

Ölümün Eşiğindeki İkilemler: Ötanazi, Yardımlı İntihar ve Psikiyatri

Dilemmas at the Edge of Death: Euthanasia, Assisted Suicide and Psychiatry

 Burak OKUMUŞ^a

^aUşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uşak, Türkiye

ÖZET Günümüzde ölümler tipik olarak kademeli fiziksel ve işlevsel bir düşüş döneminden sonra ileri bir yaşta meydana gelmektedir. Bu durum yaşamın son aşamasındaki hastalara yönelik yüksek kaliteli bakım, XXI. yüzyılın sağlık hizmetlerinin temel zorluklarından birisi hâline getirmektedir. Biyomedikal araştırmalardaki ilerlemeler ve biyoetikte yeni disiplinlerin kurulması yaşam sonu bakımı, ötanazi ve hekim yardımlı intihar konusunda güncel tartışmaları beraberinde getirmektedir. Geçmişten günümüze gelen tartışmalar hâlâ güncelliğini korurken, ötanazi ve hekim yardımlı intihar dünya çapında giderek daha fazla yasallaşmaktadır. Bu tür düzenlemelerin temel amaçları; uygulamaları netliğe kavuşturmak, hekimlere yasal zemini açık bir şekilde sunmak ve hastaları korumaktır. Buna rağmen ölümde tıbbi yardım konusu, paradoksik unsurlar içeren çok boyutlu ciddi tartışmaları gündeme getirerek kamunun dikkatini çekmektedir. Bu uygulamaların evrimi ile ilgili tarihsel yönlerin ve ilgili literatürün araştırılması geçmişten günümüze gelen tartışmaları aydınlatılabilir. Bu terimlerin evrimi ve olgularla biçimlenen yasal düzenlemeler, multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır. Metinde uygulamaların lehindeki ve aleyhindeki yaygın argümanlar literatür verileri ışığında sunulmaktadır. Ayrıca ölümde tıbbi yardım konusunu adli boyutları ve uygulanma biçimleriyle karşılaştırmak klinisyenlere farklı görüşler sunabilir. Derleme ötanazi ve hekim yardımlı intihar uygulamaları sürecinde yer alan ve genellikle ihmal edilen hekimin profesyonel yükümlülükleriyle çelişen gerilimini ortaya koymaktadır. Gözden geçirme, ötanazi ve hekim yardımlı intihar talebinde bulunan hastaların değerlendirilmesinde rol alan psikiyatristlerin ikilem içeren görüşlerinin tartışılmasıyla sona ermektedir.

ABSTRACT Death today usually occurs at an advanced age after a gradual physical and functional decline. As a result, the provision of high quality care to patients in the final stages of life is one of the major challenges facing healthcare in the 21st century. Advances in biomedical research and the emergence of new bioethical disciplines have fuelled ongoing debates about end-of-life care, euthanasia and assisted suicide. While the debates of the past remain relevant, euthanasia and assisted suicide are increasingly being legalised around the world. The main aims of such legislation are to clarify practice, to provide clear legal bases for doctors and to protect patients. However, medical assistance in dying attracts public attention by raising serious multidimensional discussions with paradoxical elements. A study of the historical aspects of these practices and the relevant literature can shed light on the debates from the past to the present. The evolution of these notions and the legal regulations shaped by the evidence emphasise the need for a multidisciplinary approach. The text presents common arguments for and against the practices in the context of the literature. In addition, a comparison of the issue of medical assistance in dying with its legal dimensions and application can provide different perspectives for health professionals. The review highlights the often overlooked conflict that physicians face regarding their professional obligations when involved in practices such as euthanasia and assisted suicide. The review concludes with a discussion of the uncertain position of psychiatrists responsible for assessing patients who request euthanasia and assisted suicide.

Anahtar Kelimeler: Ötanazi; yardımlı intihar; psikiyatri; ikilem

Keywords: Euthanasia; assisted suicide; psychiatry; dilemma

Correspondence: Burak OKUMUŞ

Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Uşak, Türkiye

E-mail: okumusband@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 25 Sep 2023

Accepted: 19 Jan 2024

Available online: 06 Mar 2024

2146-8982 / Copyright © 2024 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Ölüm, doğumla başlayan biyolojik bir sürecin sonu ve insanlık tarihinin değişmeyen bir gerçeğidir. Ölüm nedenleri ve yaşam süreleri ise tarihsel süreçte çarpıcı bir biçimde değişime uğramaktadır. Geçtiğimiz yüzyıllarda hastalıklar yaygın olarak görülürken ortalama yaşam beklentisinin 45 yıl olduğu belirtilmektedir. Ölüm nedenleriyse genellikle bulaşıcı hastalık veya yaralanma olup, ölümlerin ani ve beklenmedik bir şekilde meydana geldiği bildirilmektedir.¹ Son zamanlarda halk sağlığı alanındaki ilerlemeler ve tıbbi gelişmeler, ortalama yaşam süresinin yaklaşık 80 yıla çıkarılmasına önemli ölçüde katkılar sunmaktadır.² Günümüzde ölümler genellikle kademeli fiziksel ve işlevsel bir düşüş döneminden sonra ileri bir yaşta meydana gelmektedir.³ Yaşam sonu yüksek kaliteli bakımın agresif ve yoğun tedavilerle sağlandığı bilinmektedir. Bu tedavilerle ölümün terminal fazın sonlarına kadar ertelenmesi amaçlanmaktadır. Bu durum, yaşamın son aşamasındaki hastalara yönelik yüksek kaliteli bakımı, XXI. yüzyılın sağlık hizmetlerinin temel zorluklarından birisi hâline getirmektedir. Tedavilerin yanı sıra hastanın ve yakınlarının ölümüne hazırlanma ihtiyacının ihmal edilmesi hastanelerde yaygın görülen ve dikkatlerden kaçan bir süreçtir.⁴ Mevcut yaşam sonu bakımının eksikliklerine ilişkin artan farkındalığımız ise “*daha fazlası her zaman daha iyi değildir*” konusundaki artan farkındalıkla ilişkili görünmektedir. Biyomedikal ilerlemelerle birlikte biyoetikte yeni disiplinlerin kurulması yaşam sonu bakımı ve ötanazinin tartışılmasını gerektirmektedir. Daha fazlasının daha iyisi olamayacağını vurgulamak ise bazı profesyonel ve yasal tartışmaların gündeme taşınmasına neden olmaktadır.

ÖTANAZİ VE YARDIMLI İNTİHAR: TANIMI VE TÜRLERİ

Ötanazi kelimesinin etimolojik kökeni Yunanca *euthenatos*’tan gelmektedir. Ön ek olarak kullanıldığında iyi anlamına gelen “eu” ile ölüm anlamına gelen “thenatos” kelimesinin birleşiminden türemektedir.⁵ Ötanazi; iyileşmeyeceği ve dayanılmaz acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş olan, durumu kendisi veya yakınlarınca bilinen bireyin, acılarını dindirmek amacıyla hekim eşliğinde alınabilen kararla gerçekleştirilen hayatı sonlandırma eylemi olarak tanımlanabilir.⁶

Ötanazinin temel mantığı, iyileşmesi imkânsız bir hastalığa yakalanan kişinin yaşama hakkından vazgeçme veya ölme hakkını kullanmasına hekimin doğrudan veya dolaylı olarak yardımcı olması şeklinde vurgulanabilir.^{7,8} Ötanazi, hastanın ölümünü kolaylaştırmak için hekimin doğrudan bir müdahalede bulunmasını içeriyorsa aktif, hastanın yaşam desteğinin durdurulması şeklinde dolaylı bir uygulamayı içeriyorsa pasif olarak nitelendirilir. Ötanazi uygulamasının temyiz gücü, istemlilik ve aydınlatılmış onamı bulunan hastanın özgür iradesi ve talebi sonucu yapılması istemli (volunter), bilinci kapalı ya da rızası alınamayan bir hastanın yakınları ve hekimin kararı sonucu yapılması istemsiz (non-volunter) olarak nitelendirilir.⁸ Ötanazi başlığı altında işlenen bir başka konu ise hekim yardımlı intihar veya hekim yardımlı ölüm terimidir. Hekim yardımlı intihar; hekimin ölmek isteyen ve “*fil ehliyeti*” bulunan hastasına edinilmiş intihar yeterliliğini fiziksel ve bilişsel açıdan sağlamasına yönelik ölme teknikleri hakkında bilgilendirmesi, öldürücü nitelikte ilaçları reçetelemesi veya sağlaması şeklinde tanımlanan tartışmalı bir konudur.⁹

ÖTANAZİ VE YARDIMLI İNTİHAR: GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DEĞİŞEN ANLAYIŞLAR

Ötanazi kavramını daha iyi anlayabilmek için ötanazi ve yardımlı intiharın tarihini analiz etmek yol gösterici olabilir. Ötanazi teriminin ortaya çıkışından itibaren günümüze kadar farklı yorumlar veya anlamlarla süregeldiği görülmektedir.¹⁰ Ötanazi kelimesinin MÖ 280 yılından önce bilinmediği, ortaya çıktığında ise bu anlamda değil, “*acısız doğal bir ölümü*” ifade ettiği belirtilmektedir. Benzer şekilde, XVII. yüzyıldan önce ötanazi kelimesinin, erdemli yaşayarak huzurlu bir ölüm ile hayata veda etmeyi ifade eden bir anlamı olduğu bildirilmektedir.¹¹ Ötanazi uygulamasına ilişkin ilk veriler, antik Yunanistan ve Roma tarihinden gelmektedir.¹² Antik Yunanlı hekim Hipokrat’ın (MÖ 460-375), kaleme aldığı tıp etiği ilkelerinden birisi şudur: “*Ölümçül bir ilaç istenildiğinde bunu kimseye vermeyeceğim; bunun yolunu gösterecek tavsiyede de bulunmayacağım.*” Bu ilke, tıp etiği uzmanlarınca çoğu zaman Hipokrat tarafından ötanazinin kabul edilmediğinin ifadesi ola-

rak yorumlanmaktadır.¹³ Hipokrat yemini günümüzde ötanaziye karşı konum alanlar arasında bir tartışma oluşturmaya devam etmektedir.^{11,14} Kavramın anlamındaki değişiklikler, günümüzde kullandığımız anlamına benzer ötanazi uygulamalarının geçmişte olmadığı anlamına gelmemektedir. Sokrates ve öğrencisi Platon'un düşüncelerini toplayan metinler, ciddi bir hastalık karşısında yaşama son vermenin mümkün ve iyi anlaşıldığına işaret etmektedir. Bu durum, sağlık bakımı prosedürünün sonu olduğu için mevcut ötanazi kavramıyla uyumlu görünmektedir.¹⁵ Platon'un metinlerinde geçen bir hekim olan Herodotus'un, ölümü geciktirmenin bir yolunu bulma amacıyla tedaviler düzenlediği belirtilmektedir. Platon'un günümüzde distanazi terimi ile belirtilen tıbbi ekipmanların desteğiyle yaşayabilme durumunu ve Herodotus'un ölümü geciktirme çabalarını metinlerine taşıyarak distanaziye karşı çıktığı görülmektedir.^{14,15}

