T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLARI : İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ VE İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA ÖRNEĞİ

GİZEM BURCU BOLAT

DANIŞMAN
DOÇ. DR. TANER ARTAN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2021

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 16.08.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Taner ARTAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Fatih KUCUR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Gülcan URHAN
İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

"Gizem Burcu BOLAT"

İTHAF

"İnsan bütün bildiklerine rağmen, bütün bildiklerine karşı her gün yeniden başlar"
E.M. Cioran / Çürümenin Kitabı

Her yeni güne aynı inatla başlayanlara ithaf olunur

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecimde desteklerini esirgemeyen ve değer katan danışmanım Doç. Dr. Taner ARTAN ‘a, eğitim hayatım boyunca üzerimde büyük emekleri olan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK’e, Doç. Dr. Reyhan BAHÇIVAN SAYDAM’a, Dr. Öğretim üyesi Fatih KUCUR’a;

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederek değerli katkılar sunan öğrenci arkadaşlarıma;

Desteğini, sabrını ve anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen, sustuğumda bile beni anladığını bildiğim sevgili dostum Şeymanur AYHAN’a, İyi niyet ve pozitif enerjisiyle her zaman yanımda olan Kevser ERDEM ÇETİN’e, karşılaştığım zorluklara benimle birlikte göğüs geren, peşinden koştuğum tüm hayallerimde desteğini eksik etmeyen ve en ufak bir sorunda bile danışmaktan çekinmediğim Ahmet EKER’e;

Son olarak yürüdüğüm yollarda beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, her şartta ve koşulda arkamda olduğunu hissettiren ve güç veren sevgili ailem Rıdvan BOLAT, Güler BOLAT, Mesut BOLAT ve Beyza Nur BOLAT’a;

Teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
ÖNSÖZ ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Kavramsal ve Etimolojik Boyutuyla Ötenazi 3
2.2. Antik Çağlardan Günümüze: Tarihsel Süreçte Ötenazi 4
2.3. Monoteist Dinlerin Ötanazi Perspektifi 12
2.3.1. Yahudi İnancı 13
2.3.2. Hıristiyan İnancı 15
2.3.3. İslam İnancı 17
2.4. Ötenazi Çeşitleri 20
2.4.1. Aktif ve Pasif Ötenazi 20
2.4.2. İradi, İradi Olmayan ve Zorunlu Ötenazi 21
2.4.3. Kazai ve Medikal Ötenazi 22
2.4.4. Hekim Destekli İntihar 22
2.4.4.1. Yola Çıkmak: Ölmek İçin 23
2.4.4.2. Doktor Ölüm: Jack Kevorkian 24
2.5. Ötenaziye İlişkin Görüşler 26
2.5.1. Olumlayan Görüşler 26
2.5.2. Eleştiren Görüşler 29
2.6. Farklı Disiplinlerce Ötenazi 31
2.6.1. Tıp Bağlamında 32
2.6.2. Hukuk ve Haklar Bağlamında 36

2.6.2.1. Ülkelerde Durum 38
2.6.2.2. Hasta Hakları ve Saygın Ölüm 41
2.6.2.3. Medyatik Vakalar 42
2.6.3. Sosyal Hizmet Bağlamında 47
3. GEREÇ VE YÖNTEM 60
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi: 60
3.2. Araştırmanın Yöntemi: 61
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: 62
3.4. Veri Toplama Araçları: 63
3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu: 63
3.4.2. Sosyo-demografik Bilgi Formu: 63
3.4.3. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu: 64
3.4.4. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği: 64
3.5. Veri Toplama Süreci: 66
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme: 67
3.7. Etik Açıklamalar: 69
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları: 70
4. BULGULAR 72
4.1. Çalışmaya Katılan Öğrencileri Tanımlamaya İlişkin Bulgular 72
4.2. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu Maddelere Verilen Cevaplar ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular 75
4.3. Ölüme Karşu Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular 90
4.4. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Anket Formu Verileri ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 101
5. TARTIŞMA 102
5.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Kişisel Tecrübelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 102
5.2. Katılımcıların ÖKTÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 102
5.3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre ÖKTÖ ve ÖYTG Anket Formu Verilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 104
5.4. Kişisel Tecrübelere Göre ÖKTÖ ve ÖYTG Anket Formu Verilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 110

5.5. Katılımcıların Ötenaziye Yaklaşımları ile Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Değerlendirilmesi 118
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 120
6.1. Sonuçlar 120
6.2. Öneriler 125
KAYNAKLAR 128
FORMLAR 141
ETİK KURUL KARARI 146
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 153
ÖZGEÇMİŞ 154

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örnek Büyüklükleri.....62
Tablo 3-2: ÖKTÖ Faktörler ve Soru Dağılımları 65
Tablo 4-1 Çalışmaya Katılan Öğrencileri Tanımlamaya İlişkin Bulgular.....72
Tablo 4-2: Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler 73
Tablo 4-3 Ölüm Kelimesi Size Ne Hissettirir?' Sorusuna Verilen Yanıtlar 75
Tablo 4-4: Katılımcıların Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri.....75
Tablo 4-5: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ötenazi Düşünceleri 77
Tablo 4-6: Katılımcıların Kişisel Tecrübelerine Göre Ötenazi Düşünceleri 79
Tablo 4-7: Katılımcıların Dindarlık Düzeyleri ve Ölümü Düşünme Sıklığına Göre Ötenazi Düşünceleri.....82
Tablo 4-8: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölüme Göre Ötenazi Düşünceleri 85
Tablo 4-9: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölüme Göre Ötenazi Düşüncelerinde Farklılaşan Gruplar 88
Tablo 4-10: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları 90
Tablo 4-11: Katılımcıların ÖKTÖ'den Aldıkları Puanlar 90
Tablo 4-12: Katılımcıların Cinsiyete Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları 91
Tablo 4-13: Katılımcıların Yaşa Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları 92
Tablo 4-14: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları.....93
Tablo 4-15: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Üniversiteye Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi sonuçları 94
Tablo 4-16: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölümlere Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları 95
Tablo 4-17: Katılımcıların Ağrılı Hastalığa Şahit Olma Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları.....96
Tablo 4-18: Katılımcıların Kayıp Yaşama Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları 97

