

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ADANA İLİNDEKİ ÇEŞİTLİ HASTANELERİN YOĞUN BAKIM
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖTANAZİ
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ**

GÜLŞAH KUMAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Prof. Dr. Z.NAZAN ALPARSLAN

Tez No:.....

ADANA - 2005

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ADANA İLİNDEKİ ÇEŞİTLİ HASTANELERİN YOĞUN BAKIM
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖTANAZİ
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ**

GÜLŞAH KUMAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI

Prof. Dr. Z.NAZAN ALPARSLAN

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Tarafından
ASYO 2004 YL 1 no'lu proje olarak desteklenmiştir.

Tez No:.....

ADANA - 2005

KABUL VE ONAY FORMU

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri adlı çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:01/ 09/ 2005

İmza

Prof.Dr.Nazan ALPARSLAN
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Biyostatistik Ana Bilim Dalı
Jüri Başkanı

İmza

Prof.Dr. İlder UZEL
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Deontoloji ve Tıp Tarihi
Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza

Yard.Doç.Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Adana Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı

Yukarıdaki tez, Yönetim Kurulunun .../.../ 2005 tarih vesayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof.Dr. Sait Polat

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında öneri, katkı ve desteğini aldığım danışman hocam sayın Prof.Dr. Nazan ALPARSLAN'a, mesleğimle ilgili gelişimime katkıda bulunan, ders ve tez aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Bölüm Başkanı hocam sayın Yrd.Doç.Dr.Gürsel ÖZTUNÇ'a, çalışmamı sürdürmemde destek ve yardımcı olan hemşirelik ve ebelik bölümleri tüm öğretim görevlilerine, kaynaklara ulaşmamda yardımcı olan hocam sayın Yrd.Doç.Dr.Selim KADIOĞLU'na, yüksek lisans öğrencilerine ve birlikte çalıştığım mesai arkadaşlarıma, yabancı dilde yayınlanmış literatürden yararlanmamda katkıda bulunan Dahiliye Anabilim Dalı doktor arkadaşlarıma, lisans ve yüksek lisans eğitimlerime hemşirelik alanında devam etmeme vesile olan hocam sayın Makbule BATMAZ'a, umutsuzluğa kapıldığımda manevi desteklerini hiç eksik etmeyen değerli dostlarım Derya KANARIĞ ve Aynur İNCESESLİ'ye, sınırsız sevgileri ile eğitimime devam etmem için her türlü imkanı sağlayan ve beni her konuda destekleyen anneme, babama ve kardeşlerime, araştırmamın uygulanmasına destek veren hastane yönetimlerine ve araştırmaya katılan hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	2
2.1. Ötanazi Nedir?	2
2.2. Ötanazi Ne Değildir?	3
2.3. Ötanazi Türleri	3
2.3.1. İstemli (Voluntary) Ötanazi	4
2.3.2. İstem Dışı (Non Voluntary) Ötanazi	4
2.3.3. İstemsiz (Unvoluntary) Ötanazi	4
2.3.4. Aktif (Doğrudan) Ötanazi	5
2.3.5. Pasif Ötanazi (Ortotanezi)	5
2.3.6. Erken (Pediatrik)Ötanazi	5
2.3.7. İç Ötanazi (Self-Ötanazi)	6
2.3.8. Dış Ötanazi	6
2.3.9. Kazai Ötanazi	6
2.3.10. Medikal Ötanazi	6
2.3.11. Asiste İntihar (Assisted Suicide)	6
2.4. Antik Çağ'dan 21. Yüzyıla Ötanazinin Gelişimi	7
2.5. Ahlaki, Dini, Felsefi Ve Sosyal Açısından Ötanazi	11
2.5.1. Yaşamın Kutsallığı Tezi	12
2.5.2. Yaşamın Niteliği Tezi	15
2.6. İnsan ve Hasta Hakları Açısından Ötanazi	16
2.6.1. İnsan Hakları Açısından Ötanazi	16
2.6.2. Hasta Hakları Açısından Ötanazi	18
2.7. Hukuk Açısından Ötanazi	20
2.8. Ötanaziye İlişkin Olgu Örnekleri	24
2.9. Sağlık Profesyonelleri Açısından Ötanazi	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.3. Veri Toplama Aracı	33
3.4. Veri Toplama Süreci	34
3.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlaması	34
4. BULGULAR	35
4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler	35
4.2. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Bilgileri	38
4.3. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri	39
5. TARTIŞMA	58
5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler	58
5.2. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Bilgileri	59
5.3. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri	60

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	71
6.1.Sonuçlar	71
6.2.Öneriler	75
7.KAYNAKLAR	78
EKLER	82
EK-1 Anket Formu	82
ÖZGEÇMİŞ	88

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1	Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı	35
Çizelge 4.2	Hemşirelerin çalışma yerlerinin özelliklerine göre dağılımı	36
Çizelge 4.3	Hemşirelerin yaş grupları ve çalıştıkları hastanelere göre dağılımı	37
Çizelge 4.4	Hemşirelerin mezun oldukları okullar ve çalıştıkları hastanelere göre dağılımı	37
Çizelge 4.5	Hemşirelerin Ötanazi Tanımlamaları	38
Çizelge 4.6	Ötanazi hakkındaki bilgilerini hangi kaynaklardan edindiklerine ait verdikleri cevapların dağılımı	38
Çizelge 4.7	Hemşirelerin ötanazi uygulaması konusundaki düşüncelerinin dağılımı	39
Çizelge 4.8	Hemşirelerin Aktif Ötanaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı	40
Çizelge 4.9	Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	40
Çizelge 4.10	Hemşirelerin yaşlarına göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	41
Çizelge 4.11	Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	41
Çizelge 4.12	Hemşirelerin Pasif Ötanaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı	42
Çizelge 4.13	Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre pasif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	43
Çizelge 4.14	Hemşirelerin yaşlarına göre pasif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	43
Çizelge 4.15	Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre pasif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı	44
Çizelge 4.16	Hemşirelerin aktif ötanaziye destekleme ile pasif ötanaziye destekleme durumlarının karşılaştırılması	44

Çizelge 4.17	Hemşirelerin yatağa bağlı olmaları durumunda kendileri için ötanazi isteme,istememe ya da kararsız olma nedenlerinin ötanazi isteme durumları ile karşılaştırılması	46
Çizelge 4.18	Birinci Dereceden Bir Yakınları İçin Ötanazi Uygulamasını Kabul Etme Durumları ile Kendileri İçin Ötanazi İstemelerinin Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.19	Sizce Ötanazi uygulaması Türkiye’de yasallaşmalı mıdır sorusuna verdikleri cevapların yüzde dağılımları	47
Çizelge 4.20	Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye’de yasallaşmasını destekleme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı	48
Çizelge 4.21	Ötanazinin yasallaşması durumunda kimlere uygulanması gerektiği konusunda hemşirelerin görüşleri	48
Çizelge 4.22	Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye’de yasallaşmasını destekleme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı	49
Çizelge 4.23	“Ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı kim yapmalıdır” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	50
Çizelge 4.24	Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	50
Çizelge 4.25	Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştirme eylemine yardım eden bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	50
Çizelge 4.26	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alır mısınız sorusuna verdikleri cevapların dağılımı	51
Çizelge 4.27	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının ötanazinin yasallaşmasını destekleme durumlarına göre dağılımı	51
Çizelge 4.28	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı	52
Çizelge 4.29	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımı	52

Çizelge 4.30	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı	53
Çizelge 4.31	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alma durumlarının yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteme durumlarına göre dağılımı	53
Çizelge 4.32	Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alma durumlarının birinci derece bir yakınları için ötanaziyi kabul etme durumlarına göre dağılımı	54
Çizelge 4.33	Ötanazinin yasal olarak uygulanmaya başlanırsa istismar edilebileceği konuların dağılımı	54
Çizelge 4.34	Hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşüncelerinin dağılımı	55
Çizelge 4.35	Hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşüncelerinin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulamasında görev alma istekleri ile karşılaştırılması	55

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

THD	Türk Hemşireler Derneği
ICN	International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Birliği)
DNR	Do Not Resuscitate (Resüsite Edilmeyecek)
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
AIHS	Avrupa İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme
AY	Türkiye Cumhuriyeti Anayasası
TCK	Türk Ceza Kanunu
Ç.Ü.T.F.	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
SML	Sağlık Meslek Lisesi
vb.	Ve benzeri
n	Sayı
%	Yüzde
min	Minimum
max	Maksimum
med	Medyan
ort	Ortalama
Ss	Standart sapma
X	Ortalama
X ²	Ki-kare
+	Artı-eksi
<	Küçüktür
>	Büyüktür
=	Eşittir

ÖZET

Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri

Ötanazi; tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde buldukları belli koşullarda ve biçimde sona erdirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireye hizmet veren hemşirelerin ötanazi konusundaki düşünceleri bu konuda geliştirilecek politikaların oluşturulmasında önemlidir. Çalışmamız Adana ilinde çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin ötanazi uygulamaları hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmamız Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, ötanazi hakkındaki bilgi ve düşüncelerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan anket formunu doldurmayı kabul eden 186 hemşireye, hastane yönetimlerinden izin alındıktan sonra Ekim 2003-Şubat 2004 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26.9 ± 3.9 olup, %73.7'sinin SML/Ön Lisans mezunu olduğu, çalışma yılı ortalamasının 6.6 ± 5.1 olduğu, %50.0'ının evli olduğu, %44.6'sının dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı, %55.9'unun ötanazinin insan/ hasta hakkı olduğunu düşündüğü, yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteme oranının %24.8 olduğu, %39.8'inin ötanazinin Türkiye'de yasallaşmasına karşı olduğu, Balcalı Hastanesinde çalışanların diğer hastanelere göre aktif, pasif ötanaziye ve ülkemizde yasallaşmasını daha çok destekledikleri saptanmıştır. Yasallaşması durumunda ise %63.4'ünün ötanaziye yasaların belirlediği bir ekibin yapması gerektiğini düşündüğü, %81.7'sinin uygulamada yer almak istemediği, %81.2'sinin istismar edileceğini, %44.1'inin ülkemizde belirli durumlarda ötanazinin uygulandığını düşündükleri saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonunda, genel olarak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin pasif ötanaziye aktif ötanaziye göre daha çok desteklediği görülmüştür. Sonuçlar hemşirelerin ötanazi talebi ile karşılaştıklarında daha profesyonel hemşirelik bakımı vermeleri amacı ile eğitimde kullanılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Ötanazi, Ölüm, Yoğun Bakım Üniteleri

ABSTRACT

Opinions Of Nurses About Euthanasia Who Are Working In Intensive Care Units At The Several Hospitals In Adana

Euthanasia is defined as ending the life of patient who cannot be treated and/or provided with adequate life quality by available medical practices. Opinions of nurses are important in developing political measure about euthanasia because this group are the primary care-takers in hospitals. Our study has been carried out to determine the opinions of nurses working in intensive care units (ICU) of the several hospitals in Adana. This descriptive study was performed on 186 nurses working in the ICUs of Balcali Hospital of Çukurova University Faculty of Medicine, Adana Numune Training and Research Hospital of Turkish Ministry of Health and, Adana Research and Practice Hospital of Başkent University.

After getting permissions from the hospitel managements, a questionnaire, questioning socio-demografic characteristics, knowledge and opinions about the euthanasia was given to nurses who accepted to join the study. The mean age of the nurses who 26.9 ± 3.9 , 73.7% of them had graduated from vocational schools, and the mean duration of professional experience was 6.6 ± 5.1 . Of all the nurses, 50.0% were married, 44.6% working at the ICU of internal medicine; 55.9% thought that euthanasia was the right of a patient as a human being, and 24.8% of them would ask for euthanasia if they were bedridden. Legal euthanasia in Turkey was not supported by 39.8% of the nurses, and there were more nurses supporting the legality of euthanasia (both active and passive) at the Balcali Hospital (a state university hospital). In case it becomes legal, 63.4% of the nurses think that euthanasia should be practiced by a team that determined by law, 81.7% would not want to take part in an euthanasia practice, 81.2% think that it could be exploited by people. of all the nurses 44.1% believe that euthanasia is being practiced in some conditions in our country. It was seen that nurses working in at ICU's support passive euthanasia rather than active euthanasia.

The findings can be used in education of nurses for equipping them for more professional nursing care to the patients declaring their will to euthanasia.

Key Words: Nursing, Euthanasia, Deaht, Intensive Care Units

1. GİRİŞ

Bilimsel gelişmelerin ışığında her gün ilerleyen tıp, insanın yaşamını uzatma, yaşam kalitesini yükseltme, acılarını dindirme ve huzur içinde ölümü sağlama gibi konuları da tartışmaya açmıştır¹. Dünyada ve ülkemizde tıp alanında olduğu gibi etik, din, hukuk, sosyal ve politik alanlarda da çeşitli tartışmalara yol açan ötanazi konusu sağlık çalışanları arasında da önyargılı düşünce ve yorumlara neden olmaktadır.

THD (Türk Hemşireler Derneği) eğitim komisyonu 1981’de hemşireliği; “bireyin, ailenin, toplumun sağlık ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamıştır^{2,3,4,5}. Bu tanımdan yola çıkarak sağlıklı/ hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlayan ve sağlık ekibinin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, ötanazi konusundaki düşüncelerinin, bu konuda geliştirilecek etik, hukuk, sosyal ve politik görüşlerin oluşturulmasında önem kazandığını savunmak gerçekçi olacaktır.

Kimilerine göre “ölüme terk”, kimilerine göre “acıma ile öldürme”, kimilerine göre “onurlu ölüm”, kimilerine göre “ölüm hakkı”, kimilerine göre ise “cinayet/adam öldürme” olarak yorumlanan ötanazi zaman zaman güncel olaylarla yeniden tartışmaların odağı haline gelmektedir^{6,7}.

Ötanazi; tıbbın elinde bulundurduğu olanaklarla iyileştiremediği ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların yaşamlarının, içinde buldukları belli koşullarda ve biçimde sona erdirilmesi olarak tanımlanmaktadır^{6,8,9,10}.

Hipokrat’ın yemininde yasaklanmış olan^{1,6,7,8,11,12,13,14}, hastanın hayatını sona erdirme veya ölümünü hızlandırmaya yönelik uygulamalar hakkındaki bu tartışmalarda^{7,12}; hastaların birebir bakımlarından ve planlanan tedaviyi yürütmekle sorumlu olan⁹, geçmişten bugüne hasta savunucusu^{15,16} olarak düşünülen hemşireleri konunun dışında tutmak mümkün değildir. Bu nedenle, bu çalışma hemşirelerin ötanazi konusunda neler düşündüklerini ortaya çıkarmak ve ötanaziye bakış açılarını belirlemek üzere planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÖTANAZİ NEDİR?

Ülkemizde özellikle 1990'dan sonra tartışılmaya başlayan ötanazinin dünyadaki tarihçesi Greek-Roma dönemine dayanmaktadır^{8,9,11,17,18}.

Ötanaziyle ilgili pek çok tanım yapılmaktadır. Yunan dilindeki "EU-" iyi, hoş, güzel olan, "-THANATOSİS" ölüm köklerinin birleşmesinden oluşan ve EUTHANASİA yani "güzel ölüm", "huzur, rahat ve kolaylık içerisinde ölüm", "ızdırapsız doğal ölüm", "tatlı ölüm" anlamlarına gelen bir terim olarak günümüze kadar ulaşmıştır^{1,8,9,11,12,13,14,17,18,19,20}.

Çağımızda tıp uygulaması içinde varolan anlamı, tıbbın ulaştığı gelişmişlik düzeyine bağlı olarak iyileştiremediği, aynı zamanda nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı hastaların, istemeleri durumunda yaşamlarının sona ermesine olanak sağlanmasıdır^{1,6,21}.

Sözlük anlamına göre ise: Kişinin doğal yollar dışında, tedavinin kesilmesi, hayatı sonlandırıcı bir yöntem, madde kullanımı veya bu maksadı sağlayacak herhangi bir yol ile hayatına son verilmesi talebinin sağlık personeline yerine getirilmesini ifade eder^{7,8,11,18}.

Amerikan Tıp Kurumu ötanaziyi; tıp uğraşının acılarını dindiremediği ve çaresini bulamadığı ölüme mahkum hastaların ızdıraplarını dindirmek için istek üzerine acısız bir şekilde ölümü sağlamak ya da tedaviyi bırakmak ve yaşatılması için çaba harcamamak şeklinde tanımlamıştır.

Daha tıbbi bir tanımlamaya göre ise; hastaların tolere edemediği, tedavi edilemeyen ızdıraplarını sona erdirmek amacıyla letal bir ajanın medikal yoldan uygulanmasıdır^{9,10,11,23,24}.

Tanımlanması konusunda bile değişik görüşler olunca, ötanazinin uygulanması ve yasal zemine oturtulması konusunda çok farklı ve karşıt görüşlerin bulunması da kaçınılmaz olmaktadır.

2.2. ÖTANAZİ NE DEĞİLDİR?

Hastaların tedaviyi reddetme hakları vardır. Bunu yalnızca fayda görmeyeceğini düşündüğü için değil, tedavinin fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz etkileri olduğunu düşünmesi gibi nedenlerle de reddedebilir^{25,26}.

Kemoterapi hasta ömrünü uzatır, ama istenmeyen yan etkileri de vardır. Kanser hastasının kemoterapiyi yan etkileri nedeniyle istememesi yani tedaviyi reddetmesiyle hayatını kaybetmesi sonucunda doktor kemoterapiyi uygulamayarak hastanın ölümüne sebep olmakla suçlanamaz. Çünkü; hastayı öldüren kanserin kendisidir^{11,25}.

Ötanazi hakkındaki toplumsal destek genelde solunum cihazına bağlı olarak yaşamak mecburiyetinde kalma korkusuna dayanır²⁵.

Şuuru yerinde ve kendi kararını verebilecek hasta tedavilerini reddettiğini belirtir ise bunu yapmaya yasal olarak hakkı vardır^{25,26}.

Türk hukuk sistemi organ naklinin söz konusu olduğu durumlarda beyin ölümünü kabul etmektedir. Beyin ölümü, yapılan tüm müdahalelere karşın kişinin iyileşmesinin olası olmadığı, tüm yaşam fonksiyonlarının durduğu ve yaşam destek üniteleri ile kalbin çarpmasının veya nefes almanın olası olduğu durumlarda kabul edilmektedir²⁷. Bu tanımlamalardan dolayı “Gerçek ölüm, beyin ölümüdür.”^{28, 29}.

Organ ve Doku Nakli Hakkında Kanun’un 11. maddesi ölüm halinin saptanması hakkındadır: “bu kanunun uygulanması ile ilgili olarak tıbbi ölüm hali, bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulamak suretiyle, biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan dört kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır.” Bu kanunla ilgili yönetmelikte ise “hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra organ bağıışı izni alınmadığında, hastaya uygulanan tıbbi destek kesilir” denilerek beyin ölümü kabul edilmiştir. Ötanazide ise kişi doğal ölümü beklemek yerine, kendisinin yaşamına son verilmesini kabul etmektedir^{12, 14,22, 26, 27, 28, 29, 30}.

2.3. ÖTANAZİ TÜRLERİ

Ötanazi, kişinin iradesine bağlı olup olmaması veya ötanazide uygulanan usullere göre çeşitli ayrımlara tabi tutulmaktadır^{8,9,11, 14, 25}.

2.3.1 İstemli (İradeye Bağlı – Gönüllü - Voluntary) Ötanazi

İstemli ötanazi; bilinci yerinde olan bir hastanın kendi isteği doğrultusunda yapılan ötanazidir. Buna iradeye bağlı (voluntary) ötanazi de denilmektedir^{8,9,11,14,18}. İstemli ötanazinin gerçekleştirilmesi bazı koşullara bağlıdır:

Temyiz Gücü: Bireyin kendi durumunu algılayıp karar verebilecek kapasiteye sahip olmasıdır. Şuuru kapalı, akıl hastası, mental retardasyonlu ya da demanslı bireyler temyiz gücüne sahip değildir^{8,14,18}

Aydınlatılmış Onam (Rıza): Tıpta aydınlatılmış onam, hastaya tedaviye devam etmek, reddetmek ya da durdurmak konusunda karar verebilmesi için, içinde bulunduğu durum, bu durumla ilgili olası tedavilerin etkileri, yararları, olası zararları, tehlikeleri ve sonuçları, tedaviyi reddetmesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar ve sonrasında gelişecek olaylarla ilgili bütün gerçeklerin hastaya anlatılarak bilgilendirilmesi ile hastanın seçtiği yönetime ilişkin izin alınmasıdır^{8,14,18}.

İstemlilik: Bireyin özgür iradesi ile, zorlayıcı unsurlar ve kişilerin etkisi olmadan, hata, hile, tehdit, maddi ve manevi baskıya maruz kalmadan, karar vermesidir^{8,14,18}.

2.3.2.İstem Dışı (İrade Dışı - Gönüllü Olmayan -Non Voluntary) Ötanazi

İrade dışı ötanazi hastanın yakınlarının veya onu kanunen temsil eden bulunmadığı durumlarda ise hastanın varsayılan iradesine uygun olarak gerçekleştirilebilen ötanazi türüdür. Gönüllü olmayan veya istem dışı ötanazi olarak da adlandırılır^{6,8,14,18}.

Hastanın ötanazi hakkındaki fikrinin kendisi tarafından ifade edilemediği bilinç kaybının olduğu, koma, bitkisel hayat veya psikolojik ya da nörolojik sebeplerle oluşan zihinsel kapanıklılık durumlarında bireyin yakınlarının iradesi ile gerçekleştirilen ötanazi irade dışı ötanazidir^{8,18}.

2.3.3. İstemsiz (Zorunlu – Gönülsüz - Unvoluntary) Ötanazi

Bireyin iradesi hiç göz önüne alınmadan, ölümcül hasta veya sakat olması nedeniyle öldürülmesidir¹⁸. Unvoluntary ötanazi hastanın ne açık, ne de varsayılan iradesine dayanmaksızın tamamen hekim iradesine bağlı olarak uygulanan ötanazi türüdür^{8,14}. Hastanın isteği dışında ancak tıbbi zaruretler karşısında başvuru

ötanazidir. Hasta yaşama iradesini kaybetmemiş, ancak hekimin hastalığı doğal seyrine bırakmaktan başka yapacağı bir şey kalmamış ise uygulanan pasif ötanazi de involuntary ötanazi içinde yer alır^{8,14,18,6 13}.

2.3.4. Aktif (Doğrudan) Ötanazi

Aktif ötanazi, ölümü sağlayan tıbbi yöntemlerin doğrudan doğruya kullanılması ile yani olumlu bir eylem ile tıbbi yoldan ölüm sonucunun sağlanmasıdır.³ Hekimin hastaya yüksek dozda morfin, potasyum klorid vb. ani ölüm yapacak özellikteki bir ilacı uygulayarak hastanın hayatını acısız bir biçimde doğrudan sonlandırmasıdır^{7, 8, 11,18}.

2.3.5. Pasif Ötanazi (Ortotanezi)

Pasif ötanazi, olumsuz bir eylem ile yapılan ötanazidir. Hastanın içinde bulunduğu durumun doğal sonucu ölümdür. Bu tür ötanazi hastanın hayatını uzatan müdahalelerin yapılmaması veya hareketsiz kalınması sonucunda hastanın doğal ölümünün temini olarak da ifade edilmektedir. Pasif ötanazi, “ölüme terketmek- izinli ölüm”dür^{6,7, 8, 9,11,13,18}.

Pasif ötanazi, tıbbi etik gereği olduğu kadar aynı zamanda kanun gereği tıp mensuplarına bağlanan yaşatma sorumluluğunu yerine getirmeme veya sona erdirmeye olabilecek hareketsizlik hallerini de içerir^{1,8,9,13}. Hayati fonksiyonlarını tıbbi yöntemlerle sürdüren hastaya uygulanan tedavinin kesilmesi, respiratörün, gastrostomi tüpünün çekilmesi, ömrünü uzatacak tedaviye başlanmaması ya da durdurulması, antibiyotik tedavisinin yapılmaması gibi örnekler pasif ötanazi kapsamında yer almaktadır^{8,9,11}.

2.3.6 . Erken (Pediatrik)Ötanazi

Erken ötanazi, ağır özürlü olarak dünyaya gelen yeni doğan bebeğin öldürülmesine dayanan ötanazi türüdür.^{1,11} Özellikle Down sendromu veya Spina bifida gibi ağır sakatlıklarla doğan bebeklerin karar verme yeterliliği, bağımsızlık düzeyleri ve gönüllülüğün varlığını saptamak için günümüz imkanların dahilinde yeterli veri bulunmamaktadır. Bebeğin ailesi aracılığıyla alınan onam ise, bu kişilerde varsayılan ailesel sorumluluk kavramına dayandırılmaktadır^{1,11,14}.

2.3.7. İç Ötanazi (Self-ötanazi)

İç ötanazi bir kişinin kendi ölümüne iradesini kullanarak razı olmasıdır. Self ötanazi de denilen iç ötanazi intihar ile benzeşirse de intiharda kişi kendi bildiği yöntem ve yollarla kendi isteğiyle hayatına son verir. İç ötanazide ise irade hastadan gelir ama ölüm sonucunu doğuran eylem tıp mensuplarınca yerine getirilir^{8,9}

2.3.8. Dış Ötanazi

Dış ötanazi kanun tarafından kendisine yetki verilmiş kimselerin iradesi alınmak suretiyle üçüncü bir kişinin ölümünün sağlanmasıdır. Hasta yakınlarının iradesine bağlı olarak gerçekleşen non-voluntary ötanazi veya kararın mahkeme sonucuna bağlı olduğu ülkelerde uygulanan voluntary ötanazi türleri dış ötanazi kapsamına girer^{8,9,31}.

2.3.9. Kazai ötanazi

Ötanazi uygulanan ülkelerin bir kısmında mahkeme kararı ile ötanazi uygulanmasına kazai ötanazi denmektedir^{8,9}.

2.3.10. Medikal Ötanazi

İntihara yardımın yasal olarak yasaklanmadığı istisna ülkelerde sadece hekim kararı ile ötanazinin gerçekleştirilmesi yeterli görülmektedir^{8,9,31}.

2.3.11. Asiste İntihar (Assisted Suicide)

Asiste intihar yani yardımcı vasıtasıyla intihar ya da hekim yardımcı intihar bazen voluntary ötanazi ile karıştırılsa da farklı özelliklere sahiptir. Asiste intihar bir kimsenin başka birini intihara özendirme, bilgi verme, tavsiye etme veya araç temini suretiyle yönlendirmesi ile gerçekleşir^{8,11,25}.