Orta Çağa gelindiğinde Katolik inancının bilimi, sanatı ve tıbbi yönlendirdiği görülmektedir. Katolik inancı ve Augustinian düşüncenin etkileri nedeniyle intiharın daha az görüldüğü belirtilmektedir. Şiddetli veya ölümcül bir hastalığın acısını sona erdirmek için kişiye öldürücü bir maddenin verilmesine izin verilmemektedir.¹⁶ Bu dönemde, fiziksel acı ve ağrıların "tanrının günahları arındırma biçimi" olarak yüceltiliği görülmektedir. Bu dönemde, kendi canına kıyan insanlar için bir cenaze töreni veya ailelerinin "hristiyanca" dinî bir ayini yapmasına izin verilmemektedir. Ancak savaşlarda ağır yaralı düşmanların acılarını azaltmak amacıyla bir tür kısa hançerle "merhametli öldürme" şeklinde adlandırılan bir yöntem kullanıldığı yazılarda geçmektedir.¹⁴

Rönesans dönemiyle başlayan bilim ve felsefenin uyanışı eski düşünceleri sorgulayarak tıbbi gelişmeleri desteklemiştir. Bu dönemde, ötanaziye Platon'un Devlet kitabında ileri sürülene benzer bir anlam verildiği bildirilmektedir. Bu dönemde ötanazi terimine, tıp bilimi verilerine göre iyileşme olanağı olmayan ve dayanılmaz acılar içinde bulunan kişinin ölümünün hızlandırılmasına atıfta bulunarak güncel tanıma yakın bir anlam verilmektedir.¹⁷ Bu tanımlamayla ötanazinin günümüzdeki anlamını Rönesans dönemiyle aldığı düşünülebilir. Bu tanımlamaya göre uygun hastalarda ölümle biten yaşam döngüsünün sonlandırılmasına mevcut tüm kaynaklarla yardım

edilmesi gerekmektedir.^{15,18} Thomas More "Ütopya" adlı kitabında, ideal ulusta ölmekte olanlara gerekli ve destekleyici bakımın verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kitabında ıstırapın sona erdirilmesi tavsiye edilebilir. Ancak bu prosedür etkilenen kişi tarafından ve yetkililerin gerekli izniyle yapılabilir.^{15,18} Teolog Johann Andreae tarafından XVII. yüzyılda kaleme alınan "Christianopolis" adlı ütopya, ağır ve tedavisi mümkün olmayan hastaların rahatsız ve yabancılaştırmış olsalar bile destek ve hoşgörüye dayalı bakıma devam etmelerinin uygun olacağı belirtilmektedir.^{19,20} Benzer şekilde, özellikle XIX. yüzyılda hekimlerin de ötanaziye karşı bir tutum aldıkları görülmektedir. Örneğin hekim Christoph Hufeland, ister bir kader ister bir talihsizlik ister yaşanmaya değer olsun ister olmasın hekim tutumunun yalnızca yaşamın korunmasıyla sınırlı kalması gerektiğini vurgular.²⁰

Biyoteknolojinin gelişimi ve hastalık sürecine müdahale edecek yeni tekniklerin ortaya çıkması toplumun dinamik ahlak anlayışını etkilemektedir.¹⁴ Ölümcül hastalığı olan ve dayanılmaz fiziksel ağrılar içinde hayatını sürdüren hastaların yaşamlarının uzatılması veya kısaltılması üzerinde yürütülen ikilemlerin yanında hastaların kararları ile tedavilerini durdurma ve acısız ölümü tercih etme yetkisi tartışılmaktadır.²¹ Bu bağlamda alanyazını incelendiğinde, yasal tartışmaların XX. yüzyılda arttığı gözlenmektedir. Dr. Gregory'nin 1906 yılında Amerika'nın Iowa eyaletinde ötanazi ile ilgili bir kanun teklifini gündeme getirerek zincirleme bir şekilde yoğun etik, dinî, bilimsel, sosyolojik ve felsefi ikilemleri tartışmaya açtığı görülmektedir.^{22,23} Ötanazi için başlatılan tartışma yıllar içerisinde büyük bir toplum hareketine dönüşmüştür. Bu dönemde Dr. Millard tarafından 1935 yılında İngiltere'de kurulan "Gönüllü Ötanazi Cemiyeti" ise en eski ötanazi cemiyeti olarak bilinmektedir.²⁴ Bu derneklerin ikincisi, 1938'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kurulan, "Amerika Ötanazi Cemiyeti"dir.^{23,24} ABD'de 1960'lı yıllarda ölmekte olan tüm hastalara kardiyopulmoner resüsitasyon [cardiopulmonary resuscitation (CPR)] yapılırken, bazı hastaların yarar görmeyeceği düşünülerek, hekim ve hemşirelerin "walk slowly to the bed (yatağa yavaş yürü)" görüşünde birleştiği görülmektedir.²⁵ Hasta ve ailesi ile herhangi bir anlaşma

olmaksızın yapılan uygulama 1970’lerde dava edilme riski nedeniyle hekimlere “*canlandırma yapma [do not resuscitate (DNR)]*” istemi verilerek uygulamanın devam ettirildiği bildirilmektedir.^{21,25,26} Amerikan Tıp Derneği 1974’de “*CPR’nin ani ve beklenmeyen bir ölümü engelleme amacı taşıdığını, ölümün kaçınılmaz olduğu, geri dönüşü olmayan hastaların terminal döneminde CPR endikasyonu olmayacağı*” önerisinde bulunmuştur. Öneri sonrası ABD’de DNR talimatlarının, servis ve yoğun bakımlarda yaygın şekilde kullanıldığı görülmektedir.^{25,26} ABD’de ilk olarak Doğal Ölüm Yasası ile hastaya hastalığının belli aşamalara ilerlemesi hâlinde ölmek istediğini belgeleyen “*önceden verilmiş direktifi*” olması hâliyle pasif ötanazinin uygulanabileceği belirtilmektedir.²⁷ Bu dönemde, kişinin hayatını uzatacak tıbbi tedaviyi reddetme hakkı olarak tanımlanan “*onurlu ölüm*” kavramı gündeme getirilmiştir.²² Amerikalı genç bir kadın olan Karen Ann Quinlan vakası distanaziyi kontrol altına almayı tartışmaya açmıştır. Karen, alkol ve barbitürat intoksikasyonu ardından ciddi nörolojik hasarlar nedeniyle komada kalmıştır. Karen’in ebeveynleri yaşam ünitesi desteğinin çıkarılmasını talep ederek yeni bir tartışmayı başlatmıştır. Hastane yasal sorunları tartışarak yaşam ünitesi desteğinin devam ettirilmesinin yasal olarak doğru olduğu kanaatine varmıştır. Mahkemeye başvuran ebeveynler neticesinde New Jersey Yüksek Mahkemesi, Karen Ann’ın “*huzur ve onur*” içinde ölmesinin yasal olduğu ve hastaneye bu yetkiyi tanıdığını bildirmiştir.^{28,29} Alınan bu karar ile yaşam destek tedavilerinin, hasta veya hasta yakınlarının istekleri doğrultusunda kesilebileceğinin yasal olarak tanındığı görülmektedir. Farklı olabilecek bir diğer vaka ise trafik kazası sonucu felçli bir durumda olan, başlangıçta rehabilitasyon arayan ancak daha sonra ölmesine izin verilmesi konusunda ısrar eden Alman bir kadın olan Ingrid Frank’ın yaşadığı süreçtir. Ingrid Frank’ın kendisine, kendisinin içebileceği siyanür içeren bir solüsyon verilmesinin ardından bu eylemin görüntülü kayıta alınmasını sağladığı bildirilmektedir. Bu sürecin ötanazi ve yardımcı intihar gelişiminde arka plan olarak bilinmesi önemli olabilir.²⁹ Hollanda hukukunda ötanazi türlerine ilişkin gelişmeler, 1973 tarihli bir mahkemede pratisyen hekim Dr. Postma’nın serebral hemorajili, paraplejik, sağır

ve konuşma zorluğu olan annesinin tekrarlayan ve açık ölme istekleri üzerine yaşamını sona erdirmesine yardım etmesi ile sonuçlanan vakayla başladığı bildirilmektedir.³⁰ Mahkeme, hekimin cinayet işlediğine kanaat getirmiştir. Ancak mahkeme bir hekimin anlamsız acılarla karşı karşıya kaldığında bir hastayı her zaman iradesi dışında canlı tutmak zorunda olup olmadığı tartışmasını yürüterek ötanaziye düzenleme fırsatı elde etmiştir. Bunu izleyen ve yasanın uygulanmasına yol açan Hollanda’daki tartışmanın önemli bir özelliği, yetkili tıp kuruluşlarının, ölüme hekim yardımına izin verilmesine ilişkin yasal kriterlerin geliştirilmesinde oldukça ilgili ve etkili olmalarıdır. Hollanda 1980’li yıllardan itibaren ötanazi türleri için karşılanması gereken tıbbi-mesleki gereklilikleri yeniden oluşturmuştur.³¹ 1988 yılında “*Dünya Ötanazi Birliği*” oluşturularak “*World Right to Die Newsletter*” isimli yayın organının kurulduğu görülmektedir.²³ Yoğun Bakım Tıbbi Derneği, tarafından 1990 yılında hastayı hayatta tutan yaşam destek ünitelerinin kullanımıyla ilgili önemli bir rapor yayımlanmıştır. Bu rapor, “*yaşam destek tedavilerinin hasta ve yakınlarının isteği doğrultusunda ya da hekim tarafından tedavi hedeflerine ulaşmanın mümkün olamayacağına görüldüğü durumlarda başlanmaması veya kesilmesinin*” etik açıdan uygun olduğunu bildirmiştir.²²⁻²⁴ Hekim yardımcı intihar veya ölümün savunucusu olarak bilinen emekli patolog Dr. Jack Kevorkian’ın 1990’da Alzheimer tip demans hastası Janet Atkins’in bir makine düğmesine basarak ölmesine yardımcı olması ötanazi tartışmalarını gündeme getirmiştir.²³ Dr. Jack Kevorkian Michigan’da 1992 yılında, amiotrofik lateral sklerozlu Thomas Youk vakasında, süreci ve ölüm anını video kayıt altına alarak uygulamasını hastanın istemi ve rızasıyla intihara yardım etmekten doğrudan “*merhametli öldürmeye*” yani aktif ötanaziye taşımıştır.³² Thomas Youk vakası için Dr. Jack Kevorkian, 1999’da Michigan’da bir mahkeme jürisi tarafından cinayet ile suçlanarak mahkûm edilmiştir.^{23,32} Emekli patolog savunmasında; ötanazinin hastaların son medeni hakkı olduğunu ve daha fazla acı çekmelerini önleyerek hastalara iyilik yaptığını düşündüğünü bildirdi.^{33,34} 1992’de Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tabip Birlikleri tarafından Roma’da yapılan toplantıda tedavisi mümkün olmayan hastaların onurlu ölüm hakkına

sahip oldukları kabul edildi.²⁴ ABD Oregon Eyaletinde 1994’de “Onurlu Ölüm Yasası” yürürlüğe girdi.⁶ Avustralya’da 1995’de son dönem hastaların ölümü için hekimden yardım alabilecekleri yasal olarak kabul edildi. “Ölümçül Hastaların Hakları Yasası” 1996’da Avustralya’nın kuzey bölgesinde yürürlüğe girmesine rağmen 1997’de devlet yapısı nedeni ile kuzey bölgesinin böyle bir yasa çıkartamayacağı gerekçesi ile yürürlükten kaldırıldı.^{22,24}