Tablo 4-19: Katılımcıların Dindarlık Düzeylerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları 98
Tablo 4-20: Katılımcıların Ölümü Düşünme Sıklığına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları 99
Tablo 4-21: Katılımcıların Ötenaziye İlişkin Görüşleri ile Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları 101

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PAS: Physician Assisted Suicide

CPR: Kardiyopulmoner Resüsitasyon

RET: Resüsite Etmeyiniz

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AİHM: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

TCK: Türk Ceza Kanunu

SCCM: Society of Critical Care Medicine

IFSW: International Federation of Social Workers

NASW: National Association of Social Workers

CASW: Canadian Association of Social Workers

BASW: British Association of Social Workers

SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı

YÖK: Yükseköğretim Kurulu

ÖKTÖ: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

ÖYTG: Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Anket Formu

ÖZET

BOLAT, G.B. (2021). Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Örneği. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırmanın amacı farklı disiplinlerde eğitime devam eden üniversite öğrencilerinin ötenaziye ilişkin görüşlerini; öğrencilerin ölüme karşı tutumları, tanımlayıcı özellikleri ve kişisel tecrübeleri çerçevesinde inceleyerek aralarındaki ilişkiyi tespit etmektir. Çalışmada ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini İstanbul Üniversitesi ilahiyat ve hukuk fakültesi öğrencileri ile İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa tıp fakültesi ile sağlık bilimleri fakültesinden gerontoloji ve sosyal hizmet bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmada öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile kişisel tecrübeleri hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyo-demografik Bilgi Formu", ölüme karşı tutumlarını ölçmek amacıyla "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği", ötenaziye ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla "Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Anket Formu" kullanılmıştır. Araştırma verileri web üzerinden anket yolu ile toplanmıştır. Ulaşılan verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics 22 paket programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı ve çıkarımsal istatistiklerde yüzde ve frekans değerleri, bağımsız örneklemler t testi, tek yönlü varyans analizi ve spearman sıralı korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Öğrencilerin ötenaziye ilişkin görüşlerinin; yaş, cinsiyet ve medeni durumlarına göre farklılaşmadığı; eğitime devam ettikleri üniversite ve bölüm, ağrılık hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma ve yakınları arasından kayıp yaşama deneyimleri, dindarlık düzeyleri ve ölümü düşünme sıklıklarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin ölüme karşı tutumlarının; cinsiyet ve yaşlarına göre farklılaşmadığı, medeni durumları, eğitime devam ettikleri üniversite ve bölüm, ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma ve yakınları arasından kayıp yaşama deneyimleri, dindarlık düzeyleri ve ölümü düşünme sıklıklarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Ayrıca öğrencilerin ötenaziye olumlu yaklaşımları ile ölüme karşı tutumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; ötenaziye olumsuz yaklaşımları ile ölüme karşı tutumları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ötenazi, Ölüm, Sosyal Hizmet, Üniversite Öğrencileri, Biyoetik Sorunlar

ABSTRACT

Bolat, G.B. (2021). Attitudes Towards to Euthanasia And Evaluation of Euthanasia Within The Context of Social Work: The Case of ‘Istanbul University and Istanbul University Cerrahpaşa’. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of GraduateStudies, Department of Social Work. Master Thesis. Istanbul.

The aim of this research is to examine the opinions of university students about euthanasia who continue their education in different disciplines, to determine the relationship between students by examining their attitudes towards death within the framework of their descriptive characteristics and personal experiences and to evaluate the results from a social work perspective. Relational screening method was used in the study. The universe of the study consists of the students of the Istanbul University Department of Theology and Law and the Istanbul University Cerrahpaşa Department of Medicine, Gerontology and Social Work. In the study, “Socio-demographic Information Form” prepared by the researcher to obtain information about the descriptive characteristics and personal experiences of the students, “Attitude towards Death Scale” to measure their attitudes towards death, “Attitudes towards Euthanasia and Opinions Questionnaire” to determine their opinions about euthanasia were used. Research data collected on the web by means of a questionnaire. IBM SPSS Statistics 22 package program was used for the statistical analysis of the data obtained. Percentage and frequency values, independent samples t test, one-way anova and Spearman’s rho correlation coefficient were used in descriptive and inferential statistics. The study determined that Students' views about euthanasia are not differ according to age and gender but it differs according to their marital status, the university and the department where they attended, frequency of witnessing a relative with a severe illness and experiencing loss among their relatives, their level of piety and their frequency of thinking about death. In addition, there is a significant negative relationship between students' positive attitudes towards euthanasia and their attitudes towards death. There is also positive and significant relationship was found between their negative attitude to euthanasia and their attitude towards death

KeyWords: Euthanasia, Death, Social Work, University Students, Bioethical Issues

ÖNSÖZ

Bu satırları, araştırma esnasında yaşadığım duygusal zorlukları aktarma ihtiyacından yazdığımı belirtmek isterim.

Üniversite öğrencilerinin ötenaziye ilişkin tutumlarını belirlemeyi amaçlayan araştırmamı yürütürken, bilgi formunda yer alan ağrılı hastalığa şahit olma deneyimini yakinen yaşadım. Beni ve ailemi derinden etkileyen, yazıya ve kelimelere dökmekte olağanüstü zorlandığım, yeterince iyi anlatamamaktan çekindiğim bu süreci yaşamak; yaşadım diyebilmek kadar kolay olmadı.

Ağrılı hastalığın getirdiği onca soruna şahit olurken bir yandan ötenazi konusunu araştırmak, sanırım benim için hayatın en büyük ironisiydi. Ancak bu ironik zamanlarda yaşamak hissini, vücudumu sarsarcasına bir derinlikle hissettiğimi de eklemek isterim. Ağrılarla mücadele ederken kişilerin içinde baş gösteren yaşama ve ölme isteğinin savaşına da birinci gözden şahit oldum. Günlerim bu savaşta yaşama isteğinin tarafında olmak, ona destek olmak, onu motive etmekle geçti ve geçmekte.