Hekimin hastaya ölüm sonucunu oluşturacak ilacı reçete etmesi, ilacı temin etmesi veya içmesini izlemesi intihara yardımcı oluşturur. Voluntary ötanazide ise hekim ölüm sonucunu doğuran eylemi doğrudan doğruya uygular^{8,25}

2.4. ANTİK ÇAĞ'DAN 21. YÜZYILA ÖTANAZİNİN GELİŞİMİ

Antik Çağ, ilk defa intiharın meşruluğunun tartışıldığı bir dönem olmuştur. Antik çağ öncesi devlete ve topluma karşı bir sorumluluk - kıtlık tehlikesi, yaşlılık gibi nedenlerle toplum dayatması sonucu- gibi görülen intihara rastlanırken, bu çağda bireysel intiharlarla sıkça karşılaşmıştır. Dolayısıyla dönemin önemli düşünürleri intiharı ve hastaya yapılan tedavinin kesilmesini kendi bakış açılarından değerlendirmişlerdir^{8,9,14}. Antik Çağ'da dört büyük düşünce akımının yaratıcısı olan Pitagoras, Platon, Aristoteles, ve Stoa felsefelerinin konularından biri, kişinin yaşamı terk etme hakkı yani ölüm hakkı olup olmadığıdır^{6,9,12,14}.

Pitagoras insan yaşamını ruhani yaşam olarak algılamış ve insan bedenini yalnızca ruhun geçici bir süre konakladığı bir yer olarak tanımlamış ve intiharın ruhani yaşam dengelerini bozacağını öne sürmüştür. Pitagoras görüşünü üç esas noktaya dayandırmaktadır;

- 1-Tanrı vardır,
- 2- İnsanın görevi Tanrı'nın emirlerine uymaktır,
- 3-Tanrı intiharı yasaklamıştır.

O'nun bu görüşü günümüzde değişikliklere uğrayarak "Yaşamın Kutsallığı" tezi çerçevesinde savunulmaktadır^{9,12,14,18}.

Platon, "Phaedo" adlı eserinde intihara karşı olduğunu belirtmiştir. Ona göre; yaşam ölüme hazırlanmıştır, o halde bilge insan, bilgi edinerek kendisini hazırlamalıdır. Ruh beden içinde hapsedilmiştir ve ölümlerle birlikte bu hapisten kurtulacak ve ilahiliğine kavuşacaktır. Platon dini nedenlerle yaşamın kutsallığına dayanarak intihara karşı olmuştur. Ancak "Devlet ve Kanunlar" adlı eserinde; "tedavisi mümkün olmayan veya sürekli sakatlık durumlarında hekimin tedaviyi kesmesi anlamında ötanazi uygulanmasını" haklı hatta gerekli bulmaktadır^{6,7,8,11,18}. Platon'un ötanaziyi desteklemesi dini temellerden çok, faydacı bir yaklaşıma dayanmaktadır⁹. Platon'un dini bakış açısıyla çelişir ifadeler kullanması bugünkü yaşamın niteliğini savunan pek çok düşünür gibi doğal karşılanmalıdır^{1,9,12,14}.

Platon'un öğrencisi olan Aristoteles ise; intihara karşı olan en etkili filozoftu. O, konuya üretkenlik temelinde yaklaşarak bireyin devlete üretmekle yükümlü olduğunu ve intihar ederek bu yükümlülükten kaçtığını öne sürerek intihara karşı çıkmıştır^{14,18}. Aristoteles, bireyden çok, Devlet ve onun çıkardığı yasalara bire bir sorgusuz itaat etme

üzerinde yoğunlaşmaktadır. Günümüzdeki pediatrik ötanazinin yani sakat çocukların öldürülmesinin yasallaşmasını savunmuş ve böylelikle üretkenlik üzerine kurulu devletçi bakış açısını doğrulayan düşüncelerini ortaya koymuştur. Bugün yaşamın niteliğini asıl değer olarak savunan bazı yazarlar da Aristoteles gibi, ağır sakatlıkla doğan çocukları toplum için bir yük olarak görerek ötanazi adı altında bu görüşü benimsemektedirler^{9,12,14}

Stoacılığın ana ilkesi doğaya uygun davranmaktır; “doğa”, yani “her şey” Tanrı’dır^{14,32}. Stoacılara göre yaşam ve ölüm arasında fark yoktur ve bu nedenle her türlü acı, hastalık, acı doğal olduğu gibi ölüm de doğaldır¹⁴. İntihar, önlenemeyen bir kötülükten kaçıştır; kapı her zaman açıktır ve intihar bir çıkış yoludur. Stoacılığın kurucusu Zenon, doksan sekiz yaşında yaralanan ayağının şiddetli acısı nedeniyle intihar etmiştir. Bu görüşün temsilcilerinden Seneca, Neron’un kendisini ihanet suçlamasıyla idama mahkum edeceğini bildiği için, “bineceğim gemiyi, oturacağım evi seçiyorsam, ölümümü de seçmeliyim” sözüne uygun olarak bileklerini keserek intihar etmiştir. Stoa öğretisi, kişinin ölümle yaşam arasında seçim yapma özgürlüğünü savunan çağımızın düşüncelerinin temelini oluşturmuştur^{9,12,14}.

Hipokrat Yemini’nde yer alan “talep olunsa dahi hiç kimseye öldürücü zehir vermeme” sözü yani ötanazi yasağı Antik Çağ’da ötanazi uygulanmadığına delil olarak gösterilse bile böyle bir yasağın dile getirilmiş olması o dönemde bu tür uygulamaların olduğunun göstergesi sayılmaktadır. Akla dayanan felsefelerin etkisi ve insan onuru kavramının kabul görmesiyle o dönemde ötanaziye hoşgörülle bakılmıştır^{1,6,8,11,12,14}.

Atina’da ölmek isteyenler senatoya gerekçelerini bildirerek ve izin aldıktan sonra yaşamı terk edebileceklerdi. Sakat ve hasta yeni doğmuş çocukların öldürülmesi kabul edilen bir uygulamaydı. Sparta’da ise yeni doğmuş sakat çocukların öldürülmesi yasaldı. Bu tür uygulamalar ötanazi benzeri uygulamaların Eski Yunan’da kabul gördüğünün göstergesidir^{1,12,14}. Eski Roma’da, Romülüs zamanında ucube çocukların, yakın komşularından beşinin fikri alınarak ölüme terk edilmesi şeklinde bir ötanazi uygulaması kabul görüyordu¹.

Japon kırsal geleneklerinde ise cüzzamlı hastaların ve yaşlıların kötü doğal koşullarına terk edilerek ölümlerine neden olunması gibi bir ötanazi uygulaması vardı¹.

Francis Bacon 17.yy.da; pozitif bilimlerin olanaklarıyla insan hayatını uzatmanın yollarının bulunması veya ümitsiz durumda olup acı çekenlerin ızdıraplarına son

vermeyi yani ötanaziyi son çare olarak öneren ilk düşünürlerdendir^{1,6,9, 11,12, 13,18}.

Ötanaziyi benimseyen ilk hukuk kaynağı 1 Haziran 1794'te Prusya'da yürürlüğe girdi. Can çekişen hastayı veya yaralıyı iyi niyetle öldüren kimseye “taksirle adam öldürme” cezası verilecektir^{1,18}.

Doktor Paradys 18.yy.da ötanazinin özellikleri üzerinde durmuştur. Sonrasında Reil Marx ve Rohlf ötanazi sanatını ruhun doğumu olarak tanımlayarak bağımsız bir bilim olarak incelenmesi gerektiğini belirtmişlerdir^{1,9,18}.

Tıp alanındaki gelişmeler 19.yy.da ötanazi üzerindeki tartışmaları da etkilemiştir. Yaşamın uzatılması, ölüme karşı koyma ve ölümlü yenme ideali tıbbi uygulamaların odağı olmuştur. Hekimlerin nitelik, sorumlulukları ve görevleri T.Percival'ın “Medical Ethics” (1803) adlı eserinde yer almıştır^{9,12}.

Goettingen Üniversitesinden Dr.Carl Friedrich H.Marx 1826 yılında “Medical Euthanasia” adıyla yayınladığı tezinde ötanaziye şöyle tanımlamıştır: “Hastalıkların ızdırıp verici özelliklerini gidermeyi, ağrıyı yatıştırmayı ve kaçınılmaz, yüce anı sükun dolu bir ana dönüştürmeyi amaçlayan bir bilimdir”^{12,18}.

Alman hukukçu Jöst 1895 yılında “Öldürme Hukuku” adlı bir kitap hazırlayarak kitabında yalnız ölümlü isteyen ümitsiz hastaların öldürülmesini önermiştir. Devletin, ümitsiz hastaların kolayca ve çabuk intiharı için onlara yardım etmesi gerektiğini savunmuştur^{1,18}.

Ötanazi, yirminci yüzyılda özellikle Amerika ve Avrupa'da çeşitli alanlarda tartışılarak etik, dini, bilimsel, sosyolojik, felsefi ve hukuki yönleriyle ele alınmıştır^{18,6}.

Haziran 1906'da Amerika Birleşik Devletleri Ohio yasama meclisi istemli aktif ötanazinin yasallaşmasını amaçlayan yasa taslağını adli tıp komisyonuna sundu ama taslak reddedildi. 1907 yılında ise Iowa'da acı içindeki hastaların öldürülebilmesi için bir yasa taslağı hazırlandı fakat reddedildi^{1,9,11,12,13,18}.

Alman Parlamentosu 1913 yılında, ötanazi ile ilgili hazırlanan yasa tasarısını reddetti. Ancak, 1920'lerde kalıtsal hastalığı olanlar, suçlular, özürsüzlüler, homoseksüeller, diğer ırktan olanlar, ideolojik olarak istenmeyenler v.s. öjenik (Eugenics: doğumda iyi, kalıtım hediyesi) akımın etkisi ile yok edilmiş ve sonrasında da Alman ırkına tehdit olarak algılanan ırklara yönelik kitlesel imhaya dönüştürülmüştü^{8, 9,10,11, 12}.

İngiltere’de 1935 yılında “Voluntary Euthanasia Society” adlı ötanazi cemiyeti kuruldu. Cemiyetin etkisiyle hazırlanan istemli aktif ötanaziye izin veren yasa teklifleri 1935 ve 1937 yıllarında Lordlar Kamarası tarafından reddedildi^{1,9,11,12}.

Amerika’nın Nebraska Eyaleti’ndeki istemli aktif ötanaziye yasalaştırma girişimleri 1937 yılında sonuç bulmadı. 1938 yılında ise Amerika’daki ilk ötanazi cemiyeti olan “Euthanasia Society of America” Potter ve arkadaşları tarafından New York’ta kuruldu. Cemiyetin 1939 yılında istemli aktif ötanazinin yasallaşması için çabası başarısız kaldı. 1947 yılında New York yasama meclisi, iki bin hekim, bazı Protestan ve Yahudi din adamlarının da desteklediği istemli ötanaziye ilişkin tasarıyı reddetti^{1,8,9,11,12}.

Fransız Siyasal ve Ahlaki Bilimler Akademisi 14 Kasım 1949 tarihinde ötanaziye benimseyen görüşler arasında birlik olmaması ve uygulamanın suistimale açık olmasını öngörerek ötanazi önerisini reddetmiştir¹.

Dr.Sanders’in 1950 yılında hastasına hava enjekte ederek ötanazi uygulaması sonucu yargılanması Amerika’daki ötanaziyle ilgili ilk mahkeme olmuştur¹².

Psikopos Joseph Fletcher,1954 yılında ölme hakkı için ahlak kurallarını belirten yayın yapmıştır^{9,14}.

Harvard Tıp Okulu 1968 yılında beyin ölümü kriterlerini açıkladı⁹.

Amerika’da 1970 yılında Şerefiyle Ölüm “Death with Dignity” adıyla gündeme gelen ötanazi terminal dönemdeki hastanın hayatını uzatacak tıbbi müdahaleyi reddetme hakkı için kullanılan bir terim oldu^{9,18}.

Yine 70’lerde bio-etik literatüründe DNR (Do Not Resuscitate), yaşam desteğinden vazgeçme, yaşam kalitesi, sonuçsuz müdahaleler ile ilgili konular ve çalışmalar yer aldı^{9,11,12}.

Uluslararası Ötanazi Derneği 1976 yılında Tokyo’da ölüm hakkı için toplantı yaptı. Aynı yıl içinde New Jersey mahkemesi yaşam destek cihazına bağlı olan Karen Ann Quinlan’ın fişinin çekilmesine ailesinin isteği ile karar verdi⁹.

Güney Amerika’nın iki ülkesi Uruguay ve Kolombiya’da ötanazi yasal olarak kabul edildi⁷.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 1 Ocak 1977’ de yürürlüğe giren Kalifornia Doğal Ölüm Kanunu’na göre: yetişkinlere hayat sürdürücü tedaviyi durdurma imkanı tanınmış, mesleki ahlak prensiplerine aykırılık gören hekimlere de tedaviden çekilme

yetkisi tanınmıştır^{13,18}.

1980 başlarına uzanan tartışmalar sonunda pasif ötanaziye bakış açısı yumuşamaya başladı. Oxford’da 15 ülkeden 200 delegenin katılımıyla toplantı yapan Acısız Ölüm Derneği ötanaziyi savundu^{12, 13}.

Hollanda’da özel koşullar altında gönüllü ötanazi üst mahkeme kararıyla 1984 yılında onaylandı^{8,9,19}.

Temmuz 1990’da Dünya Sağlık Örgütü ülkelere ötanaziyi yasallaştırmayı düşünmeden önce vatandaşlarının kanser ağrısından kurtulma ve palyatif bakım ihtiyaçlarına özel ilgi göstermeyi garanti altına almaları gerektiği tavsiyesinde bulundu⁹.

Amerika’da 1990’da Dr. Kevorkian Alzheimer hastası bir kadının ölümüne icad ettiği intihar makinesi ile yardım etti. 1998 yılında Dr. Kevorkian’ın sekiz yıl içinde 92 hastanın intiharına yardım ettiği tespit edildi^{1,8,9,17,18}.

İngiltere’de Lordlar Kamarası 1992 yılında beyin fonksiyonları ileri derecede tahrip olmuş bir hastanın (Tony Bland) yapay beslenmesinin durdurulmasının yasalara aykırı olmadığına karar vererek ısrarlı bitkisel yaşam durumundaki diğer hastalarında ölümü için izin vermiş oldu¹².

California eyaletinde 1994 yılında terminal dönemdeki hastaya hekimin ilaç yazması ile asiste intihar onaylandı^{9,12,18}.

İrlanda Yüksek Mahkemesi 1995 yılında, ailenin isteği ile 45 yaşında bitkisel hayattaki kadının yapay beslenmesinin durdurulmasına karar verdi¹².

Avustralya Kuzey Bölgesi’nde istemli aktif ötanaziyi tanıyan ilk yasa olan “Terminal Dönem Haklarına İlişkin Kanun” 1995 yılında çıkarıldı. Ancak 23 Mart 1997 tarihinde Avustralya Senatosu tarafından yasa yürürlükten kaldırdı^{8,9,11,13,33}.

Dünya Ötanazi Konferansı 2000 yılında Boston’da yapıldı⁹.

Hollanda Parlamentosu tarafından etkili denetim mekanizmalarının kurulması ile ötanazinin yasallaşması 2001 yılında kabul edildi⁹.

2.5. AHLAKİ, DİNİ, FELSEFİ VE SOSYAL AÇIDAN ÖTANAZİ

Ahlaki ve dini değerlerin şekillendirdiği sosyal yapıya hakim olan düşünceler zaman zaman hukuk kuralları ile çelişir. Bu çelişme sosyal düşünce, yapı ve ihtiyaçların itici gücü ile yasaların yeniden yapılandırılmasında önemli faktör oluşturmaktadır⁸.

Çağımızın modern gelişmeleri öncesinde, savaşlar dışındaki doğal ölüm, genellikle evde, ailelerin yanında gerçekleşmekte ve ölümü geciktirmek için fazla bir şey yapılamamaktaydı. Bilimin ve bunun ışığında tıbbın ilerlemesi ile insanlar hastanelere gitmeye başladılar. Bu değişim insan ömrünü uzatarak ya da ölümü geciktirmesi yanında yeni sorunlar ve sorulara da yol açtı. Ölüm zamanını tıbbın çaresiz kaldığı an olarak gören günümüz insanı yaşamının sonuna ilişkin ne istediğini sorgulamaya başlamıştır. Aslında geçmişten beri varolan bu sorgulamanın, belki de modern dünyanın arttırdığı bazı hastalıkların, dayanılmaz acılarla hayatın sonlanmasına; ayrıca huzur içinde ve insan onuruna aykırı olarak ölümün gerçekleşmesine yol açması sonucu farklı anlayışlarla yapılmasına sebep olmuştur. Yaşamın kutsallığı mı? Yaşamın niteliği mi? Nasıl, nerede ve ne zaman ölüm onurlu bir ölümdür? ^{9,14}

Ölümcül hastaların kendi isteği ile öldürülmesine izin verilip verilmeyeceği ya da diğer bakış açısıyla ölme isteğinin bir hak olarak tanınıp tanınamayacağı tartışmalarının merkezinde dini kökenli yaşamın kutsallığı tezi ile laik kökenli yaşamın niteliği tezinin çatışması yer almaktadır ^{9,12,14}.

2.5.1. Yaşamın Kutsallığı Tezi

Masum bir insanın kasıtlı olarak öldürülmesinin yasaklanmasının temelleri tek tanrılı dinlerin biçimlendirdiği dünya görüşleri ile atılmıştır. “Yaşamın Kutsallığı” olarak ifade edilen bu görüş hastaların hayatlarına kasıtlı olarak son verilmesine şiddetle karşı çıkmaktadır. Yaşamın Kutsallığı tezinin dini temelleri ;

- İnsanın üstünlüğü ve Tanrı'nın hakimiyeti
- Öldürme yasağı:
 - Masum İnsanı öldürme yasağı
 - Kasden öldürme yasağı
- İntihar yasağına

dayanmaktadır ¹⁴.

Yaşamın kutsallığından kastedilen insan yaşamının kutsallığı, yani insan yaşamının diğer canlıların yaşamlarından üstün ve kutsal olmasıdır. Musevi, Hristiyan ve İslam dinleri insanın yaratılış içinde özel bir yeri olduğunu kabul eder ^{8,9,12,14}.

Kur'an-ı Kerim'de İsrâ Suresi'nin 70. Ayeti; "Andolsun biz, Adem oğullarına çok ikram ettik, onları karada ve denizde gezmesini sağladık. Onları temiz şeylerle rızıklandırdık ve yarattıklarımızın bir çoğundan üstün kıldık" buyurmaktadır^{8,9,14,34}.

Yaşamın kutsallığını savunan etik görüşler "yaşama saygı" üzerinde odaklanmışlardır¹¹. İlahi dinlerde "yaşam Allah tarafından verilir, bu nedenle yalnızca Allah tarafından alınır" düşüncesi hakimdir. Buna dayanarak yaşamın kutsallığı tezi sadece Tanrının bir insanın ne zaman, ne kadar yaşayacağına ve ne zaman öleceğine karar vereceğini söyler. Tanrı insana doğa üzerinde hakimiyet kurma izni vermiştir, ama insan yaşamı üzerinde hakimiyet kurma yetkisi kimseye verilmemiştir^{9,11,14}.

Yaşamın kutsallığı tezi, yaşamın dokunulmaz olduğunu ve bunun sadece devlete, üçüncü kişilere karşı değil kişinin kendisine karşı savunulması gerektiğini de öne sürmektedir. Hiçbir insan başka bir insanın yaşamı üzerinde otoriteye sahip olamaz. Bunun için de, öldürmek büyük bir suçtur ve Tanrı'nın hakimiyetine açıkça karşı gelmektir^{9,14}.

İnsan öldürmenin yanlış olarak görülmediği iki durumdan birincisi idam cezası veya savaş durumudur. Kilise, ilk önceleri bu iki durumu da kabul etmese de devlete karşı varlığını sürdürebilmek için bu tavrını zamanla masum olmama savına sığınarak değiştirmiştir. İslamiyet'te kişilere karşı işlenen öldürme ve yaralama suçlarında kısas ilkesi benimsenmekte ve masum olmayanların öldürülmesi haklı öldürme olarak görülmektedir^{9,11,14}. Kuran-ı Kerim'de Bakara Suresi'nin 190. Ayeti; "sizinle savaşanlarla Allah yolunda savaşın; fakat haksız yere saldırmayın, çünkü Allah haksız yere saldıranları sevmez" diyerek, savaş ve meşru müdafaa durumlarında öldürmeyi kabul etmiştir^{9,14,34}. İnsan öldürmenin büyük bir suç olmasına yönelik istisna olan ikinci durum ise; yapılan eylemde kasıt olup olmamasıdır. İlahi dinler kasden adam öldürmeyi yasaklamışlardır. Musevilik'te Hz. Musa'nın Evamir-i Eşaresi'nde ifade edilen "İnsan öldürmeyeceksin" emri temel dini prensiptir^{8,9,12,14,34}. Kuran-ı Kerim'de Nisa Suresi'nin 93. Ayeti; "Her kim bir mü'mini kasden öldürürse onun cezası, içinde ebedi kalacağı cehennemdir. Allah onu gazabetmiş, lanetlemiş ve büyük azab hazırlamıştır" der^{8,9,14,34}.

Kilise savaş nedeniyle öldürmeye, doğru bir amaçla yapılıyorsa şiddete izin verilmeli şeklinde farklı bakış açısı getirerek masum olmayanların öldürülmesine onaylamıştır. Buradaki doğru amaç, birini öldürmek değil, savaş düşkünlerini boyunduruk altına almaktır^{9,14}. Bu temel düşünce gözden geçirilerek Thomas Aquinas

tarafından öne sürülen Çifte Etki Doktrini adı ile ortaya çıkmıştır. Bu kuram, bazı özel şartlarda belli tür ötanaziye izin vermektedir. Ölümcül bir hastaya şiddetli acılarını dindirmek için narkotik ajanların verildiğini düşünürsek, zamanla hastada tolerans gelişecek ve sürekli artırılan doz sonunda kadar yüksek olacaktır ki hastanın ölümüne neden olabilecektir. Ölüm öngörölmüş, fakat acıyı hafifletmek amacını taşıyan hareketin yan sonucu olmuştur^{9,14,25,35}. Burada hekimin sorgulaması gereken şey ilacın yararlarının yan etkilerine oranıdır. Hekim elbette ilaçların hastasını öldürmesini istemeyecektir, amacı ağrıyı dindirmekken ölüme sebep vermiş olabilir³⁵. Yan etkiler her zaman ortaya çıkmayacağı için risk göze alınabilir²⁵.

Yüzyıllar boyu lanetlenen intihar ile yaşamlarına son verenler veya vermeye kalkışanlar toplumdan dışlanmıştır¹⁴.

İlkel toplumlarda, devlet ya da toplum yararına intihar olağan olmasına rağmen, bireysel intihar korkulan bir şey olduğu için az rastlanan olaydır. İntihar edenlerin topluluğa onun ölümünden sorumlu oldukları için zarar vereceği düşünölür. İntihar eden kişi de bedeninden kurtulan ruhunun düşmanlarına zarar vereceğini düşünerek öç almak amacıyla bunu yapar. Toplumsal yapı intiharı önleyecek yaptırımlar uygulamaktaydı^{9,14}.

Ortaçağ'da, intihar edenlerin bütün menkullerine veya topraklarına el koyulması ya da her iki ceza ile aynı anda verilerek cezalandırılmaktaydı. Ortaçağ'da ikinci ve zalimce ceza ise intihar edenin bedenine ya da cenazesine uygulanan cezalardı^{9,14}.

İntiharın, Hristiyanlık'ta lanetlenmesi Tanrı'nın yaşam üzerindeki hakimiyeti temeline dayanmaktadır. Tanrı insana üstünlük vermiş ama kendi yaşamı üzerinde hakimiyet vermemiştir. Yani insan başkasının yaşamını alamayacağı gibi kendi yaşamını da sona erdirme hakimiyetine sahip değildir. Yaşam gibi ölümün de bir sorumluluk ve onur ile kabul edilmesi, herkesin buna kendini hazırlaması gerektiği prensibi benimsenmiştir. Ancak kaçınılmaz olan ölüm yaklaştığı zaman, sadece sıkıntı veren ve tahammülü zor bir yaşamı uzatmaya yarayan tedavi yöntemlerini reddetme yetkisinin tanınmasının caiz olduğu da Hristiyanlık'ta vurgulanmaktadır^{8,9,14}.

İslamiyet de insana ve insan yaşamına büyük değer vermiştir. İnsan bedenine kimse tarafından sahip olunamayacağı öngörölür. Kuran-ı Kerim'de Nisa Suresi'nin 29.Ayeti: "kendinizi öldürmeyiniz" der. Hz. Muhammed'in Alah'ın: "kulum ölüme teşebbüs etmekle benim önüme geçti. Ben de ona cenneti haram kıldım" buyurduğunu

beyan ettiği ifade olunmuştur. İslam Hukuku'nda insanın kendi ölümünü temenni etmesi ve bunun için dua etmesi dahi yasaklanmış ve büyük günah kabul edilmiştir^{8,9,14,34}

Musevilik, Allah'ın iradesine karşı çıkmak olarak gördüğü intiharı reddeder^{8,14}.

Büyük gelenek ahlaklarının çoğu da acının insan ruhunu olgunlaştıracağına olan inançla intiharı reddeder^{8,9,14}.

Şintoizm, Budizm intihara karşı olmalarına rağmen ümitsiz hastalık durumunda istemli ötanaziye izin verir⁸. Buda Dialogları'nda, iki kutsal kişinin çaresiz hastalıktan kurtulmak için intihar etmelerinden söz edilir ve bunun Nirvana'ya ulaşmak için engel olmadığı savunulur. Konfüçyüs ahlakı da aynı görüşü savunur^{9,14}.

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru Hıristiyan anlayışı olağan ve olağandışı yaşam destekleyici araçlar ayırımı yaparak, çok sınırlı da olsa ötanaziye imkan sağlarken, İslam ve Musevi Hukuku ötanazinin her türüne karşı görünmektedir^{9,11,14}.

Laiklerin de yaşamın dokunulmazlığı tezine dayanarak, insanın insan olmasından ötürü sahip olduğu kişilik haklarından yaşama hakkının vazgeçilemez bir hak olduğu savunduğu görölmektedir¹⁴.

2.5.2. Yaşamın Niteliği Tezi

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren batıda ölme hakkına yer veren düşünceler güçlenmiştir. Yaşamın kutsallığı tezi karşısında yeni laik düşünme biçimi olan yaşamın niteliği tezi belirlemiştir. Dini verilere dayandırılan ve bazı din adamlarınca da savunulan bu tez ölme hakkının tanınması gerektiği üzerine yoğunlaşmıştır^{9,14}.