ÖTANAZİ VE YARDIMLI İNTİHAR: DÜNYA ÜZERİNDEKİ FARKLILAŞAN KÜLTÜRLER VE UYGULAMALAR

Ölüm, dünya üzerinde yaşayan insanları korkutan bir olgu olarak kabul edilir. Bunun nedeni, ölümün bireylerin değer atfettiği tüm unsurları kapsamlı bir şekilde sonlandırma potansiyeline sahip olmasıdır. Ölüm sadece biyolojik bir olgu olmasının ötesinde, duygusal, sosyal ve kişisel bağlantıları derinden etkileyebilecek bir fenomendir. Bu nedenle insanlık tarihi boyunca bireyler, ölümün oluşturduğu etkilerle başa çıkmanın yollarını aramışlardır.³⁵ Baş etme becerileri, ölüme açıklamalar getirerek “kültürel dünya görüşleri” yaratmayı ve bireysel öz saygıyı mevcut dünya görüşleriyle uyumlu hâle getirmeyi amaçlamaktadır.³⁶ Araştırmalar kültürel dünya görüşlerinin, ölüm ile ilişkili inanç sistemlerini ve bireylerin ötanaziye yönelik tutumlarını etkilediğini göstermektedir.³⁵ Örneğin Asya kültürlerinde ölüme derin anlamlar atfedilmesinde ve daha yüksek bir bilinçlilik düzeyi ile bakılmasında dinlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Asya kültürlerinde her ne kadar palyatif bakım yoluyla hayatın korunması tercih edilse de pasif ötanaziye izin verildiği görülmektedir.³⁷ Bunun aksine Avrupa ülkeleri, bireyci bir kültüre sahip olması nedeniyle hasta özerkliğini önceliklendirerek ötanaziyi daha makul bulmaktadır.³⁸ ABD ise istemli ötanaziden istemli olmayan ötanaziye giden kaygan eğimin ortaya çıkardığı etik zorlukları vurgulayarak, pragmatik ve kanıta dayalı kararlar almayı benimsemektedir.³⁵ Sonuç olarak, bireyci kültürlerin özerkliğe değer vermesi ve ötanazi yanlısı bir duruş sergilemesi daha muhtemelken, kolektivist kültürlerin zor kararları hekimlere devrederek uygulanmasını sağlaması daha olasıdır.^{37,38} Benzer şekilde, dindarlık seviyesinin yüksek olduğu

kültürlerde, ahlaki değerlerin özellikle toplumsal uyumluluk ile ilişkili olduğu ve bu durumun yaşam yanlısı bir duruşla sonuçlandığı görülmektedir. İnsanların seküler olduğu ve ahlakı farklı şekilde tanımladığı diğer kültürlerde ise ötanazi yanlısı bir yaklaşımın daha fazla benimsenmesi olasıdır.³⁹ Bu tür yaklaşım farklılıklarını daha iyi anlamlandırmak konuya kültürel bir bakış açısıyla yaklaşmayı gerektirmektedir. Geçmişten günümüze kültürel farklılıkları içine alan tartışmalar hâlâ güncelliğini korurken, ötanazi ve hekim yardımcı intihar dünya çapında farklı uygulama yöntemleriyle daha fazla yasallaşmaktadır.¹⁵ Bu durum, ülkelerin konuyla ilgili uygulamalarını değerlendirmeyi önemli kılmaktadır. Bu tür düzenlemelerin temel amaçları; uygulamaları netliğe kavuşturmak, hekimlere yasal zemini açık bir şekilde sunmak ve hastaları korumaktır.³¹

ABD’de 1994’te Oregon eyaleti seçmenleri, ölümçül hastalığı olan bireyler için hekim yardımcı intiharı yasallaştıran “Onurlu Ölüm Yasasını” onayladı.⁴⁰ Bu yasa, 1997’de ABD Yüksek Mahkemesi’nin eyaletlerin bu tür yasaları çıkarmasına izin veren bir kararının ardından yürürlüğe girdi. 2008’de Washington eyaleti sakinleri, Oregon yasasıyla karşılaştırılabilir olan “Washington Onurlu Ölüm Yasası” yasasını kabul etmek için oy kullandı.⁴¹ Bu yasa 6 ay içinde ölüme yol açması beklenen bir hastalığı olan erişkinlere hekimin ölümçül dozda ilaç reçete ederek intihara yardımcı olmasına izin vermektedir. Bu tür hastalar, yaşamlarını sonlandırmak için bu ilacı kendilerine uygulayabilirler. İlgili hekim ve bağımsız bir danışman hekim, hastanın kendi durumunu kavrayabilip karar verebilecek kapasitede olduğunu, zorlayıcı etkilerin altında kalmaksızın karar verdiğini ve içinde bulunduğu duruma, bundan sonraki sürece ve olası tedavilerin etkilerine ilişkin tüm gerçeklerin hastaya anlatılarak hastanın seçtiği yöntem için aydınlatılmış onamının bulunup bulunmadığını belirlemelidir. Reçeteyi yazan veya danışman hekim, psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle hastanın muhakeme gücünün bozulduğunu düşünüyorsa, hastayı psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi için sevk etmelidir.^{42,43} Psikiyatrik bozukluğu veya muhakeme bozukluğu bulunan hastalara hekim yardımcı intihar prosedürü uygulanamaz.³¹ Hekim yardımcı intihara izin veren tüm ABD eyaletleri, iki sözlü talep ara-

TABLO 1: Yardımlı ölümün isimlendirilmesi ve yasal tanımlamaları.

Yargı yetkisi	Yıl	Mevzuatın türü	Yasal durum	İsimlendirilme	Tanımlamalar
Avrupa					
İsviçre	1942	Yardımlı intiharın yasalaştırılması değil, suç olmaktan çıkarılması: İsviçre Ceza Kanunu'nun 115. maddesi	Yardımlı İntihar	Yardımlı İntihar	İsviçre ceza kanunu, yalnızca bencil amaçlarla bir başkasını intihara veya intihara teşebbüs etmeye teşvik eden veya yardım eden kişilerin sorumluluğunu belirtir.
Hollanda	2002	Yasama (Talep Hâlinde Yaşamın Sonlandırılması ve Yardımlı İntihar Hakkında Kanun)	Ötanazi ve HYI	*Talep üzerine yaşamın sonlandırılması ve yardımlı intihar	*Ötanazi: Talep üzerine yaşamın sonlandırılması (başka bir tanım yoktur); Yardımlı intihar: Başka bir kişinin intihar etmesine kasıtlı olarak yardım etmek
Belçika	2002	Yasama	Ötanazi; (Ötanazi yasasının tüm gerekli özen kriterlerine uygun olması durumunda inceleme komitesi tarafından kabul edilir).	*Ötanazi	İlgili kişinin talebi üzerine, ilgili kişiden başka bir kişi tarafından kasten hayata son verilmesi
Lüksemburg	2009	Yasama	Ötanazi ve HYI	*Ötanazi ve yardımlı intihar	Ötanazi: Bir hekimin açık ve gönüllü isteği üzerine bir kişinin hayatına kasten son veren, bir hekim tarafından gerçekleştirilen eylem. Yardımlı intihar: Bir hekimin başka bir kişinin açık ve gönüllü talebi üzerine başka bir kişiye intihar etme olanağı sağlamasıdır.
Almanya	2020	Yasal Düzenleme Değil, Yardımlı İntiharın Suç Olmaktan Çıkarılması	HYI	Delay henüz yok	Delay henüz yok
Amerika					
Kanada	2016	Yasama (Ölüm Hukukunda Tıbbi Yardım)	Ötanazi ve HYI	*Ölüme tıbbi yardım	*Bir yardımcı sağlık personeli veya pratisyen hemşire tarafından, bir kişinin talebi üzerine ölümüne neden olacak bir maddenin uygulanması veya bir tıp hekimi veya pratisyen hemşire tarafından, bir kişinin isteği üzerine, maddeyi kendi kendine uygulayabilmesi ve bunu yaparak kendi ölümüne neden olabilmesi için bir kişiye bir maddenin reçete edilmesi veya sağlanması.
Quebec	2014	Yasama (Ölüm Hukukunda Tıbbi Yardım)	Ötanazi	*Ölüme tıbbi yardım	Ölüme tıbbi yardım, bir hekimin, yaşamlarının sonundaki hastalara, onların isteği üzerine, ölümlerini sağlayarak acılarını dindirmek amacıyla ilaç vermesinden oluşur.
Kolombiya	1997	Marheme kararı	Ötanazi ve HYI	*Ötanazi ve yardımlı intihar	Ötanazi: Şiddetli ağrı, devam eden sağlık sorunları veya rahatsızlıkları olan, ölümcül hastalık veya ciddi bedensel yaralanma nedeniyle kişinin değersiz olduğunu düşündüğü ağır bağımlılık ve sakatlık durumu olan hastaların bilgilendirilerek ve tekrarlanan talepleri üzerine, başka bir kişi, nitelikli bir üçüncü taraf veya tedaviyi yapan hekim tarafından onurlu ve insani bir şekilde yaşamına kasıtlı olarak son verilmesi. Yardımlı intihar: Yoğun bir acı çeken, ölümcül hastalık veya ciddi bedensel yaralanma nedeniyle kişinin değersiz olduğunu düşünerek acı çekme veya büyük bağımlılık ve sakatlık durumu olan hastanın özgür, bilgilendirilmiş ve tekrarlanan talebi üzerine, başka bir kişiye, hastaya intihar etmesi için kasıtlı olarak yardım etmek veya intiharı gerçekleştirilmesi için ona gerekli araçları sağlamaktan oluşur.

devamı →

TABLO 1: Yardımlı ölümün isimlendirilmesi ve yasal tanımlamaları (devamı).