Katılımcılara yönelttiğim soruları bir çok defa kendime de yönelttim ve farklı zamanlarda farklı tutumlar sergilediğimi gözlemledim. Bu durum, ötenaziye ve ölüme ilişkin bir karar alabilmenin müthiş bir çaba gerektirdiğini anlamamı sağladı. Bunun yanısıra bu süreci yaşamadan önce bir insanın kesin ve kati surette yaşama arzusu taşıdığını ve aksi durumun söz konusu dahi olamayacağını düşünürken, şu anda ölme isteğinin de pekala galip gelebileceği bazı zamanlar olabileceğini düşünmekteyim. Ancak tüm bunların dışında ve ötesinde ben kendi adıma bu araştırmayı bizzat yapan ve aynı zamanda yukarda bahsettiğim zorluklara vakıf bir kişi olarak söylemeliyim ki ne kendim için; ne de hayatımda yakinen tanıdığım ya da hiç tanımadığım biri için ötenazi isteminde bulunabilmeye haiz olduğumu veya olabileceğimi düşünmediğimi de belirtmek isterim.

Bir yandan tüm bu zorluklarla mücadele ederken bir yandan hayattan kopmamak için muazzam bir savaş veren herkesin duygularını paylaştığımı ve gösterilen insanüstü çabanın takdire şayan olduğunu söylemeliyim.

Son olarak benzer süreçler yaşayan veya buna şahit olan tüm savaşçıları kucaklıyorum, kalbim sizinle.

Gizem Burcu BOLAT

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölmek bir canlı için yaşam döngüsünün sona erdiğini ifade etmektedir. Ölüm, sonrasının bilinmezliği açısından her zaman gizemi çözülemeyen bir olgu olarak görülmüştür. Bazı toplumlarca ölüm kutsal addedilerek çeşitli seremoniler ile ölülere duyulan saygı ifade edilmiştir. Ölümden sonrasına dair bilinmezlik, farklı inanışları beraberinde getirmiş, ölümün her şeyin sonu olduğu veya yeni bir hayatın başlangıcı olduğuna dair sonu gelmez tartışmalara neden olmuştur (Karahisar, 2006, s. 1).

Eski çağlarda yaşam koşullarının zorluğu ve olumsuz doğa şartları gibi etkenlerden dolayı insanlar çeşitli hastalıklara yakalanır ve gerekli tedavinin bilinmemesinden kaynaklı olarak çoğu zaman yaşamları sona ererdi. Ancak günümüzde gelişen teknoloji ve tıbbi imkânlar yaşam kalitelerini yükselterek ortalama yaşam sürelerinin de artmasını sağlamıştır. Ancak tıp dünyasında yaşanan bu gelişmeler, ağrılı dönemdeki hastaların ağrılarını azaltma ve yok etme, onlara huzurlu bir ölüm sunma gibi gerekçeler ile ötenazi kavramını gündeme taşımıştır (Kumaş, 2005, s. 1).

Ötenazi, geçmişten günümüze değin tartışılan bir kavram olmakla birlikte son yıllarda yaşanan gelişmeler ile etki alanını genişletmiş ve literatürde kendine yer edinmiştir. Geçmiş yıllarda kendini öldürme etkinliği intihar ile ilişkilendiriliyor iken modern zamanlarda bu durum kişinin, acısız ölümü kendinde legal bir hak olarak görmesi düşüncesine evirilmiştir. Ötenazi uygulanan ülkedeki prosedürlere göre değişmekle birlikte genelde, ağrılı bir hastalık dönemi yaşayan ve iyileşme ihtimali bulunmayan hastaların acısız yöntemler ile kendi yaşamlarına son vermeleri anlamına gelmektedir (Gürcü, Varol, Kara, & Tengilimoğlu, 2016, s. 26).

Bu araştırmada ötenazi, sosyal hizmet ve modern felsefe bağlamında ele alınacaktır. Bunun yanısıra ötenazi olgusu, kavramsal olarak, türleri ve uygulama yöntemleri bakımından incelenecektir. Ötenazi uygulamalarının niteliği ve şartları ülkelere göre farklılık arz etmektedir. Çalışmanın içerisinde bu farklılıklardan bahsedilecek ve ötenazinin gelişim sürecine, tarihteki yansımalarına, medyada ötenazi olgusuna, ötenaziye ilişkin var olan eleştirel ya da olumlu çıkarım yapan görüşlere ve farklı disiplinlerin ötenaziye bakış açılarına da değinilerek araştırma bulgularına geçilecektir.

Ölüm ile sonuçlanması açısından ötenazi kavramı birçok farklı görüş ve yaklaşımın ilgi odağı olmaktadır. Ötenaziye dair teoloji, tıp, hukuk, felsefe, gerontoloji, etik gibi birçok farklı bilimsel görüş bulunmaktadır. Bu sebeple ötenazi hakkında tek gerçek kanıya ulaşmak oldukça zordur. Dolayısıyla bu araştırmadaki amaç tek gerçek doğruyu belirlemek değil yalnızca var olan görüşler ve uygulamaların sonuçlarından yola çıkarak farklılıkların nedenlerini sorgulayabilmek ve bu görüşler arasında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapabilmektir. Ortaya çıkan bu sonuçlar neticesinde ötenazi sosyal hizmet mesleği açısından ele alınacak ve sosyal hizmet mesleğinin teori ile uygulama bazında hangi noktada durduğu veya durması gerektiği tartışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kavramsal ve Etimolojik Boyutuyla Ötenazi

Ötenazi ilk olarak "Novum Organum" isimli kitabında Bacon tarafından kapsayıcı bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur (Öztürel, 1957, s. 264). Euthanasia kelimesi köken olarak Grekçeden gelmektedir. İyi güzel anlamına gelen *eu* ile ölüm anlamına gelen *thanatosis* kelimeleri birleştirilerek oluşturulmuştur. Kısa tanımıyla *iyi ölüm* veya *güzel ölüm* anlamına gelen bu kavram modern zamanlardaki tanımına göre şekillenerek *rahat ölüm, ağrısız ölüm* gibi tanımlar ile ifade edilebilmektedir. (İlhan, 2011, s. 1). Türk dil kurumu (TDK, tarih yok) ötenaziyi "ölme hakkı" olarak tanımlarken genel anlamda ise ötenazi; iyileşmesi tıbben mümkün olmayan, sonu gelmez şiddetli ağrılar yaşayan hastaların kendi istekleriyle tedavilerinin sonlandırılması veya acısız yöntemlerle hayatlarına son verilmesi sürecini ifade etmektedir. Bu uygulama kişinin veya kanuni vasinin hukuki onayını gerektirir (Akcan, 2013, s. 3).

