekimin bu olguda verdiği desteğin intihar eden hastaya yardımcı olmak anlamı taşıdığından cezalandırılmayacağı şeklinde değerlendirilmiştir (39). Bu olguda ilginç olan, hastanın ölmek üzere olmaması, yaşamının bir süre daha süreceğinin açık olarak belli olmuş olmasıdır. Burada hastanın başka bir çıkar yol kalmamasından ötürü

kendi hakkında verdiği kendini öldürme kararı, aslında hastanın ve tüm insanların Ceza Hukuku tarafından en ağır yaptırımlarla takip edilen hakkı olan yaşama hakkından üstte tutulmuştur.

Burada zehirin verilış biçimi önemlidir. Bu, zehirin temini ile sınırlı kalabilir, ya da intihara yardım eden hekim, zehir dolu bardağı/kabı hastanın ağızına dayayarak içmesine yardım edebilir ya da bu zehiri ona enjekte eder. Zehiri, kişinin bununla kendisini öldüreceğini bilerek temin etmek ve hastanın yanında bırakmak, kuşkusuz İntihara Yardım olarak değerlendirilirken, diğer eylemler ölümün meydana gelmesindeki daha büyük etkileri nedeniyle daha farklı değerlendirilecektir. Ölmeyi isteyen katkısı sıfıra indiğinde, örneğin zehirli injeksiyon yardım eden tarafından yapıldığında, adam öldürme şeklinde cezalandırılacaktır. Ölmeyi isteyen, bu injeksiyonun yapılmasını ciddiyetle ve ısrarla istemiş olsa da, “Adam Öldürme” suçu sabit kalacaktır (40). Ölmeye Yardım Etme ile Öldürme arasında ayırım yapılırken, ölmeye yol açan davranışı kimin üstlendiğine/uyguladığına bakılmaktadır. Ölümü doğuran/mejdana getiren andaki eylem sahipliği, en önemli kriterdir.

Ancak oldukça yakın bir zamanda, Alman Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımlı İntihar'ı tarifinde önemli bir değişiklik gerçekleşmiştir. 2004 yılında “Hekimin intihar eylemine katılması, hekimlik yemini ile çelişir ve cezaya tabi olabilir” denilirken, 2011'de revize edilmiş metinde artık “Hekimin intihara yardımı, hekimlik ödevi değildir” denmektedir (41). Böylelikle intihara yardımın hekimlik görev alanında olmadığı açıkça ifade edilmiştir.

İntihara yardım konusuna geri dönülecek olursa, bu yardımı etik açıdan sorunlu bulanlar, şu gerekçeleri ileri sürmektedirler:

1. İntihar etmek isteyen, gerçekten özgür iradesi ile mi davranmaktadır? Arka planda, onu tahammül edemez hale getiren (ama çoğu kez fark edilmeyen) bir psikiyatrik hastalık gerçekten yok mudur?
2. Kendini öldürme isteğinin nedeni, sosyal izolasyon olamaz mı?
3. İntihara yardım etmede harekete geçirici unsurlar, kişisel çıkarlar da olabilir: Ölüme yol açacak zehiri satma, miras meseleleri, bundan şöhret edinme ("Ölüm Yardımcısı") gibi.
4. Hekimin bir kişiye intihar için yardım etmesi, yani tıbbi bilgisini insanın ölmesi için araç yapması, hekimlik anlayışı ile bağdaşır bir tutum değildir. Hekimlik Meslek Yemini, hekimi böyle bir davranışta bulunmaktan men etmektedir. Öte yandan hiç bir eylem, anlık bir kararla gerçekleşmez. Bu nedenle intihara yardım kararının da öncesi vardır ve hekimin bu süreçte destekleyici rolü ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu gerçek üzerinden düşünüldüğünde, hekimin hastayı intihardan vazgeçmeye ikna etmesi de söz konusu olabilirdi. Oysa intihara yardım eden hekim, hastasının intihar etme yönündeki kararını desteklemiş ve böylelikle gerçekleşecek olayın sorumluluğunun da bir kısmını almış demektir.
5. Hekimin intihara yardımı yasal hale gelir ve yaygınlaşırsa, ağır hasta ve yaşlı hastalar, bu

“akılcı” hizmeti almak zorunda oldukları konusunda baskı görebilirler.

Çekinceler ortaya koymaktadır ki, intihar kararının ardında yatan psikiyatrik rahatsızlık ya da sosyal izolasyon faktörü ortadan kaldırıldığında, bu eylem biçimi ile ilgili ısrar da ortadan kalkabilmektedir. Yeterli ağrı tedavisi yapılamamış olması da bu isteği körükleyebilmektedir. Ancak, yukarıdaki olgu örneğinde olduğu gibi, bu faktörlerin tümünün bulunmadığına kanaat getirilen olgular da vardır.

Pragmatik açıdan bakıldığında en çok çekinilen yön, kolay incitilebilir kişilerin (vulnerable persons), gerçekte istemedikleri halde kendilerini “intihar etme hakkı”nı kullanmak zorunda hissedecekleridir.

Hukukçular, ilginç bir duruma daha dikkat çekmektedirler: “Hollanda’da çok sayıda aktif ötanazi vakası varken, intihara yardım da aynı koşullar altında hukuka uygunken, neredeyse hiç intihara yardım vak’ası yoktur. Yani başkası tarafından öldürülmeyi istemek, kendini öldürmekten daha kolaydır. Bu durum, başkalarından öldürülmeyi talep eden kişilerin, belki de karar verme ehliyetine sahip olmadığını gösteriyor (42).”

Sonuç

Umut ve umutsuzluk arasındaki gelgitlerle, hırpalayıcı tedavi süreçleri ile katedilmiş kötü prognozlu hastalık yolunda, son evrede hasta tarafından sarf edilen “Ölmek istiyorum!” sözü, ızdırabın ifadesidir, bu seslenişe dikkatle ve deneyimle kulak verilmelidir. Genellikle, yapılmış tedaviler, çekilmekte olan acı ve ızdıraba uygun olmamış, yakınmalara kulak verilme-

miş, hasta çoğu kez yalnız bırakılmıştır. Onun, sevgi dolu bir ilgi ile kendi değerini duyumsamaya gereksinimi vardır.

Bazı durumlardan, yükümlülükler türer. Elimizde bir bıçak tuttuğumuz zaman, onu bir insana saplamamamız gerekir. Borç almışsak, geri ödememiz gerekir. Anne olduğumuzda, çocuğumuzu beslememiz gerekir. Hekim isek, hastalarımızı sağlığına kavuşturacak yönde davranmamız gerekir. Sendikalar, üyelerinin haklarını savunur. Parlamento, ülkeyi yönetir ve ülkenin çıkarlarını temsil eder. Bu örneklerde görüldüğü gibi, daima gücü elinde bulunduranların, daha güçsüz durumda olanlara borçlulukları vardır. Daha zayıf olanlara, daha çok yardım gerekir. Tüm medeniyetler, aslında bu dayanışmacı anlayış üzerinde yükselmişlerdir. Doğa da bizden bunu beklemektedir: Kendi kendisine yardım edemeyecek durumda olan çocuk, yaşlı ve ölmekte olan hastaya, en yüksek ilgiyi ve korumayı sunmamız gerekir. Yaşamımızın çoğunu, başkaları ile ilişkilerimiz oluşturur. Birbirinden izole bireyler değiliz, toplumda sıkı ilişkiler içinde yaşamaktayız. Ölmekte olanların gereksinimlerine ilgi göstermezsek, temel yükümlülüğümüzü çiğnemiş oluruz. Ölmekte olan, ağrılarının dindirilmesini, onurlu biçimde ve huzurlu olarak ölebilmeyi ister. Onun, güçlük gösteren sorunları ile ilgilenmek yerine onu öldürme yolunu seçersek, görevlerimizi inkar etmiş oluruz.

Öldürme eyleminin istek üzerine olması ya da olmaması, aslında çok önemli değildir. Bizim görevimiz, hastanın Aktif Ötanazi talep etmeye gerek duymayacağı şekilde ona bakmaktır. Aktif Ötanazi talep eden hasta, çoğu kez gerektiği şekilde

bakılmamış bir hastadır. Bu ise onun öldürülmesini değil, daha iyi bakılmasını gerektirir. “Üşüyor musunuz? Yalnız mısınız? Ağrılarınız için iyi bir tedavi uygulanmadı mı? Dert etmeyin. Ben her şeyi yoluna koyacağım, sizi öldüreceğim!” İnsanın yaşamının bu en zorlu sürecinde, böyle bir yaklaşımda bulunulabilir mi? (43) Böylesi durumlar için ne “Onu öldür!” ne de “Onu ölmeye bırak!” demek doğru olacaktır. Hekimler, yaşlılık nedeniyle güçten düşmüş olanlara ve ölmekte olanlara gerektiği gibi bakmayarak, Aktif Ötanazi talipleri üretmemelidirler. Ölümcül hastaların önlerinde kısa ama farklı bir öneme sahip bir yaşam süresi bulunmaktadır. Bu süre onlara, içsel olgunluk kazanmak için büyük bir fırsat sunar. Bu kısa zamana anlam yükleyebilir ve bu zamanın yaşamlarının önemli bir süreci olmasını sağlayabilirler. Unutulmamalıdır ki, ölme süreci de yaşamın bir parçasıdır.

Biyoetik, ekonomik nedenlerle bazı hastalardan kurtulmak isteyen devletin ve sigortaların işini kolaylaştırmamalıdır. “Yaşam Kalitesi Kriterleri”nin sürekli geliştirilmesi, aslında politikacıların ve sakatlık ile hastalıklardan arınmış bir toplum hedefleyen genetikçilerin, yaşama hakkını kısıtlayıcı yasalar çıkarmaları ve uygulamalarda bulunabilmelerinin yolunu açmaktadır. Oysa insan yaşamının her durumunu insana ait kabul eden bir insan resmi/tasavvurunda birleşmeli, insanların yaşama hakkı elde edebilmek için, yaşam kalitelerini ispat etmeye zorlanmalarına karşı çıkılmalıdır.

Yasalar, hekimlerin bazı hastalarını öldürmelerine izin verirse, hekimlik mesleğinin resmi tümüyle değişecek, zorlu tablolarda hastasına elinden gelen yardımı

yapmaya çalışan hekimin bu yükümlülükleri de kaldırılmış olacaktır. Bugüne dek ağrı dindirici olduğu düşünülen, buna inanılan bir enjeksiyona ya da başka bir ilaç formuna, hasta artık hangi gözle bakacaktır? Bu ilaç, ağrılarının dinmesi için midir, yoksa ölmesi için mi?... Toplumun yaşlılara gösterdiği özen, gereksiz görülmeye başlanacaktır. Nitekim Batı ülkelerinde 70 yaşını aşanlara ötanazi uygulanması gerektiğini savunan dernekler kurulduğu bilinmektedir. Dramatik çözüm yolları, ancak iyi bir bakım imkansız ise, akla getirilebilir. Oysa iyi bir bakım mümkündür ve Hospice anlayışı (44), bunun örneklerini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Heidegger M Sein und Zeit. Tübingen 2006.
2. Platon Die Phaedo. in: Platon Werke. Berlin 1984.
3. Loewy HL Ethische Fragen in der Medizin. Wien, New York 1995, S. 107.
4. Lamerton R Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Sterbephase. Freiburg, Basel, Wien 1997, S. 123.
5. Schipperges H Wandlungen im Ethos des Arztes. in: Koslowski P, Kreuzer P, Löw R (Hrsg.): Die Verführung durch das Machbare. Ethische Konflikte in der modernen Medizin und Biologie. Stuttgart 1983, S. 101-119.
6. Wunder M Die neue Lebens(un)wertdiskussion und die alten Erlösungshoffnungen. Daub U, Wunder M (Hrsg.) Das Lebens Wert Zur Diskussion über Euthanasie und Menschenwürde. Freiburg im Breisgau 1994, S. 28.
7. Riha O Patientenverfügungen aus medizinethischer Perspektive. in: Duttge G (Hrsg.) Patientenverfügungen aus medizinethischer Perspektive. Göttingen 2008, S. 23-41.

8. Singer P Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants (co-author with Helga Kuhse), Oxford University Press, Oxford 1985.
9. Janssen A The New Regulation of Voluntary Euthanasia and Medically Assisted Suicide in the Netherlands. *International Journal of Law, Policy and the Family* 2002; 16 (2): 260–269.
10. Lamerton R a.g.e., S. 144.
11. Beauchamp T, Childress J Principles of Biomedical Ethics. Oxford 2001. Beauchamp ve Childress 'ın tezlerine yönelik tartışma için bkz. Quante M, Vieth A: Welche Prinzipien braucht die Medizinethik? Zum Ansatz von Beauchamp und Childress. In: Düwell M, Steigleder K (Hrsg.): Bioethik-Eine Einführung. Frankfurt a. M. 2003, S. 136-151.
12. Beckmann JP Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patienten Verhältnisses. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 1998; 44: 143-156.
13. Beckmann JP a.g.m., S. 155.
14. Bockenheimer Lucius G Onam verme yetisi olmayan hasta: Geleceği belirleyen onama ait etik sorunlar. (Çev.: Arın Namal) in: Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Namal A ve ark. (Eds.) Uluslararası Katılımlı I. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı. İstanbul 2005, S. 30-36.
15. Wunder M a.g.e., S. 30.
16. Pellegrino ED Die medizinische Ethik in den U.S.A. – Die Situation heute und die Aussichten für morgen. in: Sass HM Bioethik in den USA. Berlin, Heidelberg 1988, S. 5-7.
17. Dornberg M Angefragt: Sterbehilfe. Frankfurt am Main 1997, S. 1-11.
18. Lamerton R Sterbenden Freund sein. Helfen in der letzten Lebensphase. Freiburg
19. Sattler C Selbstbestimmt Sterben. Sterbehilfe zwischen Macht, Mammon und Menschlichkeit. Frankfurt am Main 1996, S. 106.

20. Hick C Klinische Ethik. Heidelberg 2007, S. 59.
21. Geissendörfer SE Die Selbstbestimmung des
Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts.
Berlin 2009, S. 197.
22. Bundesärztekammer Grundsätze der
Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. in:
Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (19) (07.05.2004), S. A
1298-A 1299.
23. Koslowski L Lebensverlängerung als Aufgabe und
Begrenzung ärztlichen Handelns- aus ärztlicher Sicht.
in: Koslowski P, Kreuzer P, Löw R (Hrsg.): Die
Verführung durch das Machbare. Ethische Konflikte in
der modernen Medizin und Biologie. Stuttgart 1983, S.
78.
24. van der Heide A et.al. End-of-Life Decision-Making in
Six European Countries: Descriptive Study. Lancet
2003, 362: 345-350.
25. Ibid.
26. Prof. Dr. Bahri Öztürk'ün panel konuşması. Tıp ve Ceza
Hukuku'nun Güncel Sorunları. V. Türk Alman Tıp
Hukuku Sempozyumu (Ankara, 28 Şubat-1 Mart 2008).
Ankara 2008, S. 106.
27. BGH Urteil v. 15.11.1996, MedR 1997; S. 271.
28. Geissendörfer SE a.g.e., S. 199.
29. Geissendörfer SE a.g.e., S. 99.
30. Devlin P Easing the Passing-The trial of Dr. John
Bodkin Adams. London 1985.
31. (Anonymus) Allensbach-Studie Mehrheit der Deutschen
für aktive Sterbehilfe. Handelsblatt.com. URL:
[http://www.handelsblatt.com/archiv/mehrheit-der-
deutschen-fuer-aktive-sterbehilfe;407455](http://www.handelsblatt.com/archiv/mehrheit-der-deutschen-fuer-aktive-sterbehilfe;407455) (Erişim Tarihi:
02. 05. 2012)
32. Wunder M Im Zweifel für den Tod- Zur Debatte um
Sterbehilfe und die Moral des Tötens. Kolb S et.
al./IPPNW (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Wenn Würde
ein Wert Würde. Frankfurt am Main 2002, S. 168.
33. Lamerton R a.g.e., S. 128.

34. Student JC Was ist ein Hospiz? in: Student JC (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. Freiburg 1999, S.22,23.
35. Student JC, Mühlum A Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München 2004, S. 27
36. Kessler D Die Rechte des Sterbenden. Weinheim 1997, S. 7-8.
37. Loewy EH a.g.e., S.108.
38. Loewy EH a.g.e., S. 107.
39. Geissendörfer SE a.g.e., S. 197.
40. Grimm C Rechtliche Aspekte der Sterbehilfe. in Grimm C, Hillebrand I (Hrsg.) Sterbehilfe. München 2009, S. 26.
41. Bundesärztekammer Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. in: Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (7) (18.02.2011), S. A346 - A348.
42. Prof. Dr. Ulrich Schrott'un katkısı. Tıp ve Ceza Hukuku'nun Güncel Sorunları. V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu (Ankara, 28 Şubat-1 Mart 2008). Ankara 2008, S. 124.
43. Lamerton R. a.g.e., S. 137.
44. Namal A Ölümü Yaşayabilmek İçin Bir Seçenek: Hospizler. Arda B ve ark (Ed.): III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri. Ankara 1998, S. 137-143.