Yargı yetkisi	Yıl	Mevzuatın türü	Yasal durum	İsimlendirilme	Tanımlamalar
Amerika Birleşik Devletleri					
Oregon	1997	Yasama (Onurlu Ölüm Yasası)	HYI	Belirtilmemiş	Ölümcül hastalığı olan Oregon sakinlerine, hekim tarafından amacına uygun açıkça reçete edilen ölümcül ilaçları gönüllü olarak kendi kendilerine uygulama ve hayatlarına son vermelerine olanak tanır.
Washington	2009	Yasama (Onurlu Ölüm Yasası)	HYI	Belirtilmemiş	Yaşamlarına son vermek isteyen ölümcül hastalığı olan erişkinlere tıbbi ve osteopatik hekimlerden ölümcül dozda ilaç talep etmelerine olanak tanır.
Montana	2009	Mahtum kararları	HYI	*Ölümde hekim yardımı	Montana Yüksek Mahkemesi, eyalet yasasındaki hiçbir yasanın, bir hekimin ölümcül hastalığı olan, akli dengesi yerinde olan bir hastanın ölümünü hızlandırmak için ilaç yazarak talebini yerine getirmesini yasaklamadığına karar verdi.
Vermont	2013	Yasama (Hasta Seçimi ve Yaşamı Sonlandırma Kontrol Yasası)	HYI	Belirtilmemiş	Vermont, terminal durumu olan bir Vermont sakini olan hastanın ölümünü hızlandırmak için ilacı kendi kendisine vermesi amacıyla hekimin ilaç yazmasına izin verir.
California	2015	Yasama (Yaşamı Sonlandırma Seçimi Yasası)	HYI	*Ölüm yardımı	**Ölmeyle yardımcı ilaç*, yetkin bir kişi için bir hekim tarafından belirlenen ve reçete edilen, yetkin kişinin ölümcül bir hastalık nedeniyle ölümüne yol açmak için kendi kendine uygulamayı seçebileceği bir ilaç anlamına gelir.
Colorado	2016	Yasama (Yaşamı Sonlandırma Seçimi Yasası)	HYI	Ölümde tıbbi yardım	*Ölümde tıbbi yardım, bir hekimin, yetkin bir bireye, huzurlu bir ölüm sağlamak için kendi kendine uygulamayı seçebileceği, ölmeyle yardımcı tıbbi ilaçları reçete etmesi anlamına gelir.
Kolombiya bölgesi	2016	Yasama (Onurlu Ölüm Yasası)	HYI	Belirtilmemiş	*İnsani ve barışçıl bir şekilde ölmek isteyen yetkin hastalara teminat kapsamındaki ilaçların talep edilerek dağıtılması.
Hawaii	2018	Yasama (Bizim Bakımımız, Bizim Seçimimiz Yasası)	HYI	Ölüm yardımı	*Kişinin barışçıl, insani ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlayacak reçeteli ilaç gönüllü olarak talep etmesi ve alması.
Maine	2019	Yasama (Onurlu Ölüm Yasası)	HYI	Belirtilmemiş	*Yetkin hastanın hayatını insani ve onurlu bir şekilde sonlandırmak için kendi kendine uygulamayı seçebileceği ilaç reçetesini talep etme ve edinme.
New Jersey	2019	Yasama (Ölümcül Hastalık için Ölmeyle Yardım Yasası)	HYI	*Ölümde tıbbi yardım	*Hastanın, insani ve onurlu ölümünü sağlamak amacıyla hastanın kendi kendine uygulamayı seçebileceği ilaçları alma hakkı.
Avustralya					
Victoria	2017	Yasama (İstemli Yardımlı Ölüm Yasası)	Ölanazi ve HYI	*İstemli yardımlı ölüm yasası	*İstemli yardımlı ölüm, istemli yardımlı ölüm maddesinin uygulanması anlamına gelir ve bu uygulamayla ilgili makul adımları içerir.
Batı Avustralya	2019	Yasama (İstemli Yardımlı Ölüm Yasası)	Ölanazi ve HYI	*İstemli yardımlı ölüm yasası	*İstemli yardımlı ölüm, istemli yardımlı ölüm maddesinin uygulanması anlamına gelir ve bu uygulamayla ilgili makul adımları içerir.

*Mevzuattan elde edilmmiştir. Diğer tüm etiketler/tanımlar hükümetin web sitesinden veya raporundan alınmıştır; HYI: Hekim yardımlı intihar.

TABLO 2: Yardımlı ölüme ilişkin yasal gereklilikler ve önlemler.

Yargı yetkisi	Ötanazi	HYİ	Yaş	Tanı/prognoz	Bekleme süresi	Konsültasyon	Komite incelemesi
Avrupa							
İsviçre	Hayır	Evet	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hollanda	Evet	Evet	12	(-)	(-)	Evet	Evet
Belçika	Evet	Yasal değil (örtülü göz yumulan)	(-)	Erişkinler: tedavi edilemez durum; reşit olmayanlar: terminal	Yok, terminal 1 ay, terminal dışı	Evet	Evet
Lüksemburg	Evet	Evet	18	Tedavi edilemez durum	(-)	Evet	Evet
Amerika							
Kanada	Evet	Evet	18	Ağır ve tedavisi mümkün olmayan tıbbi durum	10 gün yazılı talep	Evet	Hayır
Quebec	Evet	Hayır	18	Ciddi, tedavi edilemez hastalık	10 gün yazılı talep	Evet	Hayır
Kolombiya	Evet	Evet	18	Terminal	Komite onayından sonraki 15 gün içinde	Komite onayı gerekli	Evet, ötenazi veya HYI yapılmadan önce
Amerika Birleşik Devletleri							
Oregon	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
Washington	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
Montana	Hayır	Evet	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Vermont	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
California	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep	Evet	(-)
Colorado	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep	Evet	(-)
Kolombiya bölgesi	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	15 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
Hawaii	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	20 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
Maine	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	17 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
New Jersey	Hayır	Evet	18	Terminal, <6 ay	18 gün sözlü talep, 48 saat yazılı talep	Evet	(-)
Avustralya							
Victoria	Evet	Evet	18	Terminal, <6 ay (veya nörodegeneratif durumlar için 12 ay)	9 gün yazılı	Evet	Evet
Batı Avustralya	Evet	Evet	18	Terminal, <6 ay (veya nörodegeneratif durumlar için 12 ay)	9 gün yazılı	Evet	Evet

HYİ: Hekim yardımlı intihar.

sında 15 günlük bir süre ve son yazılı talep ile reçetenin verilmesi arasında 48 saatlik bir bekleme süresi gerektirir. Kanada’da ise yazılı bir talep ile hekim yardımlı intiharın gerçekleşmesi arasında 10 günlük bir bekleme süresi vardır.¹⁵ Hekimler, ölümcül ilaçların reçetelerini bildirerek ve kriterlere uyup uymadıklarını kontrol eden bir uyum formu doldurarak, devlet yetkililerine bildirim yapmalıdır. Bildirimler kanunun genel etkilerini değerlendirmeyi de amaçlamaktadır.⁴⁴ Hekim yardımlı intiharın federal anayasal olarak korunan bir hak olduğu iddiası, uzun zamandır ABD Yüksek Mahkemesi tarafından reddedilmektedir.⁴⁵ Hollanda’dan farklı olarak ABD eyalet yasalarının tümü, hekim yardımlı intihar ve ötanazi arasında kesin bir ayırım yapmaktadır. ABD’nin 3 eyaletinde hekim yardımlı intihar yasalıdır. Ancak ötanazinin yasallaştırılması amacıyla herhangi bir yasa tasarısı düşünülmüdü.³¹ Hekim yardımlı intiharı yasaklayan yasayı çiğnediğini kabul eden ve felçli bir hastayı video kaydına alarak aktif ötanazi uygulayan Dr. Kevorkian’ın cinayetten hüküm giymesi konuya bir örnektir.

Mevcut bilgilere göre ABD’de hekim yardımlı intiharın yalnızca psikiyatrik hastalık için sağlandığına dair bir kanıt yoktur. Bu durum, Hollanda’daki psikiyatrik veya fiziksel hastalık için hekim yardımlı intiharın uygulanabilmesi durumundan farklılık göstermektedir.^{43,46} Hollanda’da nadiren hekim yardımlı intiharın yalnızca psikiyatrik bozukluk için kabul edildiği bildirilmektedir.¹⁵ Bu durum, psikiyatrik bozukluklarda biyolojik altyapının önemli olduğu görüşünden kaynaklanmaktadır.⁴³ Bu bağlamda, psikiyatrik bozukluklar ile fiziksel hastalıklar arasındaki biyolojik temellerin benzerliği artan şekilde kabul görse de çoğu psikiyatrik hastalığın temel biyolojik nedenlerine ilişkin hâlâ sınırlı bilgilerin olduğunu vurgulamak önemli olabilir.⁴⁷ Ayrıca bazı ilerleyici nörodejeneratif bozukluklar dışında, birçok psikiyatrik hastalıkta prognozu tahmin etmek son derece güçtür. Sonuç olarak, herhangi bir kişide bulunan, herhangi bir psikiyatrik bozuklukta, ABD’nin Oregon eyaletindeki hekim yardımlı intihar koşullarından birisi olan 6 ay içinde ölümle sonuçlanacak ölümcül bir hastalığın bulunduğunu söyleyebilmek kesin olarak mümkün değildir.⁴⁸ Bu nedenle ABD’de sadece psikiyatrik bozukluğu olan bir olguya hekim