Ötenazi kelimesine farklı bakış açılarından birçok tanım yapıldığı görülmektedir. Hukuki perspektiften bakıldığında ötenazi *ölme hakkı* olarak karşımıza çıkmaktadır. "Yaşama hakkının tersinden hareketle ötenazi, olumsuz yaşama hakkıdır" (Besiri, 2009, s. 190). Yapılan tanımlara bakıldığında ortak nokta olarak acı çeken ve ölümcül bir hastalık barındıran bireyin varlığı ve öldürme işleminin kişinin kendisi tarafından gerçekleştirilmemesi göze çarpmaktadır. Tanımlardaki farklılıklar ötenazi uygulamasının gerçekleşme yöntemine veya şartlarına göre değişmektedir. Örneğin; hekimin bu uygulamayı yapmasının lüzumu veya hastalığın ölümcül olma seviyesi ya da acı çekmeden ölmek için ölümcül bir hastalığın koşul olup olamaması gibi tartışmalar da ötenaziye ilişkin tanımları etkilemektedir (Serdaroğlu, 2016, s. 464).

En kapsayıcı tanımıyla ötenazi; herhangi bir yöntemle iyileşme ihtimali bulunmayan, ağrılarından dolayı ıstıraplı bir hastalık süreci yaşayan kimselerin tamamıyla kendi yararları söz konusu olmak suretiyle, bizzat kendilerinin veya hukuki vasi ya da temsilcilerinin net ve yoruma mahal vermeyecek bir şekilde onaylarının alınarak, acısız tıbbi yöntemlerle yaşamlarının sona erdirilmesidir (Yılmaz O. D., 2019, s. 130).

2.2. Antik Çağlardan Günümüze: Tarihsel Süreçte Ötenazi

İnsanın acı çekmeden ölme isteğinin tarihi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Antik çağlarda var olduğu düşünülen yaşam şartlarının zorluğu, insanın fiziksel anlamda güçlü olmasını gerekli kılmaktaydı. Dolayısıyla fiziksel olarak bir yarar sağlayamayacağı düşünülen ölümcül hastalar, yaşlılar veya engellilerin cemiyet dışı bırakılma veya öldürülme gibi durumlar yaşamaları mümkün olabilmekteydi. Bazı uygarlıklarda toplum içerisinde bakıma muhtaç olarak görülen yaşlı, hasta veya engelli kimselerin kendi istekleriyle ölmeyi tercih ettikleri bilinmektedir (Avşar & Günay, 2016, s. 66).

Tarihte rastlanan ötenazi uygulamalarından ise ilk olarak Herodot "Historiai" (Tarih) adlı kitabında bahsetmiştir. Herodot, eserinde bazı toplumların yaşama şekillerini aktarırken ötenazivari uygulamaları tasvir ettiği göze çarpmaktadır (Duranlı, 2015, s. 44).

Historia'nın "Hindistan" bölümünde *Padaeiler* kabilesinin, hasta ve yaşlıları kesip etlerini yedikleri belirtilmektedir. Bu geleneklere göre *Padaeiler* kabilesi cinsiyet farkı gözetmeksizin hastaları kesip yemekte, kesme işini ise hastanın en yakın arkadaşı yapmaktadır. Benzeri durum yaşlı kimseler için de geçerlidir. "Yaşlanıp ihtiyarlayan olursa o, kurban olarak kesilir ve şölen çekilir; ama bu az rastlanan bir şereftir; çünkü yaşlanmadan önce hastalanan kimse öldürülür" (Herodotos, 1973, s. 259).

Kızılderililerde de yaşlılara yönelik fazlalık oldukları gerekçesiyle çeşitli öldürme uygulamaları bulunmaktadır. Yaşlı kimselere nasıl ölmek istediklerine dair seçme hakkı tanınıp bu doğrultuda öldürme planı uygulanmaktaydı. Asgari yaşama gereçleri verilerek tenha bir adada ölüme terk edilmek veya büyük kutlamalar ile öldürülmek seçenekler arasındaydı. Benzer diğer bir örnek Sibirya'nın yerel kabilelerinden olan Çukçalar'da gözlemlenmiştir. Ancak Kızılderililerden farklı olarak Çukça halkı yeterince ihtiyarlayıp güçten düşmek yerine zamanında ölmeyi seçmiş ve aynı işlemi dayanılmaz ağrılar çeken hastalara da uygulamıştır. Sibirya halklarından olan Tunguzlar ve Laporlar'da da paralel örneklere rastlamak mümkündür. Tunguzlar yaşlı ve hastaları bir çeşit karantinaya alarak ölüme terk etmiş ve bu eyleme özellikle salgın hastalık durumlarında oldukça sık başvurmuşlardır. Laporlar ise yaşlı ve hastaları az miktarda yiyecekle bir barakaya bırakmış ve öldükten sonra kemiklerini Hıristiyan dini ritüellerine uygun olarak gömmüştür (Duranlı, 2015, s. 44-45).

Hipokrat, doktorun görevinin hastayı iyileştirmenin yanı sıra onun dayanılmaz ağrılarını dindirmek olduğunu söylemiş aynı zamanda doktorun, iyileşme ihtimali

bulunmayan çaresiz hastaları tedavi etmeye çalışmamasını önermiştir. Buna karşın Hipokrat, yemininde kişinin isteğiyle dahi olsa öldürücü ilaç vermeyi açıkça reddetmiştir (Elçioğlu, Gündüz, & Köşgeroğlu, 1994, s. 65). Ancak o dönem antik Yunan'da yaşlı ya da hasta bir beden içerisinde yaşamanın aşağılayıcı bir durum olduğu algısı hâkimdi (Kaşıkçı, 2008, s. 89). Dayanılmaz ağrılar çeken ve iyileşme ihtimali bulunmayan hastaların intihara teşvik edildiği bilinmekte olup hekimlerin de ölümü kolaylaştırıcı ilaçlar vermesi de normal karşılanmıştır (Elçioğlu, Gündüz, & Köşgeroğlu, 1994, s. 65) Hindistan'da tedavisi mümkün olmayan hastalar Ganj nehrine atılarak yaşamlarına son verilmiştir. Sparta'da ise engelli doğan ve hasta erkek çocukların yaşamlarına son verilmesi gerektiği savunulmuştur (Avşar & Günay, 2016, s. 57). Babil ve Asur devletlerinde iyileşmesi mümkün olmayan hastaların doktor tarafından tedavi edilmeye çalışılması kesinlikle yasaktı (Kaşıkçı, 2008, s. 89). Bu durum ilerleyen bölümlerde işlenecek olan pasif ötenazi uygulamasına örnek teşkil etmektedir.