Ortaçağ'da lanetlenmiş olan intihar Reform Dönemi ile yeniden ortaya çıkmıştır. 16.Yüzyılda, intihar iki akım düşüncesinden etkilenmiştir. Birincisi Katolik kilisesinin katı kurallarına son veren Cizvitler daha esnek ve değişen koşullara uyan bir anlayışla yaklaşmış ve bu akımla intiharın durumu belirsizleşmiştir. İkincisi ise insanın özgürlüğünü ön planda tutan bakış açısı ile Luther'ın yaklaşımı olmuştur. Antik Çağ'daki Stoacılık felsefesi ile uyum sağlayan bu yaklaşım intiharı mantıklı ve sosyal olarak olanaklı gören anlayışın yeniden canlandırılmasını sağlamıştır. Bu dönemde ılımlı Hıristiyan yazarlardan Montaigne, Thomas Moore (Utopia adlı eserinde) ve Francis Bacon (Nova Atlantis adlı eserinde) çaresiz ve acılı hastalıklara yakalanan kişilere ölümü önermektedir^{9,14}.

Günümüzde yaşamın niteliği tezini savunan, ötanazi ve ölme hakkını farklı bir bakış açısı ile gören dini görüşler ortaya çıkmıştır. Katoliklere göre daha ılımlı olan Protestan din adamları ötanazinin insani bir hareket olduğunu kabul eden olumlu yaklaşımlarını Musevi din adamlarıyla birlikte New York'ta 57 kişilik bir toplantıda beyan etmişlerdir. Yaşamın niteliğine dayanan, ötanaziye destek veren iki Katolik Tez; Daniel Maguire'nin ve Joseph Fletcher'in tezleridir^{9,14}.

Yaşamın niteliğini ön plana çıkararak savunan laikler; yaşamı yaşam yapan unsurlarla özsel bir değere sahip olduğu düşüncesine ve insanın yaşamı hakkında seçim yapabilme hakkının olmasına dayanarak ötanazinin meşruluğunu savunmuştur. Yaşamın niteliğini savunan iki laik tez; James Rachel'in ve Ronald Dworkin'in tezleridir^{9,14}.

2.6. İNSAN VE HASTA HAKLARI AÇISINDAN ÖTANAZİ

Ötanazi, insanın doğaya hakim olma isteğinin devamı olarak kendi kaderini belirleme isteğini içermektedir. Yaşamın kutsallığına ilişkin geçmişten gelen inancı ve bilim aracılığıyla ömrün uzatılmasından umudu kesen insanın; geleceğini belirleme hakkında karar verme isteğini de ifade etmektedir²⁷. Ötanazi konusunun daha iyi kavranabilmesi için insan hakları bağlamında hasta haklarının, özellikle yaşama ve sağlık haklarının anlamının bilinmesi gerekmektedir. Hasta hakları esasında insan haklarının, hasta açısından nitelendirilmesidir¹.

2.6.1. İnsan Hakları Açısından Ötanazi

10 Aralık 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesine(İHEB) göre; “İrk, renk, cins, dil, din, siyasi veya diğer herhangi bir akide, milli veya sosyal menşe, servet, doğuş veya diğer herhangi bir fark gözetmeksizin, insanın insan olması nedeniyle her insan tarafından istifade edilebilen haklara İnsan Hakları denmektedir” (İHEB M.2). “Yaşamak, hürriyet ve kişi emniyeti herkesin hakkıdır”(İHEB M.3)^{1,8,27,36}.

Beyannameden de anlaşılacağı üzere; insan hakları, ana rahmine düşmekle kazanılan, hiç kimse tarafından bahşedilmemiş, insanın sırf insan olması sebebiyle sahip bulunduğu, kullanılması tasdike ve izne bağlı olmayan devredilemez, vazgeçilemez haklardır. İnsan haklarının zeminini oluşturan ilkeler şunlardır:

1. Hukuk Devleti İlkesi
2. İnsan Haysiyetinin Korunması(Dokunulmazlığı) İlkesi
3. İşkence Yasağı
4. Dürüst İşlem İlkesi
5. Sağlık Hakkı
6. Eşitlik İlkesi
7. Özel Hayatın Korunması İlkesi
8. Din ve Vicdan Hürriyeti
9. Sosyal Devlet İlkesi
10. Kişi Dokunulmazlığı İlkesi ¹

04 Kasım 1950 tarihli İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşmesi (AİHS): “Herkesin yaşama hakkı kanunla korunur.” (M.2) hükümlerini içermektedir^{27, 36}.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi: “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” demektedir^{8, 27, 37, 38}.

Temel hak ve özgürlüklerin dokunulmazlığı mutlak ve bunların kısmen veya tamamen durdurulması ya da tedbir konulması; mahkemelerce verilmiş olan ölüm cezasının yerine getirilmesi, meşru müdafaa hali, yakalama ve tutuklama kararlarının yerine getirilmesi, bir hükümlü veya tutuklunun kaçmasının önlenmesi, ayaklanma ve isyanın bastırılması gibi hallerde mümkündür^{1, 8, 27}. Bu durumların varlığı nedeniyle öldürmenin gerçekleşmesi halinde yaşama hakkı ihlal edilmiş sayılmayacaktır (AY. M.17/4, AİHS M.2/2). Anayasanın 2. ve 11.maddelerine göre insan haklarına aykırı yasa ve uygulamalar yapılamaz. 2.madde içinde bahsedilen “insan hakları” deyimini 1948 Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirisini ve 1950 İnsan Haklarının ve Temel Hürriyetlerin Korunmasına Dair Avrupa Sözleşmesini kapsamaktadır^{27, 36, 37, 38}.

Anayasamıza göre Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi genelde uluslararası bir sözleşme olmasına ek olarak özel bir kanun olması ile de özel bir statü kazanmıştır. Uluslararası hukuk bakımından AİHS, Türkiye Cumhuriyetini bağlayan bir andlaşma olduğu için sözleşmeye aykırı kanun yapılamaz, uygulamalar olamaz, bir kanunla da değiştirilemez. Bunlardan anlaşıldığı gibi yaşama hakkı, Anayasamız dışında uluslararası sözleşmeler ile de güvence altına alınmıştır²⁷.

Yaşam hakkının vazgeçilmez, devredilmez haklardan olduğundan yola çıkarak bu hakkın kişinin kendisine karşı dahi korunması gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır. Bununla birlikte insan onuru, kişinin bilinçli hür iradesi ile kendi kaderini kendisinin tayin etmesi yeteneğini veren manevi bir güçtür. Bu nedenle ölüm hakkı da, insanın kendi kaderini tayin etmesi gerektiği düşüncesi ile şekillenmektedir¹.

Özkan'a göre ölüm hakkı, yaşama hakkı gibi başkasının iznine veya onayına gerek olmaksızın tıpkı çevre hakkı, barış hakkı gibi kişinin hür iradesi ile kullanabileceği bir haktır¹.

2.6.2. Hasta Hakları Açısından Ötanazi

Hasta haklarına ilişkin bildirelerin tarihleri bu olgunun yeni ortaya çıkan bir kavram olarak algılanmasına neden olsa da tıp tarihi incelendiğinde, bazı hasta haklarının çok önceden var olduğu görülmektedir. Hamurabi kanunlarında cerrah ücreti belirlenmiş ve günümüz hukuk anlayışına göre ilkel de olsa hastalar, hekim hatalarına karşı korunmaya çalışılmıştır. Hipokrat Andı incelediği zaman ise hasta haklarının hekimler tarafından tanındığı görülmektedir²⁷.

İnsan haklarının alt maddelerinden olan hasta hakları, son yıllarda daha güncel bir konumda yer almaktadır. Anayasa'nın 17/2. maddesinde: "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" hükmünü içermektedir. Bu hüküm temel hasta haklarından bulunan "aydınlatılmış onam" kavramının Anayasamızda yer almış olduğunu göstermektedir^{1,8,12, 27, 37,38}.

İlk hasta hakları bildirgesi 1972 yılında yayınlanan Amerikan Hastaneler Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesi'dir¹¹.

Eylül-Ekim 1981 Lizbon'da düzenlenen 34. Dünya Hekimler Kurultayı'nda Hasta Hakları Bildirgesi benimsenmiştir. Buna göre;

"Uygulamaya yönelik, ahlaki ve yasal güçlüklerin varolabileceğini gözönüne almakla birlikte hekim, her zaman için hem kendi vicdanına göre, hem de hastanın en çok yararına olacak şekilde davranmalıdır. Aşağıdaki bildire, tıp mesleğinin hastalarına sağlamaya çalıştığı kimi temel hakları dile getirmektedir. Yasal durum ya da hükümetin tutumu hastaların bu haklarını yadsıyorsa, hekimler bu hakların elde edilmesi ya da onarılması için yollar aramalıdır.

1. Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı vardır.
2. Hastanın, dışarıdan herhangi bir karışma olmadan klinik ve ahlaki yargılara özgürce varabilen bir hekim tarafından bakılmaya hakkı vardır.
3. Hastanın, yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul veya reddetmeye hakkı vardır.
4. Hastanın, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı gösterilmesini beklemeye hakkı vardır.
5. Hastanın saygın bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hastanın, uygun bir dine bağlı bir din adamının yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve ahlaki teselliye isteme veya reddetmeye hakkı vardır³⁶.”

Ekim 1983'te İtalya'da düzenlenen 35. Dünya Hekimler Kurultayı'nda benimsenen Venedik Bildirgesi'nde ise ölümlü sonuçlanacak hastalıklara ilişkin kararlar alınmıştır. Hekimin görevinin hastalarını iyileştirmek, olabildiğince onların acılarını gidermek, hastalarının çıkarlarını iyi şekilde koruyacak biçimde davranmak olduğu, ayrıca hekimin, ölümcül hastanın son döneminde hastanın rızası, -hasta kendi isteğini açıklayamıyorsa en yakın akrabasının kararı- ile tedaviyi keserek hastanın acısını dindirebileceği belirtilmiştir^{11,36}.

28-30 Mart 1994 tarihinde Amsterdam'da Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'ne göre altı ana başlık altında incelenen hasta haklarında “hastaların çektiği acıların dindirilmesi hakkı ve yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, saygın biçimde ölme hakları” olduğu belirtilmiştir^{11,36}.

Ülkemizde ise hasta hakları 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname uyarınca hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği 01.08.1998 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği dokuz bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Yönetmeliğin amacı: “Herkesin insan haysiyetine yakışır bir şekilde hasta haklarından yararlanabilmesi ve hak ihlallerine karşı korunabilmesi” olarak belirtilmiştir^{11,26,27}.

Yönetmelik amaç, kapsam, dayanak, tanım ve ilkeler, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalar, diğer haklar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları ve son hükümlere ilişkin ana başlıklar altında düzenlenmiştir.

Yönetmeliğin 25.maddesinde tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı düzenlenmiş fakat bu hakkın sadece tıbbi tedavi ile ilgili olarak kullanılabilceği vurgulanmıştır. Ayrıca hasta tarafından bu hakkın kullanılmış olmasının, daha sonraki başvuruda hasta aleyhine değerlendirilemeyeceği de yönetmelikte özellikle belirtilmiştir. Hastaya ötanazi sonucunu doğurabilecek bir tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı tanınmamıştır^{11,26,27}

Yönetmeliğin 28/1.maddesi rızanın bir şekil şartına bağlı olmadığını ve 28/2.maddesi ile de hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüzlüğü ve bu rızaya dayanılarak müdahale yapılamayacağı belirtilmiştir. Bu hüküm aydınlatılmış rıza uygulamasının yönetmelikte yer aldığını göstermektedir^{26,27}.

Tüm diğer hasta hakları bildirge ve sözleşmelerinden farklı olarak ülkemizde yürürlükte olan yönetmeliğin 12.maddesinde: “Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talepte edilemez”, 13. maddesinde ise: “Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez” denilerek; teşhis, tedavi ve korunma amacı taşımayan, ölüme yol açabilecek sonucu bulunan ötanazi isteğinin yasaklandığı görülmektedir. Bu durumda 13. maddedeki ötanazi yasağı, 12. maddenin ötanaziye yönelik tekrarı niteliğindedir^{26,27}.

2.7. HUKUK AÇISINDAN ÖTANAZİ

Günümüzde gelişmiş ülkelerin çoğunda ötanazi kavramı yoğun olarak tartışılmakta ve bu konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılmakta veya yasal boşluklar değerlendirilmeye çalışılmaktadır¹⁸.

Çeşitli ülkelerin yürürlükteki ceza hukuku mevzuatlarını ötanaziye ilişkin tutumları bakımından iki gruba ayırmamız mümkündür^{1,9}:

I.Grup: Ötanaziyi ayrı ve müstakil bir suç olarak kanunlarla düzenlemiş olan ülkeler oluşturmaktadır. Bu ülkelerin ceza kanunları, iradeye bağlı ötanaziyi adi bir öldürme suçundan ayrı bir suç olarak kabul edip hafifletici cezalarla düzenlemiştir^{1,9,12}.

Alman Ceza Kanunu'nun 216. maddesinde akıl hastaları ile şuur ve iradesi yerinde olmayan kişiler haricinde, bir kişinin “ciddi ve sarıh ısrarı” sonucu ötanaziyi gerçekleştiren kişi en az 3 yıl hapis cezası ile cezalandırılmaktadır^{1,8,9,12,18,27}.

İtalyan Ceza Kanunu'nun 579. maddesi 6-15 yıl hafif hapis cezası ile

cezalandırmaktadır^{9,12}.

İsviçre Ceza Kanunu'nun 227. maddesine göre bir kimseyi ciddi ve ısrarlı talebi üzerine öldürme fiilini işleyen kişi hakimın geniş yetkisi ile hafif hapis cezası ile cezalandırılmaktadır^{1,12,18}.

Polonya, Danimarka, Avusturya, Yunanistan, Romanya, İzlanda, Uruguay, Norveç, Finlandiya Ceza Kanunları da hastanın talebi üzerine ötanazi uygulamalarını ayrı bir suç olarak ele almakta ve hafif bir ceza ile cezalandırmaktadırlar^{1,9,12,14,18}.

Ötanazinin uygulamasının en yaygın olduğu ülke olan Hollanda'nın Ceza Kanunu'nda ötanazi adı ile düzenlenmemiş olmasına rağmen 293. ve 294. maddeleri ile düzenlenen suçlar, ötanazi tanımını kapsadığından konu bu maddeler çerçevesinde tartışılmaktaydı. 1 Haziran 1994 tarihinde yürürlüğe giren yasa ile ötanazi eyleminin bildirim prosedürü belirlenmiştir. Hekim bu prosedüre uyan raporunda ölüm nedeni olarak ötanazi yazıp, ilgili makamlara bunu bildirdiğinde hakkında kovuşturma yapılmıyordu^{1,8,9,12,14,10,18,27,39}.

2000 yılında yapılan referandumla halkın %80'in üzerinde ötanaziye destek vermesi ile Hollanda Parlamentosu aktif ötanazi tasarısını 2001'de yasallaştırmıştır^{18,40}.

Bu yasaya göre:

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

Yasada ayrıca 12 yaşından küçük çocuklara ötanazi yapılamayacağı ve 16 yaşından küçükler için ise ailesinden izin alınması gerektiği belirtilmektedir¹⁸.

Ötanaziyi suç olmaktan çıkararak ve yasallaştıran kanunu 2002'den itibaren yürürlüğe girdiren Belçika dünyada bu adımı atan ikinci ülke oldu. Bu yasaya göre, hastaya ötanazi yapılabilmesi için, fiziki veya psikolojik olarak, tıbbi açıdan sürekli ve dayanılmaz acı çekiyor olması, çaresiz bir aşamada bulunması, hastanın 18 yaşından büyük olması, bu talebini bilinçli ve kendi iradesiyle yapması, bu isteğini düşünerek ve birkaç defa yansıtması şart koşulmaktadır⁴¹.

II.Grup: Ötanaziyi düzenlememiş kanunları olan ülkeler bu fiili “kasten adam öldürme suçu” olarak kabul eder ve cezalandırırlar^{1,9}.

Fransız Ceza Kanunu 1 Mart 1994 tarihinde düzenlemesiyle 221/1. maddesine göre kasten adam öldürme suçunun cezası 30 yıl olarak belirlenmiştir ve ötanazi fiili de bu ceza kapsamında cezalandırılmaktadır^{1,9}.

Fransa’da, Bilim Yaşam ve Sağlık Ulusal Etik Komitesi, tedavisi mümkün olmayan hastaların kendi arzularıyla ölmelerine izin veren bir tavsiye kararı almıştır. Komite’de oy birliği ile alınan karara göre, “çok olağandışı ve özel hallerde, sıkı kontrollü ve adli yolu açık kalmak” koşuluyla ötanaziye yeşil ışık yakılmıştır. Buna göre tüm hallerde insan öldürme yasağının devam ettiği ve ötanazinin bir insan öldürme eylemi olduğu unutulmadan, çok ender vakalarda ve özel durumlarda, adli makamların kontrolünde olmak kaydıyla ötanaziye başvurulabilecektir²⁷.

Bir Güney Amerika ülkesi olan Arjantin’de, ötanazi konusunda ayrı bir yasal düzenleme bulunmamakta ancak ötanazi cinayet olarak kabul edilmekte ve belirlenen sorumlular adam öldürme suçu ile yargılanmaktadır²⁷.

Amerika Birleşik Devletleri’nde eyaletten eyalete değişmekle birlikte anayasasında ötanazi uygulaması, kasten adam öldürme suçu sayılmaktadır¹. Ötanazide mutlak surette hastanın vasiyetini isteyen bazı eyaletlerde, hastanın yazılı ve önceden verilen açık iradesi bulunmadıkça yapay yaşam desteği kaldırılamamaktadır⁸. Amerika’nın 23 eyaletinde intihara yardım suçu olarak tanımlanmamaktadır¹⁸. Oregon eyaletinde 1994 yılından itibaren tartışılan ötanaziye izin veren yasanın 1997 yılı son aylarında kabul edilmesinden yaklaşık beş ay sonra ilk resmi ötanazi yapılmıştır²⁷.

İngiltere’de ötanazi ile ilgili bir düzenleme olmamasına rağmen mahkemelerin zaman zaman ötanaziye izin verdikleri görülmektedir^{1,9}. Genel olarak İngiliz Hukuku’nda ötanazi uygulamasının kabul edilmemekte ve şüpheli durumlar denetlenmektedir⁸.

Türk Ceza Hukuku’nda ötanaziye ilişkin özel bir madde bulunmamaktadır¹¹. 5237 sayılı 12.10.2004 tarihli resmi gazetede yayınlanan TCK 84.maddesi gereğince;

1. Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapisle cezalandırılır.

3. Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis

cezası ile cezalandırılır. Bu fiilin basın ve yayın yolu ile işlenmesi halinde, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

4. İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten adam öldürme suçundan sorumlu tutulurlar^{38,42}.

Görüldüğü üzere Türk Ceza Hukukunda ötanazi adam öldürme kapsamına girer ve aktif ötanazi için TCK 81.maddesi, pasif ötanazi için TCK 84.maddesi uyarınca işlem yapılır. TCK 81.maddesi gereğince; bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır. Kasten adam öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi ise 83/3. maddesi ile düzenlenmiştir^{38,42}.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13.maddesine göre; “Tabip ve diş tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusunun uyararak veya diğer sebeplerle, akli ve bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.”, 14.maddesine göre ise; “Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir” hükümleri ile aktif, pasif ötanazi ve asiste intiharı yasaklamaktadır^{1,9,11,12,14,43,44}.

Diğer bazı ülkelerde ötanazinin hukuksal yapısı; Güney Afrika Cumhuriyeti Ceza Kanunu'nda hiçbir kimsenin kendi ölüm anını ve şartları seçme konusunda, ölümcül hasta olsa bile hakkı olmadığı görüşü bulunmakta ve ötanazi suç kabul edilmektedir. Japon Ceza Kanunu harakiriyi, 6 aydan 3 yıla kadar hapis cezasına çarptırmakta ancak ötanaziye kanunlarında yer vermemektedir. İsrail'de yaşam makinesine bağlanmak istemeyen ve tedavisi mümkün olmayan iki hastanın ötanazi isteği Tel Aviv Bölge Mahkemesi tarafından kabul görmüştür⁸ Avustralya Kuzey Bölgesi Parlamentosu 1995 tarihinde ilk ötanazi yasasını onaylamıştır. Terminal Dönem Haklarına İlişkin Kanun adını taşıyan bu yasa ölümcül derecede hasta olanların, onların talebi üzerine doktor tarafından öldürülmesine yetki vermektedir^{8,11,14,18,33}. Yasanın yürürlüğe girmesinden sonra Bob Dent adındaki ilk hastanın Eylül 1996'da ölmesinin ardından, 52 yaşındaki Janet Mills ötanazi talep etmiş ve 1997'de bir makine tarafından verilen ilaç ile ölen ikinci hasta olmuştur^{11,45}. Ancak bu kanun Avustralya Parlamentosu tarafından 1997 yılında yürürlükten kaldırılmıştır^{8,9,11,14,18}.

2.8.ÖTANAZİYE İLİŞKİN OLGU ÖRNEKLERİ

Dr. Postma Davası

1973 yılında serebral hemoraji geçirmiş, kısmi felçli, konuşma zorluğu çeken, bir bakımevinde sandalyeye bağlı olarak yaşamını sürdüren ve defalarca ölmek istediğini açıklayan annesine ölümcül dozda morfin vererek hayatına son veren Hollandalı Pratisyen Dr.Postma yargılanmıştır. Mahkeme Dr.Postma'nın, iyileşmesi mümkün olamayan, dayanılmaz acılar içindeki annesinin yaşamına son verdiği için suçlu olduğuna, ölümünü hızlandırdığı için suçlu olmadığına karar vermiştir. Dr.Postma bir hafta hapis cezası yanında bir yıl göz hapsi cezası ile cezalandırılmıştır^{8,9,14,18}.

Dr. Chabot Davası

1991 yılında Hollanda'da 50 yaşındaki hasta Bayan B'ye ötanazi uygulanması ile görülmüş bir davadır. Bayan B. 22 yaşında evlenmiş, başından itibaren sürekli sorunlu olan evliliğinden iki oğlu olmuştur. 1986 yılında büyük oğlu Patrick intihar ettikten sonra evliliği iyice kötüleşmiş ve intihar etme isteği ortaya çıktığı için psikiyatrik tedavi görmeye başlamıştır. 1988'de babasını kaybedince kendini adadığı küçük oğlu Rodney ile birlikte eşini terk etmiştir. 1990 yılında geçirdiği trafik kazasıyla hastaneye yatırılan Rodney'e kanser teşhisi konulmuş, sonrasında Mayıs 1991'de vefat etmiştir. O gece de dahil intihar girişimleri başarısız olan Bayan B. İstemli Ötanazi Birliği'ne başvurarak ölme isteğini belirtmiştir. Burada tanıştığı Dr.Chabot ile Ağustos-Eylül 1991 tarihleri arasındaki uzun süren psikiyatrik görüşmeleri sonunda ötanazi isteğini sürekli tekrarlaması üzerine Dr.Chabot başka üç meslektaşının görüşünü de alarak Bayan B'nin ölüm talebini kabul etmiş ve uygun miktarda ilaç sağlayarak nasıl kullanacağını tarif ederek ölümüne yardım etmiştir. Mahkemelerce yargılanan Dr. Chabot suçsuz bulunmuştur. 1994 yılında Yüksek Mahkeme "Acısı somatik kökenli olmayan ve ölümcül olmayan hastalıklarda da asiste intiharı" tanımıştır. Hollanda Tabipler Birliği ve Hollanda Psikiyatri Birliği de mahkemenin kararını desteklemiş, ancak olay ve karar dünyada çok sert tepkiler almış ve benimsenmemiştir^{8,14,18}.

Ramon Sampedro Olgusu

1969 yılında Ramon Sampedro İspanya'nın Galicia bölgesinde yaşayan 26 yaşında bir denizciydi. Bir yardan denize atladı ve bel kemiğini kırdı. Boynundan aşağısı tutmuyordu, iyileşmesi imkansızdı. 29 yıl süresince boynundan aşağısı felçli olarak yaşayan İspanyol Ramon Sampedro yıllarca yalnız başını oynatarak yaşadı ve yıllarca ötanazi istedi ama yasalar izin vermediği için reddedildi. Sampedro sonunda 11 arkadaşıyla anlaşarak arkadaşlarının her birine bir görev verdi. Biri zehirli ilacı aldı, diğeri eve getirdi, diğeri suyun içine damlattı..., 11. arkadaşı da Ramon'un son sözlerini videoya çekti. Vasiyetnamesi İspanya'yı altüst etti:

“Sayın Yargıçlar, Sayın Siyasi ve Dini Yetkililer...Biraz önce seyrettiğiniz görüntülerden sonra size soruyorum; biçimsiz ve bozulmuş bir bedenin bekçisi olan bir insan için, yani benim için, saygınlık nedir? Vicdanlarınızın vereceği cevap ne olursa olsun, benim için saygınlık bu değildir. Ben, hayatı, özgürlüğü seven çoğu insan gibi, yaşamın bir hak olduğuna, ama bir mecburiyet olmadığına inanıyorum. Buna rağmen bu duruma 29 yıl, dört ay ve birkaç gün boyunca tahammül etmek zorunda kaldım. Bunu daha fazla yapmayı reddediyorum! Gördüğünüz gibi yanımda içinde siyanür potasyum bulunan bir bardak su var. Onu içtiğimde, kendi irademle, sahip olduğum en özel, en meşru mülkiyete; yani bedenime son vermiş olacağım. Bu özgürlük eylemine sizler “intihara yardım” adını takmışsınız. Ben ise bu eylemi, bir insanın gerçekten “benim” diyebileceği tek şeye, yani bedenine ve onunla birlikte ne varsa, yani hayata, bilince egemen olmasına destek verenlerin insani yardımı olarak adlandırıyorum... Sizler, beni seven, bu sevgisinde tutarlı olan, yani beni benmişim gibi seven yakınlarıma ceza verebilirsiniz. Bütün bu sözlerime rağmen yine de ceza vermeyi kararlaştırırsanız, size şunu tavsiye ediyorum: Bacaklarını ve kollarını kesin yardım edenlerin, çünkü ben onlardan kaderimi paylaşmalarını istedim...”

Ramon öldükten sonra savcılık soruşturma başlatınca, binlerce insan “Sampedro'nun ölümüne yardım ettim” diyerek dilekçe imzaladı. Bunun üzerine savcı davadan vazgeçti^{11,46}.