HEMŞİRELİK AÇISINDAN ÖTANAZİ

Yrd. Doç. Dr. Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Celal Bayar Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun çağlar boyunca ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur. Tanımlanması kolay olmayan ölüm olgusu karşısında bireyler ona bir takım anlamlar yüklemiştir. Yüklenilen anlam doğrultusunda ölüm, bazıları için bir stres kaynağı, bazıları için ise stresten kurtulmanın yolu olabilmekte; bazılarına göre bir yok oluş iken, bazılarına göre de ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olarak değerlendirilmektedir. Günümüz modern yaşam sürecinde birey ölümü, yadsıyarak mücadele edilmesi gereken bir hastalık ya da aşılması gereken bir engel olarak algılamaktadır. Böylece insan, yaşamın her alanından uzaklaştırmak istediği ölüm olgusunu hastanelere hapsetmek istemekte, bu da ölümün tüm duygusal yükünü sağlık personelinin üzerine yıkmaktadır.

Terminal dönemdeki hastalarla çalışırken ölüm gerçeği ile sürekli olarak karşılaşan hemşireler, ölüm gerçeği ile yüzleşmemek için inkar, mantığa bürüme ya da duygusal yalıtım gibi savunma mekanizmaları kullanarak kendilerini korumaya çalışmaktadırlar.

Kendilerini koruma ve acıdan kaçınma adına farkında olmadan bilinçaltı gerçekleştirilen bu savunma mekanizmaları sonucunda hemşireler, ölmekte olan hasta ve ailelerinden hem mekansal hem de psikolojik olarak uzaklaşmaktadır.

Son yıllarda tıbbi bilgi ve teknolojideki hızlı gelişmeler ile ölümlerin doğası değişmiştir. Beklenen yaşam süresi pek çok ülkede çok ileri yaşlara ulaşmıştır. Hatta terminal dönemindeki hastaların tıbbi müdahale ile yaşamı da uzatılabilmektedir. Bununla birlikte, acı ve diğer sıkıntılarının da uzaması gündeme gelmektedir. Tüm bu insan yaşamındaki hızlı değişimler ötanaziyi tartışılır hale getirmiştir (1). Diğer taraftan insan hakları yoğun olarak savunulurken, ölümün de bir insan hakkı olduğu noktasına varılmıştır. Ötanazi, hiçbir şekilde tedavisi mümkün olmayan, insanda acıma duygusu uyandıran bir hastalıkla yaşamak zorunda olan, hastanın talebiyle, icrai ya da ihmali bir davranışla, tıbbi yoldan hastanın hayatına son verilmesidir (2). Yapılan tıbbi tanımlarda, hastanın hastalık derecesi, ölüm neticesine ulaşmak için kullanılan yol önemli yer tutar. Ötanazi; hastaların tolere edilmeyen ıstıraplarını sonlandırmak amacıyla öldürücü bir ajanın medikal uygulamasıdır (3). Ötanazinin; aktif ötanazi ve pasif ötanazi olarak iki farklı şekli vardır. Aktif ötanazi tıbbi yardım ile veya yardımsız yaşamın kısaltılmasıdır (3). Pasif ötanazi ise; bir hasta veya yaralının hayatını uzatacak yardımlardan vazgeçilmesi veya geri alınmasıdır. Genel anlamda ötanazi; ızdırap içinde ölmekte olan birinin acılarını hayatının kısaltılmasıyla hafifletmesidir (4).

Hastanın içinde bulunduğu durumun doğal sonucu olarak kısa sürede ölüm söz konusu olmayabilir fakat hasta acı verici bir yaşamla karşı karşıya olabilir. Bunu yaşamak istemeyen hasta, ötanazi isteyebilir. Hasta ölümünü gerçekleştirebilme yetisinde olmadığı gibi bunu sağlık personelinin bekleyebilir.

1. ÖLÜMCÜL HASTALIK VE HEMŞİRELİK

Evrensel bir olgu olan ölüme verilen anlam geçmişten bu yana değişiklik göstermiştir. Ölüm kavramı yüzyıllardan beri insanı düşünmeye yöneltmiş, tarihler boyunca tüm kültürlerde insanlar arasında karışık bir korku yaratmıştır. Günümüzde de ölüm kavramına kültürler ve dinler tarafından farklı anlamlar yüklenmektedir. Ancak bu kavramı olumsuz olarak tanımlayan toplumlarda bile; ölüm tabu niteliğini sürdürmektedir (5, 6).

Ölümcül hastalığa verilen tepkiler kültürden kültüre değişse de ölüm, insanın evrensel sorunudur. Ölüm, evrensel olup, hiçbir zaman kişinin durumuna ya da toplumsal konumuna bakmadan beklenmedik anda gelir. Ölüm, doğmak kadar doğal ve yaşamın bir parçasıdır. Ancak, toplumumuzda doğum kutlanmaya neden olurken ölüm, korkulan ve hakkında konuşulması engellenen bir konudur. Nedeni varoluşun yok olmasıdır (7, 8).

Yaşam aktivitelerinin tümünü etkileyen, ölüm süreci yaşamı sonlandıran noktayı oluşturur (7). İnsan nasıl yalnız doğmuş ise, yalnız da ölmek zorundadır. Nasıl, nerede, ne zaman ve niçin öleceği konusunda bir kesinlik yoktur. Ölüm yalnızca doğal nedenlerden değil, kaza ya da hastalıklar nedeniyle de olabilir (6,7).

Geçmişte hastanelerden günümüzde olduğu kadar yararlanılmadığı için insanların çoğu evlerinde ve aile ortamında ölürlendi. Günümüzde ise ölümcül hastalığı olanlar hastaneye kaldırılmakta ve ölümlerin büyük bir kısmı hastanelerde gerçekleşmektedir (9). Ölümcül hasta ve ailelerinin hastane vb. kurumları tercihteki artışı hastanedeki ölümcül kişinin ve ailesinin bakımını da önemli kılmaktadır. Böylece ev ortamından ayrılan hasta, fiziksel bakım yönünden olduğu kadar psikolojik destek yönünden de hastane personeline bağımlı kalmaktadır (6,10).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (11).

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin yayınladığı Etik Kodlarla; hemşireliğin amacı; sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, sağlığı geri kazandırmak ve ıstırabı hafifletmek olarak bildirilmiştir. Hemşirenin ıstırabı hafifletmesinde hastanın yaşamının son anlarında uygun ve şefkatli bakım sağlama, ağrıyı, acıyı hafifletme yükümlülüğü verilmektedir. Hatta hemşirenin hastanın yaşamının son anlarında onun daha fazla rahatını sağlama, ağrısını ortadan kaldırma ya da hafifletme ile ilgili tedavilerin de sürdürülmesini desteklemesi gerektiği bildirilmektedir (9,12). Henderson'a göre de hemşirelik, hastanın iyileştirilmesi ve sağlam bireyin sağlığının korunup geliştirilmesi ya da huzurlu bir ölümün sağlanmasına yardımcı olma şeklinde tanımlanmıştır (11).

Hemşire, ölümü yaklaşan birey ve ailesine, aile bireylerinin inancı, isteği doğrultusunda fiziksel ve duygusal açıdan destek olmalıdır (7). Hastanın ölümünden önce, ölümü sırasında ve sonrasında uygun yaklaşımla, aile üyelerinin ölüm gerçeğini kabul etmelerinde yardımcı olmalıdır. Keder yaşayan bireyin karışık duygular içinde olması doğaldır. Hemşire ailenin hastanın bakımına katılması ve yanında olması için cesaretlendirmesi gerekir. Hasta son günlerini yaşıyorsa ve ölümü kabullenmişse ailesi ile vedalaşmasını cesaretlendirebilir (7). Ölümcül hastaya bakım veren hemşire kendi ölümlülüğü ile yüz yüze gelme duygusu içinde hastası ile özdeşleşir ve onunla birlikte sağlığı geri kazanma savaşı verir (7, 11).

Çoğunlukla terminal dönemde söz konusu olabilen dayanılmaz ağrı ve acıya katlanma, buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi, bazı kişilerin bu kadar kötü bir hayatı yaşamaktansa ölmeyi tercih etmesine neden olabilmektedir. Buna niyetlenen bazı hastalar da kendi yaşamlarını kolayca ve çabuk sona erdirmek için hekim ya da hemşireden yardım isteyebilmektedir (12).

Hemşirenin görevi, temel etik ilkeler doğrultusunda en ince ayrıntılarına kadar düşünüp değerlendirerek hastanın yararına olan eylemleri uygulamayı gerektirir (7, 11). Hemşireliğin amaçları ve yüklenilen etik sorumluluklar kapsamında; hemşirenin aktif ötanaziye veya yardımcı intihara katılmasının etik açıdan savunulamayacağı, bunun hemşireliğin amacına uygun olmadığı gibi mesleğin etik geleneğine, etik kodlarına aykırı olduğu ve topluma ters düştüğü bildirilmektedir (12).

Ötanazi tartışmaları, Grek-Roma dönemine kadar uzanır (5). Ötanazinin yasallaşmasıyla ilgili gelişmeler 1906 yılında akademik düzeyde ele alınmıştır (13). Dünya ülkelerinin birçoğunda ötanazi suç kabul edilmektedir. Suçun niteliği ve cezası ülkeden ülkeye değişmektedir (13). Ötanazi konusunda Hollanda da büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Ayrıca Hollanda da gerek evde gerekse hastanede uygulanan ötanaziden hiçbir ücret talep edilmemektedir (13). Türkiye’de ise ötanazi Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13.maddesi ile açıkça yasaklanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. maddesine göre; “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez” diye belirtilmiştir.

1.1. Hemşire ve Hekimler Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi

Ölüm toplumumuzda tabu olan bir konudur. Bu nedenle de kişilerin ölüm konusunda olumlu beklentileri pek gelişmemiştir (6). Ölüm kavramının yaşam aktiviteleri içinde yer alması ölme süreci ile ilgili olup, ayrıca tüm yaşam aktivitelerinin etkilendiği ve giderek sona erdiği bir durumdur (7). Ölümü yaklaşan hastanın bakımı ve ölüm olayı hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden biridir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastanın fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini bilmesi ve ölüm olayını kabullenmesi gerekir. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm olayı karşısında bireylerin gösterdikleri tepkiler çok değişik olabilmektedir (6, 7).

Ölümcül hasta karşısında rahatsızlık duyduğumuz için hastadan uzaklaşırsak, hastanın yakınlığa, dostluğa en çok gereksinim duyduğu anda onu korkularıyla baş başa bırakmış oluruz. Ölümcül hasta karşısında suskun kalmamız erişkin hastalar için durumun daha çok farkına varılmasını sağlar. Hastanın her isteğinin yapılmaya çalışılması durumunda da olağanüstü bir şeyler olduğunu düşündürür. Erişkin için ölüm korkusu konuşulursa kederinin daha fazla artacağı ve insan ilişkilerinden kopacağı düşünülür. Oysa bu konuda konuşmamak, onu baskı altında tutan korku ve endişelerini azaltmaz. Her hasta yaklaşan ölümden söz etmek istemez. Eğer hasta ölümden söz etmek isterse, hemşire tutum ve varlığıyla, hastayı teşvik etmelidir. Ölümü yaklaşan kişi için gelecek söz konusu değildir. İçinde bulunan an, anlamlı olup, içtenlik, sevgi, barış ve dostlukla geçirilmeye çalışılmalıdır (5, 9).

Ölümcül hastalığı olan bireylerin bakımını üstlenen hemşireler, zaman zaman hastanın kendisi ve ailesi gibi korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk, depresyon, çaresizlik ve keder duyguları yaşarlar. Ölümü yaklaşan hastaya ve ailesine etkili psikososyal destek sağlayabilmek için hemşirenin, hastanın ve ailesinin duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir. Bunun için öncelikle hemşirenin kendi davranışlarına ilişkin bir iç görü kazanması önemlidir. Bu nedenle hemşire, öncelikle ölüme ilişkin kendi korku ve endişelerini incelemelidir (7,14).

Hekimlerin diğer insanlardan daha fazla ölüm kaygısına sahip oldukları ve bunda "başarı ve başarısızlık" faktörünün etkili olabildiği savunulmak-

tadır. Çünkü hekim için hastanın ölümü bir "başarısızlık" olarak algılanabilir. Ciddi bir hastalığa yakalanmış hastayı iyileştirmek ise, hekimler için büyük bir "başarı" olarak kabul edilebilir. Bu durum mesleğe yeni başlamış, genç ve deneyimsiz hekimler için daha önemli olduğundan dolayı, onlar daha fazla ölüm kaygısı veya ölüm korkusuna sahip olabilirler (6).

Hastaya öleceğini söyleme sorumluluğu temelde hekime aittir. Hemşire hekimin bu konuda hastaya ne söylediğini bilmelidir. Hemşire hastanın bu duruma gösterdiği tepkileri gözlediği için gözlemlerini hekimle tartışıp kişiyi nasıl ele alacaklarına birlikte karar vermelidirler. Aksi halde hemşire hastanın sorularını yanıtlamakta zorlanır ve hasta da gereksindiği bakımı alamamış olur (6).

Ölmek üzere olan hastaya ne söyleneceğinin kararını vermek zordur. Sorunu önce hastanın ailesi ile görüştüğten sonra, ne yapılacağına karar verilmesi gerekir. Bazen hasta yakınları hastayı korumak adına hekime hastaya tanıyı söylememesi için baskı yapabilirler (6).

Ani bir ölüm olayından sonra hasta yakınları şok ve inkâr durumunda kalırlar. Hasta ölünce yakınlarının hekim ve hemşireleri suçlamaları sık karşılaşılan bir tepkidir. Kişiler sağlık personelinin suçlayarak kendi yaşadıkları yoğun acı ve suçluluk duygusundan biraz olsun kurtulmaya çalışmaktadırlar. Yani bu tepkiler onları koruyucudur ve o anda bunlara gereksinimleri vardır (15).

Sağlık personeli için bu suçlamaları dinlemek ve sessiz kalabilmek kolay değildir. Ancak, hasta yakınlarının bu davranışın temelindeki güdüyü

anlamak önemlidir. Böylelikle suçlayan bu kişilerin hedefinin çalışanlar olmadığı, acılarını hafifletmeye çalıştıkları, savunmaya geçmeden, sessiz kalarak, onların acılarının anlaşıldığı mesajı verilmiş olur. Sessiz kalmanın anlamı yapılan suçlamaların kabul edildiği anlamına gelmez, kişilerin yaşadığı acıların anlaşıldığını ve saygı duyulduğunu gösterir (15,16).

1.2. Hastalar Tarafından Ölümün Kabul Edilmesi

Hastanın kendisinin öleceğini bilmesi büyük korkular yaratabilir. Bu korkular, fiziksel ve ruhsal acılar çekeceği, onurları ve mahremiyetleri dikkate alınmaması gibi birçok nedenlerden dolayı ortaya çıkabilir. Ölmek üzere olan hastanın öncelikle konuşma ve paylaşmaya ihtiyaçları vardır (6).

Kaybın Evreleri

Elizabeth Kubler-Ross Chiago Üniversitesi'nde ölümcül hastalığa yakalanan bireylerle görüşmeler yaparak ölümün kademe teorisini geliştirmiştir (17). Bu teori ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilme mekanizmalarını kapsamaktadır. Ancak bu mekanizmaların kapsadığı zaman ve geçiriliş biçimleri kişiden kişiye değişiklik gösterir (17).

Bu mekanizmalar; reddetme-inkâr, öfke-kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Reddetme-inkâr; ilk kademedir. Bu dönemde hasta öleceğine inanmak istemez. Bir anlamda ölüme hayırdır, bir yanlışlık olduğunu umar ve gerçeği kabullenmek istemez. Bu dönem kısa sürer, hasta dış çevreyi kişisel ilişkilerini, ailesini düşünmeye başlar.

Kızgınlık-öfke; burada birey, neden ben ölmeliyim? "Niçin ben?" sorusunu sorar. Hayatının bitmesi, birçok planları ve hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bunu haksızlık olarak görür. Kendinden sağlıklı kişileri kıskanır, onlara öfke duyar "neden ben?" diye sorar.

Pazarlık; ölümle mücadele de üçüncü aşamadır. Tanrıyla, hemşire-hekimlerle veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, hayatı uzatacak, ölümü geciktirecek isteklerde bulunmaya başlar.

Depresyon; genellikle çaresizliğin bir habercisidir. Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta depresyona girer. Birey içine kapanmıştır, kimseyle konuşmak istemez. Bu dönemde "evet ben" şeklinde konuşmaya başlar.

Kabullenme; onaylama aşamasıdır. Gerçekten birey mutlu olmasa da ölümü kabullenmiştir. Bu dönemde yarım kalan işlerini yapmaya, dine daha fazla bağlanmaya başlar. Birey "hazırım" şeklinde konuşmaya başlar. Kabullenme, bireyin yaşama değer vermesini ve yaşama isteğini daha fazla arttırır. Bu evreler her zaman birbirini takip etmeyebilir. Herhangi bir evrenin süresi birkaç saat kadar kısa olduğu gibi, birkaç ay gibi uzun da olabilir (17).

2. Yaşamın Uzatılması ve Ötanazi

Dünyanın her yerinde sağlık ekibi insanı korumaya odaklanmıştır ve bu yolda yürüyeceğini de "Hemşirelik andı" ve "Hipokrat andı" ile yemin ederek temsil etmektedir (18). Hekimlerin hastaların tanı ve tedavilerine ilişkin daha kesin kararlar almalarına karşın, hemşireler hastaların ölüm olayı sırasında onların yanındadırlar ve hastaya yardımcı olurlar (18).