yardımlı intihar prosedürü uygulanamaz. Kolombiya, ötanazi vakalarının bağımsız bir komite tarafından değerlendirilerek önceden onaylanmasını gerektiren tek yargı alanıdır. Oregon eyaleti, Washington eyaleti, Hollanda ve Belçika müdahaleden sonra vakaların resmî bir kuruma bildirilmesini zorunlu tutmaktadır.¹⁵ İsviçre’de ölüm durumunda hekim yardımını özel olarak düzenleyen bir yasanın çıkarılmadığı görülmektedir. Bununla birlikte XIX. yüzyılın başlarından bu yana İsviçre Ceza Kanunu, yardım arayan kişinin karar verme kapasitesine sahip olması ve yardım eden kişinin kişisel çıkarlarına hizmet eden nedenler ile motive olmaması koşuluyla intiharda yardıma izin vermektedir.^{31,49} İsviçre, yardımlı intiharın bir suç olarak kabul edilmediği ve bu tür eylemlerin hekim katılımını zorunlu kılmadan yasal olarak düzenlendiği tek ülke olarak görülmektedir.⁵⁰ İsviçre’de yardımlı intihar, genellikle yasal yetkililer tarafından hesap verme yükümlülüğü bulunan ölüm hakkı savunucu örgütleri tarafından gerçekleştirilmektedir.³¹ İsviçre’de resmî bir bildirim sistemi veya inceleme prosedürü bulunmadığından, hekim yardımlı intiharın sıklığı ve uygulamasına ilişkin kesin veriler sınırlıdır. İsviçre’de aktif ötanazi yasa dışıdır. Ancak yargı alanında intihara yardım eden kişinin motivasyonu dikkate alınmaktadır.^{31,43} Her ölümün ardından olayın İsviçre yasalarına uygun olarak meydana gelip gelmediğinin tespiti için olay yeri değerlendirilmektedir. Hekim yardımlı intiharın İsviçre’de fiilen mevcudiyeti, diğer ülkelerden bireylerin yardımlı intiharı kullanmak için İsviçre’ye seyahat etmesiyle sonuçlanan bir fenomene neden olmaktadır.³¹ Belçika ve Oregon’da durum farklıdır. Oregon’da hekim yardımlı intihar talebinde bulunan kişinin böyle bir talepte bulunabilmesi için Oregon’da gerçek bir ikametgâhı olması gerekmektedir.⁴⁰ Belçika’da ise hekimiyle uzun sürecek bir hasta hekim ilişkisi gerektirdiğinden genellikle bu durum fiili ikamet etmeyi gerektirir.³¹ Sonuç olarak İsviçre, İsviçre yasalarının gerekliliklerine uygun olarak ölüme yardım sağlayan aktif bir ölme hakkı hareketine ev sahipliği yapmaktadır.

Ötanazi ve hekim yardımlı intiharın yasal olduğu ülkelerde uygulamaların sınırlandırıldığı yaşlar farklılaşmaktadır.¹⁵ ABD, Kanada ve Lüksemburg’da hastalar en az 18 yaşında olmalıdır.⁴³ Hollanda, öta-

nazi veya hekim yardımcı intihar uygulamalarını 12 yaşından büyük hastalarda mümkün kılmaktadır.¹⁵ Belçika’da 2014 yılından beri, kişinin ayırt etme kapasitesine sahip olması koşuluyla, yaşa bakılmaksızın ötanazi ve hekim yardımcı intihara izin verilmektedir.⁵¹ ABD eyaletleri, hekim yardımcı intihar hizmeti alan hastaların 6 ay veya daha kısa bir süre hayatta kalma prognozuna sahip olmasını şart koşar. ABD’de hastaların tedaviye rağmen dayanılmaz ağrı veya semptomlar yaşaması gerekmemektedir.⁴⁸ Erişkinler için Hollanda, Belçika ve Lüksemburg hastaların iyileşme olasılığı olmaksızın “*dayanılmaz fiziksel veya mental ıstıraba*” sahip olmalarını şart koşmaktadır. Ancak ölümcül hastalıklarının bulunmasını değerlendirmemektedir.¹⁵ Belçika’da ötanazi uygulanacak çocukların ölümcül hasta olması şarttır.^{15,31} Hollanda ve Lüksemburg’da ölümcül olmayan hastalar için bekleme süreleri yoktur. Belçika ise bir aylık bekleme süresi gerektirir. Belçika hariç hiçbir ülkenin yargı alanı standart olarak psikiyatrik bir değerlendirme gerektirmez.¹⁵ Belçika’da ötanazi düzenlemeleri, hastanın ilgili hekimlerle uzun vadeli bir geçmişe sahip olması gerekliliğini içermektedir. Bu durum, hastanın Belçika’da ikamet ettiğine dair fiili bir gereklilikle sonuçlanmaktadır.³¹ 12-18 yaş arası bireylerden gelen taleplerin ele alınması için yalnızca Hollanda kanunları özel hükümler içerir.⁴³ Üç Benelüks ülkesinde de talep üzerine birinin yaşamına son verme kararı hasta ve hekim ilişkisi içinde belirlenir. Ancak hekimler vicdan özgürlüklerini garanti altına almak için ötanazi taleplerini kabul etmeyi reddedebilir.^{31,43}

HEKİM YARDIMLI İNTİHAR VE PSİKİYATRİ: ETİK İKİLEMLERİN ZORLUKLARI

Hekim yardımcı intiharın uygulanması, tıp alanında ve toplumun her kesiminde büyük ilgi çeken ve beraberinde önemli tartışmaları getiren karmaşık bir konudur. Bu nedenle, bu konunun ayrıntılı bir şekilde incelenmesi için ayrı bir başlık gerekebilir.^{52,53} Hekim yardımcı intihar tartışmaları devam ederken tıp uzmanları arasında, davranışları gözlemleme, bilinçli ve bilinç dışı motivasyonlarıyla birlikte sonuçlarını değerlendirme konusunda en iyi eğitime sahip uzmanlık dalı psikiyatrdir. Dahası psikiyatrinin bir yan

dalı olarak kabul edilen adli psikiyatrinin çeşitli durumlarda karar verme kapasitesini değerlendirmede en iyi uzmanlık alanı olduğu bilinmektedir. Ancak buna rağmen psikiyatristlerin literatürde hekim yardımcı intihar ile ilgili standartları ve eşikleri yeni tartışmaya başladığı görülmektedir.⁵⁴

Gündeme geldiği ilk dönemlerde bazı psikiyatristler, hekim yardımcı intihar için hiçbir rollerinin olmaması gerektiğini ifade ettiler.⁴⁷ Yoğun eleştiriler içerisinde en çok göze çarpanlardan birisi hekim yardımcı intihar uygulamasının intiharı rasyonelleştirebileceği üzerinedir.⁵⁵ Dahası bazı psikiyatristler, hekim yardımcı intihar talebinin kendisinin karar verme kapasitesinin eksikliği düşündürdüğünü ve hatta göstergesi olduğunu öne sürmektedir.⁵⁶ Bu eleştiriler, psikiyatri alanına köklü bir şekilde yerleşen intiharı önleme geleneğinden kaynaklanabilir.⁵⁵ Psikiyatristlerin intiharı psikopatolojinin bir semptomu olarak görmesi ve psikiyatrik tedavi ile önlenmesi gereken bir bozuklukla ilişkili olabileceğine dair bakış açısı, intihar ve psikiyatrik bozukluk arasındaki yüksek korelasyonla ilişkilidir.⁵⁷ Psikiyatri literatüründe intiharı önlemenin, altta yatan psikopatolojiyi tedavi etme girişimlerinden daha öncelikli olduğunu ileri süren görüşler bile bulunmaktadır.⁵⁸ Açıkça anlaşılabileceği üzere intiharın önlenmesi psikiyatristler için büyük bir önem taşımaktadır.⁵⁵ Bu açıdan bazı psikiyatristler rollerinin birbiriyle örtüşmeyen çelişkili bir duruma ilerleme riskini endişeli bir şekilde dile getirmektedir. İntiharı önlemek yerine yardım etme kavramı, psikiyatri pratiğinin temel amaçlarına aykırı olabilir. Terapötik rolün, umutsuzluğu hafifletmekten intiharı kolaylaştırmaya kayması, birçok psikiyatrist için dışlanma nedeni bile olabilir.⁴⁷ Ayrıca psikiyatri, intihar düşüncesini bir bozukluk kriteri olarak tanımlayan tıptaki tek disiplindir.⁵⁹ Bu gibi nedenlerle birçok psikiyatrist, geleneksel olarak ölüm talebinin rasyonel bir kararı temsil edemeyeceğine inanabilir. Psikiyatristlerin ve ilgili literatürün hekim yardımcı intihara karşı oluşturduğu tepkilere rağmen kamu ve yargının, hekim yardımcı intihara psikiyatristin dâhil edilmesinden yana görüş bildirdiği görülmektedir.⁵⁵

Güncel literatür, hekim yardımcı intihar talebinde bulunan hastaların değerlendirilmesinde psikiyatristlerin potansiyel bir rolü olduğuna işaret

etmektedir.⁶⁰ Birçok psikiyatrist ve yasama organları, psikiyatristlerin intihar konusunda yardım isteyen hastaları değerlendirme sürecinde kritik bir güvence olacağını belirtmektedirler.⁶¹ Yasal olarak hekim yardımcı intihar talebinde bulunan tüm hastalar için psikiyatrik değerlendirmelerin gerekliliği, ölümcül hastalığı olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların (özellikle depresyon) sıklığı ve bu nedenle hastaların yargılama kabiliyetinin bozulmasıyla verilebilecek yanlış kararın önüne geçmektir.⁶² Psikiyatrist tarafından hastaların depresyon, anksiyete ve deliryum gibi organik mental bozukluklardan muzdarip olup olmadığının değerlendirilmesi, tıbbi ortamda bu bozuklukların son derece yaygın görüldüğü ve yetersiz teşhis edildiği dikkate alındığında gerekli görünmektedir.⁵⁵ Örneğin psikiyatri dışı hekimler tarafından tanınmayan veya sıklıkla yanlış teşhis edilen deliryum prevalansının kanser hastalarında %25-40 arasında değiştiği ve hastalığın son aşamalarında bu oranın %85'e kadar çıktığı gösterilmiştir.⁶³ Terminal döneme giren kanser hastalarında depresyon tanısı, prevalansı %77'ye kadar ulaşan bir durumdur. Bu yüksek prevalans göz önüne alındığında, tıbbi ortamda yetersiz teşhis edilme sıklığı dikkate alınarak depresyonun bu hastalarda tarama gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır.⁶⁴ Buna karşılık bazı mahkemeler, bir psikiyatrik bozukluğun genellenebilecek şekilde tıbbi karar vermede yetersizlik olarak değerlendirilmeyeceğini belirtmektedir.^{54,65} Psikiyatristin rolüyle ilgili olan bir diğer konu da bir hastanın yargısının ve intihar etme yeterliliğinin fiili olarak değerlendirilmesidir.⁵³ Karar verme kapasitesi karara, bağlama ve zamana özgü değerlendirmeleri içerir. Hekim yardımcı intihara karar verebilmek için belirsizlikleri anlama, takdir etme, mantık yürütme yeteneğine sahip olmak önemlidir. Hasta açısından bakıldığında ise hastanın hem tıbbi durumuna ilişkin içgörüye sahip olması hem de tıbbi gerçekleri kendi benzersiz koşullarına uygulayabilmesi gerekmektedir.^{47,53} Örneğin depresif bozukluğa bağlı umutsuzluğa ilişkin duygu ve inançlar, bireyin tedaviye yanıt verme olasılığına ilişkin algısını çarpıtabilir.⁵⁶ Genel olarak tıbbi karar alma süreçlerinde bilişsel çarpıtmaların resmîleştirilmiş bir yasal gereklilikle değerlendirilme metodu yoktur.⁵⁴ Tıpkı herhangi bir kişinin intihar eylem planını net değerlendirecek hiçbir kriter olma-