Bouvia Davası

Elizabeth Bouvia şiddetli beyin felcine bağlı neredeyse tamamen felçli olan yatağa bağımlı 28 yaşında bir bayandır. Fiziksel olarak tamamen başkalarına bağımlı olan Bouvia devamlı olarak ölme isteğini dile getirmiştir. 1983 yılında aç bırakılarak ölüme terk edilme isteğini ve bu sırada bakım görmek için haklarını aramış ancak talebi mahkemece reddedilmiştir. İki yıl sonra başka bir hastanede yaşaması için gerekli kaloriden az beslenmeye başlamış ve nazogastrik sondayla beslenmeyi reddetmiştir. Hastane yetkilileri tarafından zorla beslenmeye başlanmış ve konu mahkemeye yansımıştır. Alt mahkeme, Bouvia'nın talebinin tedaviyi reddetmekten çok yaşamı sonlandırmayı amaçladığı gerekçesiyle reddedilmesine karar vermiştir. California Temyiz Mahkemesi ise akıllı ve ruhu özgür ama bedenine hapsedilmiş, akıllı, hassas ve uyanık durumdaki Bouvia'nın sonucunda ölüm bile olsa istemediği beslenme tüpünden kurtulma isteğinin “tedaviyi reddetme hakkı” sınırlarında olduğuna karar vermiştir. Ayrıca Hakim; “Ölme hakkı, başkalarının hakları zedelenmediği müddetçe, bizim geleceğimizi kontrol etme hakkımızın bir parçasıdır. Bu hak tıp mesleği dahil olmak üzere başkalarından ölümü kolaylaştıracak yardımı almayı da içerir” demiştir.

Bu kararın özürlü insanlara ölme seçeneğini uygulamaları yönünde baskı yapacağı öne sürülerek çok eleştirilmiştir. Ayrıca kararın eleştirilmesinin diğer sebebi de psikiyatrik görüş alınmaksızın karar verilmiş olmasıdır^{8,14,18}.

Bebek John Pearson Davası

İngiltere’de 1980 yılında Down Sendromu ile doğan bebek John Pearson’un ölümünden sonra yapılan otopside ölümün hastalıktan olmadığı anlaşılmıştır. Hastalığını öğrendikten sonra anne ve babanın bebeği istemediğini anlayan Dr. Leonard Arthur, yazdığı nota ailesinin bebeğin yaşamasını istemediğini belirterek “hemşire bakımı” talimatı vermiştir. Bundan kasıt bebeğe yemek verilmeden sadece su ile beslenmesidir. Bebeğe ayrıca ağrı kesici ilaç da başlanmış ve bebek 69 dakika sonra ölmüştür. Patolojik inceleme sonucunda bebeğin pnömöniden öldüğü ancak bunun verilen ilaca mı yoksa bebekteki başka anomalilere mi bağlı olduğu tartışma doğurmuştur. Dr. Arthur adam öldürmekten yargılanmış ve doktorlar meslektaşlarından yana tavır almışlardır⁸.

Nancy Cruzan Olgusu

Nancy Cruzan 33 yaşında iken 1 Ocak 1983 yılında geçirdiği trafik kazası sonunda devamlılık gösteren bitkisel hayata girmiştir. Nörolojik durumundaki belirsizlik devam etmekte olduğu için gastrostomi ile beslenmeye başlanmıştır. 1986 da ailesi kızlarının bu şartlarda yaşamaya devam etmek istemeyeceğini savunarak beslenmeye devam edilmemesini talep etmiştir. Hastane çalışanlarının buna itirazlarıyla mahkemeye yansıyan olay uzun yargılama sürecinden sonra 1990 yılında Missouri Yüksek Mahkemesi ve Federal Yüksek Mahkemesi, Cruzan ailesini kızlarını yaşama bağlayan tüm tıbbi destek sistemlerini durdurma konusunda yetkili kılmıştır. Nancy Cruzan yapay beslenme durdurulduktan 12 gün sonra ölmüştür^{1,8,9,14,17,18}.

Dr.Jack Kevorkian Davası

Haziran 1990'da Dr. Kevorkian, Alzheimer hastası 54 yaşındaki Oregonlu Bayan Janet E. Adkins'in ölümüne yardım etmekten yargılanmıştır. Bayan Adkins, kocası ile beraber Michigan'a giderek Dr. Kevorkian ile tanışmış, birlikte yedikleri yemekte doktorun icat ettiği intihar makinesi hakkında bilgi almış ve kullanmaya karar vermiştir. Bayan Adkins'i makineye bağlayan Dr.Kevorkian, kocası ile birlikte onun aleti çalıştıran düğmeye basmasını seyretmiştir. Dr. Kevorkian.ve Bay Adkins ölüme sebebiyet verme suçu ile ilgili görülmemişlerdir.

“Ölüm Doktoru” diye tanınan Dr.Kevorkian'ın, bir televizyon programında, kasları imha ederek, kişinin hareket imkanını tümüyle yok eden 'Lou Gehrig's' hastalığına yakalanan 52 yaşındaki Thomas Youk'a kolundan verdiği zehirli enjeksiyon ile ötanazi uygulamasını milyonlarca kişi izledi. Dr.Kevorkian, programda, Youk'tan ölmek istediğine dair imzalı bir onay aldığını da gösterdi.

Dr.Kevorkian, ötanazi ile ilgili tartışmaların artık mutlaka noktalanması gerektiğini de vurgularken, “bunu belki de bencil olduğum için yapıyorum. Yaşlı bir adamım ve bir gün bu hastaların durumunda olursam ben de ötanazi yolunu seçmek istiyorum” diyerek yaptıklarını savunmuştur. Dr.Kevorkian'ın son medeni hak olarak savunduğu ötanazi için 130 hastaya yardım ettiği biliniyor^{1,8,9,17,18, 47,48}.

2.9. SAĞLIK PROFESYONELLERİ AÇISINDAN ÖTANAZİ

Ölüm, yaşamı boyunca bütün insanları doğrudan ilgilendiren doğal bir olaydır.⁴⁹ Tıp bilimi hızla ilerlemekte ve önceden tedavisi bilinmeyen hastalıkların tedavisindeki yeni gelişmeler sonucunda günümüz insanı hastanelere daha çok başvurmakta ve tedavi olanaklarını sonuna kadar kullanmaktadırlar. Dolayısı ile geçmişte evde gerçekleşen ölüm olayları artık büyük oranda hastanelerde gerçekleşmektedir. Bu durum neticesinde sağlık profesyonellerinin hastaya ya da ailesine ne söyleyeceği, nasıl davranacağı veya ne hissedeceği bir sorun olabilmektedir. Hemşirelerin terminal dönem hasta bakımına ve ölümden sonraki yas sürecinde hastaya bakım veren eş ya da aile bireyinin duygusal ve sosyal sorunlarını da gözden kaçırmaması gerekmektedir^{11,14,49,50}.

Etik ilkeler doğrultusunda sağlık profesyonellerinin hasta için neyin daha iyi olacağını her yönü ile iyice düşünüp değerlendirerek uygulama yapmaları gerekmektedir¹². Bununla birlikte “her şeyden önce zarar vermeme” prensibi de itiraz edilmesi güç bir ilkedir³⁵. Bu açıdan bakıldığında hastanın yararına olduğunu düşündüğümüz bir durumda pasif ötanaziye izin verilebileceği Dünya Tıp Asamblesi tarafından benimsenmiştir. Ancak bu, her hekimin ya da hemşirenin hasta yararına diyerek ötanazi uygulaması anlamını taşımaz^{11,12}.

Bu bakımdan hemşirelik mesleğini gözden geçirmekte yarar vardır. THD hemşireliği; bireyin, ailenin, toplumun sağlık ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamıştır^{2,3,4,5}.

Hemşirelik tanımı çerçevesinde Türkiye’deki hemşirelik eğitiminin amacı; insanı ve sağlığı vazgeçilmez bir değer olarak gören, insanı ailesi, toplum ve çevresiyle bütünlüğü içinde ele alabilen, genel sağlık sistemimizi kavrayarak, hemşireliğin bu sistem içindeki yerini gören, değerlendirebilen kültürlü, mesleki eğitimi yeterli, hemşirelik hizmetleri ile ilgili olguları gözleyip doğru yorumlayabilen ve bu yorumlardan bir karara varıp bunları uygulayarak sonuçlarını değerlendirebilen hemşireler yetiştirmektir⁵¹.

Bu amaç doğrultusunda eğitim alan ve Hemşirelik Andı ile göreve başlamaya hazır hale gelen hemşire adaylarının sorumlulukları bu and içerisinde açıkça belirtilmiştir:

“Yüklenmiş olduğum sorumlulukların bilincinde geliştirdiğim anlayış ve becerilerimle herhangi bir ırk, inanç, renk, siyasi ve sosyal düzey ayrımı gözetmeksizin hastalarımı bakacağıma, ızdırabı hafifletmek, sağlığı yüceltmek için gerekecek her türlü çabayı göstereceğime, bakımım altındaki hastaların tüm değer ve dini inançlarına saygı duyacağıma, bana bireylerle ilgili olarak verilen tüm bilgileri saklayacağıma, hayatı ya da sağlığı tehdit edebilecek her türlü girişimden sakınacağıma, mesleki bilgi ve becerilerimi en üst düzeyde tutmaya çalışacağıma, sağlık ekibinin tüm üyeleri ile işbirliği yapacağıma ve onları destekleyeceğime, bunları yaparken, uluslararası hemşirelik ahlak yasasının onurunu korumak için gerekecek bütün çabaları sarf edeceğime ve hemşireliğin bütünlüğünü koruyacağıma and içerim.”

Dünyanın her yerinde sağlık ekibi yaşamı ve sağlığı korumayı ilke edinmiş ve bu amaca hizmet etmek için Hekimlik Andı ve Hemşirelik Andı ile yemin ederek göreve başlamıştır¹⁹.

ICN’in (Uluslararası Hemşireler Birliği); bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu olarak tanımladığı hemşirelik, sağlık profesyonelleri arasında büyük bir yer ve öneme sahiptir^{4,52}.

Hemşireler mesleki işlevlerini yerine getirirken, bakım, tedavi edici, koruyucu, rehabilite edici, eğitici, danışman, hasta savunuculuğu rollerini, iletişim, yardım etme, problem çözme, öğretim ve liderlik becerilerini kullanarak bakım verir. Mesleğin özünü oluşturan bu yönlerin ve özün kavranması önemlidir¹⁵.

Ötanazi tartışmaları çerçevesinde hemşirenin savunucu rolünün önemli bir yere sahip olduğu bir gerçektir. Hasta savunuculuğu; hastanın kendini ifade edemediği durumlarda onu temsil etmek olarak tanımlanır. Hemşire, hastanın ihtiyaçlarını bilen, hastayla diğer gruplar arasında iletişimi sağlayan ve hastayı olası haksızlıklara karşı savunan yani hasta haklarını koruyan sağlık profesyonelidir¹⁶. Hemşire olarak, sağlık sistemi içerisine girdiği andan itibaren hastaya yapılacak işlemlerin hasta yararına olmasını güvence altına almak ve yapılacak işlemler için hastanın düşüncelerini öğrenmek profesyonel zorunluluk ve hastalara borcumuzdur¹⁹. Bu durumda hemşirelerin kendi inanç, değer, davranış biçimlerine aykırı bile olsa, hasta yaşamının sonlandırılmasını talep ettiğinde hasta ile aynı düşüncede olmamasına rağmen hastaya ötanazi hakkı verilirse hastanın bu hakkını da savunması gerekmektedir. Hemşirelerin

hastalarına birer birey olarak yaklaşabilmesi ve hastanın haklarını savunabilmesi için öncelikle ölüm ve ötanazi ile ilgili kendi duygu, düşünce ve davranışlarını tanıması, fikirlerini netleştirmesi gerekmektedir^{11, 53}.

Hemşireler, eğitimleri sırasında ölümcül bir hastalığı olan hastalara yeterli düzeyde bakım verme konusunda bilgi almaktadırlar ve bu bilgileri uygulama konusunda sorumludurlar⁴. Hasta ve ailesi, oldukça zor olan ve çeşitli sorunlarla mücadele etmeleri gereken bu dönemde terk edilme ve yalnız bırakılmaya karşı oldukça hassastırlar. Hastanın ağrı, semptom kontrolü, rutin hayati bulgularının takibi gibi ihtiyaçları ve bakımı ile ilgilenilirken çoğu zaman hasta ve ailesinin sosyal, duygusal ve psikolojik ihtiyaçları gözden kaçırılmaktadır. Terminal dönemde kendi ihtiyaçlarını karşılayamayıp başkalarına ihtiyaç duyan, korku ve acı içinde olan hastalarda ötanazi talebi oluşabilmektedir. İlerlemiş kanser hastaları ya da tecrit odasındaki kuduz hastasının çektiği dayanılmaz acılar buna örnek oluşturabilir^{1,11,19,20}.

Hemşireler, hastalarına bütüncül yaklaşma felsefesi doğrultusunda her türlü ihtiyacını düşünüp ilgilenmekle sorumlu oldukları için ölümle ilgili düşünce ve duygularını da daha iyi değerlendirip anlayabilirler. Hastanın olduğu kadar ailesinin de biyo-psiko-sosyal ve kültürel bir varlık olduğunu ve bu konudaki duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesi gerektiğini unutmadan yaklaşım göstermeleri gerekmektedir¹¹. Hasta ve ailesi genellikle yaşadıkları anksiyete, depresyon, inkar ve benzer olumsuz duyguların etkisiyle sağlık çalışanlarına tepkili olabilmektedir. Bu deneyimi yaşayan sağlık çalışanları daha sonraki ölümcül hasta ve ailesi ile iletişimde agresif tutum sergileyebilmektedir. Bütüncül yaklaşımın ve her hastayı birer birey olarak görme gerekliliğini unutmadan görevini sürdürmek bu tür agresif yaklaşımları engelleyecektir. Ölüm gerçeği ile karşı karşıya bulunan hasta ve ailesinin tepkilerini iyi değerlendirip onlara gerekli desteği sağlamanın sağlık meslek profesyonellerinin görevlerinden biri olduğu unutulmamalıdır¹¹.

Hemşirelerin profesyonel olması insan yaşamına değer vermelerinin göstergesidir. Eğitim rolü ile hastaların ve ailelerinin kendileri için doğru olanı yapma kararını vermelerinde önemli bir sorumluluk üstlenmektedirler⁴. Hasta bireyin haklarının korunmasında önemli görevi olan hemşireler, yaşama hakkını, sağlık bakımı alma hakkını korudukları gibi kendini yönetme hakkını da korumalıdır. Böylelikle bireyin kendi kaderini belirleme özgürlüğünü de güvence altına almış olacaktırlar¹¹.

Şiddetli ağrıya neden olan hastalıkların başında gelen kanser nedeniyle gittikçe artan orandaki ölümler ötanazi konusundaki tartışmalarında artmasında büyük rol oynamıştır. Bireyler veya aileleri; tedavisi çağımız imkanları çerçevesinde mümkün olmayan hastalıklar ile karşılaşınca ötanazi ile ilgilenirler. Hastalıkların bedene verdiği zarar yanında sosyal konum, saygınlık kaybı, ümitsizlik gibi olumsuzlukların yanında ülkemizde olduğu gibi hastanede karşılaşılan bürokrasi, hekime, hemşireye ulaşamama, ziyaretçi yasağı, ölüm anksiyetesi ve sosyal güvence yoksunluğu v.b. pek çok sorunu bir arada yaşamak zorunda kalan hasta birey, ümitsizlikle ötanazi talebinde bulunabilir⁵⁴.

Ötanazi kararını kimin vereceği ve yasallaşması durumunda uygulamayı kimin yapacağı soruları tartışmanın diğer boyutunu oluşturmaktadır. Günümüzde ötanazi kararını hastanın vermesi, hastanın karar verme yetisinin olmadığı durumlarda da yargı yoluyla atanan kişinin hasta adına karar vermesi çoğunluğun uzlaştığı bir uygulamadır. Hekimin hastanın prognozunu en iyi bilen kişi olması nedeniyle bu görevin onlara yüklenmesi görüşü yaygındır. Ancak bunun hastaların hekimlerine olan güveni sarsabileceği ve öldürülme korkusu yaratabileceğini savunan görüşler de bulunmaktadır. Bunu engellemek için anesteziist veya ötanazistlerin ötanazi uygulamasını yapmasının daha uygun olduğu savunulmuştur^{11,17}.

Ötanazinin uygulanmasında hemşireler de yer alabilir. Hasta savunucusu olan hemşireler, hasta ve yakınlarına ötanazi konusunda bilgi vermeli, hastanın bilgilendirilmesi mümkün olmadığı durumlarda hastayı savunması ve hastanın onayı alınmadan yapılan uygulamalara karşı onu koruması gerekmektedir. Hastanın huzurlu ve saygın bir biçimde ölümüne izin verilmesi anlamına gelebilecek olan tedavinin kısıtlanması veya sonlandırılması nedeniyle etik ikilem içinde kalan hemşire aktif uygulayıcı şeklinde olmadığı için yardım için çağrıldığında reddedebilir. Ancak hastayla en çok zaman geçiren, onların anksiyete, korku, duygu ve düşüncelerini en yakından takip eden meslek üyeleri oldukları için ötanazi kararını verecek olan ekip içinde hemşirenin rolü önemlidir^{9,11}.

Bütün sağlık profesyonellerinin ötanaziye objektif bakabilmesi gerekirken, kendi değer ve inançları doğrultusunda ötanazi yanlısı veya karşıtı görüşlerde olması nedeni ile hasta yararı ve isteğini göz ardı edebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin mesleklerini uygularken hastasına tıbbi bakım ve desteği sağlaması yanında hastanın bedenini ve onurunu koruması, savunması elbette kolay değildir. Sağlık ekip üyeleri

profesyonel sorumlulukları ve çatışan kişisel değerlerini etik ilkelerle dengelediklerinde objektif ve profesyonelce düşünebilmeyi başarabilirler^{11,55}.

Dünyada ötanazinin tartışılması son yıllarda çeşitli yönleriyle gündemdedir. Bir çok ülke ötanaziye kendi koşullarını göz önüne alarak uygun yaklaşımı belirleme çabasında olmasına karşı bu konu ülkemizde henüz yeterince tartışılmamıştır¹⁸. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Hasta Hakları Bildirgeleri ve Anayasamızda yer alan, en temel, vazgeçilemez ve devredilemez bir hak olan yaşama hakkı karşısında ötanazi; sağlık sistemini oturtturmuş, evde bakım hizmetlerinin, sağlık sigortasının yaygın olduğu, hastanelerin yeterli tıbbi ve palyatif bakımı verebildiği ülkelerde, hastaların yaşama ve ölme hakkı arasındaki özgür bir seçimi olarak görülebilmektedir^{11,47, 56}. Ancak pek çok ötanazi karşıtının savunduğu gibi tek bir hastanın öldürülmesine izin vermenin, ötanazi vakasını meşru görmek, yaşama hakkı, öldürmeme, yaşamın kutsallığı ya da zarar vermeme gibi temel etik ilkelerin çiğnenmesi anlamına gelebileceği ve bundan sonraki bütün vakalarda bir tehdit unsuru oluşturabileceği gözardı edilmemelidir⁵⁷. İmkanları sınırlı olan ülkemizde, maddi ve tıbbi yetersizliklerden dolayı zorunlu bir seçim haline gelme ve istismar edilme ihtimali endişeleri nedeniyle yasallaşması uzak bir ihtimal gibi görünmekle birlikte ötanazinin; tıbbi, ahlaki, psiko-sosyal, kültürel ve hukuki çerçevelerde tartışılması gereken bir konu olduğu unutulmaması gereken bir gerçektir^{11,18}.

Sağlık hizmeti sunan ve mesleki uygulamalar konusunda yemin eden hekim ve hemşireler ise eğitim süreci ve sonrasında zaman zaman bu konuyla ilgilenmek zorunda kalmışlardır. Ötanazi konusunda farklı düşünceler içerisinde olabilecek hemşirelerin bu görüşlerinin bilinmesi oldukça önemlidir¹¹.

Bu araştırma Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Yoğun Bakım Ünitelerinde görev yapan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşüncelerini saptanması amacıyla yapılmıştır. Ötanazinin Adana ilinde sürekli olarak ölümcül hastalarla çalışan yoğun bakım ünitelerindeki hemşireler tarafından nasıl karşılandığı ve bu konuda neler düşündüklerinin ortaya çıkarılması, ülkemizdeki hemşirelerinin ötanaziye yaklaşımını belirlemek için yapılacak diğer araştırmaların da bir basamağı niteliğini taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşüncelerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana ilindeki Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 264 hemşire oluşturmaktadır.Araştırmanın örneklemini anket formunu doldurmayı kabul eden 186 hemşire oluşturmuştur. Her üç hastanede de hemşirelerin %70'ine anket uygulanmış, yıllık izin, doğum izni, rapor ve araştırmaya katılmak istememe nedenleri ile %30'una ulaşılamamıştır. Anketin ön uygulaması Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin ölümle karşılaşma oranı yüksek olan kliniklerde çalışan 15 hemşire ile yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra çalışma grubuna uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu'dur. Anket formu 35 sorudan oluşmaktadır. İlk 12 soru hemşirelerin demografik özellikleri ve çalıştıkları birim ile ilgilidir. 13.soru ile hemşirelerin ötanazi konusundaki bilgilerinin ne düzeyde olduğunu, ne düşündüklerini değerlendirmek amacı ile sorulmuş olup, 14. soruda ötanaziyi tanımlamaları istenmiştir. Hemşirelerin ötanazi hakkındaki bilgileri hangi kaynaklardan edindikleri 15.soru ile saptanmaya çalışılmıştır. 16 ile 20 sorular arasında ötanazi uygulamaları, aktif ve pasif ötanaziyi destekleyip desteklemedikleri nedenleri ile saptanmaya çalışılmıştır. 21.soruda hemşirelerin ötanazi isteği ile karşılaşma durumları saptanarak bu konuda daha önce düşünme fırsatı bulup bulmadıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. 23-34. sorular arasında ötanazi uygulamaları, yasallaşması ve hukuki gelişmesi konusunda hemşirelerin düşünceleri nedenleri ile saptanmaya çalışılmıştır. Hemşirelerin ötanaziye ilişkin, ankette sormayı gözden kaçırdığımız düşüncelerini saptamak için 35. soru açık uçlu olarak sorulmuştur.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket, hastane yönetimlerinden izin alındıktan sonra Ekim 2003- Şubat 2004 tarihleri arasında formu doldurmayı kabul eden 186 hemşireye uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Çözümü ve Yorumlaması

Anket formunun uygulanmasından sonra elde edilen veriler SPSS 11.5 for Windows paket programı ile çözümlenmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, ki-kare, Oneway-Annova, Pearson, Wilcoxon testleri uygulanarak analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 26.9 ± 3.9 (min:21, max:42); 93'ünün (%50) evli, 27'sinin (%27.8) çocuksuz olduğu, 43'ünün (%44.3) tek çocuklu, 23'ünün (%23.7) iki, 4'ünün (%4.2) ise üç çocuklu olduğu saptanmıştır. Evde bakıma muhtaç yakını olan 13 hemşirenin(%6.9) 10'u (%77.0) bu kişinin annesi, 2'si (%15.3) büyükannesi, 1'i de (%7.7) babası olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin demografik özellikleri çizelge 4.1'de verilmiştir.

Çizelge 4.1: Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı (n=186)

Yaş Grupları	n	%
21-25 yaş arası	83	44.6
26-30 yaş arası	70	37.6
31-35 yaş arası	27	14.5
36-39 yaş arası	4	2.2
40 yaş ve üzeri	2	1.1
Medeni Durum		
Evli	93	50.0
Bekar	89	47.8
Dul	4	2.2
Çocuk Sayısı		
Çocuğu yok (Bekar + Evli)	116	62.4
1 çocuğu var	43	23.0
2 çocuğu var	23	12.4
3 çocuğu var	4	2.2
Toplam	186	100.0

Hemşirelerin 83'ü (%44.6) Dahiliye yoğun bakım ünitelerinde, 55'i (%29.6) Cerrahi yoğun bakım, 36'sı (%19.4) Çocuk yoğun bakım, 12'si (%6.5) Acil yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı, günlük bakım verilen hasta sayısı ortalamasının 7.4 ± 3.5 (min:2, max:18) olduğu ve 161'inin (%86.6) hasta merkezli, 14'ünün (%7.5) iş merkezli, 11'inin (%5.9) her iki şekilde de çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin toplam çalışma yılı ortalamasının 6.6 ± 5.1 (min:1, max:24), birimdeki çalışma yılı ortalamasının 4.3 ± 4.1 (min:1, max:18) olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma yerlerinin özelliklerine göre dağılımı çizelge 4.2'de verilmiştir.

Çizelge 4.2: Hemşirelerin çalışma yerlerinin özelliklerine göre dağılımı (n=186)

Çalıştığı Hastane	n	%
Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi	96	51.6
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	16.1
Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi	60	32.3
Çalıştığı Birim		
Dahiliye Yoğun Bakım Üniteleri	83	44.6
Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri	55	29.6
Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri	36	19.4
Acil Yoğun Bakım Ünitesi	12	6.5
Bakım Verilen Tahmini Hasta Sayısı		
1-3 hasta	14	7.5
4-6 hasta	75	40.9
7-9 hasta	45	24.2
10-12 hasta	30	16.1
13-15 hasta	16	8.6
16 ve üzeri hasta	5	2.7
Toplam	186	100.0

Araştırmaya katılan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaş gruplarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı (çizelge 4.3) incelendiğinde Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının 24.53 ± 1.68 olduğu, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının 28.07 ± 4.00 olduğu, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının ise 28.30 ± 4.56 olduğu görülmüştür. Başkent hastanesinde çalışan hemşireler diğer hastanelerde çalışanlardan daha gençler.

Çizelge 4.3. Hemşirelerin yaş gruplarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı(n=186)

Çalıştığı Hastane	N	X	Ss	Dağılım Aralığı	F	P
Ç.Ü. Balcalı Hastanesi	96	28.07	4.00	21-41	20.986	0.000
Numune Hastanesi	30	28.30	4.56	23-42		
Başkent Hastanesi	60	24.53	1.68	21-28		
Toplam	186	26.97	3.90	21-42		

Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler ile mezun oldukları okullar karşılaştırılınca 56'sının (%30.1) Sağlık Meslek Lisesi, 81'inin (%43.6) Önlisans, 49'unun (%26.3) Lisans mezunu olduğu ve Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin 30'unun (%50) lisans mezunu hemşire olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.4'te Hemşirelerin mezun oldukları okulların çalıştıkları hastanelerdeki durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Başkent hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim durumları diğer hastanelerde çalışanlara göre daha yüksektir (p=0.000)

Çizelge 4. 4. Hemşirelerin mezun oldukları okulların çalıştıkları hastanelere göre dağılımı (n=186)

Çalıştığı Hastane	Mezun oldukları okullar						Toplam*	
	SML		Önlisans		Lisans ve üzeri		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Ç.Ü. Balcalı Hastanesi	32	33.3	47	49.0	17	17.7	96	51.6
Numune Hastanesi	13	43.3	15	50.0	2	6.7	30	16.1
Başkent Hastanesi	11	18.3	19	31.7	30	50.0	60	32.3
Toplam**	56	30.1	81	43.6	49	26.3	186	100.0

$X^2=27.587$

$p<0.001$

*sattır yüzdesi

**sütun yüzdesi

4.2. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Bilgileri

Hemşirelerin 94'ü (%50.5) ötanazi konusunda bilgi düzeyinin yeterli olmadığını, 87'si (%46.8) bilgi düzeyinin yeterli olduğunu, 5'i ise (%2.7) hiç bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin ötanaziyi tanımlamaları istendiğinde verdikleri yanıtlara göre dağılımı çizelge 4.5 'de verilmiştir. 13.soruda hemşirelerin sadece 5'i hiç bilgisi olmadığını belirtmişken ötanazinin tanımının sorulduğu 14. soruda 22 kişi cevap vermemiş, 1 kişi de bilmiyorum cevabını vermiştir.