Kişinin yaşama hakkı tabii ki en önemli hakkıdır ve özenle korunması gerekir. Ancak gülmek, konuşmak, doğal ihtiyaçlarını onurlu bir biçimde karşılayabilmek, özgürlük ve otonomi gibi insani niteliklerin kaybedilmesi halinde koşullar ne olursa olsun, insanın yaşama mahkûm edilemeyeceği de düşünölmektedir. Yoğun bakım olanaklarıyla birlikte yaşama geri döndürölemez hastalarda tedavinin kim tarafından ve ne zaman sonlandırılacağı günümüzde sık karşılaşılan sorulardır. Bu durumda korku ve ıstırap içinde olan hastalar tedavilerinin kesilmesi hatta yaşamlarının sonlandırılması talebinde bulunurlar (11).

3. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Profesyonellerinin Ötanaziye Yönelik Tutumları

Ötanazinin, başka hastalarda değil ama tedavi edilemez ve acı veren bir hastalık mağduru hastalarda ağrıyı hafifletmek üzere gerçekleştirilmesi genelde kabul edilir (5, 19).

Birkaç ölkede farklı sosyal grupların ötanaziye yönelik tutumları araştırılmıştır. 1525 yetişkinin yer aldığı çalışmada Jorgenson ve Neubecker ötanaziye karşı tutumları araştırılmış, erkeklerin ve beyaz insanların ötanazi fikrini kadınlardan ve siyahlardan daha çok destekledikleri görölmüştür. Din ötanaziye yönelik olumsuz bir tutum sergilerken farklı sosyal sınıfların pozitif bir tutum sergilediğini belirlemişlerdir (20).

Bununla beraber, Jorgenson ve Neubecker dini faktörlerin ötanazi ile ilgili görüşleri olumsuz şekilde etkilediğini belirtti (20).

Yoğun bakım hemşirelerinin kendilerinin beyan ettikleri katılım ile onların sosyal ve profesyonel

karakteristikleri arasındaki bağlantıyla ilgili bir Amerikan çalışması daha yaşlı, daha dindar hemşirelerin, kardiyoloji ünitesinde çalışan hemşirelerin ötanaziye yönelik daha az pozitif tutumlara sahip ve hemşirelerin ötanazi gerçekleştirilmesinde işbirliği rapor etme olasılıklarının daha az olduğunu göstermiştir (21). Araştırmacılar, tutumların hemşirelerin cinsiyetlerinin ve dininin etkisini azaltabileceğini gözlemlemişlerdir (21). Hemşirelerin bir doktorun yetkisi olmadan ötanazi gerçekleştirme nedenlerinin hastanın mutluluğundan sorumlu hissetmeleri ve hastayı bu mağduriyetten kurtarmak olduğunu belirtmişlerdir (10). Güney Afrika'da Müslümanlar hastaların ölümcül enjeksiyonla yaşamlarını sonlandırabildikleri aktif ötanaziye herhangi bir koşul altında izin verilmeyeceği, hastaların tedavi veya yapay yaşam desteğini elinde tuttukları pasif ötanaziye sadece güvenilmeye değer ve hiç hayatta kalma umudu olmadığını hissettiğinde izin verilebileceğini bildirmişlerdir (22, 23).

Garret ve Harris kadınların yaşamı sürdürme tedavilerini erkeklerden daha az sıklıkta istediklerini saptadılar (24). Callahan tarafından ötanazi ve kadınlar hakkında yürütülmüş bir çalışmada merhametli öldürme meydana geldiğinde bu genelde erkekler tarafından kadınlara uygulanır. Aynı zamanda ötanazi raporlarında kadınların yardımcı intiharı temsil ettikleri rapor edilmiştir (25). Brogden kadınların en çok ötanaziden etkileneceklerini öne sürdü; bunun nedeni onların erkeklerden daha uzun yaşamaları ve daha az kaynağa sahip olmalarıdır. Ona göre, yaşa ve cinsiyete göre yoksulluk hakkında verilere sahip

lkeler, yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha fakir olması nedeniyle ötanaziyi destekleme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (26).

Oehmichen ve Meissener tarafından yürütmüş olduğu çalışmada ekonomik faktörlerin kişilerin ötanazi istemelerinde bir rol oynadığı belirlenmiştir. Onlar, yaşamın sonunda medikal tedavinin her zamankinden daha pahalı hale geleceğinden ABD de her Őeyin ötesinde sağlık sigortasının ölümcül derecede hastalara uzun dönem tedavi sağlamanın ekonomik geçerliliğini sorgulamaya başladığından söz etmişlerdir (27).

Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada doktorların % 77 sinin her bireyin kendi yaşamı hakkında karar verme hakkına sahip olduğunu belirttikleri rapor edildi (16). Başka bir çalışmada öğrenciler arasında bu oran %56.7'dir (28).

Dünyada doktorların ve hemşirelerin görüşlerini yansıtan bir hayli çalışma vardır. Bununla beraber, Türkiye'de ötanazi sıklığı ve ötanazi istemiş insanların oranı hakkında hiçbir veri yoktur. Türkiye'de yapılmış bir geniş ölçek çalışmada doktorların %19'u kendilerinden ötanazi geekleştirmeleri istendiğini belirtmişlerdir (16). Başka bir çalışma sağlık profesyonellerinin yalnızca %7.9'undan ötanazi geekleştirmeleri istendiğini belirlenmiştir (19). Hemşirenin tanazi geekleştirmede oynadığı rol bireyin varlığından ölümcül medikasyonun uygulanmasına kadar değişebilmektedir. Asch ve Dekay'ın yaptığı çalışmada doktorların %54', hemşirelerin %53' hastalarının ölümlerini hızlandırmalarını rica ettiklerini, ancak doktorların %5'inin ve hemşirelerin hiçbirinin ölüm

meydana getirmek için hiçbir aktif adım atmadıkları belirlenmiştir (21).

Karadeniz ve ark. yaptığı çalışmada doktorların % 88'i ve hemşirelerin %85'i bir hastanın ölümünü hızlandırma isteğinin bazen mantıklı olduğu cevabını verse de, doktorların yalnız %33 ve hemşirelerin %23'ü etik açıdan doğru kabul etti ve doktorların %22'si ve hemşirelerin %15'i eğer yasal olursa uygulayabileceklerini iddia etmişlerdir (15). Aynı çalışmada ötanazinin yasallaşması gerektiğini sağlık personelinin yalnızca %16.5'i desteklemiştir. Bununla beraber, bunların %43.4'ü bir yasal prosedür haline gelse bile ötanazi gerçekleştirmeyeceğini söylemiştir (15).

Bugüne kadar sağlık sektöründe çalışan (doktor, hemşire, hastabakıcı gibi) personelle yapılan araştırmalara göre Türkiye'de 'pasif ötanazi' uygulamasının söz konusu olduğu düşünülüyor. Hastayla birebir ilgilenen ve onların çektiği acıları birebir gözlemleyen hemşireler, ötanaziyi savunuyor. Ancak uygulamaya uzaklar; ne enjeksiyon ne de fiş çekme yöntemini kendileri yapmak istememektedirler (2). Sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinin ötanazi ile ilgili düşünceleri belirlenmiş terminal dönemdeki hasta ile daha önce karşılaşmış olan öğrencilerin, hastaların ötanazi hakkında sahip olmaları ve ötanazinin yasal olması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Hastaları güç durumda görmüş olan öğrenciler yasalasmaya taraftar olmuşlardır. Ancak öğrencilerin büyük çoğunluğu ötanaziyi dini inançlarla bağdaştırmışlar ve ötanazi dini inançlarımıza bağlı olduğunu ifade etmişlerdir (2).

Dünyada ötanazi konusunda en yaygın tartışma onun

yasal yönü hakkındadır. Her ülke konuya farklı tutumlar sergilerler. Almanya ve Fransa gibi ülkeler ötanaziye açıkça yasaklarken ABD bazı yöntemlerle gerçekleştirilen ötanaziye göz yummaktadır (5, 16, 29). Bizim ülkemizde ötanazi genellikle cinayet veya destekli intihar kabul edilir. Bir kanun taslağında ötanazi ciddi şekilde hastanın ağrısını dindirmek üzere intihar etmesine yardımcı olmak şeklinde tanımlanır ve ötanaziye yardımcı olan kişinin bir ile üç yıl hapisle cezalandırılmasını öngörür (6). Bu ceza şimdiki yasalarla kıyaslandığında gayet hafif kalmaktadır. Taslağın dünyada ötanaziye yönelik genel tutumun ışığında hazırlandığı ve doktorun uygulamayı hastasına yardımcı olmak üzere gerçekleştirdiği düşünülmektedir.

Ötanazi uygulamalarının yasallaşması gerektiğini öne süren birkaç görüş ve çalışma vardır. İngiltere’de McLean ve Britton’un yayımladığı sonuçlar tıp mesleğinde ve toplumun genelinde doktor destekli intiharın yasallaşmasının güçlü biçimde desteklendiğini ortaya çıkardı (30). Çalışma pratisyen doktorların çoğunun (%54) kanunun bazı durumlarda doktor destekli intihara olanak verecek şekilde değiştirilmesi lehinde olduklarını ve eğer kişi ölümcül durumdaysa veya son derece mental veya fiziksel acı çekiyorsa %55’inin buna izin verilmesi gerektiğini düşündüğünü ortaya koydu (30). Jowell ve Curtice’e göre İngiliz toplumunun hali hazırda büyük çoğunluğunun desteğini sadece ötanazi ve yardımcı intihar almamakta fakat aynı zamanda bu destek gerçekten artmaktadır. Tedavi edilemez, ağrılı bir hastalık mağduru kişinin yaşamını sonlandırmada medikal

yardıma izin verilmesinin lehinde olanların oranı 1984'de %75'ten, 1989'da %79'a ve 1994'de %82'ye yükselmiştir (31). DeBeer ve Gastmans tarafından yayımlanmış makalede Nisan 2001'den beri Hollanda'da ötanazi konusunda bir yasal düzenleme olduğu, bunun da onu dünyada ötanaziyi bir yasal çerçeveye yerleştiren ilk ülke yaptığı bildirildi. Belçika'da yıllarca süren tartışmadan sonra ötanaziyi yöneten kanun 23 Eylül 2002 de yürürlüğe girmiştir. Bu tarihten önce ötanazi Belçika'da yasadışıydı. Ötanazi ABD nin her eyaletinde yasadışıdır ve ABD'de yapılan yaşamı sonlandırma tartışmalarında belirgin bir yere sahip değildir (32). Nortje'ye göre Güney Afrika şuan ötanazi hakkındaki yasada değişiklik önerileriyle karşı karşıyadır. Güney Afrika Kanun Komisyonunun 1997 yasada değişiklikler öngören bir müzakere dokümanı yayımladığını bildirdi. Onların istekleri ötanazi karşıtı olan şu anki pozisyonun tersine gönüllü ötanazi lehine olmuştur.

Ötanazi konusunda bütün ülkelere uygun tek bir tutum yoktur. Dolayısıyla, bazı ülkelerde yasak olmasına karşın, başka ülkelerde yasal olarak uygulanmaktadır. Dünyada ve ülkemizde tartışma konusu olmaya devam eden ötanazi ile ilgili araştırmalar artırılarak edinilen sonuçların konuya ışık tutmada yardımcı olacaktır. Şüphesiz ki en iyi yaklaşım ülkenin koşullarına en çok uyandır.

KAYNAKLAR

1. Özsoy AS, Mandıracıoğlu A (1996), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Ötanazi Konusunda Yaklaşımları, Kriz Dergisi 3(1-2), 270-273.
2. Nehir s, Karadeniz G, Altıparmak S, Tok N (2006) Üniversite Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Düşünceleri: Bir Yüksekokul Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, s:26-36.
3. Karaca, S. (2012). "İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötanazi" www.hukuki.net Erişim: Temmuz 2012.
4. Fadıllıoğlu Ç, Yavuz M. (1997) "Hemşireler Ötanazi Hakkında Ne Düşünüyorlar?" Çınar Dergisi. Sayı:1, s:24-28. Mart.
5. İncooğlu, S (1999) Ölme Hakkı-Ötanazi (right to die-euthanasia), 1 st ed, pp. 135-254, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
6. Karahisar F (2006) Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötanaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
7. Öz F (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 276-303, Ankara.
8. Yalom I.D (1999) Varoluşçu Psikoterapi, Kabalcı Yayınevi, 15-28, İstanbul.
9. Abaan S (1997) Ötanazi: Hastalarımıza borcumuz mu? Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 5(2):92-96.
10. Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. (1997) End-of-life decisions in Australian medical practice, Medical Journal of Australia, Feb 17;166(4):191-6.
11. Velioğlu P. (1999) Hemşirelikte Kavram ve kuramlar. Alaş ofset, İstanbul, 180-221.
12. Ersoy N, Altın İ (2001) Hemşirelerin yardımcı intihar hakkında görüşleri ile ilgili bir çalışma. Hekimler Birliği Vakfı, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi, 9 (1):49-55.

13. Academon (2004) *The philosophies and legalization of euthanasia*. Retrieved 28 October.
14. Cimate G (2002). Yaşamın Sonu Bakım, Nobel Kitapevleri, 183-187.
15. Karadeniz G, Yanikkerem E, Prinçci E, Erdem R, Esen A, Kitapçioğlu G (2008) Turkish Health Professional's Attitude Toward Euthanasia, *Omega*, Vol. 57(1) 93-112.
16. Özkara, E., Özdemir, Ç., Hancı I.H. et al (2002) Ankara'da çalışan hekimlerin ötanaziye yaklaşımı (The attitudes of physicians working in Ankara). *The journal of Ankara University law Faculty*, 51(4), 207-214.
17. Kubler-Rose E (1992) Yaşamın Son Günleri, çeviri: Terakye G. Ankara: Hürbilek Matbaacılık.
18. Özaltın G (1996) "Ölümcül hastaya yaklaşım" 3P *Psikiyatri Psikoloji PsikoFarmakoloji Dergisi*, 4 (3):40-42.
19. Turla, A., Özkara E., Özkanlı Ç, Alkan N (2006-2007) Health professionals' attitude toward euthanasia: A cross-sectional study. *Omega*, 54(2), 135-145.
20. Jorgenson DE., Neubecker R.C (1980) Euthanasia: A national survey of attitudes voluntary termination of life. *Omega (Westport)*, 11(4), 281-291.
21. Asch, D. A., Dekay, M. L. (1997). *Euthanasia among US critical care nurses: Practices, attitudes and social and professional correlates*. Retrieved October 28, 2004.
22. Mahommed, I. (1998) *South African Law Commission: Report on euthanasia and artificial preservation of life*. Pretoria: Via Afrika.
23. Uhlmann, M. M. (1998). *Last Rights: Assisted suicide and euthanasia debated*. New York: William B. Eerdmans Publishing Company.
24. Garret, J., Harris, R. (1993). Life-sustaining treatments during terminal illness: Who wants what? *Journal of General Internal Medicine*, 8, 361.
25. Callahan, S. (1999). *Euthanasia and women*. Retrieved June 1, 2003.
26. Brogden, M. (2001) *Genocide: Killing the elderly*. London: Jessica Kingsley Publishers.
27. Oehmichen, M., & Meissener, C. (2000). Life shortening and physician assistance in dying: Euthanasia from the

- viewpoint of German legal medicine. *Gerontology*, 46(4), 212-218.
28. Özkara, E., Yemişçigil, A., Dalgıç, M. (2001). Hukuk fakültesi öğrencilerinin ötanaziye bakış açisi (The opinions of law school students on the issue of euthanasia). *Journal of Forensic Medicine(Turkey)*, 15(2), 46-52.
 29. Holt J (2008) Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice, *Nursing Philosophy*, October;9 (4):257-72.
 30. McLean, S. M., Britton, A. (1996). *Euthanasia statistic*. Retrieved October 28, 2004.
 31. Jowell, R., Curtice, J. (1996). *Euthanasia statistics*. Retrieved October 28, 2004.
 32. De Beer, T., Gastmans, C. (2004). Involvement of nurses in euthanasia: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 30, 494-498.

TÜRK HUKUKUNDA ÖTANAZİ

Dr. Esra ALAN AKCAN

İstanbul Kültür Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı

İlk defa Bacon tarafından kullanılan ötanazi (euthanasia), Latince “eu” ile “tanasium” kelimelerinden türemiştir (1). Türkçe, “güzel ölüm”, “iyi ölüm”, “kolay, rahat ölüm”, “ıstırapsız tabii ölüm”, “tatlı ve acısız ölüm” anlamına gelmektedir. Genel olarak ötanazinin tanımı ise, iyileşemeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu yakınları ile kendisi tarafından bilinen, zihinsel yeterliliği bulunan bir hastanın hukuken geçerli bir rıza beyanı vermesi sonucunda acısız bir biçimde hekim tarafından tıbbi yardımın kesilmesi veya tıbbi yollarla ölümün gerçekleştirilmesi yoluyla yaşamının sonlandırılması şeklinde yapılabilir (2).

Kişinin bir hastalığa yakalandığında, insan onuruna yakışır bir şekilde tedavi görmesi, insan onuru ile bağdaşmayacak bir bakıma veya tıbbi yaklaşıma muhatap olmaması, yaşam kalitesinin, son aşamaya kadar, mümkün olduğunca en üst düzeyde sağlanmaya çalışılması esastır (2e). “İyileşemez hastalık” kavramı ile yapılan tedaviyle tamamen düzelmeyen

veya tedaviye hiç yanıt vermeyerek kişide bir rahatsızlığa yol açan hastalıklar kastedilmektedir. Başka bir ifadeyle, iyileşmesi mümkün görünmeyen, ölümcül bir hastalık kastedilmekte ve bu durumdaki hastada dayanılmaz ağrı ile birlikte ıstırap, üzüntü, sıkıntı söz konusu olmaktadır (2c). Böyle bir durumda olan hastanın yaşam süresinin bazı tıbbi cihazlar yardımıyla uzatılması, kişinin böyle bir yaşamı isteyip istemeyeceği sorusunu akla getirmektedir ki bu noktada da, yaşama hakkı ve insan onuru ile ölme hakkı arasındaki ikilem yani “ötanazi” kavramı karşımıza çıkmaktadır (2c).