dığı gibi hastanın hekim yardımcı intihara rıza göstermesi konusunda mental bir kapasiteye sahip olup olmadığına karar vermenin profesyonel standartları ve eşikleri bilimsel olarak belirlenmemektedir.^{47,54} Ayrıca psikiyatri eğitimi ve öğretiminde intihar için risk faktörlerini değerlendirmenin, intiharı hızlandıracak psikiyatrik sorunları taramanın ve intiharı önlemek için müdahale etmenin dikkatle öğretilmesi de ironiktir.⁵³ Bu öğretilerin oluşturduğu eğilim psikiyatristlerin olgularda intihar risk faktörlerini tespit edebilmesini kolaylaştırabilir. Psikiyatristlerin intiharı önleme geleneği dikkate alınırsa bu durum, mesleğin öz saygınlığına kırılğan bir zemin oluşturabilir.^{47,53} Dahası psikiyatrik bozuklukların algılanma biçimlerinin kültürler arasında değişiklik göstermesi, rasyonel intihar olasılığı hakkında devam eden tartışmalar ve birey özelinde kaçınılmaz farklılıkların bulunması standardize kriterlerin geliştirilmesini zorlaştırır.⁴⁷ Bazı uygulamaların özerkliğe odaklanarak kişileri boşlukta yaşayan, başkalarından etkilenmeyen ve başkalarını etkilemeyen kişiler olarak kavramsallaştırması, hekimler için insan davranışına ve optimal ruh sağlığına ilişkin biyopsikososyal yaklaşımın yeterince benimsenmediği anlamına gelebilir.⁵³ Özellikle psikiyatristler intiharın nesiller boyu hayatta kalan aile üyeleri üzerindeki yıkıcı etkilerinin farkındadırlar. İntihar tek başına gerçekleşebilen ve sosyal etkileri göz ardı edilebilecek bir eylem değildir. Psikiyatrist; bireyin kendi kaderini tayin etme isteğini, toplum ruh sağlığını ve sosyal beklentileri dengelemek için belirli kararlar alma veya belirli eylemleri gerçekleştirme yetkinliğini optimize edilen fikir birliklerine ve yasal kararlara dayandırmaya ihtiyaç duyacaktır. Bu standartlarda bölgesel farklılıklar içerebilir.^{54,66} Tarafsız ve standardize bir yöntemin eksikliği, psikiyatristlerin değerlendirme ve karar verme süreçlerinde kendi kişisel görüşlerinden kaynaklanabilecek çelişkilerin önünü açabilir. Bu durumda, farklı psikiyatristler arasında farklı yaklaşımların benimsenmesi ve sonuçların değişkenlik gösterme ihtimali bulunmaktadır. Bu bağlamda, adli psikiyatristlerin araştırmaya dâhil edildiği bir çalışmada, değerlendiricilerin ahlaki ve etik görüşlerinin, hekim yardımcı intihara ilişkin karar verme kapasiteleri hakkındaki klinik ve yasal görüşlerini etkileme potansiyeline sahip olduğu gösterilmektedir.⁵⁴ Bu nedenle,

hekim yardımlı intihar için standardize bir fikir birliğinin olmaması şaşırtıcı değildir.

Hekim yardımlı intihara karşı sunulan argümanlardan birisi “*kaygan eğim argümanı*”dır. Bu argüman, toplumda, tıbbi tedaviyi reddetme hakkını savunmak yerine, altta yatan klinik durumları nedeniyle yaşamın sona erdirilmesini tercih etmek zorunda hisseden bireylerin, kendi kişisel onurlarını korumak amacıyla tıbbi bir ölüm reçetesi talep etme eğilimini destekleyebilir.⁶⁷ Örnek olarak Amerika’nın Oregon veya Washington eyaletinde “*Onurlu Ölüm Yasası*” olarak isimlendirilen yasaya göre yaşlılığın veya ölümcül bir hastalığa sahip olmanın toplum karşısında damgalanma nedeni olabileceği varsayılmaktadır.⁶⁸ Dil bilimci antropologların iyi bildiği üzere bir şeyi nasıl adlandırdığımızın onun hakkında nasıl düşündüğümüzü belirlediğini bilmek önemli olabilir.⁶⁹ Bu nedenle “*Onurlu Ölüm Yasası*” adı altında yapılan hekim yardımlı intihar savunuculuğu kırılğan yaşlılarda ailesine yönelik algılanan yük olma şeklinde yorumlanabilir. Kırılğan yaşlılarda kişiliği ve itibarı geri kazanma amacı taşıyabilecek “*onurlu ölüm*”, yardımlı intihar paradoksunu tetikleyerek, hekim yardımlı intiharın artan kullanımına neden olabilir. Bu durumda, savunmasız toplum kesimlerine yayılacak hekim yardımlı intihar “*maskesi*”; bir şekilde kurgusal özgürlüğe, çaresiz bir bakım ağına, seçim eksikliğine ve hatta hassas bir kişiye yönelik ince bir zorlama veya suistimale neden olabilecek bir uygulamaya dönüşebilir.⁶⁷ Ancak istatistiksel verilerle “*kaygan eğim argümanı*”nı desteklemeyen çalışmaların da bulunduğu göz önüne alınmalıdır.⁷⁰ Aksi yönde görüş bildiren Posner hipotezi ise intiharı yasallaştırmanın intiharları azaltabileceğini belirtmektedir. Bu argümanın özü, gelecekteki intiharın seçenek olarak değerlendirilebilmesini içerir. İntihar ederek hemen ölmek istemeyen insanlar, yaşam deneyimleri kötüleşirse gelecekte bir noktada intihar seçeneğini kullanabileceklerini bilmekten fayda sağlayabilirler. Dejeneratif bir hastalığın erken evrelerindeki bir kişi, yaşam kalitesi artık yaşamak istemeyecek kadar kötüleştiğinde, artık yardım almadan intihar ederek ölemeyeceğinden endişe edebilir. Sonuç olarak, erken bir aşamada intihar ederek ölebilirler. Kişiler prognozu net olmayan bir hastalık için gelecekte ölmek istemesi durumunda hekim yardımlı

intiharın mevcut olacağına dair güvenceye sahipse, hastalıklarının erken bir aşamasında intihar ederek ölmek girişimini denemeyebilir. Bu şekilde hekim yardımlı intihar, yardımsız intiharın yerini alacaktır.⁷¹

Bazı klinisyenlere göre intihar ve hekim yardımlı intiharın benzer özellikler içeren kavramlar olarak birleştirilmesi yanıltıcı olabilir. Depresyon, kişilik bozukluğu veya şizofreni gibi hastalıkların karakteristik afektif veya psikotik özelliklerinin tipik olarak tüm intihar örneklerini motive ediyor olması mümkündür. Bu bakış açısıyla intiharın psikiyatrik bir bozukluğun işareti olduğunu düşünmek mantıklıdır. Psikiyatristler için bir kişinin kendisine yapabileceği en kötü davranış muhtemelen intihar olduğundan, psikiyatristler bunu önlemek için yüksek düzeyde sorumluluk hissederler.⁷² Ancak sıklıkla psikiyatrik bozukluklarda kabul edilebilir alternatifleri olabilecek psikiyatrik belirtiler tarafından intiharın motive edildiği düşünülecek olursa ve buna karşılık iyi bir alternatifin olmadığı, iyileşemeyeceği ve katlanılamayan acıları ölümüne kadar süreceği tıbben benimsenmiş bir hasta için hekim yardımlı intihar göz önüne alındığında intihar seçeneğinin rasyonelleştiği düşünülebilir.^{72,73} Buradan yola çıkarak, intiharı rasyonel olasılıklara karşı irrasyonel bir alternatif olarak tanımlarken, hekim yardımlı intiharı kaçınılmaz bir son için rasyonel olma olasılığıyla değerlendirmektedirler.⁷² Bu nedenle intihar düşüncesi ve eylemi, psikiyatrik bozukluğun tezahürleri olmaktan ziyade, rasyonel olarak düşük yaşam kalitesi deneyimleri tarafından motive edilebilir. Yazarlara göre rasyonel ve dolayısıyla potansiyel olarak haklı gösterilebilir hekim yardımlı intihar vakalarının, doğrudan psikopatolojik motivasyonlar yoluyla irrasyonel olanlardan doğru şekilde ayrılması, özgürlüğe yönelik saldırıları önlemede çok önemli bir adım olabilir.⁷⁴ Bu argümanlara göre intihar ve hekim yardımlı intiharı birleştirmenin hatalı olduğu ifade edilmektedir. Bu hata, intiharın kendi başına sadece psikiyatrik bir bozukluğun işareti olduğunu kabul ettiğimiz fikridir.^{72,74}

Çoğu yargı bölgesi, fiziksel hastalığı olmayan ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastalar için hekim yardımlı intihara izin verme konusunda isteksizdir.⁴⁷ Ancak Benelüks ülkelerinde, “*hafifletilemeyen*” ve makul alternatiflerin yokluğunda tıbbi (somatik veya

psikiyatrik) bir durumdan kaynaklanan “*dayanılmaz istirap*” hekim yardımlı intihar için uygun olarak değerlendirilebilmektedir.⁵⁶ Psikiyatrik bozukluğa dayalı hekim yardımlı intihar başvuruları, fiziksel hastalıkların ve psikiyatrik bozuklukların biyolojik temeline ilişkin artan kanıtlarla ilişkilidir. Bununla birlikte, fiziksel ve mental hastalıklar arasındaki benzerlikler güçlü olsa da net değildir. Depresyon ve şizofreni de dâhil olmak üzere yaygın psikiyatrik bozuklukların altında yatan nedenlere ilişkin hâlâ sınırlı bir anlayış vardır.⁴⁷ Ayrıca psikiyatrik belirtilerin varlığı, hastaların alternatifleri öngörme kapasitelerini sınırlayarak ölme isteklerine hizmet edebilir. Psikiyatrik belirtileri hafifleterek intiharı önlemek psikiyatristin hedefiyken, hekim yardımlı intihar için gerekli bir kriter olması ciddi bir paradokstur. Psikiyatrik belirtilerin, kişilerin kendi kaderini tayin etme ve kontrol etme kapasitesini sınırlayarak, hastaların uygun olma şartlarını da imkânsız hâle getirdiği varsayılabilir.⁵⁶ Ayrıca ekonomik veya kaynaklara erişim sorunları gibi semptomların bazı bağıntıları zaman içinde değişebilir. Bu durum, psikiyatrik belirtilerin geçici doğasını ve karmaşıklığını gösterebilir.⁷⁵ Bilişsel bozukluklar ise yaşamı sonlandırmaya karar verme yeteneğini ve bu kararın istikrarını değiştirebilir.⁷⁶