Çizelge 4. 5. Hemşirelerin ötanaziyi tanımlamaları (n=186)

Tanımlar	n	%
Hastaların hayatlarının kendisinin ya da yakınlarının isteği ile sağlık personeline hastaya ilaç verilerek sonlandırılmasıdır	82	44.1
Hastanın çaresi olmayan hastalığı nedeniyle acı ve ızdıraptan kurtulmak için bilinçli ve kendi özgür iradesiyle verdiği yaşamı sonlandırma isteğidir.	58	31.1
Cevapsız, bilmiyorum	23	12.3
Hastanın yaşama hakkının sağlık personeli, hasta yakını ve hastanın kendi isteği ile elinden alınması, ölüme terk edilmesidir.	12	6.5
İnsan/ Hasta/ Ölme Hakkı	11	6.0
Toplam	186	100.0

Hemşirelerin 121'inin (%65.1) ötanazi hakkındaki bilgilerini okul eğitimi sırasında, 121'inin (%65.1) medya- basın kuruluşlarından aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin 5'i diğer seçeneğinde kitap, doktorlar, tez sunumunda (seminer), kendi deneyimlerinden ve kulaktan dolma yolları ile ötanazi hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Çizelge 4.6'da Ötanazi hakkındaki bilgilerini hangi kaynaklardan edindikleri verilmiştir.

Çizelge 4.6: Ötanazi hakkındaki bilgilerini hangi kaynaklardan edindiklerine ait verdikleri cevapların dağılımı (n =186)

Bilgi Kaynağı*	n	%
Okul Eğitimi Sırasında	121	65.1
Medya-Basın Kuruluşlarından	121	65.1
Hizmet İçi Eğitim Seminerleri	23	12.4
Konferans/ Kongreler	18	9.7
Diğer	5	2.7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.3. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri

Hemşirelerin Ötanazi uygulaması hakkında ne düşündüklerinin sorulduğu soruya en sıklıkla (104 kişi (%55.9)) “insan/ hasta hakkıdır” cevabı verilmiştir. Bu soruya 28 kişinin (%15.1) “cinayet - kasten adam öldürmektir” şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır. Diğer seçeneğini işaretleyen hemşirelerin 6’sı ötanaziyi mantık dışı, insan-hasta haklarına aykırı ve kabul edilemez bir uygulama olarak, 6’sı bu konuda kararsız olduklarını, 10’u ise hastanın dayanılmaz acılar çekiyor olması, suistimal edilmemesi gibi bazı şartlar altında mantıklı, uygulanabilir bir hasta hakkı olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin ötanazi uygulaması konusundaki düşünceleri çizelge 4.7’de verilmiştir.

Çizelge 4.7: Hemşirelerin ötanazi uygulaması konusundaki düşüncelerinin dağılımı (n=186)

Düşünceler*	n	%
İnsan/ hasta hakkıdır	104	55.9
Tıbbi bir uygulamadır	79	42.5
Doğaya/yaratana/evrene karşı gelmedir	44	23.7
Cinayet-Kasten adam öldürmektir	28	15.1
Diğer	22	11.8

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Aktif ötanazinin tanımı yapılarak hazırlanan bilinçli ve ısrarlı bir şekilde ötanazi isteyen bir hastaya aktif ötanazinin uygulanabilirliği konusundaki düşüncelerinin sorulduğu 17. soruya hemşirelerin 44’ü (%23.6) evet, 71’i (% 38.2) hayır ve 71’i (%38.2) kararsız oldukları şeklinde cevap vermişlerdir. Hayır ve kararsız cevaplarını veren hemşirelerin 107’si (%75.3) vicdani rahatsızlık duyacaklarını, 88’i (%61.9) tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu belirtmişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen 10 hemşirenin 6’sı hastaların sağlıklı düşünerek karar veremeyeceklerini, hastanın psikolojik durumunun iyi değerlendirilmesi gerektiğini, 1’i bunun yetkilisinin hemşireler olmadığını belirterek karşı olma, 1’i insan vücudunun mucizelere açık olduğunu, 1’i hayatta varoluş nedenimizin sevgi ve mutluluk olduğu için mutsuz ve umutsuz olmanın, acı çekerek yaşamının bir arada olduğu durumlarda uygulanabileceğini, 1’i ise öleceğini bile bile bir insanı yaşatmaya çalışmanın ne kadar doğru olabileceğinin sorgulanması gerektiğini belirterek aktif ötanazi uygulaması

konusunda kararsız olma nedenlerini açıklamışlardır. Hemşirelerin Aktif Ötanaziye karşı ya da kararsız olma nedenlerinin dağılımı çizelge 4.8’de verilmiştir.

Çizelge 4.8:Hemşirelerin aktif ötanaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı (n =142)

Nedenler*	n	%
Vicdani rahatsızlık duyma	107	75.3
Tıbbın insanları yaşatmak için varolması	88	61.9
Dini nedenler	67	47.1
Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi	54	38.0
Ölümü hızlandırmanın anlamsızlığı	31	21.8
Yasal yükümlülükler	31	21.8
Diğer	10	7.0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre aktif ötanaziye destekleme durumları incelendiğinde Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin 29’unun (%30.2), Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin 1’inin (%3.3), Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise 14’ünün (%23.3) evet cevabı verdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre aktif ötanaziye destekleme durumları çizelge 4.9’da görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0.001)

Çizelge 4.9: Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı (n =186)

Çalıştığı Hastane	Aktif ötanazi uygulanmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Balcalı Hastanesi	29	30.2	29	30.2	38	39.6	96	51.7
Numune Hastanesi	1	3.3	21	70.0	8	26.7	30	16.1
Başkent Hastanesi	14	23.3	21	35.0	25	41.7	60	36.2
Toplam**	44	23.6	71	38.2	71	38.2	186	100.0

$X^2=17.980$

$p=0.001$

*satur yüzdesi

**sütun yüzdesi

Çizelge 4.10'da hemşirelerin yaşlarına göre aktif ötanaziye destekleme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.183). Hemşirelerin yaş gruplarına göre aktif ötanaziye destekleme durumlarını incelediğimizde; aktif ötanazinin uygulanmasını destekleyen 44 hemşirenin 22'sinin (%50.0) 21-25 yaş arasında, 20'sinin (%45.5) 26-30 yaş arasında olduğu, 30 yaşın üzerindeki 2 (%4.5) kişinin aktif ötanaziye desteklediği görülmüştür. Aktif ötanaziye karşı çıkan 71 hemşirenin, 28'i (%39.4) ve bu konuda kararsız olduklarını belirten 71 hemşirenin 33'ü (%46.5) de yine 21-25 yaş grubu arasında yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Hemşirelerin yaşlarına göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı

Aktif Ötanazi Uygulanmalı mıdır?	N	X	Ss	Dağılım Aralığı	F	P
Hayır	71	27.44	4.22	21-42	1.711	0.183
Kararsız	71	27.06	4.03	21-41		
Evet	44	26.07	2.96	21-40		
Toplam	186	26.97	3.90	21-42		

Çizelge 4.11'de hemşirelerin aktif ötanazinin uygulanması konusundaki düşüncelerine yönelik soruya verdikleri cevapların mezun oldukları okullara göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.481).

Çizelge 4.11: Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre aktif ötanaziye destekleme durumlarının dağılımı (n=186)

Mezun oldukları okullar	Aktif ötanazi uygulanmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Sağlık Meslek Lisesi	15	26.8	20	35.7	21	37.5	56	30.1
Önlisans	18	22.2	36	44.4	27	33.3	81	43.6
Lisans ve Üzeri	11	22.4	15	30.6	23	46.9	49	26.3
Toplam**	44	23.6	71	38.2	71	38.2	186	100.0

$X^2=3.480$

$p>0.05$

*sıra yüzdesi

**sütun yüzdesi

Hemşirelerin pasif ötanazinin tanımı yapılarak hazırlanan yaşam destek sistemleriyle hayatını sürdüren ve ötanazi talebi bulunan bir hastaya pasif ötanazi uygulanması konusundaki düşüncelerini öğrenmeyi amaçlayan 19. soruya cevapları 72'si (%38.7) evet, 67'si (%36.0) hayır ve 47'i (%25.3) kararsız şeklinde olmuştur.

Hemşirelerin pasif ötanaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı incelendiğinde hemşirelerin 83'ü (%73.8) vicdani rahatsızlık duyacaklarını, 73'ü (% 64.0) tıbbın insanları yaşatmak için varolduğunu belirtmişlerdir. Hayır ve kararsız cevaplarını veren hemşirelerin bu cevaplarının nedenlerini nasıl açıkladıkları çizelge 4.12'de verilmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen 8 hemşirenin 2'si hasta yakınlarının fikrinin alınması ve doktorun karar vermesi gerektiğini, 2'i bunun belirleyicisinin hemşireler olmaması gerektiğini, 1'i hasta bir insanın sağlıklı düşünemeyeceğini, 1'i binde bir ihtimali bile gözardı etmememiz gerektiğini, 1'i tedaviye başlanmadan ümitsizliğe kapılmamak gerektiğini ve 1'i ise bu durumdaki hastanın bilincinin yerinde olmadığı için ötanazi uygulamasına karşı ya da kararsız olma konusundaki düşünce nedenlerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.12: Hemşirelerin Pasif Ötanaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı (n =114)

Nedenler*	n	%
Vicdani rahatsızlık duyma	83	72.8
Tıbbın insanları yaşatmak için varolması	73	64.0
Dini nedenler	49	42.9
Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi	40	35.0
Ölümü Hızlandırmanın anlamsızlığı	28	24.5
Yasal yükümlülükler	16	14.0
Diğer	8	7.0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre pasif ötanaziye destekleme durumları çizelge 4.13'de görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0.000). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin 44'ü (% 45.8) pasif ötanaziye destek verirken, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise sadece 3'ünün (% 10.0) pasif ötanaziye destekledikleri saptanmıştır.

Çizelge 4.13: Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre pasif ötanaziyi destekleme durumlarının dağılımı (n=186)

Çalıştığı Hastane	Pasif ötanazi uygulanmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Balcalı Hastanesi	44	45.8	26	27.1	26	27.1	96	51.7
Numune Hastanesi	3	10.0	21	70.0	6	20.0	30	16.1
Başkent Hastanesi	25	41.7	20	33.3	15	25.0	60	36.2
Toplam**	72	38.6	67	36.1	47	25.3	186	100.0

$X^2=20.103$ $p<0.001$ *satur yüzdesi **sütun yüzdesi

Çizelge 4.14'te hemşirelerin yaşlarına göre pasif ötanazi uygulanmasını destekleme durumları incelendiğinde evet cevabını veren hemşirelerin yaş ortalamasının 26.22 ± 3.31 , hayır cevabını verenlerin yaş ortalamasının 27.42 ± 4.52 olduğu saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.117$). Hemşirelerin yaş gruplarına göre pasif ötanaziyi destekleme durumlarını incelediğimizde; pasif ötanazinin uygulanmasını destekleyen 72 hemşirenin 37'sinin (%51.4) 21-25 yaş arasında, 26'sının (%36.1) 26-30 yaş arasında olduğu, 30 yaşın üzerindeki 9 (%12.5) kişinin pasif ötanaziyi desteklediği görülmüştür. Pasif ötanaziye karşı çıkan 67 hemşirenin, 30'u (%44.8) ve bu konuda kararsız olduklarını belirten 47 hemşirenin 16'sı (%34.0) da yine 21-25 yaş grubu arasında yer almaktadır. Pasif ötanaziyi destekleme konusunda kararsız olan hemşirelerin 22'sinin (%46.8) 26-30 yaş arasında olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.14: Hemşirelerin yaşlarına göre pasif ötanaziyi destekleme durumlarının dağılımı (n=186)

Pasif Ötanazi Uygulanmalı mıdır?	N	X	Ss	Dağılım Aralığı	F	P
Hayır	67	27.42	4.52	21-42	2.171	0.117
Kararsız	47	27.47	3.67	21-36		
Evet	72	26.22	3.31	21-40		
Toplam	186	26.97	3.90	21-42		

Çizelge 4.15’de hemşirelerin mezun oldukları okullara göre pasif ötanaziyi destekleme durumlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.771).

Çizelge 4.15 : Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre pasif ötanaziyi destekleme durumlarının dağılımı (n=186)

Mezun oldukları okullar	Pasif ötanazi uygulanmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Sağlık Meslek Lisesi	20	35.7	21	37.5	15	26.8	56	30.1
Önlisans	34	42.0	30	37.0	17	21.0	81	43.6
Lisans ve Üzeri	18	36.7	16	32.7	15	30.6	49	26.3
Toplam**	72	38.7	67	36.0	47	25.3	186	100.0

$$X^2=1.806$$

$$p>0.05$$

*satur yüzdesi

**sütun yüzdesi

Hemşirelerin aktif ve pasif ötanaziyi destekleme durumları (Çizelge 4.16) 3’lü Likert skalaya (0: Hayır, 1: Kararsız, 2: Evet) uyarlanmış ve aynı hemşirenin her iki tip ötanaziyi destekleme puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Wilcoxon testi ile yapılan değerlendirme, hemşirelerin aktif ötanaziyi destekleme puanlarının (ort: 0.85, min:0, med:1, max:2) , pasif ötanaziyi destekleme puanlarından (ort:1.03, min:0, med:1, max:2) daha düşük olduğunu göstermiştir. (p=0.011)

Çizelge 4.16: Hemşirelerin aktif ötanaziyi destekleme ile pasif ötanaziyi destekleme durumlarının karşılaştırılması (n=186)

Aktif ötanazi uygulanmalı mıdır?	Pasif ötanazi uygulanmalı mıdır?						Toplam*	
	Hayır		Kararsız		Evet		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Hayır	42	59.1	10	14.1	19	26.8	71	38.2
Kararsız	17	23.9	34	47.9	20	28.2	71	38.2
Evet	8	18.2	3	6.8	33	75.0	44	23.6
Toplam**	67	36.1	47	25.3	72	38.6	186	100.0

Hemşirelerin 120'si (%64.5) meslek yaşantıları boyunca hasta veya ailesinin ötanazi kavramına uyan isteği ile hiç karşılaşmadıklarını, 43'ü (%23.1) birkaç kez, 19'u (%10.2) bir kez, 4'ü (%2.2) ise sık karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Hemşireler uygulanan anketin 22. sorusunda yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteyip istemeyecekleri sorulmuştur. Hemşirelerin 46'sı (%24.8) evet, 70'i (%37.6) hayır, 70'i (%37.6) kararsız olduklarını belirten cevaplar vermişlerdir.

Hemşirelerin yatağa bağımlı olmaları durumunda kendileri için ötanazi isteme, istememe ya da kararsız olma nedenleri incelediğinde; kendileri için kesinlikle ötanazi istememelerinin (n=140 (hayır + kararsız)) nedenini en çok (93 kişi (%66.4)) "Allah'ın verdiği canı Allah'tan başkası alamaz" düşüncesi, daha sonra ise (66 kişi (%47.1)) "Hastalığın tedavisinin her zaman bulunma ihtimalinin olması" düşüncesi ile belirtmiştir. Hemşirelerin kendileri için ötanazi istemeleri ya da kararsız olma (n =116 (evet + kararsız)) nedenlerini en çok acı çekmemek (89 kişi (% 76.7)) ve bakımıyla ilgili kişilere sıkıntı vermemek (84 kişi (%72.4)) için olarak belirtmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen 16 hemşirenin 6'sı sevdiği insanlardan ayrılmamak, 2'si dini açıdan rahatsız olacağı, 2'si umudunu yitirmeyeceği, 2'si yaşamadan böyle bir konuda karar vermenin zor olduğu, 2'i bilinci yerinde olduğu sürece bu işlemi onaylayamayacağı, 1'i hastalığın seyrine bağlı olduğunu düşündüğü, 1'i bakıma muhtaç yaşamak zor olsa da yaşamın herkesin hakkı olduğu için ötanaziyi istememe ya da kararsız olmasının nedenlerini belirtmişlerdir. Çizelge 4.17'de hemşirelerin yatağa bağımlı olmaları durumunda kendileri için ötanazi isteme, istememe ya da kararsız olma nedenlerinin ötanazi isteme durumları ile karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.17. Hemşirelerin yatağa bağlı olmaları durumunda kendileri için ötanazi isteme, istememe ya da kararsız olma nedenlerinin ötanazi isteme durumları ile karşılaştırılması

*Kendileri için ötanazi isteme, istememe ve kararsız olma nedenleri	**Yatağa bağımlı olsaydınız kendiniz için ötanazi ister miydiniz?						Toplam	
	Evet		Hayır		K ararsız		n	%
	n	%	n	%	N	%		
Allah'ın verdiği canı Allah'tan başkası alamaz (n =140)	-	-	52	55.9	41	44.1	93	66.4
Acı çekmemek (n =116)	35	39.3	-	-	54	60.7	89	76.7
Bakımıyla ilgili kişilere sıkıntı vermemek (n =116)	36	42.9	-	-	48	57.1	84	72.4
Hastalığın tedavisinin her zaman bulunma ihtimalinin olması (n =140)	-	-	37	56.1	29	43.9	66	47.1
Yaşamının her koşulda güzel olduğunu düşünmek (n =140)	-	-	41	63.1	24	36.9	65	46.4
Tedavisi mümkün olmayan hastalığın olduğunu bilmek (n =116)	25	45.5	-	-	30	54.5	55	47.4
Ölümden korkuyor olmak (n =140)	-	-	20	45.5	24	54.5	44	31.4
Yatağa bağımlı yaşamının anlamsız olduğunu düşünmek (n =116)	18	42.9	-	-	24	57.1	42	36.4
Aileye/devlete maddi yük olmamak (n=116)	17	45.9	-	-	20	54.1	37	31.8
Diğer (n =186)	-	-	6	37.5	10	62.5	16	8.6

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

**satur yüzdesi

Hemşirelerin birinci dereceden bir yakınları (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) için ötanazi uygulamasını kabul edip etmeyecekleri sorulduğunda 20'si (%10.8) evet, 122'si (%65.5) hayır, 44'ü (%23.7) kararsız olduğunu belirtmiştir. Çizelge 4.18'de hemşirelerin kendileri için ötanazi isteme durumları ile birinci dereceden bir yakını için ötanazi uygulamasını kabul etme durumları karşılaştırıldığında; yatağa bağımlı olsa kendisi için ötanazi isteyebileceğini belirten 46 hemşirenin ancak 16'sı (%34.8) birinci dereceden yakınları için ötanaziyi kabul edebileceklerini belirtmiştir. Kendisi için

ötanazi istemeyen 70 hemşirenin 3'ü (%4.3) yakını için kabul edebileceğini, 5'i (%7.1) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin kendileri ve bir yakınları için ötanazi isteme durumları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.000).

Çizelge 4.18 . Birinci dereceden bir yakınları için ötanazi uygulamasını kabul etme durumları ile kendileri için ötanazi istemelerinin karşılaştırılması (n=186)

Yatağa bağımlı olsanız kendiniz için ötanazi ister miydiniz?	Birinci dereceden yakınınız için ötanaziyi kabul eder miydiniz?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	16	34.8	14	30.4	16	34.8	46	24.8
Hayır	3	4.3	62	88.6	5	7.1	70	37.6
Kararsız	1	1.4	46	65.7	23	32.9	70	37.6
Toplam**	20	10.8	122	65.5	44	23.7	186	100.0

$X^2=60.371$

$p<0.001$

*sadır yüzdesi

**sütun yüzdesi

Ülkemizde ötanazi uygulamasının yasallaşması konusundaki düşüncelerini içeren 26. soruya cevaplarının dağılımı çizelge 4.19'da verilmiştir. Hemşirelerin 74'ü (%39.8) ötanazinin yasallaşmasına karşı olduklarını, 63'ü (% 33.9) ise yasallaşması gerektiğini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.19: Sizce ötanazi uygulaması Türkiye'de yasallaşmalı mıdır sorusuna verdikleri cevapların yüzde dağılımları (n=186)

Yasallaşmalı mıdır?	n	%
Evet	63	33.9
Hayır	74	39.8
Kararsız	49	26.3
Toplam	186	100.0

Çizelge 4.20'de Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı incelendiğinde; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcı Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerdeki hemşirelere göre daha fazla destekledikleri saptanmıştır. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde

çalışan hemşirelerin 2'si (%6.7) ötanazinin yasallaşması, 23'ü (%76.7) yasallaşmaması gerektiğini düşünmektedir. Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise 21'i (%35.0) ötanazinin yasallaşması, 22'si (%36.7) yasallaşmaması gerektiğini düşünmektedir. Hastaneler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0.000)

Çizelge 4.20: Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı

Çalıştığı Hastane	Ötanazi uygulaması yasallaşmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Balcalı Hastanesi	40	41.7	29	30.2	27	28.1	96	51.7
Numune Hastanesi	2	6.7	23	76.7	5	16.7	30	16.1
Başkent Hastanesi	21	35.0	22	36.7	17	28.3	60	36.2
Toplam**	63	33.9	74	39.8	49	26.3	186	100.0

$X^2=22.189$

$p<0.001$

*satur yüzdesi

**sütun yüzdesi

Ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleyen ya da kararsız oldukları cevabını veren (n=112) hemşirelerin, 111'i (%99.1) ötanazinin yasallaşması durumunda kimlere uygulanması gerektiği sorusuna beyin ölümü olan hastalara cevabını vermiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen 2 hemşirenin 1'inin karar verecek kişinin hemşireler olmadığını, 1'inin de isteyen kişilere yapılınsı şeklinde düşüncelerini belirttikleri saptanmıştır. Çizelge 4.21'de hemşirelerin bu konudaki görüşleri verilmiştir.

Çizelge 4.21: Ötanazinin yasallaşması durumunda kimlere uygulanması gerektiği konusunda hemşirelerin görüşleri (n=112)

Kimlere uygulanmalı?	n	%
Beyin ölümü olan hastalara	111	99.1
Prognozu kötü, şiddetli ağrı çeken malign hastalığı olan hastalara	67	59.8
Yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara	65	58.0
Terminal dönemdeki hastalara	46	41.0
Yatağa bağımlı olup kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalara	13	11.6
Diğer	2	1.7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.22’de hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye’de yasallaşmasını destekleme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p =0.112).

Çizelge 4.22: Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye’de yasallaşmasını destekleme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı (n=186)

Mezun oldukları okullar	Ötanazi uygulaması yasallaşmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sağlık Meslek Lisesi	20	35.7	23	41.1	13	23.2	56	30.1
Önlisans	29	35.8	36	44.4	16	19.8	81	43.6
Lisans ve Üzeri	14	28.6	15	30.6	20	40.8	49	26.3
Toplam**	63	33.9	74	39.8	49	26.3	186	100.0

$X^2=7.493$

$p>0.05$

*sıra yüzdesi

**sütun yüzdesi

“Ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı kim yapmalıdır” sorusuna hemşirelerin 118’i (%63.4) yasaların belirlediği bir ekip, 50’si (%27.0) hekim cevabını vermiştir. Diğer cevabını veren 14 hemşireden 5’i hiç kimse yapmamalı, 4’ü içinde hekimin olduğu yasaların belirlediği bir ekip, 2’si yorumsuz, bilemiyorum, 1’i hasta ailesinden bir kişi ile yasaların belirlediği bir ekip, 1’i hastanın kendisi, ailesinden bir kişi ya da yasaların belirlediği bir ekip, 1’i ise acı çekmeden yapabilecek birisi cevaplarını vermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin hiçbiri uygulamayı kim yapmalıdır sorusuna hemşire cevabını vermemiştir. Çizelge 4.23’de ötanazi uygulamasının kimin yapması gerektiği konusundaki düşüncelerinin dağılımı verilmiştir.

Çizelge. 4.23: “Ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı kim yapmalıdır” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (n=186)

Ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı kim yapmalı?	n	%
Yasaların Belirlediği Bir Ekip	118	63.4
Hekim	50	27.0
Diğer	14	7.5
Hastanın Ailesinden Bir Kişi	3	1.6
Hastanın Kendisi	1	0.5
Hemşire	0	0.0
Toplam	186	100

Hemşirelere yöneltilen bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren ve gerçekleştirme eylemine yardım eden bir sağlık ekip üyesinin hukuk önünde sorumlu kabul edilmesi hakkındaki düşüncelerini saptamak amacı ile sorulan 28. ve 29. sorulara verdikleri cevapların dağılımı çizelge 4.24 ve 4.25’de verilmiştir.

Çizelge. 4.24: “Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (n=186)

Gerçekleştiren sorumlu kabul edilmeli midir?	n	%
Evet	74	39.8
Hayır	112	60.2
Toplam	186	100.0

Çizelge. 4.25: “Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştirme eylemine yardım eden bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (n=186)

Yardım eden sorumlu kabul edilmeli midir?	n	%
Evet	74	39.8
Hayır	112	60.2
Toplam	186	100.0

Yasal düzenleme yapıldığı takdirde hemşirelerin 152'si (%81.7) ötanazi uygulayan ekip içinde görev almak istemediklerini, 34'ü (%18.3) aktif, pasif ya da her ikisinde de görev alabileceklerini belirtmişlerdir. Çizelge 4.26'da hemşirelerin bu konudaki görüşleri görülmektedir.

Çizelge 4.26: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alırmısınız sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (n =186)

Ekip içinde görev alırmısınız?	n	%
Aktif ötanazide görev alırım	2	1.1
Pasif ötanazide görev alırım	26	14.0
Her ikisinde de görev alırım	6	3.2
Hayır görev almam	152	81.7
Toplam	186	100.0

Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumları ile ötanazinin Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumları karşılaştırıldığında; çizelge 4.27'de görüldüğü gibi hemşirelerin 38'i ötanazi uygulamasının ülkemizde yasallaşmasını desteklemesine rağmen yasal düzenleme yapıldığı takdirde dahi ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayacaklarını belirtmiştir. Ötanazinin ülkemizde yasallaşmasını desteklemeyen 74 hemşirenin 6'sı ise yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içerisinde görev alabileceğini belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000).