Biz bu çalışmamızda, ilk olarak ötanazinin yakın kavramlarla mukayesesini ve ötanazi türlerini açıkladıktan sonra, ötanazi ile ilgili geçmişten günümüze kadar gelen tartışmalardan ve dinlerin ötanaziye bakış açısından bahsetmeye çalışacağız. Günümüze gelirken çeşitli ülke hukuklarında ötanazinin nasıl düzenlendiğine göz atıp, önemli bazı ötanazi uygulamalarından örnekler vermeye çalışacağız. Türk hukukundaki durumu ortaya koyarak çalışmamızı sonlandıracacağız.

I. ÖTANAZİNİN YAKIN KAVRAMLARLA MUKAYESESİ

A. İntihar-İntihara Yönlendirme

Ötanazi, intihar veya intihara yönlendirme fiilleri (TCK. m. 84) ile karıştırılmamalıdır (2h). İntihar; bir insanın hayatına kendisi tarafından son verilmesi anlamına gelmektedir. İntiharda, çeşitli sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik faktörlerin etkisiyle insan, öz varlığını doğasına aykırı olarak yok etmek

istemektedir (3). Ötanazide ise, iyileşemez bir hastalık nedeniyle acı çeken kişinin hayatına son verilmesini istemesi söz konusudur. İntihar kavramı, Ceza Hukukunun konusu değildir; günümüz ceza hukukunda suç sayılmadığı için cezalandırılmaz. Ağrılar içinde ölmekte olan bir hasta, hayatını idame ettirmesini sağlayacak ilaçları almamakta direnirse intihardan söz edilebilir ancak intihar veya intihara teşebbüs suç sayılmadığı için cezalandırılmaz; Oysaki hasta bir başkası tarafından buna ikna edilirse, intihara ikna ve yardım cezalandırılabilen bir eylem olduğu için (TCK m.84), bu kişi intihara yönlendirilmeden dolayı cezalandırılır (4). İntihara yönlendirme suçunda, intihar kararı alan kişi bizzat yaşamına son vermekte iken; ötanazide bir “ başkası” (çoğu zaman hekim) yaşama son vermeye yönelik hareketi gerçekleştirmektedir. Başka bir ifade ile ötanaziden farklı olarak, intihara yönlendirmede, hayata son verme fiilini bizzat intihar eden gerçekleştirmektedir ancak mağdura hayatına son vermesi kararını verdiren (yani azmettiren), intihar fikrini aşıl原因an bizzat faildir (3). Ötanazi ile intihara yönlendirme suçları arasındaki en önemli fark da budur. Bundan başka, ötanazide iyileşmesi olanaksız bir hastalığa yakalanmış olan mağdurun acılarını dindirme amacı söz konusu iken, intihara yönlendirmede failde böyle bir amaç bulunmamaktadır.

Ötanaziyi uygulayan kimseye herhangi bir ceza verilmemesini savunan, ötanaziyi suç saymayan ve intihar ile ötanaziyi birbirine yakın kavramlar olarak kabul eden bir görüşe göre; intiharı cezalandırmayan kanun, söz konusu fiilin başkasına yaptırılmasını da

cezalandırmamalıdır. Kimsenin yardımı olmadan intihar edenin hareketi ile doktorun fiili ile intihar eden kimsenin hareketi arasında hiçbir fark olmadığı (2b) belirtilmektedir. Ancak yukarıda belirttiğimiz gibi, intihar kavramı ile ötanazi birbirinden tamamen farklı kavramlardır. Aynı yaptırıma tabi tutulmasının uygun olmadığı kanaatindeyiz.

B. Talep Üzerine Öldürme

Mağdurdan gelen öldürme talebi üzerine, başka biri tarafından öldürme hareketinin gerçekleştirildiği durumlarda talep üzerine öldürmeden bahsedilmektedir. Başka bir ifade ile mağdurdan gelen ısrarlı talepler üzerine, failin öldürme hareketini gerçekleştirdiği hallerde talep üzerine öldürme söz konusu olmaktadır (2e). Ötanaziden farkı şu noktadadır; talep üzerine öldürme durumunda, acılar içinde kıvrandığı hastalıktan kurtulmak için ölümü bekleyen bir hasta koşulu aranmamaktadır. Talep üzerine öldürme isteği, şifası mümkün olmayan bir hastalığa yakalanan kimseden gelseydi ve bu istek üzerine acılarını dindirmek amacıyla doktor tarafından yaşamına son verilseydi o zaman ötanaziden bahsedebilecektik. Görüldüğü üzere, bu iki kavram aynı anlamı taşımamaktadır. Bu nedenle bu kavramların eş anlamlı olarak kullanılması yerinde değildir (2e). Alman Ceza Kanununun prg. 216'da; İsviçre Ceza Kanunu m. 114 ve Avusturya Ceza Kanunu prg.77'de talep üzerine insan öldürme suçu düzenlenmiştir. Bizim ceza kanunumuzda konuya ilişkin özel bir düzenleme mevcut değildir. Talep üzerine öldürme fiilinde, her ne kadar kişinin rızası doğrultusunda ölüm olayı gerçekleşiyor olsa bile, üzerinde mutlak surette

tasarruf imkanı olmayan yaşama hakkı söz konusu olduğu için bu rızanın fiili hukuka uygun hale getirmeyeceği kanaatindeyiz. Eğer hukukumuzda talep üzerine öldürmeye ilişkin düzenleme olsaydı, ötanaziyi bu kapsamda değerlendirmek mümkün olabilirdi. Çünkü böyle bir durumda fiil hukuka uygun hale gelirdi.

C. Kasten Öldürme

Bir insanın hayatının, bir başkası tarafından kasten sonlandırılmasına kasten öldürme denilmektedir ve müebbet hapis cezası gerektiren bir suçtur (TCK m. 81). Kanun koyucu bu düzenlemede saik üzerinde durmamıştır. Bu nedenle, acılarını dindirmek amacıyla hastanın hayatını sonlandıran doktor veya herhangi bir kişi de kasten öldürme suçunu işlemiş olacaktır. Başka bir ifade ile acılarını dindirme amacıyla hareket etmek düşüncesi önemli bulunmadığından, Türk Hukukunda ötanazinin kasten öldürmenin tipik bir görünüşü olduğu ifade edilmiştir (2b, 2f, 5). Ötanazi bazen eylemi gerçekleştirilme biçimine göre intihara yardım suçu teşkil edebilir.

D. Tasarlayarak Öldürme

Kasten öldürme suçunun, soğukkanlı bir şekilde ve çoğu zaman bir plan çerçevesinde işlenmesi durumunda tasarlayarak öldürme suçu söz konusu olmaktadır ve cezası ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasıdır (TCK m.82/1-a). Ötanazinin Türk Hukukunda tasarlayarak öldürme sayılacağını ileri süren yazarlar da vardır (5).

E. Açlık Grevi- Ölüm Orucu

Bu bölüm altındaki açıklamalarımıza son vermeden önce açlık grevi veya ölüm orucu gibi durumların da ötanazi ile ilgisi bulunmadığını belirtmek isteriz. Çünkü burada bireyin amacı ölmek değil, tepkisini göstermektir. Açlık grevinde veya ölüm orucunda, sağlıklı bir birey kendi isteğiyle (veya zorlanmış tepkisel iradesiyle) belli bir siyasal veya sosyal hakkı elde etmek veya bir tutuma karşı tepki göstermek için bir davranış sergilemektedir (6).

Aynı şekilde, devletin yaşam hakkının korunması ile ilgili görevlerini gerektiği biçimde yerine getirmemesi nedeniyle, insanların sağlık hizmetlerini iyi bir şekilde alamadıklarından dolayı, yaşamlarını ciddi güçlük ve acılar içinde sürdürdükleri, ekonomik durumları iyi olmadığı için onursuz yaşamayı reddederek ölmek istemeleri veya ekonomik sıkıntı nedeniyle hastalıklarının iyileştirici veya acıyı azaltıcı tedaviyi alamamaları nedeniyle ölmeleri ötanazi değildir (6).

II. ÖTANAZİ TÜRLERİ

Ötanazinin uygulanan yöntemlere veya kişinin iradesine bağlı olup olmamasına göre çeşitli türleri üzerinde durulmaktadır. Biz aşağıda bunlar içerisinde en çok karşılaşılan türleri açıklayamaya çalışacağız.

A-Aktif Ötanazi-Pasif Ötanazi

Bu ayrımın temeli, ötanazi eyleminin gerçekleşmesini sağlayan tıbbi yöntemlerin kullanılmasındaki özelliklere dayanmaktadır (7). Buna göre, ölümü sağlayan tıbbi yöntemlerin hasta üzerinde doğrudan doğruya kullanılmasına “aktif ötanazi” denmektedir (2e). Daha

çok hekimin ölümü gerçekleştirecek nitelikteki ilacı uygulayarak hastasının hayatını sonlandırması (2c) veya hastanın bağlı olduğu cihazın fişinin çekilmesi suretiyle gerçekleşmektedir. Hastanın bu yöndeki talebi doğrultusunda gerçekleştirilirse iradi (gönüllü) aktif ötanazi diye adlandırılmaktadır (8). İradi aktif ötanazi her ne kadar kişinin bu yöndeki iradesine, isteğine dayansa da Hollanda, Belçika gibi sınırlı sayıdaki ülkeler dışında, Avustralya, Kanada, İngiltere, Japonya, Fransa gibi ülkelerde (9) kasten öldürme suçu kapsamında mütalaa edilmektedir. Burada Hipokrat'ın "Hekimin hastasına karşı ihtiyatlı davranması şarttır, kayıtsız kalamaz, kadınlar üzerinde çocuk düşürücü hareketler yapamaz, hastalara zehir veremez." sözü, o dönemde bu tür uygulamaların varlığına delil teşkil ettiği gibi (10), bu uygulamaların kesinlikle tasvip edilmediğini, yasak kabul edildiğini göstermektedir.

Pasif ötanazi (ortotanezi) ise, hekimin hareketsiz kalması sonucu ölümün meydana gelmesi durumudur. Hekim burada hastanın yaşamını devam ettirmesi için gerekli olan tedaviyi keserek ölümü hızlandırmaktadır. Başka bir deyişle, kişi adeta ölüme terk edilmektedir (2e). Aktif ötanazide bir hareket varken, pasif ötanazide sadece bir kaçınma hali veya ölüme neden olacak olaylara müdahalesizlik söz konusudur (11). Pasif ötanazi durumunda, tedaviye hiç başlanmamakta veya başlanmış olan tedaviye devam edilmemektedir. Öğretide hakim görüşe göre, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı kapsamında, yaşam tehlikesi olsa bile, hastanın tedaviyi reddettiği durumda hekimin müdahale yükümlülüğü yoktur (12). Yani, hastanın özgür iradesiyle açıkladığı tedaviyi ret

talebine hekim uymak zorundadır. Bunun tek istisnası, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinin son fıkrasıdır. Bu düzenlemeye göre, kişi doktorun tedaviye başlamasından sonra rızasını geri almak isterse, bu ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlanmıştır. Kişinin tedaviyi kabul ettiği durumlarda ise şu ihtimalle karşılaşılabilir. Kişi hekimden yaşamını devam ettirecek tedbirleri almasını istiyor ancak hekim tedbirsizlik ve dikkatsizlik neticesinde bunu yapmıyor ve hekimin ihmali davranışına bağlı olarak ölüm meydana geliyorsa, hekimin ihmali davranışla adam öldürme suçundan (TCK m. 83) cezai sorumluluğu ortaya çıkar (2h).

Burada kısaca, hekim destekli intihar ile aktif-pasif ötanazi arasındaki ayrıma da değinmek istiyoruz. Hekim destekli intiharda, hekim, kişinin isteği doğrultusunda kendisini öldürebilmesi için gerekli ortamı hazırlamaktadır ancak kişiyi doğrudan doğruya öldürmediği gibi, tedaviye başlamama veya yarıda bırakma gibi pasif bir hareketle de ölümüne neden olmamaktadır. Ölümü gerçekleştiren kişinin bizzat kendisidir. Hekim sadece yukarıda belirttiğimiz gibi, kişinin kendisini öldürebilmesi için (kişinin intihar edebilmesi için) gerekli ortamı hazırlamaktadır. Bu nedenle hekim destekli intihar, ne tam olarak aktif ne de tam olarak pasif ötanazidir.

B- İradeye Bağlı Ötanazi- İrade Dışı Ötanazi

İradeye bağlı (Volonter) ve irade dışı (Non Volonter) ötanazi ayrımındaki temel husus, hastanın izninin olup olmamasına dayanmaktadır. İradeye bağlı ötanazi, hastanın isteği doğrultusunda yapılan ötanazidir ve iradeye bağlı ötanazinin hukuki sonuç doğurabilmesi

için iradenin, temyiz kudretine sahip kişi tarafından, hata, hile ve tehdide maruz kalmadan açıklanmış olması gerekmektedir (2j). İradi ötanazide doktor, ölümü meydana getiren eylemi bizzat kendisi doğrudan doğruya uygulamaktadır (2d) ve bilinci açık hasta tarafından açıklanan ötanazi taleplerinde kendisini bilinci kapalı hastalara oranla daha rahat hissetmektedir (2f). Buna ilişkin yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, doktorlar ağır hastalık halinde bilinci açık hasta tarafından yapılan ötanazi taleplerinde kendilerini, bilincin kapalı olduğu nörolojik hastalıklara oranla daha rahat hissetmektedirler (2d).

İrade dışı ötanazi ise, bu yöndeki iradenin hasta tarafından dile getirilemediği durumlarda, hasta yakınlarının iradesi doğrultusunda ötanazinin gerçekleşmesi halidir. Hastanın iradesini açıklayamayacağı durumlara, bitkisel yaşam, koma (2c), psikolojik veya nörolojik nedenlerle meydana gelen zihinsel kapalılık (2f) halleri örnek verilebilir.

Bu başlık altında Özkara'nın (2c) istemsiz ötanazi (Unvoluntary) ayırımına da değinmek istiyoruz. İstemsiz ötanazide, kişinin iradesine hiç başvurmadan, başka bir deyişle, hastanın ne açık ne de varsayılan iradesi olmadan yapılan ötanazi söz konusudur. Bu şekilde öldürmenin ötanaziyle tek ortak noktası, yaşamaya layık görülmeyle öldürülen kişinin hasta olmasıdır ve bunun en uç örneği olarak, Hitler'in Nazi Almanya'sında ari ırk oluşturmak için kronik hastaları, sakatları, yaşlıları öldürülmesi olayı gösterilmektedir (2c).

C- Kazai Ötanazi- Medikal Ötanazi

Bu ayırımın temeli de, ötanazi kararını veren makama göre belirlenmektedir. Ötanazi uygulamasının bir mahkeme kararına bağlı olması durumunda kazai ötanazi söz konusu olmaktadır. Medikal ötanazide ise, hekim kararıyla ötanazi gerçekleştirilmektedir. Hollanda'da mahkeme kararına gerek olmaksızın doktorun başka bir meslektaşı ile yaptığı konsültasyon sonucunda alacağı karar ile ötanaziye gerçekleştirilmesi medikal ötanaziye örnek verilebilir (2d).

3. GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ÖTANAZİ TARTIŞMALARI ve DİNLERİN BAKIŞ AÇISI

A. Geçmişten Günümüze Ötanazi Tartışmaları

(1) Antik Çağda Yapılan Tartışmalar

Antik çağ, ölme hakkının ve bu bağlamda ötanazinin tartışıldığı ilk dönemdir (13). Gerek kavram olarak, gerekse intihar ve doktor yardımı ile intihar şeklindeki uygulaması ile ötanazi felsefede ve tıp dünyasında kendisine bu dönemde yer bulmaya başlamıştır (2d). Yine bu dönemde intiharın yasal bir zemine oturtulabilmesi için tartışılmalar yapılmaya başlanmıştır. Yaşlılık, hastalık gibi nedenlerden dolayı intiharlara rastlanmıştır.

Antik Çağ'ın düşünce akımına yön veren isimler intiharı ve hastaya uygulanan tedavinin kesilmesini kendi bakış açılarına göre irdelenmişlerdir. Kişinin yaşamına son verme hakkının olup olmadığı sorusuna yanıt bulmaya çalışmışlardır. Örneğin, Pitagoras kişinin yaşamına son verme hakkına sahip olmadığı düşüncesini savunmuştur.

Platon, Devlet ve Kanunlar adlı eserlerinde, kimi durumlarda kişinin ölmesinin yaşamasından daha iyi bir sonuç oluşturup oluşturmayacağı sorusuna yanıt aramakta ve çabuk ölümün, ümitsiz hastalıktan iyi olduğu görüşünü savunmaktadır. Devlet adlı eserinde, tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda veya düzelme imkânı olmayan sakatlık durumlarında hekim tarafından tedavinin kesilmesi şeklinde yapılan pasif ötanazinin gerçekleştirilmesi gerektiğini kabul etmiş ve bunun bir hak olduğunu ileri sürmüştür (2c). Bu düşüncesini Kanunlar adlı eserinde, duyduğu acı nedeniyle intihar edenlerin din ve ahlak kurallarına aykırı hareket etmediklerini belirterek devam ettirmiştir.