Eski Roma'da doktorun hastasının ağrılarından arınıp huzura kavuşmasını isteyerek dahi olsa öldürmesi cinayet sayılmıştır (Kaşıkçı, 2008, s. 89). Fakat bununla birlikte bazı ötenazi benzeri uygulamaların da olduğu bilinmektedir. Roma uygarlığında Romülüs'ün hükümdarlığı süresince doğuştan anomaliye sahip çocuklar ölüme terk edilmiş ve bu eylem çocuğun yaşadığı yerdeki beş yakın komşusuna danışılarak gerçekleştirilmiştir. Yine eski Roma'da çarmıha gerilecek olan suçluya hızlı etki eden bir şarap içirilip uyumaları sağlanarak acı çekmeleri engellenmek istenmiştir (Öztürel, 1957, s. 262). Aynı şekilde eski İsrail'de tedavisi olmayan hastalıklardan muzdarip kimselerin ölümlerini kolaylaştırmak için sakinleştirici etkileri olan *frankincense* verilirdi (Kaşıkçı, 2008, s. 89). Eskimolar grupta bulunan yaşlı üyelerini kutup ayılarına yem olmaları için buzullarda bırakmış ve daha sonra grup üyeleri de kutup ayısını avlayarak yemiştir. Eskimolar bu şekilde ölen yaşlıyla tekrar bir araya geldiklerine inanırdı. Eskimolarda bunun gibi birçok örnek mevcuttur. Dayanılmaz ağrılar çeken ve ölmeyi isteyen hastalara kendilerini öldürmeleri teşvik edilmekteydi. Ölmek isteyen kişi için evin karşılıklı iki duvarına deri bir kayış bağlanarak hastanın kendisini boğarak öldürmesi için odada tek başına kalması sağlanır, aile üyeleri de hastaya yardımcı olmak için bir aralıktan olanları izlerdi (Öztürel, 1957, s. 262). Eski Japon adetlerine göre ihtiyarlar ve cüzzamlıların ölmeleri için zorlu çevre koşullarına terk edildiği bilinmektedir. Ancak eski Marsilya'da durum farklılaşmakta olup, ölmek isteyen herhangi bir kimsenin önce sebepleri detaylı

bir şekilde incelenir, daha sonra sonra yetkililerin önünde zehir içirilerek ölmesi sağlanırdı (Ömeroğlu, 1993, s. 191).

Antik çağlarda ötenaziye ilişkin çarpıcı tartışmalar yaşanmıştır. Eski Yunan'da Platon, "Phaidon" isimli kitabında kendi inanç sistemine ters olduğu gerekçesiyle intihara karşı çıkmış ancak buna karşın iyileşme ihtimali olmayan hastaların ve devamlı bir engeli bulunan kişilerin intihar etmelerini desteklemiştir. Bu kişileri toplumun sağlığı ve soyun kalitesinin devamlılığı açısından bir tehdit olarak görmüş ve utilitaryen bir duruş sergilemiştir. Dolayısıyla Platon'un bu görüşlerinden ötenaziye ilişkin düşüncelerinin olumlu olduğu kanısını çıkarmak mümkündür (Altay, 2005, s. 6).

Platon'un öğrencisi Aristoteles de intihar karşıtı olmakla beraber doğuştan ağır engeli bulunan çocukların öldürülmeleri gerektiğini savunmuş ve ağır engelle doğan her çocuğun devlet ve toplum üzerinde bir yük olduğunu iddia etmiştir (Kumaş, 2005, s. 8). Aynı zamanda acınacak bir şekilde yaşamın sonlanmasını insan onuruna yakışmadığını da dile getirmiştir (Gök, 2015, s. 57).

Stoa öğretisinin temeli doğayla uyum içinde olmaktır. Yaşamda bulunan her şey doğaldır ve tanrıdır. Bu sebeple ölüm hayatın içerisindeki diğer motifler kadar normal bir olgudur. Stoa felsefesine göre kişi yaşam ve ölüm arasında tercih hakkına sahiptir. Bir kişinin yaşadığı sonu gelmez ıstıraplardan kurtulması için yaşamına son vermeyi seçmesi de son derece doğal karşılanmalıdır. Bu öğretinin kurucusu Zenon, darbe alan ayağındaki sonu gelmez ağrılara dayanamayarak doksan sekiz yaşındayken yaşamına son vermiştir. Stoacı düşünceyi savunan filozof Seneca da Neron tarafından idam edileceğini bildiğinden dolayı bileklerini keserek kendini öldürmeyi tercih etmiştir (Kumaş, 2005, s. 8).

Thomas More 1516'da yayınlanan ve kurgu bir düzeni anlattığı "Ütopya" adlı eserinde ötenazinin ilk savunucusu olmuştur (Öztürel, 1957, s. 264). More'un Ütopya'sında hastalara son derece şefkatli yaklaşılmakta ve tedavilerinin yapılabilmesi için gerekli her türlü koşul sağlanmaktadır. Ancak ağrılı ve tedavisi mümkün olmayan bir hastalıkta kişi için din adamları ve yöneticiler tarafından kendini öldürmesi veya kendisi yapamıyorsa başka biri tarafından öldürülmesine izin verilmekte ve bu onurlu bir davranış olarak görülmektedir. Fakat kişinin sebep belirtmeden izinsiz bir şekilde intihar etmesi hoş karşılanmayıp ceza olarak cesetleri gömülmeden bataklığa atılmaktadır (More, 1999, s. 77-78).