Çizelge 4.27: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının ötanazinin yasallaşmasını destekleme durumlarına göre dağılımı (n =186)

Ekip içinde görev alırmısınız?	Ötanazi uygulaması yasallaşmalı mıdır?						Toplam*	
	Evet		Hayır		Kararsız		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Evet	25	73.5	6	17.6	3	8.9	34	18.3
Hayır	38	25.0	68	44.7	46	30.3	152	81.7
Toplam**	63	33.9	74	39.8	49	26.3	186	100.0

$X^2=29.292$

$p<0.001$

*sattır yüzdesi

**sütun yüzdesi

Çizelge 4.28’de hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı verilmiştir. Hastaneler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0.059)

Çizelge4.28: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı (n =186)

Çalıştığı Hastane	Ekip içinde görev alır mısınız?				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi	19	19.8	77	80.2	96	51.7
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	3.3	29	96.7	30	16.1
Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi	14	23.3	46	76.7	60	36.2
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=5.659$ $p>0.05$ *sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

Çizelge 4.29’da Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımı verilmiştir. Birimler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0.335)

Çizelge4.29: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları birimlere göre dağılımı (n =186)

Çalıştığı Birim	Ekip içinde görev alır mısınız?				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Dahiliye Yoğun Bakım Üniteleri	18	21.7	65	78.3	83	44.6
Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri	10	18.2	45	81.8	55	29.6
Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri	6	16.7	30	83.3	36	19.4
Acil Yoğun Bakım Ünitesi	-	-	12	100.0	12	6.5
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=3.392$ $p>0.05$ *sıra yüzdesi **sütun yüzdesi

Çizelge 4.30'da hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı verilmiştir. Mezun olunan okul ile ilgili anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p=0.211)

Çizelge4.30: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının mezun oldukları okullara göre dağılımı (n =186)

Mezun oldukları okullar	Ekip içinde görev alır mısınız?				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Sağlık Meslek Lisesi	6	10.7	50	89.3	56	30.1
Önlisans	17	21.0	64	79.0	81	43.6
Lisans ve Üzeri	11	22.4	38	77.6	49	26.3
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=3.133$ $p>0.05$ *sırt yüzdesi **sütun yüzdesi

Çizelge 4.31'de hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumları ile yatağa bağımlı yaşamak zorunda olduklarında kendileri için ötanazi isteme durumları karşılaştırıldığında; yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteyebileceklerini belirten 46 hemşirenin 31'i (%67.4) yasal düzenleme yapıldığı takdirde bile ötanazi uygulayan ekip içerisinde görev almak istemediklerini, kendisi için ötanazi uygulamasını istemeyeceğini belirten 70 hemşirenin 6'sı ise ötanazi uygulayan ekip içinde görev alabileceğini belirtmiştir. Hemşirelerin kendileri için ötanazi isteme durumları ile yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı istemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (p=0.005)

Çizelge 4.31: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteme durumlarına göre dağılımı (n =186)

Yatağa bağımlı olsanız kendiniz için ötanazi ister miydiniz?	Ekip içinde görev alır mısınız?				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Evet	15	32.6	31	67.4	46	24.8
Hayır	6	8.6	64	91.4	70	37.6
Kararsız	13	18.6	57	81.4	70	37.6
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=10.743$ $p<0.05$ *sırt yüzdesi **sütun yüzdesi

Çizelge 4.32’de hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alma durumlarının birinci derece bir yakınları için ötanaziyi kabul etme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; bir yakını için ötanaziyi kabul edebileceğini belirten hemşirelerin 11’i (%55.0) yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alabileceklerini belirtmiştir. Bir yakınına ötanazi uygulanması konusunda kararsız olduğunu belirten hemşirelerin ise 32’si (%72.7) ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayacaklarını belirtmiştir (p=0.000).

Çizelge 4.32: Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alma durumlarının birinci derece bir yakınları için ötanaziyi kabul etme durumlarına göre dağılımı (n=186)

Birinci derece bir yakınınız için ötanaziyi kabul eder miydiniz?	Ekip içinde görev alırsınız mı?				Toplam*	
	Evet		Hayır		n	%
	n	%	n	%		
Evet	11	55.0	9	45.0	20	10.8
Hayır	11	9.0	111	91.0	122	65.5
Kararsız	12	27.3	32	72.7	44	23.7
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=27.443$ $p<0.001$ *sırt yüzdesi **sütun yüzdesi

Hemşirelerin 151’i (%81.2) ötanazi yasal olarak uygulanmaya başlansa istismar edileceğini, 35’i (%18.8) ise istismar edilmeyeceğini düşünmektedir. Çizelge 4.33’de görüldüğü gibi evet cevabını veren hemşirelerin 121’i (%80.1) ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği, 116’sı (%76.8) miras, diğer seçeneğini belirten hemşirelerin 4’ü organ mafyası, 2’si bilgi düzeyi yetersiz bir sağlık ekibi olması, 1’i tıbbi deneyler ve kötü düşünceler nedenleri ile istismar edilebileceğini düşünmektedir.

Çizelge 4.33: Ötanazinin yasal olarak uygulanmaya başlansa istismar edilebileceği düşünülen konuların dağılımı (n=151)

İstismar edilebilecek konular	n	%
Ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği	121	80.1
Miras	116	76.8
Tıbbi gelişmeleri engellemesi	71	47.0
Kisilerarası eşitsizliklere yol açması	68	45.0
Sağlık Personelini Tembelliğe itmesi	48	31.7
Diğer	7	4.6

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 4.34’de hemşirelerin ülkemizde belirli durumlarda ötanazi uygulanıp uygulanmadığına ilişkin düşünceleri belirtilmiştir. Hemşirelerin 74’ü (%39.8) pasif ötanazinin, 1’i (%0.5) aktif ötanazinin, 7’si (%3.8) her ikisinin de uygulandığına inandıklarını belirtirken 67’si (%36.0) fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Hiçbir durumda ötanazinin uygulanmadığı düşünen hemşire sayısı ise 37’dir (%19.9).

Çizelge 4.34. Hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşüncelerinin dağılımı (n =186)

Düşünceler	n	%
Pasif Ötanazi Uygulandığına İnanıyorum	74	39.8
Aktif Ötanazi Uygulandığına İnanıyorum	1	0.5
Her İkisinin de Uygulandığına İnanıyorum	7	3.8
Hiçbir Durumda Uygulandığına İnanmıyorum	37	19.9
Fikrim Yok	67	36.0
Toplam	186	100

Çizelge 4.35’te hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşünceleri yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulamasında görev alma istekleri ile karşılaştırılmıştır. Aktif, pasif ve her iki tür ötanazinin de uygulandığına inanan hemşireler ile, hiçbir durumda uygulanmadığına inanan ve fikri olmadığını belirten hemşireler olarak gruplama yapılmıştır (çizelge 4.35). Ötanazi uygulandığına inanan hemşirelerin 27’si (%32.9) yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alabileceğini belirtmiştir (p=0.000).

Çizelge 4.35. Hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşüncelerinin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulamasında görev alma istekleri ile karşılaştırılması (n =186)

Ötanazi uygulanıyor mu?	Ekip içinde görev alr mısınız?				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Uygulanıyor	27	32.9	55	67.1	82	44.1
Uygulanmıyor	7	6.7	97	93.3	104	55.9
Toplam**	34	18.3	152	81.7	186	100.0

$X^2=21.062$ $p<0.001$

*sadır yüzdesi

**sütun yüzdesi

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ötanaziye ilişkin eklemek istedikleri düşüncelerinin saptanması için sorulan 35. soruyu 25 hemşire (%13.5) cevaplamıştır. Bu soruyu cevaplayan hemşirelerden ötanaziye **karşı olanların** ifadeleri şöyledir:

“Bence yoğun bakımda yatan her hastanın nefes alması, kalp atımları önemli. Ötanazi uygulanmamalıdır.”

“Her şeye rağmen yaşamak güzeldir. Hastanın çok iyi düşünüp bilinçli olması lazım. Yaşam sevinci ile ümit ile sevgi ile mücadele etmek lazım. Yaşamak herkesin hakkıdır. İyi veya kötü.”

“Bu konu beni vicdan olarak rahatsız ediyor ki ayrıca ben beyin ölümü gerçekleşen üç hastanın iyileşip taburcu olduğunu gördüm. İnsanların son anına kadar yaşama hakları vardır.”

“Bu konuda ankete katılmak bile insanı rahatsız ediyor. Çünkü meslek hayatımda iki kere beyin ölümünün gerçekleştiği söylenen iki hastayı da iyileştirip taburcu ettik. O yüzden son zamana kadar insanlar yaşatılmaya çalışılmalıdır.”

“Bu konu insan vicdanını rahatsız edecek çok derin bir konu. Meslek hayatımda iki hastanın beyin ölümü gerçekleştiği halde geri dönerek iyileşip taburcu olduklarını gördüğüm için bu konuda hiçbir zaman kesin karar verebileceğimi sanmıyorum.”

“Her insan son ana kadar yaşamak ister. Bence uygulanmamalıdır.”

“Kesinlikle karşıyım. Allah’ın verdiği canı ondan başkası alamaz.”

“Her birey kendi kararını kendi vermelidir. Fakat o anki psikolojisi değerlendirilmelidir. Daha sonra fikri değişebilir.”

“Ötanaziye hastanın yakınları kendisi ve sağlık personeli ile konuşularak karar verilmesi gerekir. Ne olursa olsun hasta her zaman yaşatılmaya çalışılmalı ve buna göre kararlar alınmalı.”

Ötanaziyi **destekleyen** hemşirelerin ifadeleri şöyledir:

“Tıbbi kurallar ve yasaların belirlediği şekilde ötanazinin Türkiye’de uygulanmasını istiyorum.”

“Ötanazi gerçekten yapılması gereken hastalara uygulanmalıdır. Tabi ki biz Türk halkı olarak bizde vicdanımızın sesini dinlediğimiz için bu uygulamayı yapmamız çok zordur. Ama acı çekerek ölmekte çok kötüdür.”

“Bence ötanaziye karşı olmamak gerek”

“Her insanın kendi yaşamına karar verme hakkı vardır. Her ne şartta olursa olsun her şey kişinin kendi kararına bağı olmalıdır. Ölmek veya yaşamak.”

“Olmasını isterim ama bizim dinimizde yeri olmadığı için bir şey söyleyemiyorum.”

“Kişinin yaşamını sürdürmesi yada sonlandırma kararı vermede özgür olmalı ve bu kararı belgelerle kanıtlayıp hakkına itina gösterilmelidir.”

“Ötanazinin biran önce yasallaşmasını istiyorum”.

“Beyin ölümü olan ve yaşamı destek sistemine bağı olarak yaşamını sürdüren herkesin hakkıdır.”

Ötanazi uygulanması konusundaki **diğer** düşünceleri belirten ifadeler ise aşağıda verilmiştir:

“Ötanazi günümüzde Avrupa’da Hollanda’da uygulanmaktadır. Ancak yavaş yavaş diğer Avrupa ülkelerinde de yasallaşmaya başlıyor. Etik açıdan oldukça tartışmalı bir konu olduğunu düşünüyorum. Böyle bir karar alınması çok zordur.”

“Bence ötanazi uygulanacaksa birden çok duruma bakılmalıdır (Yaş, prognoz.gibi)”

“Bilimsel olarak gerektiğine inansam da kişisel olarak kararını vermek ya da uygulamak vicdanen beni çok rahatsız eden bir yaklaşım.”

“Konu hakkında kararsızım. Belirli bir eğitim sonrası belki daha net fikirlere sahip olabilirim”.

“Bu konuyla ilgili bir hizmet içi eğitim programı hazırlana bilir.”

“Ötanaziye ilişkin daha geniş bilgi verilebilir, seminerler yapılabilir. Bu konunun dinle bağdaştırılmaması gerektiği, yanlış anlaşıldığı konusunda halka ve sağlık personeline eğitim verilebilir.”

“Yoğun bakım ünitelerinde pasif ötanazi uygulandığına inanıyorum.”

“Durumu kötü hastalarda, yoğun bakımda pasif ötanazi uygulandığına inanıyorum.”

5. TARTIŞMA

5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler

Kişileri ve aileleri bir hastalık ya da kaza sonrası tedavisi mümkün olmayan bir durum ile karşılaştıkları zaman ilgilendiren ötanazi, aldıkları eğitimden başlayarak meslek yaşantıları boyunca bazen bir, bazen de birçok kez karşılaşılan hemşireleri her zaman yakından ilgilendiren bir konu olmuştur⁹.

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının 26.9 ± 3.9 (min:21, max:42) olduğu yani verilerin genç olarak tanımlanabilecek bir hemşire grubundan elde edildiği görülmektedir. Hemşirelerin daha fazla 21-25 yaş grubu arasında (83 kişi (%44.6)) oldukları tespit edilmiştir. Bu yoğunluğun işe yeni başlayan hemşirelerin göreve yoğun bakım ünitelerinde başlatılması ve yoğun bakım ünitelerinde uzun süre çalışmanın yaratacağı aşırı yıpranmayı engellemek için ilerleyen yıllarda diğer servislere alınmaları, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin devlet kadrosuna atandıktan sonra görevden ayrılmaları ile sürekli yeni mezun hemşirelerin bu hastanelerde göreve başlamaları, evlilik ve yoğun iş temposunun getirdiği zorlukların genç yaşta işten ayrılmalara yol açması gibi nedenlere bağlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu (%51.6) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin (%16.1) daha az olmasının nedeni devlet hastanesi olarak hizmet veren bu hastanede bulunan yoğun bakım ünitelerinin sayıca az olmasıdır. Her üç hastanede de yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %70'ine ulaşılarak araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısı ortalamasının 7.4 ± 3.5 olması yoğun bakım ünitelerinde 1 hemşireye düşen ideal hasta sayısının 1 ila 3 hasta olması gerektiği de gözönüne alındığında Adana ilindeki hastanelerde yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayılarının oldukça yetersiz olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin çoğunun (%86.6) hasta merkezli çalıştıklarını belirtmeleri hemşirelik mesleği adına sevindirici bir gelişmedir. Hasta merkezli çalışma hemşirelik uygulamalarında temel alınan bütüncül yaklaşımla bakım vermenin gerekliliğidir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılı ortalamasının 6.6 ± 5.1 (min:1, max:24), birimdeki çalışma yılı ortalamasının 4.3 ± 4.1 (min:1, max:18) olması yoğun bakım ünitelerinde daha çok yeni mezunların yerleştirildiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin yaş gruplarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımı (çizelge 4.3) incelendiğinde Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin diğerlerine göre daha genç oldukları (yaş ort. 24.5 ± 1.7) ($p=0.000$) ve çoğunun (%50.0) lisans mezunu hemşireler oldukları ($p=0.000$) görülmüştür (çizelge 4.4). Bu hastanenin özel üniversite hastanesi olması ve burada henüz devlet hastanesine memur olarak giremeyen hemşirelerin çalışıyor olmasının ve azaltılan memur alımları sonucu mezun olan hemşirelerin devlet kadrosuna yerleştirilinceye kadar özel sektörde çalışmayı seçmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca özel hastanelerin hemşire alımlarında lisans mezunu hemşireleri tercih etmeleri de bu sonucun ortaya çıkmasının diğer nedeni olarak düşünülebilir.

5.2. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Bilgileri

Hemşirelerin çoğu (%50.5) ötanazi konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını, %46.8'si bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu, %2.7 ise hiç bilgisi olmadığını düşünmektedir. Özler'in⁵ (2001) yaptığı çalışmada Orhangazi Üniversitesinde çalışan hemşirelerin çoğunun (%55.2) ötanazi konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu, %40.0'in yeterli olmadığını, %2.9'unun hiç bilgisi olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Işıkhani'nin¹¹ (2002) kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin ötanaziye ilişkin düşüncelerini değerlendirmek üzere yaptığı çalışmada ise sağlık personelinin %28.8'inin yeterli bilgiye sahip olduğunu, %71.2'sinin yetersiz bilgiye sahip olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelere meslek yaşantıları boyunca karşılaşılabilecekleri ötanazi isteği konusunda okul sırasında ve okul sonrasında yeterli eğitim alamadıklarını ve hemşireler arasında bu konunun yeterince tartışılmadığını düşündürmektedir. Gündüz ve arkadaşlarının¹³ (1996) "hekimler ötanaziye savunuyorlar mı?" adlı çalışmalarında hekimlerin %64.1'inin yeterli bilgisi olduğunu, %35.9'unun bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin "ötanazi nedir?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında (çizelge 4.5) çoğunun (82 kişi (%44.1)) ötanaziye; "hastaların hayatlarının kendi ya da yakınlarının isteği ile sağlık personeline hastaya ilaç verilerek

sonlandırılmasıdır” şeklinde tanımladıkları görülmektedir. Takiben yapılan (58 kişi (%31.1)) tanımlama ise; “hastanın çaresi olmayan hastalığı nedeniyle acı ve ızdıraptan kurtulmak için bilinçli ve kendi özgür iradesiyle verdiği yaşamı sonlandırma isteğidir” olmuştur. Bu tanımlamadan anlaşılacağı üzere hemşirelerin bir kısmı (%31.1) ötanaziyi sadece istemli aktif ötanazi olarak görmektedir. Işıkhan’ın¹¹ (2002) yaptığı çalışmada sağlık personelinin %84.0’ı ötanaziyi; tıbbın iyileştiremediği ve yaşamın hastanın kendisi için çok ızdıraplı ve eziyetli olduğu durumlarda hasta istemi ile yaşama son verilmesi olarak, %5.2’si ise; yaşamından umut kesilen hastaların tedavilerinin kendi rızaları ile sona erdirilmesi olarak tanımlamıştır. Bahçecik ve arkadaşlarının⁵⁸ (2000) yaptığı hemşirelere yönelik ötanazi araştırmasında da hemşirelerin %81.9’unun ötanaziyi çalışmamıza benzer şekilde tanımladığı görülmüştür.

Hemşirelerin ötanazi hakkındaki bilgilerini büyük oranda (121 kişi(%65.1)) okul eğitimi sırasında ve (121 kişi (%65.1)) medya- basın kuruluşlarından aldıkları görülmüştür (Çizelge 4.6). Konferans/ kongreler (%9.7) ile hizmet içi eğitim seminerlerinden (%12.4) ötanazi hakkında fazla bilgi almamaları ve kitap, doktorlar, tez sunumunda, kendi deneyimlerinden ve kulaktan dolma yolları ile ötanazi hakkında bilgi edindiklerini belirtmeleri konunun ulusal ve uluslararası hemşirelik toplantılarında fazla tartışılmadığını düşündürmektedir. Işıkhan’ın¹¹(2002) yaptığı çalışmada ise sağlık personelinin %45.8’inin medya-basın aracılığı ile, %36.3’ünün eğitim-öğretim sırasında ötanaziye ilişkin bilgi edindikleri belirlenmiştir. Işıkhan’ın çalışmasında araştırmanın hekim ve hemşire grubuna birlikte uygulanmasından dolayı aradaki farkın oluştuğu düşünülmektedir.

5.3. Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri

Hemşirelerin çoğunun (%55.9) ötanazi uygulaması hakkında ne düşünüyorsunuz sorusuna (çizelge 4.7) insan/ hasta hakkıdır cevabını vermesi ötanaziyi bir hak olarak görüp desteklediklerini düşündürse de ilerleyen sorulardaki cevapları bu konuda düşüncelerinin net olmadığını ortaya koymuştur. Bu soruya, cinayet- kasten adam öldürmektir (%15.1) şeklinde cevap veren hemşire oranının Bölükbaş’ın¹⁷ (1998) (%6.1) ve Işıkhan’ın¹¹ (%4.0) yaptığı çalışmalardaki oranlardan daha fazla olduğu, Kumaş ve arkadaşlarının⁵⁹ (2003) yaptığı çalışmada ise benzer olduğu saptanmıştır. Ötanaziyi doğaya /yaratana/evrene karşı gelme olarak değerlendirme (%23.7) oranı ise

Bölükbaş'ın¹⁷ yaptığı çalışmadaki dini nedenlerle ötanaziyi onaylamama oranı (%22.8) ile uyumludur.

Hemşirelerin aktif ötanaziyi destekleme oranlarının (%23.6) düşük olduğu saptanmıştır. “Aktif ötanazi uygulanmalı mıdır” sorusuna hayır (% 38.2) ve kararsız (%38.2) cevaplarını veren hemşirelerin çoğunun (%75.3) vicdani rahatsızlık duyacakları için, yine büyük bir kısmının (%61.9) tıbbın insanları yaşatmak için varolduğunu düşünmeleri nedeni ile aktif ötanaziyi desteklemedikleri görülmektedir. Hemşirelerin yarıya yakını (%47.1) dini nedenlerden dolayı aktif ötanaziyi desteklememektedir (çizelge 4.8). Bölükbaş'ın¹⁷ yaptığı çalışmada araştırmaya katılan sağlık personelinin hiçbirisinin hastası için aktif ötanaziyi onaylamadığı belirtilmiştir. Özaltay'ın¹² (1996) “ötanazi ve getirdiği etik sorunlar” adlı çalışmasında hekimlerin çoğu (158 kişi (%61.7)) hekimin görevinin hayatı korumak olduğu gerekçesi ile, %33.5'i ise dini nedenlerle ötanaziye karşı olduklarını belirtmişlerdir. Ataç ve Erdem'in⁶⁰ (1996) “ötanazi ile ilgili bir anket çalışması” adlı makalesinde hekimlerin ötanazi hakkındaki düşünceleri olgularla belirlenmiştir. Bu çalışmada hekimlerin %57.9'i terminal dönemde, analjezilere cevap vermeyen ağrıları olan bir kanser hastasının ötanazi talebinin onaylanmasına evet cevabı vererek aktif ötanaziyi onaylamıştır. Kuuppelomäki'nin⁶¹ (2000) Finlandiya'da yaptığı iki merkez hastane ve dört sağlık merkezini kapsayan kanser hastalarının, onların yakınlarının ve sağlık profesyonellerinin aktif ötanaziye karşı tutumlarını inceleyen araştırmasında (n=71) hastaların %47.0'ı, hasta yakınlarının %77.0'ı, hemşirelerin %62.0'ı ve hekimlerin %46.0'ı aktif ötanaziye olumlu baktıklarını belirtmişlerdir. Davis'in⁶² (1995) özel beslenen hastalardan besin ve sıvının sağlandığı beslenme tüpünün çekilerek ölmelerine izin verilmesi konusunda hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %77'si aktif gönüllü ötanaziyi kabul etmiştir. Kitchener'in³³ (1998) Avustralya'nın Kuzey Bölgesi'nde aktif istemli ötanazi konusunda hemşirelerin tutumlarını inceleyen ve 2000 hemşireden %61'ine ulaşılan çalışmada, yoğun bakım ya da akıl sağlığı ile çalışan hemşirelerin aktif istemli ötanazi ile ilgili çıkan Terminal Dönem Haklarına İlişkin Kanun'u palyatif bakım ile onkoloji hemşirelerinden daha çok destekledikleri belirtilmiştir. Avustralya'da sağlık personelleri ve hemşireler ile yapılan çalışmalara göre sağlık çalışanları aktif istemli ötanaziyi toplum geneline göre daha az desteklemektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre aktif ötanaziyi destekleme durumları incelendiğinde (çizelge 4.9), en çok Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin (%30.2) en az Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin (%3.3) aktif ötanaziyi destekledikleri görülmüştür (p=0.001). Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesinin Adana ilindeki sağlık hizmeti sunan 3. basamak bir üniversite hastanesi olması ve Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ya da yatarak tedavi görürken durumu ağırlaşan hastaları üniversite hastanesine sevk ile göndermesi sonucunda burada çalışan hemşirelerin durumu daha ağır hastalara hizmet veriyor olmasının sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre aktif ötanaziyi destekleme durumları incelendiğinde (çizelge 4.10) hemşirelerin yaşlarının aktif ötanaziyi desteklemeleri ile ilişkili olmadığı görülmüştür (p=0.183). Kitchener'in³³ (1998) çalışmasında, hemşirelerin 40 yaş altında, ateist ya da Anglikan olanların ve terminal dönem hastaları ile fazla iletişim kuramayanların Terminal Dönem Haklarına İlişkin Kanun'u daha çok destekledikleri belirtilmiştir.

Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre aktif ötanaziyi destekleme durumları incelendiğinde (çizelge 4.11) hemşirelerin mezun oldukları okulların aktif ötanaziyi desteklemeleri ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

“Pasif ötanazi uygulanmalı mıdır” sorusuna hemşirelerin evet (%38.7) cevabını verme oranlarının, hayır ve kararsız cevabını verenlere göre yüksek olduğu ve pasif ötanaziyi destekledikleri görülmüştür. Hayır (%36.0) ve kararsız (%25.3) cevaplarını veren hemşireler sıklıkla (%72.8) vicdani rahatsızlık duyacakları için, yine büyük bir kısmının (%64.0) tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu düşünmeleri nedeni ile pasif ötanaziyi desteklemedikleri görülmektedir (çizelge 4.12). Dini nedenlerden dolayı pasif ötanaziyi desteklemeyen hemşirelerin oranı (%42.9), aynı nedenden aktif ötanaziyi desteklememe oranı (%47.1) ile yakın değerlerde olduğu görülmektedir. Bölükbaş'ın¹ yaptığı çalışmada hekimlerin %13.3'ü, hemşirelerin %5.0'ı pasif ötanaziyi onayladıkları belirtmiş, sağlık personelinin %29.4'ü vicdani rahatsızlık, %22.8'i dini nedenlerle pasif ötanaziyi onaylamadığını belirtmiştir. Ataç ve Erdem'in⁶⁰ çalışmasında hekimlerin pasif ötanaziye örnek teşkil eden olgularda destekleme oranının ortalama %44.5 olarak görülmesi verilen olgularda hastanın yaşama şansının olması ve prognozunun iyi yönde

gelişebilme olasılığının fazla olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre pasif ötanaziye destekleme durumları incelendiğinde (çizelge 4.13), aktif ötanaziye destekleme durumları ile benzer olarak pasif ötanaziye en çok Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin (%45.8) destekledikleri, en az (% 10.0) Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin destekledikleri görülmüştür (p=0.000)

Hemşirelerin yaş gruplarına (çizelge 4.14) ve mezun oldukları okullara (çizelge 4.15) göre pasif ötanaziye destekleme durumları incelendiğinde hemşirelerin yaşlarının (p=0.117) ve mezun oldukları okulların (p=0.771) pasif ötanaziye desteklemeleri ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bölükbaş'ın¹⁷ yaptığı çalışmada da sağlık personelinin pasif ötanaziye onaylama durumunun yaşa göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin aktif ve pasif ötanaziye destekleme durumları 3'lü Likert skalaya uyarlanarak (0:Hayır, 1:Kararsız, 2:Evet) yapılan karşılaştırmada aktif ötanaziye destekleme puanlarının (ort.: 0.85) , pasif ötanaziye destekleme puanlarından (ort:1.03) daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.011). Bu sonuçtan da anlaşılacağı gibi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler pasif ötanaziye aktif ötanaziye göre daha sıklıkla desteklemektedirler. Işıkhani'nin¹¹ çalışmasında sağlık personelinin aktif ötanaziye onaylama oranı %9.8, pasif ötanaziye onaylama oranı %23.9, her iki tür ötanaziye onaylama oranı %22.8 , hiçbir şekilde onaylamama oranı ise %43.5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde sağlık personelinin pasif ötanaziye daha olumlu baktıkları gözlenmiştir.