Aristo duruma Pitagoras ve Platon'dan farklı yaklaşmıştır. İntihar olayını ilahi veya kişisel bir problem olarak görmemiş, aksine devlete karşı bir saldırı olarak nitelmiştir (14). İntihar etmeyi, devletin yasalarına aykırı hareket etmek veya devlete karşı bir saldırıda bulunmakla eş tutmuştur.

Ölümü dini bir olgu gibi görüp böyle açıklamak yerine, akıl ile açıklama yoluna giden Stoa Okulu düşünürleri ve Epikürcüler, insan onuruna dayalı insancıl düşüncenin hâkim olmasına neden olmuşlardır. Stoa okulunun kurucusu Zenon başta olmak üzere, Stoacılar, tedavi imkânı olmayan ve dayanılmaz acılar içerisinde olan kişilerin yaşaması yerine, bu kişilerin rahat ve erdemli bir şekilde ölebilmeleri için intihar etmelerinin arzulanacak hedef olduğunu söyleyerek, Aristo'yu geride bırakmışlardır (15). Stoacılar, herhangi bir şarta bağlı olmaksızın ve ahlaki açıdan da bir sakınca olmadığını belirterek, her koşulda

intiharın mümkün olması gerektiğini savunmuşlardır. Epikürcüler de Stoacılar gibi intiharı günah veya suç saymamışlar ancak Stoacıların aksine intihara karşı çıkmışlardır. Buna gerekçe olarak da, intiharın akla uygun bir davranış olmamasını göstermişlerdir. Epikürcü düşünce akımının önemli isimlerinden, Neron'un hocası Seneca, Platon gibi ötanaziyi, düzelme imkânı olmayan özürlü çocukların öldürülmesi olarak anlamaktadır ve bunun gerçekleştilmesinde bir sakınca görmemektedir (15).

Çiçero da intiharı tedavisi imkânsız ağır hastalıklarda Tanrılar tarafından verilen bir fırsat olarak değerlendirmiştir (15).

(2) 20. Yüzyıla Kadar Yapılan Tartışmalar

XVI. yüzyıl düşünürlerinden Thomas Moore "Utopia" adlı eserinde çaresiz durumda olan ve ıstırap çeken hastaların ikna edilip hayatlarının sonlandırılmasını tavsiye ederek, ölmekle acılardan kurtulunacağını belirterek böyle durumlarda ötanazinin akıllıca bir davranış olacağını savunmuştur (2c, 16).

Pek çok Avrupa ülkesinde ve bu arada İngiltere'de ötanazinin sözlüklere girdiği dönem, ahlaki değerlerin eleştirilerek gözden geçirildiği ve entelektüel başarının başkaldırdığı, 17. yüzyıl olarak görülmektedir (2d). William Harvey, John Donne, Sir Tomas Browne (2d) gibi isimler ötanaziyi savunmuşlardır. Yine 17. yüzyılda, ünlü İngiliz filozof Francis Bacon, pozitif bilimlerin olanaklarıyla insan hayatını uzatmanın yolları bulunmalı ya da ümitsiz durumda olup acı çekenlerin ıstıraplarına son verilmeli görüşüyle

ötanaziyi son çare olarak öneren düşünürlerden olmuştur (2c).

Ötanaziye benimseyen ve acılar içindeki şahsı öldüren kimsenin cezasını hafifleten ilk hukuk kaynağına XVIII. yüzyılın sonlarında Prusya'da Büyük Frederik zamanında, 1 Haziran 1794 yılında yürürlüğe koyulan kanunda rastlanmaktadır. Bu kanuna göre, can çekişmekte olan hastayı veya yaralıyı iyi niyetle öldüren kimseye taksirle adam öldürmenin cezası veriliyordu (2b). Aynı yüzyılda ötanaziye örnek oluşturabilecek şu olay yaşanmıştır. Napoleon tarafından, 1799 senesinde veba taşıyan askerlerine kuvvetli dozda opyum verilmesi rica edilmiştir. Doktoru ise bu ricaya gururla "Benim vazifem hayatı muhafaza etmektir" cevabını vermiştir (17). Yine 18. yüzyılda, Dr. Paradys, ötanazinin bazı özelliklerini tanımlamıştır ve daha sonra Reil Marx ve Rohlfs "ötanazi sanatını" ruhun doğumu olarak tanımlayarak ötanazinin bağımsız bir bilim konusu olarak incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (2c). 1826 yılında Dr. Carl Friedrich Marx "Medical Euthanasia" (Tıbbi ötanazi) adlı bir tez yazmıştır. Alman hukukçu Jost da 1895 yılında "Öldürme Hukuku" adlı bir kitap hazırlamış ve yalnızca ölümü isteyen ümitsiz hastaların öldürülmesini önermiştir (2c).

(3) 20.Yüzyılda Ötanazi Tartışmaları ve Ötanazi Topluluklarının Kurulması

20. yüzyılın başlarından itibaren ötanazi, Amerika ve Avrupa başta olmak üzere, birçok ülkede yoğun bir şekilde tartışmaya başlanmıştır. 20. yüzyılın ikinci yarısında tıbbi gelişme bir taraftan insan ömrünün

uzatılması ve birçok hastalıkta hastaya yaşam desteği verilmesi yolunda gelişmeler kaydederken, diğer taraftan aynı yıllarda iradeye bağlı ötanazi Hollanda'da fiilen uygulanmaya başlanmıştır (2d).

1906 Haziranı'nda Ohio'da yasama meclisi 'istemli aktif ötanazinin" yasallaşmasını sağlayan bir tasarı sunmuştur ancak adli tıp komisyonu bu teklifi reddetmiştir. Yine Amerika Birleşik Devletleri, Iowa'da 1907 yılında "acılar içinde kıvranan hastaların öldürülmesine" ilişkin kanun tasarısı reddedilmiştir (2b).

1913 yılında Alman Parlamentosunda, ıstıraba son verilmesini amaçlayan ötanazi uygulamalarına imkân veren yasa tasarısı uzun tartışmalar sonucunda reddedilmiştir (18). 1920 yılında, yaşamı değersiz addedilenlerin yaşamlarının sonlandırmasına izin verilmesi hususu uzun süre tartışılmış ancak istemsiz aktif ötanazi olarak adlandırabileceğimiz böyle bir durum istenilen taraftar sayısına ulaşmamıştır.

Bugünkü manada ötanazi probleminin ilk defa Fransa'da ele alındığı zannediliyor. İlk defa "1930 yılında, Fransa'da (1,19) Draguion Mahkemesi, ameliyatı gayri kabil bir kanserin pençesinde, şiddetli ağrılar içinde kıvranan annesini öldüren Richard Corbet'in beraatına karar vermiştir. Corbet sorgu hâkimine "Annemi ne yaptığımı tamamen bilerek öldürdüm. Bundan dolayı pişmanlık duymuyorum. Beşeri bir vazifeyi yerine getirdim. Eğer devlet hekimlere tedavisi kabil olmayan hastaların ıstırabına son verme yetkisini bahşetseydi bu şekilde hareket etmeme lüzum kalmayacaktı." demiştir. Savcı iddianamesinde "Fevkalade bir ceza talep etmiyorum. Fakat bu hal çok korkunç ve hayati bir meseleyi ortaya

atmaktadır. Cemiyet bir insana diğerini öldürmek hakkını vermeli midir? Bu suale verilen müspet bir cevap, azap duymadan dünyaya ilan edilebilir mi? Devlet öldürme hakkının tahakkukuna mani olmalıdır. Hiçbir şeyi yaratamayan insan, yaratılmış varlıkları tahrip etmemelidir.” mütalaasında bulunmuştur (1)”.

1930’lu yıllarda İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ötanazi topluluklarının kurulmasıyla, ötanazi konusu ayrı bir boyut kazanmıştır. İlk ötanazi topluluğu 1935 yılında İngiltere’de “Voluntary Euthanasia Society” adıyla kurulmuştur. Bu topluluğun da etkisiyle istemli aktif ötanaziye izin veren bir yasa teklifi hazırlanmış ancak reddedilmiştir. Başka bir ötanazi topluluğu da, 1938 yılında “Amerikan Ötanazi Topluluğu”(Euthanasia Society of America) adı altında ABD’de kurulmuştur (20). Amerika’da kurulan ilk ötanazi topluluğudur ancak II. Dünya savaşındaki Nazi vahşeti nedeniyle ötanazi konusu uzun yıllar tartışılmamıştır. Daha sonra ABD’de ötanazi yanlılarının kurduğu Hemlock Topluluğu bu alanda yoğun propaganda yaparak ötanazinin yasallaşmasına çalışmıştır (2c).

1949 yılında Fransız Siyasal ve Ahlaki Bilimler Akademisi, uygulamada bir birlik olmaması ve uygulamanın suistimallere açık olması nedeniyle ötanaziye reddetmiştir (18).

1970’li yıllardan sonra birçok ülkede ötanazi toplulukları kurulmuştur. Bu toplulukların üye sayılarının azımsanamayacak oranda olduğu belirtilmektedir (18).

1981 tarihli Lizbon bildirgesinin (c) bendine göre “hastanın yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul

etmeye ve yadsımaya hakkı vardır.” 1983 yılının Ekim ayında 35. Dünya Hekimler Kurultayı'nın benimsediği Venedik Bildirgesi'nde, terminal dönemdeki hastaların rızasıyla veya rızalarını açıklayamayacak durumda iseler yakınlarının rızasıyla tedavilerinin kesilebileceği ifade edilmiştir (18).

Aynı şekilde bu hak 1994 tarihli Amsterdam Bildirgesinin 3. maddesinde “...Her hastanın tedaviyi reddetme veya sonra erdirmeye hakkı vardır.” denilmiştir. Türk Hukuku'nda tedaviyi ret hakkı ile ilgili olan düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesinde yer almaktadır. Buna göre: “Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz (2m).

(4) Günümüzde Ötanazi Tartışmaları

Ötanazi konusu, çok eski zamanlardan beri çeşitli yönleriyle tartışılmış bir konudur. Kimi çevreler, yaşamın kutsallığı görüşünden hareketle ötanazi uygulamasının kesinlikle yasaklanması gerektiğini savunmuşlardır. Karşıt görüşe mensup çevreler ise, kimsenin insan onuruna bağdaşmayacak şekilde iyileşemez bir hastalığın pençesinde acı ve ıstırapla

yaşamaya zorlanamayacağından bahisle, ötanazinin bu gibi durumlara sınırlı olmak üzere, uygulanması gerektiğini savunmuşlardır. Bu gibi hasta kişilerin devlete ekonomik bir yük olduklarından dolayı ötanaziye savunanlara da rastlanmıştır. Dini, ahlaki, etik ve hukuki boyutlarıyla çeşitli çevrelerce tartışılan ötanazi, günümüzde de tartışılmaya devam etmektedir.

Günümüzdeki ötanazi uygulamaları ve hukuki düzenlemelerine aşağıda “Mukayeseli Hukukta Ötanazi” başlığı altında değinilecektir. Türk hukuku açısından gerek geçmişteki durum gerekse günümüzdeki mevzuat ve tartışmalar “Türk Hukukundaki Durum” başlığı altında ele alınacaktır. Bu nedenle burada tartışmanın günümüzde de devam ettiğini belirtmekle yetineceğiz.

B. Dinlerin Ötanaziye Bakış Açısı

(1) Genel Olarak

Dinler açısından ötanazi tartışması, o inancın insanı nasıl tanımlaması gerektiği noktasından başlar. İnsanın anne karnına düştüğü andan, fiziki varlığının bu dünyadan ayrılması, yani ölümü ve hatta ondan sonra da ölümsüz yaşama açılan bu kapıdan geçildikten sonraki dönemi ile de ilgilenen din, insanı kendisinden haberdar olmak ve başkalarıyla iletişim kurma yeteneğine sahip olmaktan daha çok şeyi içeren bir varlık olarak değerlendirir (2d).

Tarih boyunca her çağda olduğu gibi çağımızda da, insanların herhangi bir dine inanan kesimi, bütün içinde büyük çoğunluğu oluşturmakla birlikte, pek çok dinsel inanç arasında bölünmüş durumdadır ve her

dine inananların tümü, kendi dininin hak dini olduğu inancındadır (21). Tek tanrılı dinler en yaygını inanç grupları olmalarına rağmen, çok tanrılı olan veya hiç tanrısı olmayan inanç grupları da mevcuttur (22) ve bu inanç gruplarının kendi değer yargıları, kendi yasakları söz konusu olmaktadır. Ötanaziye bu inanç gruplarının yaklaşımı konusunda referans olabilecek pek fazla kaynağa bizim tarafımızdan ulaşılamamıştır. Ancak Budizmin konuya yaklaşımı konusunda şu bilgiye rastlanmıştır. Budizme göre, acı canlıların bütün hayat aşamalarında, hayatın ve canlılığın bir parçası gibi onu takip etmektedir. Acı, hayattan ayrılamaz ve insanlar acı çekerek Nirvana denilen iç özgürlüğe ve huzura kavuşurlar (18). Acının insan ruhunu olgunlaştırdığı düşüncesiyle ötanaziye karşıdırlar.

(3) Tek Tanrılı Dinlerin Ötanaziye Bakış Açısı

Tek tanrılı dinlerde, yaşam Tanrı tarafından bahşedildiği için, kutsaldır ve bu yüzden ancak Tanrı tarafından sonlandırılabilir (23), dolayısıyla öldürmek ve hatta iradi bir seçimle ölmek söz konusu değildir (24).

(I) Yahudilik (Musevilik)

Yahudilikte, yaşam her koşulda korunması gereken bir değerdir. Yaşamın ne zaman son bulacağına Tanrı'nın karar verebileceği, ölümü seçmenin Tanrı'nın isteğine aykırı olacağı düşüncesiyle ölmek hakkının bulunmadığı kabul edilmektedir ve bundan dolayı da kişiye ötanazi uygulanması cinayetle eşdeğer tutulmaktadır (13). Hıristiyanlık ve İslamiyet'te olduğu gibi, Yahudilikte de Tanrı'nın iradesine karşı

çıkılmak anlamında görüldüğü için ötanazi yasak görülmüştür.

(II) Hıristiyanlık

Hıristiyanlıkta da esasında yaşamdan vazgeçilemeyeceği, yaşamın Tanrı'nın bir hediyesi olduğu kabul edilmektedir. Kişinin kendi sağlığını koruması ve hasta olduğu zaman sabır gösterip tedavi yöntemlerini araması yükümlülüğü söz konusudur. Kişinin ölümü Tanrı'nın istediği zaman gerçekleşir. İlgili kişi rıza göstermiş olsa bile (23) bir masumu öldürmek Tanrı'ya karşı gelmek olarak kabul edilmektedir.

Ancak nonconformist kilise ve İngiliz kilisesi, ağır hastalık durumunda, bireylerin huzur içinde ölebilmeleri için ölüm tercihinde bulunabileceklerini kabul etmektedir (13).

1958 yılında Papalık, hastanın kabul etmesi halinde onun acılarını dindiren ve ölümünü çabuklaştıran uyuşturucu maddelerin verilmesinin caiz olduğunu kabul etmiştir (13 25).

Katolik Kilisesi aktif ötanaziye şiddetle karşı çıkmaktadır ancak son zamanlarda pasif ötanaziye daha yumuşak bir yaklaşım sergilemektedir. 1980 yılında Vatikan hastanın acısını hafifleten, çektiği ıstırapı dindiren tedavinin devam etmesi gerektiğini vurgulamıştır.

(III) İslamiyet

İslam hukukunda, feragat ve devri caiz olmayan temel hakların başında insanın hayat hakkı gelir. Çünkü İslam dini insana ve insan hayatına çok büyük değer vermiştir (26). İslam'ın temel prensiplerine göre, kişi,

yaşamına devam etme veya son verme gibi özgürlüklere sahip olmadığı için, kişilerin hayatlarını kısaltan veya bütünüyle ortadan kaldıran tasarruflar asla caiz değildir (27). Ölüm döşeğindeki kimsenin kendi isteği dahi olsa, öldürülmesi cinayettir ve ahirete ilişkin sorumluluğu çok ağırdır (28).

İslam dininin temel amaçlarından birisi yaşam hakkının korumasıdır. Kuran'da, "Bir insana hayat vermek bütün insanlara hayat vermek gibidir (29)". denmiştir. Hz. Peygamber, ibadet yaparken bile bedeni aşırı derecede yıpratmayı uygun görmemektedir. Sağlığı koruma ve hastalık halinde tedavi yollarını arama ile ilgili hadisleri de bu durumu doğrular niteliktedir. Yine Hz. Peygamber'in, Veda Hutbesinde yer alan şu sözleri adeta insan hayatını teminat altına almıştır; "Bugünün, bu ayın ve bu beldenin nasıl dokunulmazlığı varsa, kanlarınızın da aynı şekilde dokunulmazlığı vardır (27)". Kuran'da "Kendinizi kendi elinizle tehlikeye atmayınız (30)." denilerek, kişinin kendi sağlığını koruması, kendisine ödev olarak yüklenmiştir.