Karışık ve net olmayan birçok veriye rağmen Benelüks ülkelerinin psikiyatrik bozukluklarda güvenilebilir hasta değerlendirmesi açısından başarısı sorgulanabilir.⁷⁷ Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda hekim yardımlı intihar için değerlendirme prosedürü, bu tür hastalıklar için derin beyin stimülasyonu gibi invaziv prosedürler için yapılan değerlendirmelerden daha az katıdır. Denenmiş olması gereken tüm spesifik tedaviler için katı gereklilikler bulunmamaktadır. Örneğin elektrokonvülsif terapi gibi standart bir tedavi, depresyon hastalarına genellikle uygulanmayarak tedavi girişimi denemeleri yapılmamaktadır. Denenecek makul tedavi kalmadığını belirlemek için teşhise özgü kriterler yoktur. Multidisipliner inceleme bulunmamaktadır.^{77,78} Hekim yardımlı intihar kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığının yeterince belirlenememesi, bazı hastaların kalan tedavi seçeneklerine erişmeksizin öldüğü anlamına gelebilir.⁷⁷ Ek olarak bireysel olgular değerlendirildiğinde, tedavinin erken bir yanıt mı gecikmiş bir yanıt mı yoksa

yanıt vermeme ile mi sonuçlanacağını tahmin etmek son derece zordur.⁴⁷ Bu nedenle hastaların hekim yardımlı intihar kararını değerlendirecek kriterler, kanıta dayalı standartlara bağlı kalan ve en son teknolojiye göre her makul müdahalenin denendiğini garanti eden bir tıbbi değerlendirmeye dayanmalıdır.

Hekim yardımlı intihar için net kriterler bulunmadığı gibi psikiyatrik bozukluğu için hekim yardımlı intihar başvurusunda bulunan olguların da net bir şekilde değişmeyen kararlar verdiklerini söylemek mümkün değildir. Hekim yardımlı intihar talebinde bulunan psikiyatrik hastalar, kararlarını başvurunun ilk kabulü sonrasında reddi yönünde tersine çevirebilirler. Hekim yardımlı intiharla ilgili çelişkili kararlar depresif hastalarda daha sık görülür.⁷⁶ İntihar girişimi öyküsü olan hastalar, psikiyatrik komorbiditeyi hesaba kattıktan sonra bile kararlarını değiştirebilmektedirler.⁷⁹ Bu durumun varlığı, depresif epizodun ötesinde bir labiliteyi temsil edebilir. Sonuç olarak hekim yardımlı intihara başvuran hastalar, farklı seçenekleri seçmek için alternatifleri ve uzun vadeli perspektifleri öngörme konusunda sınırlı yeteneğe sahip olabilir. Bu çift yönlü durum, prefrontal işlev bozukluğunun bir yansıması olabilir. Bu nedenle intihara meyilli hastalar, yaşama ve ölme isteği konusunda çoğu zaman ikirciklidirler.⁵⁶ Bazı hastalarda ölme isteği, yaşamak için bir neden arayışını, değerlerinin güvence altına alınmasını veya yaşamları üzerinde kontrolü yeniden kazanmaya yönelik paradoksal bir girişimi temsil edebilir. Kabul edilmeyen hekim yardımlı intihar talebinden sonra hâlâ hayatta olan hastaların yüksek yüzdesi (%69) ve hekim yardımlı intihar taleplerinin yüksek oranda geri çekilmesi (%37) yalnızca ölüm arzusunun doğası gereği geçici olmasının bir sonucu olarak görülmeyebilir. Bu verilerin başka bir yorumu, hekim yardımlı intihar talep etme eyleminin (ve talebin onaylanmasının) bir değişim sürecini tetikleyebileceğidir. Bazı yazarlara göre hekim yardımlı intihar değerlendirme süreci terapötik olarak hastaların bakış açısını yeniden kazanmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle bazıları, iyileşme odaklı bir tedavinin hekim yardımlı intihar değerlendirme prosedürüne paralel olarak devam etmesi gereken bir “*iki yollu yaklaşımı*” savunmaktadır.^{56,75} Bu iki yönlü yaklaşımın varlığı, sürecin içinde bir tedavi savunucusu olmasını sağlar.

Hekim ve hasta ilişkisinde klinisyenin hekim yardımcı intiharı değerlendirerek onaylaması dışında tedavi etme motivasyonunun aktif olarak değerlendirme sürecine eklenmesini sağlayabilir. Böyle bir yaklaşım, uzun değerlendirme sürecinde hastalardan vazgeçmediğimizi ve onlara destek sunduğumuzu gösterir. Ayrıca hastalarımızın her zaman yanında olduğumuzu, umutlarını beslediğimizi, hastaların güçlü yönlerine ve kendimiz de dâhil olmak üzere başkalarıyla olan bağlantılarına odaklanmaya devam ettiğimizi belirtir. Psikiyatrik bozukluğa ve onun yıkıcı etkilerine rağmen anlamlı bir yaşam ve olumlu bir kimlik duygusu için hastamızla birlikte çabalamaya devam ettiğimizi vurgular.

Son olarak klinisyenlerin karşı aktarım tepkileri, hastayla aşırı özdeşleşmeyi temsil edebilir.⁸⁰ Bu nedenle hekim yardımcı intiharın aktarım ve karşı aktarım açısından araştırılması önemli olabilir.⁵⁶ Tıp hekimlerinin intihar riskine olan duyarlılığı ve yatkınlığı dikkate alındığında, intihar girişimi ve planlarını sıklıkla değerlendiren psikiyatristlerin bir hastanın hekim yardımcı intihar talebine ilişkin izlenimleri, psikiyatristin rasyonel intihar anlayışına yön verebilir. Bu nedenle, psikiyatristler için rasyonel intiharın psikolojik bileşenlerini derinlemesine düşünmek hem hekim hem de hasta için kritik ve tehlikeli olabilir. Konsültan psikiyatristlerin temel zorluğu, hastalarının psikolojik deneyimlerine aşırı şekilde dâhil olma riskidir.

ÜLKEMİZDE DURUM

Ötanazi konusu, 1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 Sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesi tarafından yasaklanmıştır. Bu madde şu şekildedir: "Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne şekilde olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dâhil, kimsenin hayatına son verilemez."

Bu hükümden yola çıkarak, Türk Hukukunda ötanazinin hiçbir türünün uygulanamayacağını ifade edebiliriz. Bu hüküm, hayat hakkının mutlak bir değer olduğunu vurgulamakta olup, herhangi bir koşul altında kişinin hayatına son verilmesini engellemektedir. Dolayısıyla Türk Hukukuna göre ötanazi veya hekim yardımcı intihar gibi uygulamaların yasal bir zemini bulunmamaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ötanazi ve hekim yardımcı intihar, tarih boyunca benzer karşıtlıkları içeren argümanlarla ele alındı. Modern zamanlarda hekimler, yaşam sürelerini uzatabilecek yeni yeteneklere sahip oldukça, ölümden tıbbi yardım konusuyla ilgili birçok cevaplanması güç sorularla karşılaşacaktır. Ötanazi ve hekim yardımcı intihar, farklı tıp uzmanlarının görüşlerinin dikkate alındığı multidisipliner yaklaşımları içermelidir. Güncel bilimsel yöntemlerle değerlendirme sürecinin yeterince optimize edilmesi, etik değerlerin en üst düzeyde korunduğuna dair güvence sağlayabilir. Bu güvenceler, titiz bir değerlendirme prosedürü ve tedaviye hazır erişim gerektirmektedir. Bunun anlamı geniş bir biyopsikososyal perspektifi benimseyen yüksek kaliteli, uygun fiyatlı ve erişilebilir tıp hizmetlerinin mevcudiyeti anlamına gelmektedir. Yüksek kaliteli tıp hizmetlerine erişimi olmayan biri için titiz bir değerlendirme prosedürünün sağlanması mümkün olmayabilir. Bununla birlikte, ölümcül tedavi seçeneğinin savunmasız gruplara genişlemesini en aza indirmek için dikkatli bir düzenleme ile birlikte sunulması gerekmektedir. Sonuç olarak, ötanazi ve hekim yardımcı intiharın yaygınlaşması, muhtemelen profesyonel etik ve yasal tartışmaları beraberinde getirecektir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

Teşekkür

"Derlemeye konu olan yazımın fikrini ve taslağını oluşturma sürecinde değerli katkılarıyla bana ışık tutan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu'na teşekkürlerimi sunarım."