Hemşirelerin meslek yaşantıları boyunca hasta veya ailesinin ötanazi kavramına uyan isteği ile karşılaşma durumları incelendiğinde çoğunun (%64.5) hiç karşılaşmadığı görülmüştür. Bu sonucun araştırmanın uygulandığı hemşire grubunun genç hemşirelerden oluşması (yaş ort: 26.9±3.9) ve çalışma süresinin fazla olmamasından (çalışma yılı ort: 6.6±5.1) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Işıkhani'nin¹¹ çalışmasında, sağlık personelinin 131'i (%75.3) kendisine ötanazi uygulanma isteğinde bulunan hasta olmadığını belirtmiştir. Ataç ve Erdem'in⁶⁰ çalışmasında hekimlerin %8.9'u bir defa, %15.7'si birden fazla ötanazi isteği ile karşılaştığını belirtmiştir.

Hemşirelere yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteyip istemeyecekleri sorulduğunda genellikle hayır (70 kişi (%37.6)) ve kararsız (70 kişi (%37.6)) olduklarını belirtmiştir. Böyle bir durumda kendisi için ötanazi isteyebileceğini belirten hemşirelerin ise daha az oranda (46 kişi (%24.8)) oldukları saptanmıştır. Bu soruyu cevaplarken hemşirelerin oldukça düşündükleri ve karar vermede güçlük çektikleri araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Daha önce böyle bir soru ile karşılaşmamış ve bu konuda düşünmemiş olmaları, ayrıca oldukça geniş çerçevede değerlendirilmesi gereken bir konu olması nedeni ile kararsız olma oranının yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Kumaş ve arkadaşlarının⁵⁹ (2003) Ç.Ü.T.F. Balcalı hastanesinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %50.0'ı kendisine ötanazi uygulanması konusunda olumlu düşünürken, %21.7'si kararsız olduklarını belirtmiştir. Dahiliye, cerrahi ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin ise %53.9'u kendisine ötanazi uygulanmasına olumsuz yaklaşırken, %29.2'si kararsız olduklarını belirtmiştir.

Bölükbaş'ın¹⁷ yaptığı çalışmada sağlık personelinin %47.4'ü yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteyeceklerini belirtmiş, %10.3'ü soruya cevap vermemiştir. Hemşirelerin yatağa bağımlı olmaları durumunda kendileri için ötanazi isteme, istememe ya da kararsız olma nedenleri incelediğinde (çizelge 4.17); kendileri için kesinlikle ötanazi istememe nedenlerini en çok (93 kişi (%66.4)) “Allah'ın verdiği canı Allah'tan başkası alamaz” düşüncesi ve “hastalığın tedavisinin her zaman bulunma ihtimalinin olması” (66 kişi (%47.1)) düşüncesi ile belirtmişlerdir. Hemşirelerin dini inançlarının yanı sıra tıp bilimine olan güvenlerinin ötanazi hakkındaki düşüncelerini etkilediği düşünülmektedir. Tıp biliminin yakın takipçisi olan hemşireler tedavisi henüz olmayan hastalıkların tıbbın hızla ilerlemesi ile bulunabilmesi ihtimalini gözardı etmemektedir. Hemşirelerin kendileri için ötanazi istemeleri ya da kararsız olma nedenlerini en çok acı çekmemek (89 kişi (%76.7)) ve bakımıyla ilgili kişilere sıkıntı vermemek (84 kişi (%72.4)) için olarak belirtmiştir. Bölükbaş'ın¹⁷ yaptığı çalışmada da hemşirelerin çoğu (%50.9) bakımıyla ilgilenen insanlara sıkıntı vermemek için, %24.5'i acı çekmemek için kendilerine ötanazi uygulanmasını isteyebileceklerini belirtmişlerdir. Bu bulgular da bize gösteriyor ki hemşirelerin kendileri için ötanazi istemelerinin temelinde yatan neden acı çekme korkusu ve başkalarına bağımlı olarak yaşama endişesidir.

Hemşirelerin çoğu (122 kişi (%65.5)) birinci dereceden bir yakınları (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) için ötanazi uygulamasını kabul etmeyeceklerini belirtmiştir. Yatağa bağımlı olsa kendisi için ötanazi istemeyen 70 hemşirenin 3'ünün (%4.3) bir yakını için kabul edebileceğini, 5'inin (%7.1) kararsız olduğunu belirtmesi düşündürücüdür (p=0.000) (çizelge 4.18). Yarkın ve arkadaşlarının⁶³ (2005) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan 111 hasta yakınının %43'ü bilinçleri kapalı iken ötanazi uygulanmasını, isterken, yakınları için %17 oranında ötanaziyi kabul edeceklerini, hekim ve hemşirelerin ise bilinçleri kapalı iken %48 oranında kendilerine, %26 oranında ise yakınlarına ötanazi uygulanmasını kabul edebileceklerini belirtmiştir. Akçıl ve arkadaşlarının⁶ (1998) yaptığı çalışmada üniversite son sınıf hemşirelik öğrencilerinin kendileri için gerçekten yaşama ihtimalleri yoksa ötanaziye onay verebileceklerini, ama yakınları için kesinlikle böyle bir olaya karar verici olmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Ülkemizde ötanazi uygulamasının yasallaşması konusundaki düşünceleri (çizelge 4.19) incelendiğinde hemşirelerin 74'ünün (%39.8) yasallaşmasına karşı oldukları, 63'ünün (% 33.9) ise yasallaşması taraftarı oldukları saptanmıştır. Ancak hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumlarının çalıştıkları hastanelere göre dağılımına (çizelge 4.20) bakıldığında; Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazinin yasallaşmasını diğer hastanelerdeki hemşirelere göre daha fazla (% 41.7) destekledikleri görülmüştür (p=0.000). Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi yoğun bakım ünitelerinin diğer hastanelere göre daha donanımlı olması nedeni ile burada çalışan hemşirelerin daha ağır hastalara bakım vermelerinin sonucu etkilediği düşünülebilir. Işıkhani'nin¹¹ çalışmasında sağlık personelinin %38.5'i ötanazinin yasallaşmasını kabul edeceğini, %34.5'i kararsız olduğunu, %27.0'ı ise karşı olduğunu belirtmiştir. Yarkın ve arkadaşlarının⁶³ yaptığı çalışmada araştırmaya katılan 375 kişinin (hekim, hemşire, hasta ve hasta yakınları) yarısı Türkiye'de ötanazinin yasallaşmasını istediğini belirtmiştir. Özkara ve arkadaşları¹⁸ (2000) 82 hastaya yaptıkları anket çalışmasında hastaların %65.9'unun ötanazinin yasallaşmasına olumlu baktıklarını belirtmiştir.

Ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasına olumlu yaklaşan ya da kararsız olduğunu belirten (n=112) hemşirelerin hemen hepsi (111 kişi (%99.1)) beyin ölümü olan hastalara, yarıdan fazlası (67 kişi (%59.8)) prognozu kötü, şiddetli ağrı

çeken malign hastalığı olan hastalara ötanazinin uygulanması gerektiğini düşünmektedir (çizelge 4.21). Yine yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara ötanazi uygulanması gerektiğini düşünen hemşire oranı da (65 kişi (%58.0)) önemli ölçüde yüksek olarak saptanmıştır. Araştırmanın sürekli acı ve ızdırıp çeken yoğun bakım ünitesindeki hastalara hizmet vermekle görevli hemşirelere uygulanmış olmasından dolayı bu sonuç çok da şaşırtıcı olmamaktadır. Işıkhan'ın¹¹ çalışmasında, sağlık personelleri ötanazinin, en sık (97 kişi (%28.0)) beyin ölümü olan hastalara uygulanması gerektiği, daha sonra (59 kişi (%17.0)) hiç kimseye uygulanmaması gerektiği cevaplarını vermiştir. Pearlman et al.⁶⁴(2005), Oregon'da hasta ve hasta yakınları ile yaptığı çalışmada asiste intihar talebinde bulunan 35 hastanın 22'sinin kanser, 5'inin AIDS, 5'inin nörolojik hastalar, 3'ünün diğer hastalıklar nedeni ile ötanazi talebinde bulunduğu ve hastaların %31.4'ünün majör depresyon geçirmiş olma hikayelerinin olduğu bildirilmiştir.

Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumlarının mezun oldukları okullara göre farklı olacağı yönündeki beklentimiz araştırmamızın sonunda doğrulanmamıştır (p=0.112) (çizelge 4.22).

Hemşirelerin çoğu (118 kişi (%63.4)) ötanazinin yasallaşması durumunda yasaların belirlediği bir ekibin, %27'si hekimin ötanaziyi uygulaması gerektiğini düşünmektedir (çizelge 4.23). Dikkat çekici bir sonuç olarak hemşirelerin hiçbirinin ötanazi uygulamasını kim yapmalıdır sorusuna hemşire cevabını vermemeleridir. Bu da hemşirelerin ötanazi konusundaki kararsız tutumlarını desteklemektedir. Işıkhan'ın¹¹ çalışmasında, sağlık personellerinin %36.8'i ötanazi kararını hastanın kendisinin, %21.5'i hastanın ailesinin vermesi gerektiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada sağlık personellerinin %90.4'ü ötanaziyi uygulayan kişi olmayı istemediğini ifade etmiştir. Özeltay'ın¹² çalışmasında hekimlerin %40.8'i (112 kişi) ötanazi uygulamasını hekimlerin, %25.1'i (69 kişi) özel yetiştirilmiş personelin yapması gerektiğini düşünmektedir. Özler'in⁹ çalışmasında da hemşirelerin %49.2'si (103 kişi) ötanaziyi hastanın hekiminin uygulaması gerektiğini belirtmiştir.

Hemşirelerin çoğu (112 kişi (%60.2)) bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren (çizelge 4.24) ve gerçekleştirme eylemine yardım eden (çizelge 4.25) bir sağlık ekip üyesinin hukuk önünde sorumlu kabul edilmemesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Işıkhan'ın¹¹ çalışmasında sağlık

personellerinin %59.1'inin (98 kişi), Bahçecik ve arkadaşlarının⁵⁸ çalışmasında hemşirelerin %68.3'ünün (196kişi), Özler'in⁹ çalışmasında da hemşirelerin %61.4'ünün (129 kişi) ötanaziyi suç olarak görmediği belirtilmiştir. Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve hemşirelerin ötanazi eylemini suç olarak kabul etmedikleri ve ötanazi uygulamasını yapan ya da eyleme yardım eden sağlık ekip üyesinin hukuken sorumlu tutulmaması gerektiğini düşündükleri sonucu saptanmıştır.

Hemşirelerin çoğu (152 kişi (%81.7)) yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almak istemediklerini belirtmiştir (çizelge 4.26). Pasif ötanazide görev alabileceğini belirten hemşire sayısının (26 kişi (%14.0)), aktif ötanazide görev alabileceğini belirten hemşirelerden (2 kişi (%1.1)) fazla olması da yine hemşirelerin pasif ötanaziyi, aktif ötanaziye göre daha çok desteklediklerini doğrulamaktadır. Özler'in⁹ çalışmasında da hemşirelerin çoğu (%70.0) yasal düzenleme yapıldığı takdirde bile ötanazide görev almak istemediğini, %1.9'u aktif ötanazide, %10.5'i pasif ötanazide, %6.7'si ise her ikisinde de görev alabileceğini belirtmiştir. Özeltay'ın¹² çalışmasında hekimlerin %11.3'ü isteği üzerine hastanın hayatına son verecek yöntemi bizzat uygulayabileceklerini, %71.8'i uygulayamayacağını, %10.2'si fikri olmadığını belirtmiş ve %6.5'i soruyu yanıtsız bırakmıştır. Gündüz ve arkadaşlarının¹³ çalışmasında hekimlerin %4.5'i aktif ötanazide, %12.3'ü pasif ötanazide, %14.3'ü her ikisinde görev alabileceğini, %68.9'u ise hiç birinde görev almayacağını belirtmiştir. Hekimler ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda sağlık personellerinin, genel olarak ötanaziyi destekleseler bile uygulama içinde yer almak istemedikleri ve pasif ötanaziyi aktif ötanaziye göre daha fazla destekledikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Akçil ve arkadaşlarının⁶ çalışmasında son sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemen hepsi ötanazi uygulaması yasal olsa bile, uygulayıcı konumda olmak istemediklerini belirtirken, birkaç kişi ötanaziyi uygulayabileceklerini ve ötanaziye onay veren diğer hemşirelerin de bu onaylarına uygun olarak sorumluluktan kaçmadan uygulamaları gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteyen hemşirelerin (34 kişi) çoğu (%73.5) ötanazinin Türkiye'de yasallaşmasını da desteklemektedir (p=0.000) (çizelge 4.27).

Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının çalıştıkları hastanelere (çizelge 4.28) (p=0.059) ve

çalıştıkları birimlere (çizelge 4.29) ($p=0.335$) göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olması; aktif ötanazi, pasif ötanazi ve ülkemizde ötanazinin yasallaşmasını destekleme durumları ile çalıştıkları hastanelerin karşılaştırılmaları gözönüne alınırsa beklenen bir sonuç değildir. Balcalı Hastanesinde çalışan hemşirelerin ötanazi uygulayan ekip içinde daha çok görev almak isteyecekleri beklenmekte idi.

Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının (çizelge 4.30) mezun oldukları okullara göre dağılımı incelendiğinde lisans mezunu hemşirelerin duruma daha profesyonel yaklaşım daha çok görev almayı isteyecekleri beklenirken araştırmamız bunu doğrulamamıştır ($p=0.211$).

Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumları ile yatağa bağımlı yaşamak zorunda olduklarında kendileri için ötanazi isteme durumları incelendiğinde (çizelge 4.31), kendileri için ötanaziyi kabul eden hemşirelerin (46 kişi) çoğunun (31 kişi (%67.4)) ötanaziyi uygulayan ekip içinde yer almak istememesi ilgi çekici bir sonuçtur. Yine kendisi için ötanazi uygulanmasını istemeyen 6 hemşirenin uygulama içinde görev almayı istemesi de dikkat çekici olarak saptanmıştır ($p=0.005$).

Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumlarının birinci derece bir yakınları için ötanaziyi kabul etme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde (çizelge 4.32), yakını için ötanazi uygulamasını kabul edebileceğini belirten (20 kişi) hemşirelerin çoğunun (11 kişi (%55.0)) ötanazi uygulayan ekip içinde görev almaya da olumlu baktıkları gözlenmiştir. Yakını için ötanazi uygulanmasında kararsız olanların (44 kişi) çoğunun (32 kişi (%72.7)) ötanazi uygulanmasında görev almak istemediği gözlenmiştir ($p=0.000$).

Ötanazinin, yasal olarak uygulanmaya başlanır ise, istismar edileceğini düşünen hemşirelerin (151 kişi (%81.2)) çoğu (121 kişi (%80.1)) ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği ve büyük bir kısmı (116'sı (%76.8)) miras konularında istismar edilebileceğini düşünmektedir (çizelge 4.33). Işıksan'ın¹¹ çalışmasında sağlık personellerinin %80.8'i ötanazinin istismar edilebileceğini düşünmekte ve çalışmamızla benzer şekilde miras (%31.9) ve ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteğinin (%30.0) istismar konusu olacağını göstermiştir. Özeltay'ın¹² çalışmasında hekimlerin %46.3'ü ötanazinin yasallaşması ve yaygınlaşmasının olumsuz

sonuçlanabileceği konusundaki endişelerini ifade etmiştir. Verpoort et al.⁶⁵(2004) Belçika'da yaptığı palyatif bakım hemşirelerinin ötanaziye bakışlarını inceleyen çalışmada, çalışmaya katılan (n=12) palyatif bakım hemşireleri ötanazinin ülkede yasallaşmasının palyatif bakım yöntemlerinin uygulanmasında ve yürütülmesinde herhangi bir değişiklik yaratmadığı, palyatif bakım ve semptom kontrolünün ötanaziye alternatif olabileceğini düşündüğü ortaya çıkmıştır.

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri sisteminin bütün vatandaşlarını kapsamaması, herkesin sosyal güvencesinin olamaması nedeni ile ailelerin tedavi masraflarından kurtulmak isteyebileceğini düşünen hemşireler bu konudaki endişelerini ortaya koymuştur. Aynı şekilde ötanazi uygulanacak kişinin önemli miktarda mirasının olması da ötanazinin istismar edilebileceği endişesini yaratmaktadır. Yeniden düzenlenecek olan ve herkesi kapsamaya planlanan genel sağlık sigortası ile ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği hakkındaki endişelerin ortadan kalkacağı ve ötanaziye bakış açısının da değişeceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çoğunun (74 kişi (%39.8)) ülkemizde belirli durumlarda pasif ötanazinin uygulandığına inanıyor olması, 37'sinin (%19.9) ise hiçbir durumda ötanazinin uygulanmadığı düşünmesi (çizelge 4.34), bu konunun ülkemizde gerçek anlamda tartışılması gerektiğinin bir göstergesidir. Işıkhan'ın¹¹ çalışmasında sağlık personellerinin %60.5'i ötanazinin pasif olarak, %3.6'sı aktif olarak uygulandığını, %35.9'u ise uygulanmadığını düşündüklerini belirtmiştir. Gündüz ve arkadaşlarının¹³ çalışmasında da hekimlerin %40.8'i pasif ötanazinin, %10.4'ü aktif ötanazinin uygulandığına inandıklarını, %23.1'i hiçbir durumda uygulanmadığını düşündüklerini ve %25.7'si fikri olmadığını belirtmiştir. Sonuç olarak ülkemizde yasal olmamasına karşı ötanazinin belli durumlarda uygulandığına inanan hemşire ve hekimler oldukça fazladır. Özkara'nın^{66,67,68} (2003) başkanlığında 7 ilde 949 hekimle görüşülerek yapılan araştırmada, araştırmanın yapıldığı illerden Ankara'da 213 hekimin %39.0'ı, Erzurum'da 69 hekimin %45.0'ı, Antalya'da 132 hekimin %39.0'ı Diyarbakır'da 70 hekimin %49.0'ı ötanazinin uygulandığına inandığını belirtmiştir. Diğer illerde gözönüne alındığında hekimlerin %55.9'u ötanazinin yasal olmasa da Türkiye'de gizlice uygulandığına inandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin ülkemizde tıp çevresinde ötanazinin belirli durumlarda uygulanmasına ilişkin düşünceleri yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulamasında

görev alma istekleri ile karşılaştırıldığında (çizelge 4.35), ötanazinin belirli durumlarda uygulandığına inanan hemşirelerin ötanazi uygulaması içinde görev almaya uygulanmadığına inanan hemşirelere göre olumlu bakmaları da beklenen bir sonuçtur ($p=0.000$).

Hemşirelerin ötanazi hakkında eklemek istedikleri düşüncelerin sorulduğu soruya sadece 25 hemşirenin cevap vermesi diğerlerinin yorumda bulunmaması; anket sorularının düşüncelerini yeterince ortaya koymalarını sağladığı şeklinde yorumlanabileceği gibi bu konuda konuşmaktan ve düşüncelerini açıklamaktan çekiniyor olmalarından da kaynaklanıyor olabileceği şeklinde de yorumlanabilir. Cevap verenler değerlendirildiğinde de anket sonucunun değerlendirilmesinde olduğu gibi ötanaziyi destekleyen, karşı çıkan ve kararsız hemşirelerin olduğu ve bu konuda hemşireler arasında görüş birliğinin olmadığı ortaya çıkmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşüncelerini belirlemeyi amaçladığımız araştırmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %51.6'sının Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde, %32.3'ünün Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde, %16.1'inin ise Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştıkları görülmektedir.
2. Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının 26.9 ± 3.9 , %50.0'inin evli, %37.6'sının çocuk sahibi olduğu, %44.3 tek çocuklu olduğu, %6.9'unun evde bakıma muhtaç yakını olduğu ve %77.0'inin bu yakınının annesi olduğu görülmüştür.
3. Hemşirelerin %44.6'sının Dahiliye yoğun bakım, %29.6'sının Cerrahi yoğun bakım, %19.4'ünün Çocuk yoğun bakım, %6.5'inin ise Acil yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır.
4. Hemşirelerin günlük bakım verilen hasta sayısı ortalamasının 7.4 ± 3.5 olduğu ve %86.6 hasta merkezli çalıştığı görülmektedir. Bir hemşirenin bakmakla sorumlu olduğu hasta sayısının yoğun bakım ünitelerine göre yüksek olduğu ve bunun bakımın kalitesini düşürebileceği görülmüştür.
5. Hemşirelerin toplam çalışma yılı ortalaması 6.6 ± 5.1 , birimdeki çalışma yılı ortalaması 4.3 ± 4.1 'dir.
6. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre yaş ortalamasının dağılımı Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin 24.53 ± 1.68 , Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde 28.07 ± 4.00 , Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise 28.30 ± 4.56 olduğu, Başkent Hastanesinde çalışanların daha genç olduğu görülmüştür. (p=0.000)

7. Hemşirelerin %30.1'inin Sağlık Meslek Lisesi, %43.6'sının Önlisans, %26.3'ünün Lisans mezunu olduğu ve Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin %50.0'mın lisans mezunu olduğu görülmüştür. (p=0.000)
8. Hemşirelerin %50.5'inin ötanazi konusunda bilgi düzeyinin yeterli olmadığı, %46.8'inin bilgi düzeyinin yeterli olduğu, %2.7'sinin ise hiç bilgisi olmadığı görülmektedir.
9. Hemşirelerin %44.1'inin ötanaziyi; "hastaların hayatlarının kendi ya da yakınlarının isteği ile sağlık personeline hastaya ilaç verilerek sonlandırılmasıdır" şeklinde, %31.1'inin ise; "hastanın çaresi olmayan hastalığı nedeniyle acı ve ızdıraptan kurtulmak için bilinçli ve kendi özgür iradesiyle verdiği yaşamı sonlandırma isteğidir" şeklinde tanımlamıştır.
10. Hemşirelerin %65.1'inin ötanazi hakkındaki bilgilerini okul eğitimi sırasında ve yine % 65.1'i medya-basın kuruluşlarından almıştır.
11. Hemşirelerin çoğu (%55.9) ötanazi uygulamasının "insan/hasta hakkı" olduğunu, %15.1'i ise "cinayet - kasten adam öldürmek" olduğunu düşünmektedir.
12. Hemşirelerin %23.6'sının bilinçli ve ısrarlı bir şekilde ötanazi isteyen bir hastaya aktif ötanazinin uygulanabileceğini, % 38.2'sinin uygulanamayacağını düşündüğü ve %38.2'sinin ise kararsız olduğu görülmüştür. Aktif ötanazinin uygulanmasına karşı çıkan ve kararsız olan hemşirelerin %75.3'ü vicdani rahatsızlık duyacaklarını, %61.9'u tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu düşünmektedir.
13. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin %30.2'si, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin %3.3'ü, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise %23.3'ü aktif ötanaziyi desteklemektedir. (p=0.001)
14. Hemşirelerin yaşlarının (p=0.183) ve mezun oldukları okulların (p=0.481) aktif ötanaziyi destekleme durumları ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

15. Hemşirelerin %38.7'sinin yaşam destek sistemleriyle hayatını sürdüren ve ötanazi talebi bulunan bir hastaya pasif ötanazinin uygulanabileceğini, %36.0'sının uygulanamayacağını düşündüğü ve %25.3'ünün ise kararsız olduğu görülmüştür.
16. Pasif ötanazinin uygulanmasına karşı çıkan ve kararsız olan hemşirelerin %73.8'i vicdani rahatsızlık duyacaklarını, %64.0'ı tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu düşünmektedir.
17. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin % 45.8'i, Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesinin %41.7'si pasif ötanaziyi desteklerken, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ise sadece %10.0'u pasif ötanaziyi desteklemektedir. (p=0.000)
18. Hemşirelerin yaşları (p=0.117) ve mezun oldukları okullar (p=0.771) pasif ötanaziyi destekleme durumları ile ilişkili değildir.
19. Adana ilindeki üç büyük hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler pasif ötanaziyi aktif ötanaziye göre daha sıklıkla desteklemektedir. (p=0.011)
20. Hemşirelerin meslek yaşantıları boyunca hasta veya ailesinin ötanazi kavramına uyan isteği ile %64.5'inin hiç karşılaşmadığı, %23.1'inin birkaç kez, %10.2'sinin ise bir kez karşılaştıkları görülmüştür.
21. Hemşirelerin %24.8'inin yatağa bağımlı olsalar kendileri için ötanazi isteyebilecekleri, %37.6'sının istemeyecekleri ve %37.6'sının ise kararsız oldukları, yatağa bağımlı olmaları durumunda kendileri için kesinlikle ötanazi istememe ve kararsız olma nedenlerinin %66.4 oranında "Allah'ın verdiği canı Allah'tan başkası alamaz" ve %47.1 oranında "hastalığın tedavisinin her zaman bulunma ihtimalinin olması" düşüncesinden kaynaklandığı ve hemşirelerin kendileri için ötanazi istemeleri ya da kararsız olma nedenlerinin %76.7 oranında "acı çekmemek" ve %72.4 oranında ise "bakımıyla ilgili kişilere sıkıntı vermemek" düşüncesinden kaynaklandığı görülmüştür.