İslam dinine göre, ölüm bir son değil, başlangıçtır. Bir çocuğun anne karnından yeni bir dünyaya doğması gibi, vakti gelince kişinin bu dünyadaki yaşamı son bulup ölüm ile sonsuz hayatı başlayacaktır. Dünya hayatı geçici bir imtihan mekânı olduğu için, dünyada çekilen sıkıntı ve hastalıkların tümü imtihanın birer parçasıdır. Hz. Peygamber'in, "Allahu Teala, şifasını yaratmadığı hiçbir hastalık vermemiştir." sözleri de sabretmeyi gerektirmektedir. Bundan dolayıdır ki, hastalıklar ve acılar karşısında kişinin sabretmesi tavsiye edilir. Sad Suresi'nde anlatıldığı üzere, Hz.

Eyüp, yedi yıl boyunca çok büyük hastalıklara maruz kalmış, buna rağmen isyan etmemiş, ölümünü istememiş ve sabır göstermiştir. Çektiği acılar karşısında Hz. Eyüp'ün sabrı Kuran'da Müslümanlara örnek olarak gösterilmiştir. Bundan dolayıdır ki *Eyüp sabrı* (31)" halk arasında deyimleşmiştir.

Prof. Dr. Hayreddin Karaman, *İslam'ın Işığında Günün Meseleleri* adlı kitabında, İslam'ın korunmasını titizlikle istediği beş esastan birisinin de hayat ve sıhhat olduğunu açıklamaktadır. İslam'da intihar büyük günahlar arasında yer almıştır (32). Sıhhati korumak insanın vazifesi olduğu gibi hastalandığı takdirde sabretmek, bunu hayırlı telakki etmek, Allah'a ve onun kullarına şikâyetini edep içinde yapmak ve her imkâna başvurarak hastalığın tedavisine çalışmak da onun önemli vazifeleri arasındadır (33). Bu nedendenir ki, İslam dininde ötanazi kesinlikle uygulanmaması gereken bir davranıştır (2f). Bizzat Kur'an, "Haklı bir neden olmaksızın, Allah'ın haram kıldığı bir kimseyi öldürmeyin (34)." diyerek yaşam hakkına yapılacak tecavüzleri yasaklamıştır (27).

İslam'a göre, can, insana bahşedilen ve korunup kollanması gereken bir emanettir. Kişinin kendi canı üzerinde tasarrufta bulunma yetkisi yoktur. Karaman'a göre, acı çeken ve tedavisi kabul olmayan bir hastayı öldürmek yerine, hastanın acısını dayanılabilir boyutlara indirmenin çareleri aranmalıdır.

4. MUKAYESELİ HUKUKTA ÖTANAZİ ve BAZI UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Ötanazi tartışmaları, yukarıda da açıkladığımız gibi, çok eski zamanlardan beri farklı ülkelerde gündeme

gelmiştir. Kimi zaman ötanazinin suç olmaktan tamamen çıkarılması, kimi zaman ayrı ve bağımsız bir suç olması şeklinde çeşitli tartışmalar yaşanmıştır. Bu tartışmalar hukuk düzenlemelerine yansımıştır. Çeşitli hukuk sistemlerine baktığımızda, aralarında farklılıklar bulunsa da genellikle ötanazi suç olarak kabul edilmiştir. Ötanazi konusunda bazı ülke düzenlemeleri ve uygulama örnekleri hakkında şu açıklamalarda bulunabiliriz:

A. Amerika Birleşik Devletleri

ABD'deki uygulamaya bakıldığında eyaletler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Hastalar ve onların vekilleri tedaviyi reddetme hakları için uzun yıllar mücadele etmişlerdir. 1991 yılında Hastanın Kendi Kaderini Tayin Kanunu (Patient Self Determination Act) yürürlüğe girmiştir ve buna göre; Hastaların tıbbi tedaviyi reddetme ve hastaların seçimi ölümü hızlandırır dahi (35, 2c), uygun ağrı kesme tedavisi görmeyi isteme yani pasif ötanazi hakları vardır; pasif ötanazi bir suç ve haksız fiil değildir (6). Bunun yanında, Michigan, Washington, Oregon (36, 2c) ve Montana gibi eyaletlerde aktif ötanazi diye adlandırılan hekim destekli intihar (physician assisted suicide) meşru sayılmaktadır (6). Örneğin, 5 Aralık 2008 tarihinde Montana'da, tedavisi mümkün olmayan bir hastanın açtığı davada; bu durumdaki bir kimsenin kendisine doktor tarafından verilen öldürücü dozda ilacı almaya hakkı olduğu belirtilmiştir. Montana Yüksek Mahkemesi'nin anılan dava ile ilgili olarak verdiği karar ötanazi konusunda emsal oluşturmuştur. Buna göre, ölmek üzere olan bir hastaya yardım eden

doktorun kamu yararına uygun hareket ettiği belirtilmiştir (37).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ötanazi uygulamaları hakkında bilgi verirken, sözü edilmesi gereken en önemli kişilerden biri de belki Dr. Jack Kevorkian'dır (38). Doktor olan Bay Kevorkian, intihara yardımın suç oluşturmadığı eyaletlerden biri olan Michigan'da, icat ettiği bir makine ile yüzden fazla hastanın ölümüne yardım ettiğini dile getirmiştir (38). İki hastaya ölmelerine yardım ettiği için yargılanan Dr. Kevorkian'ın jüri tarafından suçsuz bulunmasının ardından, ölümüne yardım ettiği bir hastasına ilişkin görüntülerin televizyonda yayınlanmasını takiben, hakkında açılan davada mahkûm edilmiştir.

B. Hollanda

Hollanda Hukuku'nun ötanazi bakımından dünya çapında ayrıcalıklı bir yeri olduğu genel olarak bilinmektedir (39). Hollanda'da 1984 yılından beri mahkemelerin yaklaşımı aktif ötanazi eylemlerinin cezalandırılmaması gerektiği yönünde olmuş, 1994 yılında bunun bir prosedüre bağlanması ve 2001 yılında ise doktor destekli intihar da dâhil olmak üzere ötanazinin kanunlaştırılarak hukuka uygun sayılması söz konusu olmuştur (6).

Ötanazi ve hekim yardımlı intiharın suç olmaktan çıkarılmasının birincil temeli, sırasıyla, Ötanazi Kanunu (40) m. 2 ile bağlantılı olarak Hollanda Ceza Kanunu'nun 293 ve 294. Maddeleridir (41). Tıbbi bağlamda ötanazi ve hekim yardımlı intiharın hukuken suç olmaktan çıkarılması 2002 yılında, Hollanda Ceza Kanununun 293. maddesinin 2. fıkrasına özel bir

hukuka uygunluk sebebinin eklenmesiyle gerçekleşmiştir. Eklenen bu fıkraya göre, ötanazi ya da hekim yardımcı intiharın öngörülen usul uyarınca bir doktor tarafından uygulandığı rapor edildiği takdirde suç teşkil etmeyeceği belirtilmiştir. Bu nedende diyebiliriz ki, Hollanda aktif ötanaziyi açık bir yasa ile kabul etmiş ve hukuk düzenine resmen almıştır (42). Aktif ötanazinin kurallara uygun olarak uygulanması durumunda doktor, ceza yasasının talep üzerine öldürmeyle ilgili maddelerinden cezalandırılmamasını sağlayacak özel bir cezasızlık nedeninden yararlanacaktır (42). Hollanda Hukuku'nda ötanazi kavramının yasal içeriğine bakıldığında, bu yasanın sadece istek üzerine hekim tarafından uygulanan, aktif intihara yardım veya aktif ötanazi olarak tanımlanabilecek fiiller için geçerli olduğu görülecektir (39). Bundan çıkan sonuç şudur ki, pasif ötanazi olarak tarif edilebilecek eylemler ceza kanununun uygulaması dışında kalmaktadır. Hollanda Hukukunda, tedaviye başlama veya tedaviye devam edilmesi anlamsız ise, tedavi etmeme veya tedaviye devam etmeme ve yan etki olarak ölümün daha hızlı meydana gelmesine sebep olan ağrı dindirici maddelerin verilmesi, normal tıbbi müdahale olarak görülmektedir (39).

Hollanda uygulamasında ilgi çeken bir diğer konu da psikiyatri hastalarına da ötanazi ve intihara yardım yapılabilmesidir. Senede ortalama 320 psikiyatri hastası ötanazi talebinde bulunmakta ve bunlardan bazılarının talebi olumlu karşılanmaktadır (39).

C. Almanya

Ötanazi konusunda kötü bir nam salmış olan Almanya'da ötanazi kanunla serbest bırakılmış değildir. 1939 yılında Hitler, doktorlara ötanazi konusunda geniş yetki tanımış ve bunun sonucunda da istemsiz ötanazi uygulamaları başlamıştır. Irkın bozulmasını önlemek amacıyla yaşlılara, hastalara, engelli kişilere uygulanan istemsiz ötanazi uygulamalarına sıkça rastlanmıştır. Bu kişilerin topluma faydalı olmadığı; bu nedenle yaşamlarının değersiz olduğu topluma, ideolojik olarak benimsetilmeye çalışılmıştır.

Bu kötü deneyimden sonra Almanya'da ötanazi gerçek manasıyla tartışılmaya tekrar başlamıştır. 1986 yılında tıp mensupları ile hukukçular bir araya gelerek, ötanazi kanun tasarısı hazırlamışlardır ancak bu tasarı kabul edilmemiştir.

Alman pozitif hukuk düzenlemelerine baktığımızda; Alman Ceza Kanunu'nun "*Mağdurun isteğiyle adam öldürme*" (totung auf verlangen) başlıklı paragraf 216'ya göre; "*Öldürdüğü insanın açık bir şekilde ifade edilmiş ve ciddi isteği üzerine, o kişiyi öldürmeye sevk edilmiş olan bir kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır* (43)." Gene aynı yasa hükümlerine göre talep üzerine öldürmeye teşebbüs veya yaralama halleri, İsviçre mevzuatından farklı olarak ceza verilmesini gerektirmez (2k). Görülüyor ki, ötanazi adam öldürmeye nazaran daha hafif bir şekilde cezalandırılmıştır. Zira, Alman Ceza Kanunu m. 212'de düzenlenen kasten öldürme ile kıyaslandığında, önemli bir ceza indirimi sağlandığı görülecektir (43, 44). Şu halde ötanazi adam öldürme şeklinde kabul edilmemektedir (2l).

Alman Yüksek Mahkeme içtihatlarına bakıldığında, hastanın rızası doğrultusunda pasif ötanazi diye adlandırdığımız tedaviye başlamama veya tedaviye devam etmeme uygulamalarına rastlandığı görülmektedir. Federal Alman Yüksek Mahkemesi konuyla ilgili bir kararında; “hastanın açıklanmış veya zımni isteğine uygun olarak onurlu ve acılardan arındırılmış bir ölüme imkân sağlanması en ağırından ve öldürücü ağırlara katlanarak biraz daha uzun bir süre yaşaması beklentisine nazaran daha ağır basan bir haktır” diyerek pasif ötanaziyi meşru kabul etmiştir (2e, 45). Bu nedenle de, Alman uygulamasında hastanın rızasının dayalı olarak pasif ötanazinin uygulandığı sonucuna varabiliriz.

D. Avusturya

Avusturya’da insan haysiyetine uygun şekilde ölmek bir hak olarak görüldüğü için, hastanın rızasının varlığı halinde pasif ötanazi uygulamada kabul görmektedir. Avusturya’da da Almanya’da olduğu gibi, talep üzerine öldürme suçu (Ceza Kanunu prg.189/a) (46) ayrı bir suç olarak düzenlenmiştir. Ancak aktif ötanaziye ilişkin bir düzenleme mevcut değildir.

E. İngiltere

Yaşam ile ölüm arasındaki seçim ikilemi İngiltere’de 1980’li yıllarda tartışılmaya başlanmıştır (2d). Ancak ötanazi hiçbir zaman yasal bir durum haline gelmemiştir. 2004 yılında “Ölümcül Hastalara Yönelik Ölmeye Yardım Etme Yasa Tasarısı” alt yasama meclisi olan Avam Kamarası tarafından çoğunluk oylarla reddedilmiştir (6). Genel olarak, İngiliz Hukukunda ötanazi uygulamasının kabul edilmediği

ve şüpheli hallerin sıkı şekilde denetlendiği gözlemlenmektedir (2d).

Burada Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin konuya ilişkin ilk kararı olan, İngiltere ile ilgili Pretty-Birleşik Krallık Davası (24) hakkında kısa bilgi vermek istiyoruz. Bu bağlamda Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin uygulamasına da değinme imkânı bulmuş olacağız. Zira, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'ne 11. Ek Protokol'ün kabulünden önce görev yapan Avrupa İnsan Hakları Komisyonu, bu konuda iki kez kabul edilemezlik kararı verdiğinden, aktif ötanazinin sözleşme karşısındaki durumu daha önce Mahkeme tarafından incelenmemiştir (42).

Pretty kararına konu olan olayda (47), Bayan Pretty çok ağır ve ölümcül bir hastalığa yakalanmıştır. Hayatına son vermek istemektedir ancak hareket kabiliyetini kaybettiği için bunu yapamamaktadır. Aktif ötanazi hakkının kendisine tanınması için İngiliz mahkemesine başvuruda bulunmuş ancak mahkeme, insan hakları mevzuatının, kişinin yaşamını koruduğu; yaşamın sona erdirilmesini kapsamayacağı gerekçeyle talebi reddetmiştir. Bunun üzerine Bayan Pretty, AİHS m.3'e dayanarak, küçük düşürücü, aşağılayıcı bir muameleye maruz bırakıldığından bahisle, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne başvurmuştur. Başvurusunda, kendi hayatını bizzat kendisi fiziki imkânsızlık nedeniyle sonlandıramadığı için, intiharda kendisine yardımcı olacak olan kocasının ceza almaması talebinde bulunmuştur. Ancak AİHM, davalı durumunda olan İngiliz Hükümeti'nin, Bayan Pretty'e yönelik küçük düşürücü veya kötü muamele şeklinde bir eylemi bulunmadığı, davacının çektiği ıstırabın

hükümetin neden olduğu bir eylemden kaynaklanmadığı gerekçesiyle davayı reddetmiştir. Ayrıca AİHM, aktif ötanazi hakkının tanınmamasının, Sözleşmenin kişinin özel yaşamına saygı gösterilmesini talep etme hakkına ilişkin 8. Maddesine de aykırı olmadığına karar vermiştir (42).

AİHM'nin bu kararı değerlendirildiğinde, aktif ötanazinin veya hekim yardımlı intiharın AİHS'nin kapsamında görülmediği sonucuna varılmaktadır.

F. Diğer Bazı Ülkelerdeki Durum

Fransız Hukukunda yaşam hakkına yönelik tecavüzlerde mağdurun rızası hukuka uygunluk nedeni oluşturmamakta ve kasten öldürme suçu kapsamında değerlendirilmektedir (2e). 2005 tarihli Hasta Hakları Kanununda, yapılan her türlü tedavi konusunda hastanın iradesinin belirleyici olduğu, hastanın tedaviyi red hakkına saygı gösterilmesi gerektiği ifade edilmesi üzerine, diyebiliriz ki, Fransız Hukukunda özellikle aktif ötanazi yasaklanmıştır ve uygulanması durumunda kasten öldürme suçu söz konusu olacaktır (2e).

Belçika uygulamasının Hollanda'yı takip ettiğini söyleyebiliriz. 1996 yılından beri otoriteler ötanazinin yasalaşmasına ilişkin tartışmalar yapmaktadır. 2002 yılında Belçika, Hollanda'dan sonra ötanaziyi meşru kabul eden ikinci devlet olmuştur. Hollanda'dan farklı olarak Belçika, yasanın kabulünden önce ötanazi ve ölüme yardımla ilgili bir içtihat hukuku geliştirmemiştir ve istem üzerine adam öldürme de ayrı bir suç tipi olarak düzenlenmemiştir (24).

Avustralya'nın Kuzey Bölgesi'nde, 1995 tarihli Ölümcül Hastalık Kanunuyla ötanazi meşru sayılmıştır ancak bu kanun 1997 yılında Milletler Topluluğu tarafından yapılan değişiklikle geçersiz kılınmıştır (6).

İsviçre, birçok ülkenin aksine doktor olmayan kişilerin de ölüme yardım etmelerine imkân tanımıştır. Üçüncü kişi ve özellikle de ölüme yardım amaçlı kurulan ve ülke genelinde hizmet veren kurumlar aracılığıyla yapılan yardımlarla bireyin intiharını sağlamak biçimindeki ölüme yardım eylemleri, özel kanuni düzenlemelerle serbest bırakılmıştır (6).

5. TÜRK HUKUKUNDA DURUM

A. Genel Olarak

Yaşam hakkı doğumdan önce başlar ve ölümlle son bulur. Son derece önemli ve değerli olan yaşam hakkının, üzerinde tasarruf edilemeyecek bir hak olduğu Türk hukukunda genel bir kural olarak kabul edilmiştir. Yok edilmesi durumunda telafisi mümkün olmayan sonuçlar ortaya çıkacağından, Türk hukukunda kişinin kendi yaşamını sonlandırma kararını bir başkasının eline bırakması yasaklanmıştır. Yaşama hakkı aynı zamanda devlete karşı ileri sürülen bir savunma hakkıdır. Federal Alman Anayasa Mahkemesi'nin belirttiği gibi, bu hak aynı zamanda devlete yaşamı koruma ödevi yüklemektedir.