Dinler ötenazi düşüncesine şiddetle karşı çıkmıştır. Avrupa'da da Hıristiyan inancının büyük kitlelerce benimsenmeye başlaması, toplum içinde ötenaziye karşı katı bir algı oluşturmuş devletler kişiye hiçbir koşulda ölme hakkı opsiyonu tanınmaması gerektiğini savunmuştur. Ancak bu dönemde oluşan katı tutuma yalnızca dini yansımaların sebep olduğunu söylemek eksik ve yanlış olacaktır. Belirtmek gerekir ki hiçbir dini figür dikkate alınmaksızın, kişinin yaşama hakkını hiç kimsenin ve dahi kişinin kendisinin bile elinden alamayacağını, insanın biricik ve değerli olduğunu savunan düşünce akımının da büyük etkisi olmuştur (Kaşıkçı, 2008, s. 89-90).

Ahlaki değer yargılarının yeniden şekillendiği varsayılan Aydınlanma süreciyle birlikte ötenazi yeniden gündeme gelmiştir. Avrupa devletlerinin birçoğunda ilk kez 17. yüzyılda sözlüklerde yer edinmiş olup, kişinin hayatında bizzat kendisinin söz sahibi olduğu ve kendi kaderini tayin edebilme hakkının bulunduğu perspektifiyle değerlendirilmiştir. Bu dönem ötenazinin kavramsal açıdan günümüzdeki anlamının temelinin atılması noktasında büyük önem arz etmektedir (Kılınç, 2013, s. 302). Bu durumun oluşmasında dönemin modernizm anlayışının büyük etkisinin bulunduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Ötanazi konusunun kapsamlı değerlendirmesi Francis Bacon tarafından, yazarın "Novum Organum" (Tabiatın Yorumu ve İnsan Âlemi Hakkında Özlü Sözler) adlı eserinde yapılmıştır (Öztürel, 1957, s. 264). Bacon'ın yaptığı tanım günümüzde kullanılan ötenazi tanımına en yakın olandır. Bacon, hastayı tedavi etmek ve rahata erdirmek hekimin göreviyse, hastanın acılarından kurtulması için ona kolay bir ölüm sunmanın da hekimin görevleri arasında olduğunu iddia etmiştir (Bilgin, 2013, s. 27).

18. yüzyılın önemli filozoflarından olan David Hume belirli koşullar altında intiharın kişinin özgür iradesine bırakılması gerektiğini savunmuştur. Hume'a göre yorgun hisseden, ıstıraplı ve sefil bir hayat süren kişinin yaşamaya mecbur bırakılması anlamsızdır ve herhangi bir kanun veya kültürel norm kişinin iradesinin önünde durmamalıdır. Hume kişinin kendini öldürmesinin ancak bu koşullar altındayken kabul edilebilir olduğunu belirterek kişi için yük olmaya başlamış bir hayatın değersiz olduğuna inanmıştır (Ergün & Çötok, 2019, s. 129). Faydacı görüşün savunucularından olan John Stuart Mill'e göre de kişi eğer isterse intiharı seçmekte özgürdür ve hiçbir kanun bu
iradeye karışamaz. İntihara ilişkin Mill ile benzer düşüncelere sahip olan faydacı filozof

Jeremy Bentham, yaşamının son anlarında ötenazi talebinde bulunmuştur. (Ömeroğlu, 1993, s. 192).

Ötenaziye ilişkin ılımlı bir düzenleme içeren ilk kanun 1794 yılında Prusya'da çıkarılmıştır. Bu kanun, acı içinde kıvranan bir hasta veya yaralıyı, hastanın yararına olacağı düşüncesiyle öldüren kişinin cezasını hafifletmekteydi (Kumaş, 2005, s. 9).

Napolyon'un ötenaziye karşı tutumuna ilişkin bir anekdot bulunmaktadır. 1799 yılında Mısır seferi esnasında ülkede bulunan veba salgınından etkilenen askerlerin öldürülmesini emreden Napolyon, bu emri vebanın tedavisinin olmamasından dolayı askerlerin ordu üzerinde külfet oluşturacağı düşüncesiyle gerekçelendirmiştir. Ancak bu karar o dönem orduda görev yapan doktorların şiddetli itirazları üzerine uygulanmamıştır (Kaşıkçı, 2008, s. 90).

18. yüzyılda Doktor Pradys tarafından ötenaziye dikkat çekilmiş ve sonrasında Reil Marx ve Röhlf ötenazinin ayrı bir bilim dalı olarak ele alınmasının gerekliliğine vurgu yaparak ötenaziyi ruhun tekrar hayat bulması şeklinde yorumlamıştır. 19. Yüzyıla gelindiğinde tıbbın gelişmeye başlaması ile birlikte ötenazi tartışmaları da popülerlik kazanmış ve insanın hayatta kalma süresini artırmaya yönelik çalışmalar ile adeta ölüm ile savaşılan bir döneme girilmiştir. 1803 yılında doktorların izlemesi gereken yol ve yöntemler Thomas Percival tarafından yazılan "Medical Ethics" isimli kitapta ele alınmıştır. 1826 yılında Doktor Carl Freidreich H. Marx "Medical Euthanasia" isimli bir tez yayınlamış ve bu tezde ötenazi; dayanılmaz ağrılardan kurtaran ve kişiye rahat bir ölüm bahşeden bir bilim olarak tanımlanmıştır. (Kumaş, 2005, s. 9).

Alman hukukçu Adolf Jost 1895 yılında "Öldürme Hukuku" isimli eserini yayınlamış ve iyileşme ümidi olmayan çaresiz hastaların öldürülmesi gerektiğini savunmuştur (Ömeroğlu, 1993, s. 192).

19. yüzyılda Amerika'da okul müdürlüğü yapan Samuel Williams isimli bir öğretmen ötanaziye ilişkin bir rapor hazırlamış ve doktor yardımlı ötanazinin gerekliliğini vurgulayarak bu hareketiyle ötanazinin kayıtlara geçen ilk resmi savunucusu olmuştur. (Avşar & Günay, 2016, s. 57). Williams'ın fikirlerinden etkilenen Lionel Tollemache, 1873 yılında Fortnightly Rewiev'de kaleme aldığı makalesinde ötanaziye sosyal darwinizm perspektifi getirmiş, tedavisi ve iyileşme ihtimali bulunmayan hastaların toplum üzerinde külfet oluşturacağını savunarak öldürülmeleri gerektiğini ifade etmiştir (Unaltay, 2015, s. 8). Fakat bu noktada kişinin yararına olan bir eylemden değil toplum

ve devletin yüksek yararı gözetilerek öldürmekten bahsedildiği görülmektedir. Dolayısıyla bu durum ötanazi kavramının zaman zaman manipülatif amaçlara da hizmet eden bir araç olarak kullanıldığını da gözler önüne sermektedir.