22. Hemşirelerin %65.5'inin birinci dereceden bir yakınları (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) için ötanazi uygulamasını kabul etmeyecekleri, %10.8'inin edebilecekleri görülmüştür.
23. Hemşirelerin %39.8'sinin ülkemizde ötanazi uygulamasının yasallaşmasına karşı, %33.9'unun yasallaşması taraftarı, %26.3'ünün ise kararsız oldukları ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerdeki hemşirelere göre ötanazinin yasallaşmasını daha fazla destekledikleri görülmektedir. (p=0.000)
24. Ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleyen ya da kararsız olan hemşirelerin hemen hepsi ötanazinin yasallaşması durumunda "beyin ölümü olan hastalara", %59.8'i "prognozu kötü, şiddetli ağrı çeken malign hastalığı olan hastalara" uygulanması gerektiğini düşünmektedir.
25. Hemşirelerin ötanazi uygulamasının Türkiye'de yasallaşmasını destekleme durumlarının mezun oldukları okullar ile ilişkili olmadığı görülmüştür. (p=0.112)
26. Hemşirelerin %63.4'ü ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı yasaların belirlediği bir ekibin, %27.0'ı hekimin yapması gerektiğini düşündükleri ve hiçbirinin hemşirenin yapması gerektiğini düşünmedikleri görülmüştür.
27. Hemşirelerin %60.2'si bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren ve gerçekleştirme eylemine yardım eden bir sağlık ekip üyesinin hukuk önünde sorumlu kabul edilmemesi gerektiğini düşünmektedir.
28. Hemşirelerin %81.7'sinin yasal düzenleme yapıldığı takdirde bile ötanazi uygulayan ekip içinde görev almak istemedikleri, %18.3'ünün ise aktif, pasif ya da her ikisinde de görev alabilecekleri ve ötanazi uygulamasının ülkemizde yasallaşmasını destekleyen hemşirelerin %25.0'ının yasal düzenleme yapıldığı takdirde bile ötanazi uygulayan ekip içinde görev almak istemedikleri görülmüştür. (p=0.000)

29. Hemşirelerin yasal düzenleme yapıldığında ötanazi uygulayan ekip içinde görev almayı isteme durumları ile çalıştıkları hastaneler ($p=0.059$), çalıştıkları birimler ($p=0.335$) ve mezun oldukları okullar ($p=0.211$) ilişkili değildir.
30. Kendisi için ötanazi uygulamasını isteyebileceğini belirten hemşirelerin %67.4'ünün yasal düzenleme yapıldığı takdirde bile ötanazi uygulayan ekip içerisinde görev almak istemedikleri, kendisi için ötanazi uygulamasını istemeyeceğini belirten hemşirelerin ise %8.6'sının ötanazi uygulayan ekip içinde görev alabileceği görülmüştür ($p=0.005$). Bir yakını için ötanaziyi kabul edebileceğini belirten hemşirelerin %55.0'ının yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alabileceklerini de belirttikleri görülmüştür ($p=0.000$).
31. Hemşirelerin %81.2'sinin ötanazi yasal olarak uygulanmaya başlansa istismar edilebileceğini, %18.8'inin ise istismar edilmeyeceğini düşündükleri ve istismar edilebileceğini düşünen hemşirelerin %80.1'inin ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği, %76.8'inin miras konularında istismar edilebileceğini düşündükleri görülmektedir.
32. Hemşirelerin %39.8'inin ülkemizde belirli durumlarda pasif ötanazinin, %0.5'inin aktif ötanazinin, %3.8'inin her ikisinin de uygulandığına inandıkları, %19.9'unun ise hiçbir durumda ötanazinin uygulanmadığına inandıkları ve %36.0'ının bu konuda fikirlerinin olmadığı görülmüştür.

6.2.ÖNERİLER

Dünyada bilimsel, hukuksal, dinsel, etik alanlarda uzun yıllardır tartışılan ötanaziye yaklaşım pek çok ülkede ötanazi taraftarlarının ve derneklerinin baskısı ile giderek ılımlı bir duruma gelmiş olsa da ülkemiz için bu tartışmaların yeni olduğu söylenebilir. İnsan onuruna yaraşır bir şekilde ölme isteğinin ve ötanazinin bir “ölme hakkı” olduğu yönündeki görüşlerin yaygınlık kazanması ile birlikte uluslararası kuruluşlar da hasta hakları çerçevesinde ötanaziye daha çok destek vermeye başlamaktadır. Ülkemizde yasal düzenlemelerle paralel olarak düşünülebilecek öneriler şöyle sıralanabilir:

1. Hemşirelerin meslek yaşantıları sırasında her an karşılarına çıkabilecek ötanazi talebi karşısında profesyonel davranabilmeleri için hemşirelik yüksek okullarının ders programlarında ölüm, terminal dönemdeki hastanın bakımı ve ötanazi ile ilgili konulara yeterince yer verilmelidir.
2. Ölümcül hastalar ile sürekli karşılaşan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm ile ilgili kendi düşüncelerini ve duygularını tanıyabilme ve ifade edebilmelerini sağlayacak hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve yeterli psikolojik desteğin verilmesi ve onların rahatlatacak grup toplantıları ve sosyal aktivitelerin düzenlenmesi hemşirelik hizmetleri müdürlükleri tarafından organize edilmelidir.
3. Hastanelerin yoğun bakım üniteleri hemşirelerin bakım kalitelerini yükseltmek için hemşire sayısının artırılarak bir hemşirenin bakması gereken hasta sayısı standartlarına uygun hale getirilmelidir.
4. Hemşirelerin ötanazi uygulamasına katılmak istememeleri doğal karşılanmalı ve uygulama ile ilgili sorunlar karşısında hemşirelerin benimseyebileceği politikalar üzerinde çalışılmalıdır.
5. Hasta - Hemşire ilişkisinin güvene dayalı olması gerektiğinden hasta bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamın alınması konusunda hemşireler hasta haklarını koruyucu ortamların oluşturulmasını sağlamalıdır.
6. Hemşireler, hastalarının diğer haklarını savunduğu gibi yasal zemin oluşturulduğunda ölüm isteklerini de -kendi duygu ve düşüncelerine ters düşse bile- doğal karşılayarak hasta hakları savunuculuğu ve danışmanlık rollerini yerine getirmelidir.
7. Hemşireler, terminal dönemdeki hastalar ya da ötanazi talebinde ısrarlı bir tutum gösteren hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık ekibinin diğer elemanları (hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, anestezi ve algoloji uzmanı v.b.) ile işbirliği içinde çalışmalıdır.
8. Hastanelerin ötanazi talebi ile karşılaştıklarında hekim, hemşire, psikolog, tıp etiği uzmanı gibi sağlık ekibinin üyelerinden oluşturulacak bir kurul ile böyle durumlarda nasıl bir politika izleyecekleri belirlenebilir.

9. Hemşirelerin ötanazi ile ilgili panel, konferans, vaka tartışmaları, araştırma ve çalışma gruplarına katılmaları hastane yönetimleri tarafından desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.
10. Hemşirelerin meslek yaşantıları boyunca herhangi bir anda karşılaşılabilecekleri ötanazi talebi karşısında nasıl bir davranışta bulunmaları gerektiği ve hastanenin belirlemiş olduğu politikaların neler olduğu hizmet içi eğitimlerinde verilebilir.
11. Evinde ölmek isteyen terminal dönem hastalarının semptom kontrolü ile yaşam kalitesinin sürdürülmesi, rahat ve huzurlu şekilde kendi yatağında doğal ölümün sağlanabileceği aile hekimliği ve evde bakım hemşireliği gibi palyatif bakım sistemlerin geliştirilmesi bu hastaların ötanazi talebini azaltacaktır.
12. Ötanazinin toplumun her alanında tartışılarak tüm toplumun kabul edebileceği bir ötanazi politikasının geliştirilmesi için bu konudaki düşünceleri ve tutumları belirleyecek geniş boyutlarda araştırmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. **Özkan N.** Türk Ceza Hukukunda Ötanazi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İzmir,1997.
2. **İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Bekiroğlu M, Öztürk E.** Hemşirelik Esaslar. 5.Baskı, Ankara: GATA Basımevi, 2000.
3. **Çakırcalı E.** Hasta Bakımı Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. 3.Baskı, İzmir: Güven Matbaacılık, 2000
4. **Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T.** Hemşirelik Esasları. 1.Baskı, Ekişehir: ETAM A.Ş, 1991.
5. **Ulusoy F, Görgülü RS.** Hemşirelik Esasları. 1.Baskı ,Ankara:2000.
6. **Akçil M, Bilgili N, Türkan S, Yardım M, Yıldız AN.** Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Ötanazi Konusundaki Görüşleri. 3.Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri, Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 1998: 149-158
7. **Sözen Ş, Arıcan N, İnce N, Fincancı ŞK.** Ötanazi:Etik Bir Sorun. 1.Adli Bilimler Kongresi. Adana:12-15 Nisan 1994: 61-65
8. **Güven K.** Kişilik Hakları ve Ötanazi. 1.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2000.
9. **Özler H.;** Hemşirelerin Ötanazi Konusuna Yaklaşımları Ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinden Örnek Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı, Bursa, 2001.
10. **Aypar Ü.** Ötanazi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 1997;28(1): 4-8.
11. **Işıkhan H.** Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin Ötanaziye İlişkin Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2002.
12. **Özaltay B.** Ötanazi ve Getirdiği Etik Sorunlar. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, İstanbul, 1996.
13. **Gündüz T, Öner S, Çınar T, Din H.** Hekimler Euthanasia'yı Savunuyorlar mı?. *Adli Tıp Bülteni*. 1996; 1(2):82-88
14. **İnceoğlu S.** Yaşama Hakkı Karşısında Ötanazi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul, 1997.
15. **Başer G.** Hemşirelikte Yüksek Öğrenimin Gerekliliği. *Hacettepe HYO Dergisi*. 1994;1(1): 25-27.
16. **Takak G.** Hasta Savunuculuğu. *Hacettepe HYO Dergisi*. 1995; 2(2): 30-31.
17. **Bölükbaş N.** Sağlık Personelinin Ötanaziye Bakışı. 6. Ulusal GATA Hemşirelik Kongre Kitabı, Ankara: Damla Matbaacılık, 1998; 291-297.
18. **Özkara E.;** Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar. 1.Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2001.

19. **Abaan S.** Ötanazi: Hastalarımıza Borcumuz mu?. Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. **1997**;5(2): 92-96
20. **Aksoy Ş.** Ötanazi Acı Çeken İnsanlar İçin Bir Çare Olabilir mi? *Sendrom*, **2000**; 12 (4): 94-98
21. **Oğuz Y.** Ötanazi Tartışması. *Bilim ve Ütopya*. **1994**: Şubat (:8).
22. **Elmas İ, Sözen Ş, Fincancı ŞK, Aykaç M.** Ölüm Kararı ve Yetkisi. 1.Adli Bilimler Kongresi. Adana:12-15 Nisan **1994**: 66-69
23. **Truog RD, BerdeCB.** Pain,Euthanasia And Anestesiologist. *Anesthesiology*, **1993**;78:353-360,
24. **Oral U.;** Ötanazi. *Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*. **1995**: 3 (1)
25. Produced For The Society For The Protection Of Unborn Children By The Southern Cross Bioethics Institute. *Euthanasia Website Maternal*. November **2001**.
Erişim: (<http://www.spuc.org.uk>), Erişim tarihi: 14.05.2003
26. Hasta Hakları Yönetmeliği, Sayı: 23420, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998.
27. **Karaca S.** İnsan Hakları Ve Hasta Hakları Bağlamında Ötanazi.
Erişim: (<http://www.hukuki.net>), Erişim Tarihi: 14.05.2003
28. **Alaçın S, Gülmen MK, Erkol Z, Dönbak L.** Beyin Ölümü Kavramına Sosyal Yaklaşım: İki Ayrı Bölge Anket Çalışmasının Değerlendirilmesi; *Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*. **1996**; 4 (2):85-87.
29. **Büken N.** Organ Aktarımlarında Beyin Ölümünün Tıbbi, Felsefi Ve Teolojik Yönleri; *Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*. **1996**; 4 (2):82-84
30. Organ Ve Doku Alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun, Sayı:2238, Resmi Gazete, Tarih:3.06.1979
31. **Angel M.** The Case Of Helga Wanglie. A New Kind Of “Right To Die” Case. *The New England Of Medicine*. **1991**.325 (7); 511-512
32. **Hançerlioğlu O.** Felsefe Sözlüğü.1.Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, **1982**
33. **Kitchener B A,** Nurse Characteristics And Attitudes To Active Voluntary Euthanasia: A Survey İn The Australian Capital Territory. *Journal Of Advanced Nursing* (Electronic Journal), **1998**;28 (1):70
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>) Erişim tarihi:10.8.2005
34. Kuran'ı Kerim Ve Türkçe Anlamı. Ankara, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayını, **1973**.
35. **Harris J.** Hayatın Değeri Tıp Etiğine Giriş. Çev: Sertabiboğlu S. İstanbul:Ayrıntı Yayınları, **1998**.
36. Lizbon Bildirgesi /Hasta Hakları.
Erişim:(<http://www.tip.deu.edu.tr/etik/lizbon.htm>) Erişim Tarihi: 15.05.2003
37. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası: Sayı:2709: Resmi Gazete, Tarih:09.11.1982
38. **Yılmaz Z.** Yeni Anayasa-Tck-Cmk, İnfaz Kanunu. Kanun Metinleri Dizisi No: 30, Ankara: Seçkin Yayınevi, **2005**
39. **Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME.** Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; Nobel Yayın Dağıtım, **1997**
40. **Davis A.** Submission To The Voluntary Euthanasia Select Committee, August 2003

- Erişim:** (<http://www.spuc.org.uk>), Erişim tarihi: 14.12.2003
41. Belçika`da ötanazi kabul edildi. Haber /Sağlık . 23.9.2002
Erişim: (<http://www.istabip.org.tr/genel/otenazi.asp>) Erişim tarihi: 15..5.2003
 42. Türk Ceza Kanunu; Sayı:5237, Resmi Gazete, Tarih:12.10.2004.
 43. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sayı: 6023, Resmi Gazete, Tarih:19.02.1960.
 44. **Özmen R.** Sağlık Mevzuatı; Kanun Metinleri Dizisi No: 41. Ankara: Seçkin Yayınevi, **2004**
 45. **Zinn C.** Ötanazi Yasasından Sonra İkinci Bir Avustralyalı Daha Ölüyor.. *British Medical Journal Türkiye*, **1997**; 2(6):13
 46. **Gür A.** Ramon'un 11 Ölüm Meleği. *Hürriyet Gazetesi*, 28.02.1998.
Erişim: (<http://www.medya.com>) Erişim Tarihi: 14.05.2003.
 47. **Yıldırım A.** Yaşamın Kutsallığı Ve Yaşama Hakkından Vazgeçme. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. Issn 1303-5134
Erişim: (<http://www.insanbilimleri.com>).Erişim tarihi: 14.05.2003
 48. Televizyondan Ötanazi Yayını ABD'yi Şoke Etti *Hürriyet Gazetesi* 24.11.1998.
Erişim: (<http://www.literaturtr.com/litweb/literatur>) Erişim tarihi: 2.8.2005
 49. **Potter, P. Perry AG.** Fundamentals Of Nursing; Missouri : Mosby Year Book, Inc. 1997.
 50. **Babaoğlu E.** Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 5 (2):24-33
 51. Hemşirelik Eğitiminin Sorunları Hemşirelik Eğitimi Çalışma Grubu Raporu. *Türk Hemşireler Derneği*. **1990**; 39 (4)
 52. **Birol, L;** Hemşirelik Süreci; İzmir, 2000.
 53. **Öz F.** Hemşire Ve Hekimlerin Ötanazi İle İlgili Tutum Ve Görüşleri. *Klinik Bilimler&Doktor Dergisi*, **1998**; 4 (2)
 54. **Yılmaz A, Azmak D.** İntihar Etiyolojisinde Ağrı: 2 Olgu Sunumu. 1.Adli Bilimler Kongresi. Adana: 12-15 Nisan **1994**; 382-384
 55. **Kadioğlu FG.** Yaşama Ve Sağlık Hakkı Üzerine, *Tıp-Med*, **1999**; 2 (2)
 56. **Aksoy Ş, Çevik E, Edisan Z.** Yaşamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma. *Medikal Etik-Hukuku Ve Tarihi*; **2002**: (10).
 57. **Aydın E.** Tıp Etiğine Giriş. Ankara: Pegama Yayıncılık, **2001**.
 58. **Bahçecik N, Pelin S Ş.** Hemşirelerin Ötanazi Konusundaki Görüşleri. III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri. Ankara: YÖK Matbaası, **1998**: 339342
 59. **Kumaş G, Alparslan N. Öztunç G.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerinin "Ötanazi" Hakkındaki Düşünceleri. 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi (poster sunumu). Antalya:7-11Eylül **2003**.
 60. **Ataç A. Erdem L.** Ötanazi İle İlgili Bir Anket Çalışması. *Hekimler Birliği Vakfı Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*; **1996**; :4 (2):79-81

61. **Kuuppelomäki**, Attitudes Of Cancer Patients, Their Family Members And Health Professionals Toward Active Euthanasia,. *European Journal Of Cancer Care*. **2000**; 9 (1): 16-21.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>) Erişim tarihi:10.8.2005
62. **Davis A J**. “Nurses’ Attitudes Toward Active Euthanasia” *Nursing Outlook*. **1995**; 43(4):174-179.
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>) Erişim tarihi:10.8.2005
63. **Güven N**. Türkler Ötanazide Kararsız. Sabah Gazetesi, 22.05. 2005
64. **Pearlman R A, Clarissa H, Starks H, Back A, Gordon JR, Bharucha AJ, Koenig BA, Batin MP**. Motivations For Physician-Assisted Suicide. *Journal Of General Internal Medicine*. **2005**; 20(3):234-239
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>) Erişim tarihi:10.8.2005
65. **Verpoort C, Gastmans C, Casterlé BD**. Palliative Care Nurses' Views On Euthanasia. *Journal Of Advanced Nursing*, **2004**; 47 (6):592
Erişim: (<http://www.blackwell-synergy.com>) Erişim tarihi:10.8.2005
66. **Kardeşoğlu S**. Yasa Engellese De Ötanazi Uygulanıyor. *Milliyet Gazetesi*, 26.04.2003
Erişim: (<http://www.istabip.org.tr/medya/384.asp>) Erişim tarihi: 3.05.2004
67. **Gören S, Dalgıç M, Özkara E**. Diyarbakır’da Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Bakışı. *Adli Bilimler Dergisi*, **2003**; 2(2): 33-37
68. **Kök N, Özkara E, Dalgıç M, Şener T**. Erzurum’da Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Bakışı. *Acil Tıp Dergisi* ; **2003**; 3(2)
69. **Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K**. Araştırma Yöntemleri. 3.Basım, Ankara: Sistem Ofset, **2000**.
70. **Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V**. Biyoistatistik. 8.Basım, Ankara: Şahin Matbaası, **1998**.

EK-1

**ADANA İLİNDEKİ ÇEŞİTLİ HASTANELERİN
YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÖTANAZİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ**

Bu anket Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşüncelerini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Araştırma amacıyla yapılan çalışmadaki bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Gülşah KUMAŞ

1) Çalıştığınız Hastane:

Anket no:

- Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi
 Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi

2) Çalıştığınız Birim :.....

3) Bir Günde Bakım Verdiğiniz Tahmini Hasta Sayınız:.....

4) Çalışma Şekliniz :

- Hasta Merkezli İş Merkezli Diğer(Belirtiniz):.....

5) Meslekteki toplam görev süreniz(yıl olarak):

6) Şu anda görev yaptığınız birimdeki görev süreniz(yıl olarak):.....

7) Mesleğinizle ilgili son mezuniyet dereceniz:

- Sağlık Meslek Lisesi Önlisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

8) Yaşınız :

9) Medeni durumunuz:

- Evli Bekar Dul

10) Çocuğunuz Varsa Sayısı:

11) Evde bakıma muhtaç hasta yakınınız var mı?

- Evet Hayır

12)Cevabınız evet ise yakınlık dereceniz:

13) Sizce Ötanazi hakkındaki bilgi düzeyiniz nedir?

- Bilgi düzeyim yeterli Bilgi düzeyim yeterli değil Hiç bilğim yok

14) “Ötanazi” nedir:

.....
.....

15) Ötanazi hakkındaki bilginizi hangi kaynaklardan edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Okul Eğitimim sırasında Konferans/ Kongreler
 Medya- Basın kuruluşlarından Hizmet İçi Eğitim seminerleri
 Diğer(belirtiniz).....

16) Ötanazi uygulaması konusunda ne düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Cinayet-kasten adam öldürmektir.
 Doğaya / yaratana / evrene karşı gelmedir.
 Tıbbi bir uygulamadır.
 İnsan / Hasta hakkıdır.
 Diğer(belirtiniz).....

17) Hastanın herhangi bir baskıya maruz kalmadan, kendi başına bilinçli ve özgür bir şekilde doktorundan yeterli bilgi almış olarak ötanazi kararını vermiş olması, ötanazinin doktor yardımıyla ve girişimiyle gerçekleştirilmesi uygulamaları **aktif ötanazidir. Sizce bu doğrultuda bilinçli ve ısrarlı bir şekilde ötanazi isteyen bir hastaya aktif ötanazi uygulanmalı mıdır?**

- Evet Hayır Kararsız

*Cevabınız evet ise 19'uncu soruya geçiniz.

18) 17. soruya cevabınız hayır ya da kararsız ise nedenleri aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Vicdani rahatsızlık duyarım
- Dini nedenler
- Tıbbın insanları yaşatmak için varolması
- Ölümü hızlandırmanın anlamsızlığı
- Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi
- Yasal yükümlülükler
- Diğer (belirtiniz).....

19) Yaşamın sürdürülmesine, devamına olanak sağlayan tıbbi uygulamaların başlanmaması ya da sonlandırılması eylemi **pasif ötanazidir. Sizce yaşam destek sistemleriyle hayatını sürdüren ve ötanazi isteği bulunan bireye pasif ötanazi uygulanmalı mıdır?**

- Evet
- Hayır
- Kararsız

*Cevabınız evet ise 21'inci soruya geçiniz.

20) 19. soruya cevabınız hayır ya da kararsız ise nedenleri aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Vicdani rahatsızlık duyarım
- Dini nedenler
- Tıbbın insanları yaşatmak için varolması
- Ölümü hızlandırmanın anlamsızlığı
- Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi
- Yasal yükümlülükler
- Diğer (belirtiniz).....

21) Meslek yaşamınızda hiç hasta veya ailesinin ötanazi kavramına uyan isteğiyle karşılaştınız mı?

- Hiç karşılaşmadım Bir kez karşılaştım
 Birkaç kez karşılaştım Sık karşılaştım

22) Yatağa bağımlı olsanız kendiniz için ötanazi ister miydiniz?

- Evet Hayır Kararsız

*Cevabınız hayır ise 24'üncü soruya geçiniz.

23) 22. soruya cevabınız evet ya da kararsız ise nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Bakımımıla ilgili kişilere sıkıntı vermemek
 Acı çekmemek
 Tedavisi mümkün olmayan hastalığın olduğunu bilmek
 Yatağa bağımlı yaşamın anlamsız olduğunu düşünmek
 Aileye/devlete maddi yük olduğunu düşünmek
 Diğer (belirtiniz).....

*22'inci soruda yanıtınız evet ise idi 25'inci soruya geçiniz.

24) 21.soruya cevabınız hayır ya da kararsız ise nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Yaşamın her koşulda güzel olduğunu düşünmek
 Allah'ın verdiği canı Allah'tan başkası alamaz.
 Hastalığın tedavisinin her zaman bulunma ihtimalinin olması
 Ölümden korkuyor olmak
 Diğer (belirtiniz).....

25) Birinci derece bir yakınınız (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) için ötanazi uygulanmasını kabul eder miydiniz?

Evet

Hayır

Kararsız

26) Sizce ötanazi uygulaması Türkiye’de yasallaşmalı mıdır?

Evet

Hayır

Kararsız

*Cevabınız hayır ise 28’inci soruya geçiniz.

27) Ötanazinin yasallaşması durumunda sizce kimlere uygulanmalı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Prognozu kötü, şiddetli ağrı çeken malign hastalığı olan hastalara

Yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara

Yatağa bağımlı olup kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan hastalara

Beyin ölümü olan hastalara

Terminal dönemdeki hastalara

Diğer (belirtiniz).....

28) Ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamayı kim yapmalıdır:

Hekim

Hastanın kendisi

Hemşire

Hastanın ailesinden bir kişi

Yasaların belirlediği bir ekip

Diğer(belirtiniz).....

29) Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi üzerine onun ölme isteğini gerçekleştiren bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir?

Evet

Hayır

30) Sizce bilinci açık bir hastanın özgür iradesi ile ölme isteğini gerçekleştirme eylemine yardım eden, bir sağlık ekip üyesi hukuk önünde sorumlu kabul edilmeli midir?

Evet

Hayır

31)Yasal düzenleme yapıldığı takdirde ötanazi uygulayan ekip içinde görev alırmısınız?

- Aktif ötanazide görev alırım Pasif ötanazide görev alırım.
 Her ikisinde de görev alırım Hayır görev almam

32) Sizce ötanazi yasal olarak uygulanmaya başlansa istismar edilir mi?

- Evet Hayır

*Cevabınız hayır ise 34'üncü soruya geçiniz.

33) 32. soruya yanıtınız evet ise hangi konularda istismar edilebileceğini düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Tıbbi gelişmeleri engellemesi
 Kişilerarası eşitsizliklere yol açması
 Miras
 Sağlık personelinin tembelliğe itmesi
 Ailenin tedavi masraflarından kurtulma isteği
 Diğer(belirtiniz).....

34) Sizce ülkemizde tıp çevresinde ötanazi belirli durumlarda uygulanıyor mu?

- Pasif ötanazi uygulandığına inanıyorum
 Aktif ötanazi uygulandığına inanıyorum
 Her ikisinde uygulandığına inanıyorum
 Hiçbir durumda uygulandığına inanmıyorum
 Fikrim yok

35) Ötanaziye ilişkin başka söylemek istedikleriniz var mı?

.....
.....

ANKETE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM...

ÖZGEÇMİŞ

1977 Yılında doğan Gülşah Kumaş ilkokul öğrenimini Adana Şehit İlbey-Gülbey İlkokulunda, ortaokul öğrenimini Adana İstiklal Ortaokulu'nda, lise öğrenimini Adana Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünde tamamladı. 1994 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda üniversite öğrenimine ve aynı yıl Şişli Etfal Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniğinde hemşireliğe başladı. 1998 yılında İ.Ü. Eğitim Fakültesinin açtığı Pedagojik-Formasyon Kursunu tamamladı ve lisans eğitimini bitirdiği 1998 yılı, Kasım-Aralık aylarında geçici görevle gönüllü olarak gittiği Hakkari'deki Kızılay Şemdinli Sahra Hastanesi'nde çalıştı. 2001 yılından itibaren Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Dahiliye Onkoloji-Hematoloji Servisinde hemşire olarak çalışmakta olan Gülşah Kumaş aynı yıl Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.

1994 yılından beri hemşirelikle ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, kongre ve kurslara katılan Gülşah Kumaş İngilizce bilmektedir.