Mevzuatımızda birçok hüküm ötanazi kavramıyla yakından ilgilidir (6). Bunlara bu başlık altında değindikten sonra, ötanazinin belki de en çok ilgili olduğu hukuk dalı olan Ceza Hukuk bakımından konuyu ele alacağız.

Medeni Hukuka göre kişi sağ doğmakla vazgeçilmez ve devredilmez nitelikte bulunan hakları kullanma ehliyetine sahip olur. Yaşama hakkı; bu hakları kullanabilmenin en temel koşuludur (2r). Yaşama hakkı Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Anayasamızın 17. maddesine göre; “*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.*” Anayasada 2004 yılında yapılan değişlikle, anayasaya yaşama hakkına bazı istisnalar getiren şu fıkra eklenmiştir: “*Meşrû müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir tutuklu veya hükümlünün kaçmasının önlenmesi, bir ayaklanma veya isyanın bastırılması, sıkıyönetim veya olağanüstü hallerde yetkili merciin verdiği emirlerin uygulanması sırasında silah kullanılmasına kanunun cevaz verdiği zorunlu durumlarda meydana gelen öldürme fiilleri, birinci fıkra hükmü dışındadır.*” 17. madde dışında, Anayasa’nın “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlıklı 56. maddesi ise, herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu belirterek, bunu sağlama konusunda devlete ödevler yüklemektedir.

Hasta hakları ve tıp mesleğine ilişkin mevzuatımıza baktığımızda, konuya ilişkin iki önemli düzenleme karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü; ikincisi ise, Hasta Hakları Yönetmeliği’dir.

13 Ocak 1960 tarih ve 4/12578 numaralı Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün konuya ilişkin "*Meslektaşların Hastaları İle Münasebetleri*" başlıklı II. kısmının, 13. maddesinin 3. fıkrası şöyledir: "*Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.*" Aynı Tüzüğün 14. maddesinin 1. fıkrasında ise; "*Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.*" düzenlemesi yer almıştır. Bu maddeler birlikte değerlendirildiğinde, Nizamnamenin tam olarak ötanaziyi yasaklamadığı sonucu çıkmaktadır. Çünkü hastanın ıstırabını azaltma veya dindirmeye çalışmakla yükümlü olan doktor, hastanın hayatını kısaltsa ve sağlığını tehlikeye soksa dahi bunu yapacaktır. Bu durum da hastanın ölümüne yaklaşmasına neden olabilecektir.

Hasta Hakları Yönetmeliği (48), yoruma gerek bırakmadan (m.13) (49) ötanaziyi yasaklamaktadır. Bu düzenlemeyle, doktorun insan yaşamına saygı göstermesi ilkesinin doğal bir sonucu olarak ötanazi açık bir biçimde yasaklanmıştır (2e). Ancak aynı yönetmeliğin 24. maddesinde; karar verme yeteneği bulunan ergin bir hastanın bilinci açık ise ölümcül hasta olsun olmasın, tedaviyi reddetme hakkı bulunduğu, belirtilmektedir. Buna göre, hastanın ölümü geciktirecek veya engelleyecek bir tedaviyi reddetmesi mümkündür. Hasta tedaviyi red hakkını kullanmadan önce, uygulanacak tedavi konusunda

aydınlatılmış olmalıdır ve bunu gösteren yazılı belgenin hastadan alınması gerekmektedir. Bu aydınlatmayı yapan doktor artık bundan sonra doğacak sonuçtan sorumlu tutulmayacaktır. Yani, hasta iradesini ortaya koyup tedaviyi red ettikten sonra ölüm meydana gelmişse, doktorun artık cezai sorumluluğundan söz edilemeyecektir. 24. maddenin 6. fıkrası, müdahaleye başladıktan sonra rızanın geri alınmasını şarta bağlamıştır. Buna göre, hasta tedaviye rıza gösterdikten sonra, rızayı geri almak isterse, bunu ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlı olarak yapabilir (2e). Eğer tıbbi yönden sakınca varsa, tıbbi müdahaleye başladıktan sonra hastanın rıza göstermemesi geçerli olmaz ve doktorun tedavi yahut müdahaleyi tamamlaması gerekir (2e).

Rıza gösteremeyecek durumda olan, örneğin yoğun bakım hastalarına sağlanan yaşam desteğinin çekilmesi, bizim hukukumuzda açıkça düzenlenmemiş olduğu için, bu durum kasten öldürme suçu kapsamında değerlendirilmelidir (50).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesi ise, tedaviyi reddetme veya durdurma durumunu düzenlemiştir. Buna göre, "*Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir*".

Biyo-Tıp Sözleşmesi (51) m.9'da da “Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önünde bulundurulur.” ifadesi yer almaktadır. Anayasa'nın 90/son maddesi gereğince, usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmünde kabul edilip, iç hukuk kuralı haline geldiği için, bu hükmün müdahaleyi uygulayacak doktor tarafından bilinmesi gerektiği kanaatindeyiz.

B. Türk Ceza Hukukundaki Durum

Türk Ceza Kanununda ötanaziye ilişkin ayrı bir hüküm yer almamaktadır. Dolayısıyla, Türk Ceza Hukukunda ötanazi hukuka aykırılığı ortadan aldırın bir neden değildir (52). Genel eğilim, ötanazi yapanın, kasten öldürme suçundan (TCK m.81) sorumlu olacağı yönündedir.

Bu tür eylemlerin ayrı bir suç sayılması eğilimi hazırlanan bazı ceza kanunu tasarılarında (6, 52, 53) söz konusu olsa da, 5237 sayılı TCK'da böyle bir hükme verilmemiştir.

5237 sayılı TCK'nın konumuza ilişkin en önemli maddesi, konuyu rıza hukuka uygunluk nedeni içinde açıklamamızı sağlayan 26. maddedir. İlgilinin rızası hukuka uygunluk nedeni 765 sayılı Eski TCK'nın aksine, yeni TCK'da açık bir şekilde düzenlenmiştir. Özellikle 26. maddenin 2. fıkrasında düzenlenen “mutlak surette tasarruf edilebilir hak” kavramına dayanılarak, yaşam hakkı açısından rızanın geçerli olup olmadığı hususu tartışılmaktadır (6).

Kişinin hukuki yetkisini kullanmak suretiyle açıklamış bulunduğu rızaya dayalı olarak başkaları tarafından gerçekleştirilen davranışlar hukuka aykırı değildir. Ancak rıza açıklamasının bir hukuka uygunluk nedeni olabilmesi için, rızanın ilişkin bulunduğu konu üzerinde kişinin mutlak surette tasarruf edebiliyor olması gerekmektedir. Peki, yaşamı üzerinde kişi mutlak surette tasarruf hakkına sahip midir? Veya başka bir ifade ile; yaşama hakkı ölme hakkını da ihtiva eder mi? Anayasa m.17/1 ve AİHS m.2 yaşam hakkı bakımından bir güvence içermekte; buna karşılık "ölme hakkı"nı garanti etmemektedir (47). Yani, yaşama hakkı ölme hakkını ihtiva etmemektedir. Kişi hayatı üzerinde mutlak surette tasarrufta bulunma yetkisine sahip değildir (46).

Kişinin üzerinde mutlak tasarrufta bulunabileceği bir konuya ilişkin olmakla birlikte; hukuk düzeni, konu üzerindeki tasarruf biçimi bakımından da rıza açıklamasına genel güvenliğin sağlanması açısından sınır getirebilmektedir. Örneğin, kişi sahibi bulunduğu malvarlığı üzerinde başkalarının tasarrufta bulunmasına izin gösterebilir. Ancak, örneğin bir yerleşim bölgesindeki binanın yakılmasına yönelik olarak açıklanan rızaya hukuki geçerlilik tanınmamıştır (46) (TCK m. 170, 171). Görüldüğü gibi, üzerinde tasarrufta bulunulabilen bir hak bile genel güvenliğin sağlanması amacıyla sınırlanabilmektedir. Yaşama hakkı gibi üzerinde tasarrufta bulunulmayacak bir hakka yönelik rıza açıklaması da geçerli olmayacaktır.

SONUÇ

Yapılan açıklamalar dikkate alındığında görülmektedir ki, ötanazi; insanlığın gündeminden hiç düşmeyen bir konudur ve istismara açık olması, bu tip istismar örneklerinin geçmişte yaşanmış olması (17, 54) nedeniyle de ihtiyatla yaklaşılması gereken bir konudur.

İyileşmesi mümkün olmayan veya tedavisi mümkün olmayan hastalık kavramı, şüpheli ve sorunlu bir kavramdır. Nisbi bir kavramdır; zamana, mekâna ve kişiye göre değişebilmektedir. Dün iyileşemez sayılan ve binlerce insanın ölümüne yol açan bir hastalık, bugün en basit bir şekilde tedavi edilebilen bir hastalık haline gelmiştir (2a). Doğal olarak bugün de ötanaziye gerekçe teşkil eden “tedavisi mümkün gözükmeyen hastalıklar” için her an yeni bir tedavi veya ilaç bulunması söz konusudur. Sadece bu açıdan bakıldığında bile, ötanazi uygulaması geriye dönülmesi imkânsız bir sonuç yaratacaktır.

Ötanazi, öyle sanıyoruz ki, hukukçuların da üzerinde tam anlaşma sağlayamadığı bir konu (2p) olmaya devam etmektedir. Enrico Feri'ye göre, mağdurun isteğiyle öldürülmesi halinde, faile ceza verilemez (1). Türk doktrininde DÖNMEZER (2f,8), ARTUK/YENİ DÜNYA, ÖZTÜRK gibi yazarlar, pasif ötanaziyi, kişinin kendi geleceğini belirleme ve tedaviyi reddetme hakkı bağlamında değerlendirip genellikle cezalandırılması gerektiği görüşünü benimsemektedirler. ÜNVER ise aktif ötanazinin de cezalandırılmaması gerektiğini savunmaktadır (55).

Bize göre de pasif ötanazi, bizim hukukumuzda Hasta Hakları Yönetmeliği'nde düzenlenen "tedaviyi red" hakkı ve özellikle TCK m. 26/1'deki hakkın icrası hukuka uygunluk nedeni dolayısıyla hukuka uygundur ve suç teşkil etmez. Pasif ötanazi, ihmali hareket suretiyle kasten öldürme suçu kapsamında değerlendirilmemelidir. Etik ve moral açıdan da bunun böyle olması kanaatindeyiz. Bu nedenle, pasif ötanazinin cezalandırılmaması için hüküm bulunmadığını söylemek bizim hukukumuz açısından mümkün değildir.

Hastanın açık bir şekilde ve ısrarla ötanazi talebinde bulunması karşısında hekimin acı dindirmek, yardım etmek gibi amaçlarla bunu yapması sonucunda TCK m. 62 takdiri bir indirim sebebi olabilir kanaatindeyiz. Şartlarının çok iyi belirlenmesi ve sıkı koşullara bağlı tutulması durumunda aktif ötanazi uygulamak zorunda olan hekimlerin adam öldürme suçuna oranla daha hafif bir şekilde cezalandırılmalarını sağlayan yasal bir düzenlemenin İsviçre veya Alman Ceza Kanunlarında olduğu gibi bizim ülkemiz açısından da söz konusu olabileceği (2h) görüşüne biz de katılmaktayız. Zira çok ıstırap verici ağrılar içinde kıvranan bir hastanın yoğun talebi karşısında acıma hissine kapılarak, hastanın çektiği dayanılmaz acılara bir an önce son vermek amacıyla ötanazi talebinin kabul edilmesi insana çok da yabancı bir durum değildir. Burada üzerinde durulması gereken önemli nokta, çok ağır ve dindirilemeyecek şekilde ağırlı bir hastalığın mevcudiyetinden dolayı kişinin açık ve yoğun ötanazi isteğinin tespit edilmesidir. Aksi halde depresyona giren kişiler ötanaziye bir fırsat gibi görebileceklerdir.

Tüm bu bilgiler çerçevesinde vardığımız sonuç şudur ki; tedaviyi red hakkı çerçevesinde hasta olan kişi,

önerilen tedaviyi kabul etmeyebilir veya tedaviyi hiç başlattırmayabilir. Böyle bir durumda, tedavinin kesilmesi hastanın ölümü ile sonuçlansa da doktorun sorumluluğu söz konusu olmayacaktır. Ancak tıptaki gelişmelerin çok hızlı ilerlediği günümüzde bizce hastanın tedavi yöntemlerini araması telafisi imkânsız sonuçların doğmasını önleyebilecektir. Şunu da unutmamalıyız ki, bu değerlendirme masa başında kolay yapılabilir. İçinde bulunulan koşullar kişinin fikirlerini değiştirebilmekte, normal zamanda asla almayacağı kararları aldırabilmektedir. Kişi belki de tedavi imkânının bir süre sonra olacağını bilse asla ölümü seçmeyecektir. Yaşamak öylesine güzel bir duygudur ki, bir defa nefes almak dünyalara bedeldir. Tüm bu mülahazalardan sonra son söz olarak şunu diyebiliriz ki, asıl olan yaşamı uzatmak olmalıdır; ölüm değil. Ancak yukarıda çizilen sınırlar içinde pasif ötanazi mümkün olabilir; aktif ötanazinin ise suistimallere açık bir kavram olması nedeniyle mümkün olmadığı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Thomas Moore, 1516 yılında Lieges'de yayımladığı "La Nouvelle ile d'utopie" (Ütopya Haberi) isimli eserinde ötanazinin ilk müdafii olmuştur. Ancak Francis Bacon "Novum Organum" isimli kitabının "Gayri kabili şifa hastalıkların tedavisi "Ötanazi" bahsinde bu meseleyi ciddi bir şekilde ele almıştır. Bacon " Hekimin vazifesi, hastanın ağrı ve ızdırabını dindirmek, sıhhatını düzeltmek olmakla beraber kolay ve sükun içinde bir ölüme de hizmet edebilmektir." demektedir. Bacon'un ortaya attığı bu prensip ilgi görmemiş ve uzun seneler

bu mevzuu unutulmuştur. Öztürel, Adnan, Ötanazi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: XIV, Sayı: 1-4, 1957, s. 264-265.

2. a) Öztürk, Bahri ve Erdem, Mustafa Ruhan, Uygulamalı Ceza Hukuku ve Güvenlik Tedbirleri Hukuku, 11. Baskı, Ankara 2011, s. 223; b) Bayraktar, Köksal, Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul 1972, s. 150; c) Özkara, Erdem, Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar, Birinci Baskı, Ankara 2001, s.11; d) Güven, Kudret, Kişilik Hakları ve Ötanazi, Ankara 2000, s.12; e) Artuk, M.Emin ve Yenidünya, A.Caner, Ötanazi, Hukuk ve Etik Boyutuyla Ötanazi, Derleyen: Prof. Dr. Nur Centel, Koç Üniversitesi Hukuk Fakültesi Disiplinlerarası Hukuk Çalışmaları Serisi No:1, 1. Baskı, İstanbul 2011, s. 108.; f) Artuk, Mehmet Emin, Ötanazi, Cilt: 18, Sayı: 3, Temmuz 1992, s. 301; g) Çakmut, Özlem Yenerer, Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, İstanbul 2003, s. 140. ; h) Özen, Muharrem ve Şahin, Meral Ekici, Ötanazi, Ankara Barosu Dergisi, Yıl: 68, S: 2010/4, Ocak 2010, s.17; i) Cem, Eroğul, Ölüm Hakkı, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, C: 48, S: 1-4, s. 47.; j) Besiri, Arzu, Ötanazi ve Yaşam Hakkı, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, Sayı: 86, Ocak-Şubat 2010, s. 191; k) Yalvut, Necdet, Mukayeseli Hukuk Açısından Ölümünü İsteyen Şifasız Hastaların Öldürülmesi Suçu, Yasa Hukuk Dergisi, Haziran 1978, s. 1002; l) Tunç, Sevim, Ankara Barosu Dergisi, Yıl: 1955, Sayı: 2, s.701-702; m) Çelen, Ömer, Ölüm Yardımı Açısından Hekimin Sorumluluğu, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt:II, Sayı: 3-4, Aralık 2007, s.52; n) Çelik, Faik, Biyo-Hukuk Sözleşmesine Göre Ötanazi, Cilt: VIII, Sayı:2, Yıl: 8, Kasım 2005, s.169; o) Keskin, Bayram, Ötanazi ve Hukuk, Kazancı Hakemli Hukuk Dergisi, Sayı: 37-38, Eylül-Ekim 2007,s.95; p) Bağcı, Olcay, Ötanazi Konusunda Hukukçular Üzerinde Bir Anket Çalışması, Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2002/1, İstanbul, s. 19; r) Karaca, Süleyman, İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötanazi,

- T.C. Adalet Bakanlığı Adalet Dergisi, Yıl: 92, Sayı: 6, Ocak 2001, s.120.
3. Artuk, Mehmet Emin, Mukayeseli Hukuk ve Türk Hukukunda İntihara İkna ve Yardım Suçu, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları, Cilt:8, Sayı: 1-3, Yıl: 1994.
 4. Eski TCK m.454'de olduğu gibi, 5237 Sayılı TCK m. 84'de de "intihara yönlendirme" suç olarak düzenlenmiştir. Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/ Önok, R.Murat, Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku (İntihara Yönlendirme Suçu), 7. Baskı, Ankara 2010, s. 181-186.
 5. Özkan, Nükhet, Türk Ceza Hukukunda Ötanazi, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 1997, s. 73 vd; Bayraktar, s. 154; Artuk, "Ötanazi" , s. 303 vd.
 6. Ünver, Yener, Türk Ceza Hukuku Açısından Ötanazi, Hukuk ve Etik Boyutuyla Ötanazi, Derleyen: Prof. Dr. Nur Centel, Koç Üniversitesi Hukuk Fakültesi Disiplinlerarası Hukuk Çalışmaları Serisi No:1, 1. Baskı, İstanbul 2011, s. 29.
 7. Ötanazi eyleminin gerçekleşmesini sağlayan yönetime bağlı olarak yapılan ötanazi ayırımında ÖZKARA, "Hekim Yardımlı İntihar (Physician Assisted Suicide, Pas)'a da işaret etmektedir. Buna göre hekim yardımlı intihar; Hastanın açık istemine bağlı olarak hekimin hastaya kendini öldürebilmesi için gerekli bilgi ve malzemeyi sağlamanın ardından öldürücü eylemin bizzat hasta tarafından gerçekleştirilmesidir. Özkara, Erdem, Ötanaziye Farklı Bir Bakış: Belçika'da Ötanazi Uygulaması ve Ülkemizdeki Durum, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, Sayı: 78, Eylül- Ekim 2008 s.19.
 8. Dönmezer, Sulhi, Kişilere ve Mala Karşı Cürümler, 15. Bası, İstanbul 1998, s. 30.
 9. Mendelson, Danuta/Jost, Timothy S.,A Comparative Study of the Law of Palliative Care and End-of-Life Treatment, Journal of Law, Medicine and Ethics, Volume: 31, Issue:1, Spring 2003, s. 130-143 (Aktaran: Artuk, M.Emin/Yenidünya, A.Caner).