1912 yılında Fransa'da felçli bir kadın savcı kocası tarafından öldürülmüştür. Savcının savunması karısının çektiği acılara dayanamadığı ve onu bu dayanılmaz acıdan kurtarmak istediği için öldürdüğü şeklinde olmuştur. Savcı, bu savunmasının ardından yargılandığı mahkeme tarafından mahkûmiyet cezası almamıştır. Benzer bir olay 1925 yılında yine Fransa'da yaşanmıştır. Madam Uminska kanser hastası eşini çeşitli tedavi yolları deneyerek başarısız olup ağrılarının artık işkence noktasına ulaştığını gözlemledikten sonra önce morfin ile uyutmuş daha sonra tabanca ile öldürmüştür. 1930 yılında Fransız Richard Corbet kanser hastası annesini öldürdüğü için Draguignan mahkemesinde yargılanmış ve bu mahkeme Corbet'in beraatı ile sonuçlanmıştır. Corbet duruşma esnasında annesini öldürmekteki maksadını açıklamış ve annesini tamamıyla bilinçli bir şekilde öldürdüğünü, onun çektiği acılardan dolayı ıstırabına son vermek istediğini ve bu yaptığından ötürü herhangi bir pişmanlık hissetmediğini dile getirmiş ve aynı zamanda bu ıstıraba son vermeyi kendisine görev varsayarak bu eylemi gerçekleştirdiğini fakat bu görevin aslında doktorlara ait olduğunu ve eğer onlar tedavisi mümkün olmayan hastaları acısız bir ölümle onurlandırsalardı bunu yapmasına gerek kalmayacağını eklemiştir. Mahkeme savcısı Corbet'in savunmasını tamamıyla haklı bulmamakla birlikte beraatını onaylamış fakat konuşmasında insanları öldürmenin asla meşru kılınamayacağını da dile getirerek bu istisnai durumu belirtmiştir (Öztürel, 1957, s. 263).

20. yüzyılın başlarında Amerika'da ötenazi uygulamalarını yasal zemine oturtma çalışmaları başlamıştır. 1903 yılında "New York Hekimler Birliği" isimli dernek kurulmuş ve doktorun; verem, kanser ve bel kemiği kırılmış felçli hastalara ötenazi uygulamasının gerekli olduğu kanısına varılmıştır. Devam eden yıllarda Ohio ve Iowa'da ıstıraplı hastalıklardan muzdarip kişilere ötenazi uygulanmasına yönelik yasa tasarıları sunulmuş fakat kabul edilmemiştir (Ömeroğlu, 1993, s. 193).

Almanya'da 1913 senesinde ötenazi uygulamalarının yasallaşmasına ilişkin kanun tasarısı kabul edilmemiş fakat 1920'li yıllarda engelliler, eşcinseller, genetik olarak aktarılan bir anomalisi bulunanlar, farklı bir ırka mensup ve ideolojik anlamda benimsenmeyen kişiler katledilmiş ve daha sonra bu durum Alman soyuna tehdit unsuru

olarak görülen grupların yok edilmesinin önünü açmıştır (Kumaş, 2005, s. 9). 1922 yılında Alfred Hoche ve Karl Binding isimli iki Alman hekim, "Yaşamaya Değmez Yaşamların Sonlandırılmasına İzin" isimli eseri yayınlamıştır (Unaltay, 2015, s. 11).

Hitler ve Nazi Almanya'sında ötenaziye benzer birçok olayın kayıtlara geçtiği bilinmektedir. Faşist iktidar, halkı manipüle etmek ve ötenazinin gerekli olduğu fikrini dikte ederek ötenaziye yönelik düşüncelerini yumuşatmak amacıyla "İtham Ediyorum" (Ich Klage an) isimli bir film çektirmiş ve her yerde yayınlanmasını sağlamıştır. Almanya ve Avusturya'da ötenazi kampları oluşturulmuş doktorun muayene edip ölmesi gerektiğine karar verilen kimseler bu kamplara yönlendirilmiştir. Nazi iktidarı döneminde parti üyelerinden birinin tek bacağı ve görme yetisi olmayan kızı için ötenazi istemesi üzerine kızın bu yollarla ölümünün gerçekleşmesi, kayıtlara geçen ilk resmi vakadır. 1939 yılında Polonya'da hastalıklı olarak görülen engelli kişiler toplu kıyımla öldürülmüştür (Kılınç, 2013, s. 303). Nürnberg mahkemelerinde, yapılan bu katliamların bilançosu masaya yatırılmış ve akli dengesi bozuk ve tedavisi mümkün olmayan yaklaşık 200.000 çocuğun gaz odasına terk edilerek, *morfin scoplamin* enjeksiyonuyla veya aç kalmalarını sağlayarak besin yetersizliğinden katledildiği anlaşılmıştır (Öztürel, 1957, s. 264). Bunun yanı sıra Nazi Almanya'sına ilişkin bilgi ve belgelerin çoğunun imha edildiği göz önünde bulundurulursa daha pek çok katliamın yaşandığı çıkarımını yapmak yanlış olmayacaktır. Almanya'da yaşanan bu olaylarda ötenazi uygulamalarının kişinin onayı alınmaksızın gerçekleştiği ve tamamıyla ırkçı emellere hizmet amacıyla kullanıldığı görülmektedir. Dolayısıyla Almanya'da vuku bulan bu uygulamalar ötenaziden çok yaşama hakkının çiğnenmesine dair vahşet örnekleridir. Nihayetinde Almanya, ötenazi kavramını Nazilerin yaptığı bu katliamlardan ayırmak maksadıyla *canice ötenazi* manasında kullanılan "Criminal Euthanasia" terimini geliştirmiştir (Avşar & Günay, 2016, s. 58).