KAYNAKLAR

- Wolleswinkel-van den Bosch JH, Looman CW, Van Poppel FW, Mackenbach JP. Cause-specific mortality trends in The Netherlands, 1875-1992: a formal analysis of the epidemiologic transition. *Int J Epidemiol*. 1997;26(4):772-81. PMID: 9279609.
- van Duin C Garssen J. Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. Netherlands: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2010. <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2010/50/2010-bevolkingsprognose-2010-2060-sterkere-vergrijzing-art.pdf>
- Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist*. 2007;47(2):150-8. PMID: 17440120.
- Veerbeek L. Care and Quality of Life in the Dying Phase: The contribution of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. Netherlands: Erasmus University Rotterdam; 2008. Kaynağa direkt erişim sağlanabilecek link bilgisi ve erişim tarihi eklenmelidir.
- Karumathil AA, Tripathi R. Culture and attitudes towards euthanasia: an integrative review. *Omega (Westport)*. 2022;86(2):688-720. PMID: 33377420.
- Artuk ME, Yenidünya AC. Ötanazi. Prof. Dr. Turhan Tüfan YÜCE'ye Armağan. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları; 2001. p.297-319. Baskı sayısı eklenmelidir.
- Köksal Ç. "Ölümüne karar": ötanazi ["Decision to die": euthanasia]. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2009;8. <https://www.sdplatform.com/Dergi/193/Olumune-karar-Otanazi.aspx>
- Özkara E. Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2002.
- Sağlam İ. Doktor yardımıyla intihar ve bu konuyu ele alan düzenlemelere bir örnek olarak, "California hayatı sonlandırma seçeneği yasası"nın değerlendirilmesi [Assisted Suicide and The Evaluation Of "California's end of life option act" which is one of the main examples of regulations dealing with euthanasia]. *Journal*. 2017;23(3):559-79.
- Sulu M. Ötanazi üzerine [On euthanasia]. *Journal*. 2017;22(1):551-74. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/274364
- Gruman GJ. Ethics of death and dying: historical perspective. *Omega (Westport)*. 1978-1979;9(3):203-37. PMID: 11618522.
- Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. *Bull Hist Med*. 1969;43(6):501-18. PMID: 4904692.
- Miles SH. The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2004.
- Picón-Jaimes YA, Lozada-Martínez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;75:103380. PMID: 35242326; PMCID: PMC8857436.
- Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316(1):79-90. Erratum in: *JAMA*. 2016;316(12):1319. PMID: 27380345.
- Philosophica: Enciclopedia filosofica on line [Internet]. ©2012 Pablo Requena Meana y Philosophica: Enciclopedia filosófica on line [Cited: December 3, 2022]. Available from: <https://www.philosophica.info/archivo/2012/voces/eutanasia/Eutanasia.html>
- Bont M, Dorta K, Ceballos J, Randazzo A, Urdaneta-Carruyo E. Eutanasia: Una Visión Histórico - Hermenéutica. *Comunidad y Salud*. 2007;5(2):34-43. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200005
- Sabreilabi S, Williams J. Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Stud*. 2022;46(5):1149-56. PMID: 32755292.
- Bergdolt K. Aspectos actuales e históricos de la eutanasia. *Arsmedica*. 2016;32(2):199. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/268/200>
- Von Engelhardt D. Euthanasia in between shortening life and aiding death: past experiences, present challenges. *Acta Bioethica*. 2002;8(1 SE-Original):55-66. <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/16863/17563>
- Van Der Maas PJ, Van Delden JJ, Pijnenborg L, Looman CW. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*. 1991;338(8768):669-74. PMID: 1715962.
- Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1990;18(12):1435-9. PMID: 2245622.
- Gamsız Bilgin N. Ötanazi: tanım ve tarihçe [Euthanasia: definition and history of euthanasia]. *Journal*. 2013;3(2):25-31. <https://dergipark.org.tr/en/pub/mutftd/issue/43164/523526>
- Artuk ME. Hukukçu gözü ile ötanazi, Ötanazi. Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik, (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)*. Ankara: Yüce Yayın; 2001. p.42-60. Baskı sayısı eklenmelidir.
- Dikmen Y. Yoğun bakımda hastadan desteği çekme ve etik, ötanazi. Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik, (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)*. Ankara: Yüce Yayın; 2001. p.35-41. Baskı sayısı eklenmelidir.
- Akır K. Yoğun Bakım hastalarında hasta desteği ve devamı ile ilgili kararın verilmesi. Hatemi H, Doğan H, editörler. *Medikal Etik, (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)*. Ankara: Yüce Yayın; 2001. p.28-34. Baskı sayısı eklenmelidir.
- Pappas DM. Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide. *Br Med Bull*. 1996;52(2):386-93. PMID: 8759237.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Physicians' and public attitudes toward euthanasia in people with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(10):2319-28. PMID: 32652560; PMCID: PMC7689700.
- Dalvin W, Guymard M, Kieffer P, Kahn JP. Droit à mourir et suicide assisté : état des lieux et analyse critique [The right to die and assisted suicide: Review and critical analysis]. *Encephale*. 2022;48(2):196-205. French. PMID: 34906375.
- Rietjens JA, van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van Delden JJ, van der Heide A. Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? *J Bioeth Inq*. 2009;6(3):271-83. PMID: 19718271; PMCID: PMC2733179.
- van der Heide A. Assisted suicide and euthanasia. *Handb Clin Neurol*. 2013;118:181-9. PMID: 24182377.
- Brody H. Kevorkian and assisted death in the United States. *BMJ*. 1999;318(7189):953-4. PMID: 10195948; PMCID: PMC1115402.
- Terzioğlu A. Euthanasie (ötanazi) ve getirdiği etik sorunlar [Euthanasie and the accompanying ethical problems]. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*. 1994;2(1):16-21. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-euthanasie-otenazi-ve-getirdigi-etik-sorunlar-44511.html>
- Grace J. Curtains for Dr. Death: after assisting 130 suicides since 1990, Jack Kevorkian is found guilty of a murder in Michigan. *Time*. 1999;153(13):48. PMID: 11657515.
- Karumathil AA, Tripathi R. Culture and attitudes towards euthanasia: an integrative review. *Omega (Westport)*. 2022;86(2):688-720. PMID: 33377420.
- Pyszczynski T, Greenberg J, Koole S, Solomon S. Experimental existential psychology: coping with the facts of life. In: Fiske S, Gilbert D, Lindzey G, eds. *Handbook of Social Psychology*. 5th ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; 2010. p.724-60.
- Pyszczynski T, Greenberg J, Koole S, Solomon S. Experimental existential psychology: coping with the facts of life. In: Fiske S, Gilbert D, Lindzey G, eds. *Handbook of Social Psychology*. 5th ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons; 2010. p.724-60.
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilsson T, Norup M, Paci E, et al; EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003;362(9381):345-50. PMID: 12907005.
- Vauclair CM, Fischer R, Ferreira MC, Guerra V, Höfler U, Karabati S, et al. What kinds of value motives guide people in their moral attitudes? The role of personal and prescriptive values at the culture level and individual level. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2015;46(2):211-28. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://epub.ub.uni-muenchen.de/58766/1/What_Kinds_of_Value_Motives.pdf

40. Charatan FB. Oregon's voters approve assisted suicide measure. *BMJ*. 1994;309(6966):1391. PMID: 7819840.
41. Dyer C. Washington follows Oregon to legalise physician assisted suicide. *BMJ*. 2008;337:a2480. PMID: 19001010.
42. Oregon Department of Human Services. seventh annual report on Oregon's death with dignity act. Oregon: Department of Human Services; 2005. chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglcfeindmkaj/https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITY-ACT/Documents/year7.pdf
43. Kelly BD, McLoughlin DM. Physician-assisted suicide and psychiatry. *Psychiatry*. 2009;80(7):276-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147617930900086X?via%3Dihub>
44. Steinbrook R. Physician-assisted death—from Oregon to Washington State. *N Engl J Med*. 2008;359(24):2513-5. PMID: 19073972.
45. Robinson J. Baxter and the return of physician-assisted suicide. *Hastings Cent Rep*. 2010;40(6):15-7. PMID: 21155106.
46. Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med*. 1997;336(25):1795-801. PMID: 9187071.
47. Kelly BD, McLoughlin DM. Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. *Br J Psychiatry*. 2002;181:278-9. PMID: 12356652.
48. Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in The Netherlands. *Psychiatr Serv*. 1998;49(11):1475-80. PMID: 9826251.
49. Bosshard G. Euthanasia and law in Europe. In: Griffiths J, Weyers H, Adams M, eds. *Switzerland: Hart Publishing, Oxford*; 2008. p.463-82.
50. Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003;326(7383):271-3. PMID: 12560284; PMCID: PMC1125125.
51. Chambaere K, Roelands M, Deliëns L. Euthanasia for minors in Belgium. *JAMA*. 2014;312(12):1258. PMID: 25247528.
52. Tomlinson E, Stott J. Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(1):10-20. PMID: 25043718.
53. Boehnlein JK. The case against physician assisted suicide. *Community Ment Health J*. 1999;35(1):5-14. PMID: 10094506.
54. Ganzini L, Leong GB, Fenn DS, Silva JA, Weinstock R. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):595-600. PMID: 10739419.
55. Zaubler TS, Sullivan MD. Psychiatry and physician-assisted suicide. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(3):413-27. PMID: 8856809.
56. Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*. 2021;135:153-73. PMID: 33486164.
57. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*. 1974;125(0):355-73. PMID: 4425774.
58. Gralnick A. Suicide in the psychiatric hospital. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1993;24(1):3-12. PMID: 8404242.
59. Appelbaum PS. Psychiatrists and access to abortion. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43(10):967-8. PMID: 1398580.
60. Gopal AA. Physician-Assisted Suicide: Considering the Evidence, Existential Distress, and an Emerging Role for Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2015;43(2):183-90. PMID: 26071508.
61. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer*. 1993;72(9):2786-91. PMID: 8402505.
62. Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med*. 1997;336(25):1824-6. PMID: 9187076.
63. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry*. 1983;140(8):1048-50. PMID: 6869591.
64. Levene I, Parker M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics*. 2011;37(4):205-11. PMID: 21278132.
65. Sullivan MD, Youngner SJ. Depression, competence, and the right to refuse life-saving medical treatment. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):971-8. PMID: 8010382.
66. Lo B, Steinbrook R. Beyond the Cruzan case: the U.S. Supreme Court and medical practice. *Ann Intern Med*. 1991;114(10):895-901. PMID: 2014952.
67. Monacelli F, Martini M, Odetti P, Ciliberti R. Physician assisted suicide and clinical vulnerability: a slippery slope. *Clin Ter*. 2016;167(5):e92-e5. PMID: 27845485.
68. Coleman D. Not dead yet. In: Foley K, Hendin H, eds. *The Case Against Assisted Suicide: For the Right to End of Life Care*. 1st ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002. p.213-37.
69. Wortham S. Linguistic anthropology of education. *Annual Review of Anthropology*. 2008;37(1):849-59. https://www.researchgate.net/publication/226318173_Linguistic_Anthropology_of_Education
70. Potter J. The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: a paragon of fallacious reasoning. *Med Health Care Philos*. 2019;22(2):239-44. PMID: 30145689.
71. Posner RA. *Aging and Old Age*. 1st ed. Chicago: University of Chicago Press.; 1995.
72. Parker M. Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):485-97. PMID: 23845163.
73. Parker M. Words and reasons: psychiatry and assisted suicide. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(2):80-3. PMID: 22311522.
74. Hewitt J. Rational suicide: philosophical perspectives on schizophrenia. *Med Health Care Philos*. 2010;13(1):25-31. PMID: 19212821.
75. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters GY. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017;211(4):238-45. PMID: 28970302; PMCID: PMC5623879.
76. Blank K, Robison J, Frigerson H, Schwartz HI. Instability of attitudes about euthanasia and physician assisted suicide in depressed older hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(6):326-32. PMID: 11738463.
77. Vandenberghe J. Physician-Assisted Suicide and Psychiatric Illness. *N Engl J Med*. 2018;378(10):885-7. PMID: 29514019.
78. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(4):362-8. PMID: 26864709; PMCID: PMC5530592.
79. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol Med*. 2014;44(8):1663-73. PMID: 24016405.
80. Nicolini ME, Peteet JR, Donovan GK, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders. *Psychol Med*. 2020;50(4):575-82. PMID: 30829194.