10. Böyle bir sorun söz konusu olmasaydı, yeminde böyle bir yasağı değinilmesi anlamsız olurdu.
11. Gürcan, Ertuğrul Cenk, Ötanazi: Yaşama Hakkı Açısından Bir Değerlendirme, AÜHFĐ, Cilt:60, Sayı:2, Yıl: 2011, s.265.
12. Hakeri, Hakan, Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis) Komplikasyon ve Sağlık Mensuplarının Sorumluluğu, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakóltesi, Yayına Hazırlayan: Prof. Dr. Yener Ünver, İstanbul 2008, s.44.
13. Ömerođlu, Ömer, Hukuksal Açıdan Ölme Hakkı ve Kabul Edilebilirliđi Sorunu, Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakóltesi Dergisi, Cilt: XIII, S: 3-4, Aralık 2009, s. 87.
14. Aristo'nun düşüncesinin temelinde, devlete mutlak itaatin olduğunu görmekteyiz. İntihar eden kişilerin devlete olan görevlerini yerine getirmekten kaçındıklarını, bu nedenle suç işlediklerini savunmuştur. Aristo bu düşüncesini daha da ileri götürüp, rahatsızlıkları nedeniyle devlete karşı görevlerini yerine getiremeyecek durumda olan, örneğin sakat çocukların, öldürülmesinin yasal olması gerektiğini ileri sürmüştür.
15. Bade, Ulf, Der Arzt an den Grenzen von Leben und Recht, Schmidt Römhild, 1988, s. 38.
16. Thomas More'un "Ütopya" (Çeviri) Dürüşken, Çiğdem, Ütopya (Çeviri), İstanbul 2009.
17. Kamay, Behçet Tahsin, Ötanaziler-Ölümü Yaklaşan Hastayı İstirapsız Öldürme, Ankara Barosu Hukuk Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 93-94, Ocak-Şubat 1952, s.6.
18. Yiğit, Yaşar, İslam Ceza Hukuku Açısından Ötanazi ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi, İslami Araştırmalar Dergisi, Cilt:16, Sayı: 3, Yıl:2003, s.337-349.
<http://www.islamiarastirmalar.com/upload/pdf/3f78d71094c94a0.pdf>.
19. Fransa'da 1930'dan önce de çarpıcı örneklere rastlanmaktadır. Örneğin, 1912 yılında Fransız savcılarında birisi felçli karısının öldürmüştü ve bir senedir kadını maruz kaldığı işkenceden kurtardığını söylemişti ve ceza almamıştır. Yine, 1925 yılında Madam

- Uminska, ameliyat olan, bütün vücudunu kanserin istila ettiği muzdarip aşıkını öldürmüştür. Buna benzer bir dram da 8 gün sonra Asnieres de cereyan etmiştir.
- 20.http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_the_United_States
21. Umar, Bilge, Hukuk Başlangıcı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Yayınları No: 79, İzmir 1997, s. 46.
22. Budacı dinler, Hindu dinleri, Taoculuk, Konfüçyüsçülük, Şinto gibi. Ayrıntılı bilgi için bkz. Umar, s. 46 vd.
23. Otlowski, Margeret, Voluntary Euthanasia and The Common Law, Oxford University Press, New York, 1997, s. 213.
24. İnceoğlu, Sibel, İnsan Hakları Bakımından Ötanazi, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: III, Sayı:2 (Özel Sayı: Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu), Yıl: 2006, s.289.
25. Papa Pius XII; ağrının ve şuur halinin narkotik kullanımı suretiyle bastırılmasının dini ve moral açıdan doktor ve hasta için caiz olup olmadığı sorusuna, “başka hiçbir çare yoksa ve eğer mevcut şartlarda bu ilaç diğer dini ve moral vecibeleri yerine getirmeyi engellemiyorsa evet” şeklindeki yanıt vermiştir. R.Gula, Euthanasia-Moral and Pastoral Perspectives, New York- 1995, s. 75 (Aktaran Güven, s. 66).
26. İsrâ Suresi,70: “Biz, hakikaten insanoğullarını şerefli kıldık, onları (çeşitli vasıtalarla) karada ve denizde gezmesini sağladık, temiz şeylerle onları rızıklandırdık, yarattıklarımızın pek çoğundan üstün kıldık.”
27. Kaya, Ali, İslam Hukukuna Göre Ötanazi, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı:6, Cilt:6, Yıl: 1994. S. 145.
28. Bilmen, Ömer Nasuhi, Hukuki İslamiyye ve İstılahatı Fıkhiye Kamusu, Cilt III, İstanbul 1957, s. 47.
29. El Maide Suresi, 32.
30. El Bakara, 2/97.
31. Sabrı tüm Müslümanlara örnek olarak gösterilen Hz. Eyüp ile ilgili Kuran’da; “Gerçekten Biz onu sabredici

bulduk. O ne güzel kuldu. Çünkü o (daima Allah'a) yönelip-dönen biriydi." buyurulmuştur. Hz. Eyüp ciddi bir hastalığa yakalanarak sıkıntı çekmiştir. Ancak içinde bulunduğu her türlü ağır şartta daima sabrı ve Allah'a olan güveni ile öne çıkmıştır. Bunun dışında Sad Suresi 41, Enbiya Suresi 83 ve 84'de Hz. Eyüp'ten bahsedilir. Allah insanları çok farklı şekillerde imtihan etmektedir. Allah'ın salih kullarından biri olan Hz. Eyüp de şiddetli bir sıkıntı ile denenmiştir. Benzer sıkıntılar yine dünyadaki imtihan ortamı içinde başka Müslümanların başına da gelebilir. Dolayısıyla bu tür bir durumda kalan bir mümin Hz. Eyüp örneğinde olduğu gibi imtihanın şekli ve süresi ne olursa olsun Allah'ın insana taşıyamayacağı yükü yüklemeyeceğinin bilincinde olmalıdır. Toplumda bu durumu hatırlatmak için "Eyüp sabrı" deyimini kullanılmaktadır.

32. Nisa Suresi 4/29'da "Kendinizi öldürmeyiniz" ifadesi kullanılarak, kişinin kendi canına kıyması net bir dille yasaklanmıştır.
33. Ayrıntılı bilgi için, Karaman, Hayreddin, İslam'ın Işığında Günün Meseleleri 1-2, İstanbul 2006, s. 59 vd.
34. El İsra, 17/33.
35. Kişinin sonunda öleceği bilirse dahi tedaviyi reddetme hakkının olduğuna dair California Yüksek Eyalet Mahkemesi'nin "Bouvia Davası"ndan çok kısa bahsedelim. ABD'de ötanazi ile ilgili verilen önemli kararlardan biri olan Bouvia davasında, kişi ölümcül derecede hasta olmamasına rağmen, sürekli bakıma ihtiyaç duyan ve kendi başına hayatını devam ettiremeyecek bir durumdadır. Bu nedenle ölme konusunda isteğini dile getirmiştir. Ancak bu talebi her defasında reddedilmiştir. Bayan Bouvia, günlük ihtiyacından daha az oranda beslenerek kendisince ölümünü hızlandırmaya çalışmıştır. Hastane çalışanlarının kendisini zorla beslemelerine izin vermemiştir ve yargı yoluna başvurmuştur. Ancak mahkeme Bayan Bouvia'nın az beslenerek ölümünü hızlandırmaya çalıştığından bahisle bu talebini reddetmiştir. California Yüksek Eyalet Mahkemesi ise, kişinin sonunda öleceği

bilinse dahi, tedaviyi reddetme ve bu bağlamda beslenmeyi reddetme hakkının bulunduğu yönünde karar vermiştir.

36. Kasım 1994'de Oregon Eyaletinde "Şerefiyle Ölüm Yasası" çıkarılmıştır. Bu yasayla ölümcül hastalar için hekim yardımlı intihar suç olmaktan çıkarılmıştır.
37. http://en.wikipedia.org/wiki/Baxter_v._Montana.
38. Tokaç, Mahmut, Ötanazi, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İlkbahar 2010, S.14.;
http://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian.
39. Ölçer, F. Pınar, Hollanda Hukukunda Ötanazi, Fasikül Aylık Hukuk Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 4, Mart 2010.
40. Asıl adı İstek Üzerine Yaşamın Sonlandırılması ve İntihara Yardım Kanunu'dur ancak kısaca "Ötanazi Kanunu" olarak adlandırılmaktadır.
41. Ölçer, Pınar, Ötanazi ve Hekim Yardımlı İntihara İlişkin Hollanda Hukuku, Hukuk ve Etik Boyutuyla Ötanazi (Derleyen: Prof. Dr. Nur Centel), s. 357-358.
42. Erman, Barış, Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Ankara 2003, s. 129
43. Yenisey, Feridun ve Plagemann, Gottfried, Alman Ceza Kanunu Almanca Metin, Türkçe Çeviri ve Sözlük, İstanbul 2009, s. 287.
44. Al. C.K.m.212'de, kasten öldürme suçu için müebbet hapis cezasına varan yaptırım öngörülmüştür.
45. Federal Alman Yüksek Mahkemesi'nin 2010 yılının Haziran ayında verdiği yeni bir kararla pasif ötanazinin meşruluğunu yinelemiştir. Bu karara göre; " ..hasta, hayatının suni olarak uzatılıp uzatılmamasına veya tedavinin bitip bitmeyeceğine tek başına karar verebilir.. onurlu bir hayat sürmek için onurlu bir ölümü gerekli görebilir."
46. Özgenç, İzzet, Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler, 4. Baskı, Ankara 2009, s. 328.
47. Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/Sancakdar, Oğuz ve Önok, Rifat Murat, İnsan Hakları El Kitabı, s. 131 vd.
48. Hasta Hakları Yönetmeliği (RG 01.08.1998).

49. Madde 13: “Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez.”
50. Mahmutoğlu, Fatih Selami, “Ötanazi ve Yaşam Desek Ünitelerine Bağlı Hastaların Durumu, 21. Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri Etik ve Hukuksal Yönler, II. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, Bildiri Kitabı, Ankara 2009, s. 91 vd
51. Bu Sözleşme, Türkiye Cumhuriyeti tarafından 4 Nisan 1997 tarihinde imzalanmıştır. “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” adıyla ve 5013 Kanun numarası ile 9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir
52. Centel, Nur/ Çakmut, Özlem ve Zafer, Hamide, Türk Ceza Hukukuna Giriş, 5. Baskı, Ekim 2008, s. 325 vd.
53. Örneğin, Türk Ceza Kanunu 1989 Öntasarısında “iyileşmesi kabul olmayan ve ileri derecede ıstırap verici bir hastalığa tutulmuş bulunan bir kimsenin şuuruna ve hareketlerinin serbestliğine tam olarak sahip iken yaptığı ısrarlı talepleri üzerine ve sadece hastanın ıstıraplarına son vermek maksadıyla öldürme fiilini işlediği sabit olan kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir.” Hükmüne yer verilmiştir ve aynı hüküm Türk Ceza Kanunu 1997 Öntasarısında da “acıyı dindirme” başlığı altında m.137’de tekrarlanmıştır. 2000 TCK Tasarısında (m. 140) “acıyı dindirme saiki” başlığı altında, aktif ötanazi çok az miktarda ceza yaptırımını ile karşılanan ve önceki tasarılarda yer alan düzenlemelere benzeyen bir şekilde düzenlenmiş idi.
54. Özellikle burada Hitler Almanya’sındaki durumu belirtmek ihtiyacı duyulmaktadır. Hitler, Nietzsche’nin “Hasta insan cemiyet için bir parazittir, yaşama zevki kaybolduktan sonra yaşaması doğru değildir. O halde yaşama hakkı cemiyetin hakir nazarlarından kurtarılmalıdır.” fikrini benimsemiş ve “Ich Klage an”- İtham

Ediyorum isimli bir film çevrilerek, halkın fikrini bu sosyal politikaya hazırlamak için Almanya'nın her yerinde halka gösterilmiş ve deliler ve şifası kabil görülmeyen hastalar listesi, devletçe hazırlanıp bu kişiler öldürülmüştür. Nurenberg Mahkemesi esnasında 200.000 hasta çocuğun morfinle veya gaz odalarında veya aç bırakılarak öldürüldü. Ayrıntılı bilgi için bkz.

55. ÜNVER, aktif ötanazinin suç olmaktan çıkartılması ve talep üzerine adam öldürmenin de cezayı hafifletici bir neden olarak düzenlenmesi gerektiği görüşünü savunmaktadır. ÜNVER, Yener, Avrupa Biyo-Hukuk Sözleşmesi'nin Türk Hukuku'na Etkileri, KHUKA Kasım 2005, s. 186 vd.

EGE TIP AYIN KİTAPLARINDAN YAYIMLANMIŞ ÖRNEKLER

<u>S.NO</u>	<u>YIL</u>	<u>KİTABIN ADI</u>
109.	2010	İdiyopatik Hiperhidrozis ve Tedavisi Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI
110.	2011	Grip (İnfluenza) Editör: Doç. Dr. Candan ÇIÇEK
111.	2011	Her Şeye Rağmen Etik Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
112.	2011	İnsan Gelişiminin Erken Dönemi ve Plasental Bozukluklar Editör: Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
113.	2011	Geriatride 5D'ler Editör: Prof. Dr.Sibel ÜLKER GÖKSEL Doç.Dr. Fulden SARAÇ
114.	2011	Geriatride Sık Rastlanan Tıbbi Sorunlar Editör: Prof. Dr.Sibel ÜLKER GÖKSEL Yrd. Doç.Dr. Mehmet Akif YALÇIN
115.	2012	Menopoz Editör: Prof. Dr.Kemal ÖZTEKİN
116.	2012	Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım Editör: Prof. Dr. Mehdi ZOGHI
117.	2012	Lokal Anestezikler Editör: Doç. Dr. Semra KARAMAN Prof. Dr. Aytül ÖNAL
118.	2013	Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri ve Tıp Eğitimi Editör: Prof. Dr. Baha TANELİ Doç.Dr. Hatice ŞAHİN
119.	2013	Kan Yolu İle Bulaşan İnfeksiyöz Etkenler Editör: Prof. Dr. Rüçhan YAZAN SERTÖZ
120.	2013	Diş Hekimliğinde Anestezi ve Analjezi Editör: Prof. Dr. Taner BALCIOĞLU Prof.Dr. Bahar SEZER
121.	2013	Başarı Yolunda Rüzgarını Kendin Yarat Editör: Doç.Dr. Tezan BİLDİK

BASIMA HAZIRLANAN EGE TIP AYIN KİTAPLARI

Konjenital Kalp Cerrahisi ve Anestezi

Editör : Doç. Dr. Seden KOCABAŞ

Ayın Kitaplarını;

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu'ndan temin edebilirsiniz.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu

Tel : (0232) 390 31 03 e-mail : egedergisi35@gmail.com

ÖTANAZİ

Tıbbın en önemli etik sorunlarından birisi olan ötanaziye karşı mesafeli duruşun giderek ortadan kalkmaya başladığını ve ötanaziye bir tür hasta hakkı ve talebi gibi algılayan yaklaşımların benimsendiğini görüyoruz.

Ötanazi, pek çok bilimsel disiplinin tartışabileceği bir konudur. Derinlemesine incelemeyen, etik değerlendirmeleri ve çözüm önerilerini oluşturmadan hukuksal bir sonuç ile ötanaziye yasal bir zemine yerleştiren ülkeler, belki bilinçli belki de bilinçsiz bir şekilde tıbbın çok değerli etik mirası olan "yaşama saygı" ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadırlar.

Prognozu ümitsiz olsa bile, hastaların ötanaziye bir çıkış yolu gibi görmesini önlemek vicdani bir sorumluluktur.

Tıp, hastalıkları tedavi etmesinin yanında, ümitsiz hastalara ölümü çağrıştıracak veya onların istemleri doğrultusunda ölümü sunacak yaklaşımlardan vazgeçmediği takdirde, insanlık tarihi kadar eski geçmişine ve hastayı yaşatmakla ilgili ödenevine gölge düşürmeyecek midir?