1935 senesinde İngiltere'de kurulmuş olan "Voluntary Euthanasia Society" isimli birliğin de baskısıyla ötenaziye onay veren kanun teklifleri hazırlanmış fakat dini görüşler sebep gösterilerek kabul edilmemiştir. Bu yıllarda ötenaziyi savunan dernekler yaygınlaşmış New York'da "Euthanasia Society of America" isimli dernek kurulmuştur. Bu dernekte 1939'da ötenazinin yasalaşmasına imkân veren kanun tasarıları hazırlanmış fakat bu çalışmalar ötenaziye yasalarda yer verilmesine yeterli olmamıştır. 1947 yılına gelindiğinde destekleyenler arasında farklı mezheplerden pek çok din adamı ve hekimin de bulunduğu istemli ötenaziyi hukuken uygun hale getiren kanun, meclis tarafından geri

çevrilmiştir. 1949 yılında Fransa'da da benzer olaylar yaşanmış ve ötenazinin manipüle edilebilirliği gerekçe gösterilerek tasarılar kabul görmemiştir (Kumaş, 2005, s. 10).

Papa, 1958 yılında kilisenin eski inanışına aykırı olarak hastanın kendisinin istediği takdirde ölümünü kolaylaştıran ilaçların verilmesini onayladığını açıklamıştır (Ömeroğlu, 1993, s. 193).

70'li yıllar ötenaziye ilişkin derneklerin popülerlik kazandığı yıllar olmuş, birçok ülkede ötenaziyi destekleyen topluluklar kurulmaya başlamıştır. Bu derneklerden biri olan "Hemlock Topluluğu", ötenazinin yasal boyut kazanması adına birçok çalışma yürütmüştür. 1970 senesinde Doktor Gray tarafından ötenazinin kanunen uygulanabilmesine dair hüküm ve hakların bulunduğu bir liste düzenlenmiştir (Bilgin, 2013, s. 29).

1970 senesinde Amerika'da iyileşmesi mümkün olmayan ve son evrede bulunan hastaların tedaviyi geri çevirme haklarına ilişkin "Death with Dignity" sloganı kullanılmıştır. 1974 yılında ötenaziye ilişkin ilk hospis, "New York Ötanazi Birliği" tarafından açılmıştır (Özler, 2001, s. 12).

1973'te Hollandalı bir doktor olan Gertruida Postma, ilaç zerk ederek annesini öldürmüş ve müebbet hapis cezası almıştır. Yaşanan bu olay Hollanda'da bulunan ötenazi taraftarlarını tetiklemiş ve devamında pek çok ülkede dernekler kurularak toplantılar organize edilmiştir. 1984 yılına gelindiğinde belirli koşullar altında gönüllü ötenazi uygulanması Hollanda üst mahkemesince onaylanmıştır (Avşar & Günay, 2016, s. 58).

1976 senesinde New Jersey Üst Mahkemesinin, Karen Ann Quinlann vakasında aldığı karar, hasta yakınları onayıyla yaşam destek ünitelerine bağlı hastaların tedavilerinin kesilmesine ilk defa imkân tanımış ve bu anlamda Amerika'da birçok mahkemede emsal teşkil etmiştir (Bilgin, 2013, s. 29).

80'li yıllarda ötenaziye dair yasalaşma çabaları hız kazanmıştır. 1980 yılında Amerika'da pasif, Hollanda'da ise aktif ve pasif ötenazi serbest hale gelmiştir. Belçika'da da bu yıllarda ötenaziyi yasal düzleme uyarlayan kararlar alınmıştır. 1988 yılına gelindiğinde "Dünya Ötanazi Birliği" isimli uluslar arası topluluk oluşturulmuş, "World Right To Die Newsletter" adını verdikleri yayınlarla daha geniş kitlelere ulaşabilmeleri amaçlanmıştır (Bilgin, 2013, s. 29).

1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Doktor Kevorkian geliştirdiği makine ile Alzheimer hastası Janet Adkins isimli kadının kendini öldürmesine yardım etmiş ve 1998 yılına gelindiğinde ise Kevorkian'ın 92 hastanın intiharına yardım ettiği açığa çıkarılmıştır (Kumaş, 2005, s. 11). 1999 yılında televizyonda yayınladığı ötanazi uygulamalarından dolayı Doktor Kevorkian hakkında ikinci dereceden adam öldürme suçundan dava açılarak, Kevorkian'ın 10 ila 25 yıl hapsi istenmiştir (Özler, 2001, s. 13).

1992 senesinde İngiliz Lordlar Kamarası, Tony Bland isimli yüksek derecede beyin hasarı bulunan hasta hakkında yaşam desteğine son verilmesine ilişkin kararın kanunen yasak olmadığı kanısına vararak aynı dertten muzdarip diğer hastaların da öldürülmesine onay vermiştir. 1994'te Amerika'nın Kaliforniya eyaletinde yakın zamanda yaşamının sona ereceği öngörülen hastalara doktor tarafından ilaç verilmek suretiyle asiste intihar kabul edilmiştir (Kumaş, 2005, s. 11). 1999 yılında Oregon Eyaletinde ise 26 hastanın hekim yardımı alarak öldüğü belirlenmiştir (Özler, 2001, s. 12).

2002 yılında Belçika'da da ötenazi yasalaşmış ve gönüllü ötenazi ile hekim destekli intihar uygulamaları onaylanmıştır. Ötenazi, Lüksemburg'da 2009 yılında, Kolombiya'da ise 2014'de yasal bir alt yapı kazanmıştır. Günümüzde İsviçre, Almanya, Japonya, Kanada ve Amerika'nın bazı eyaletlerinde yaşayan hastalar için, doktor destekli intihar uygulamalarına olanak tanınmaktadır (Avşar & Günay, 2016, s. 58).

2.3. Monoteist Dinlerin Ötanazi Perspektifi

Ölüm, insanoğlunun hayatında var olmuş en önemli parçalardan biridir. Yaşamın devamında mutlak ve kaçınılmaz olan ölüm, bir canlının hayati fonksiyonlarını kaybederek, yaşamının sona ermesidir. Geçmişten bugüne neredeyse çoğu din, ölümün hayatın doğal bir parçası olduğunu kabul etmiş ve hayatın sonlanmasına dair farklı anlamlar getirmiştir. Şekil ve içerik olarak aynı olmasa da ölen kişiye duyulan saygıyı ifade etmek için farklı seremoni ve ritüeller düzenlenmesini emrederek ölümün insanoğlunun aklında her zaman var olması gereken bir olgu olduğunu hatırlatmayı amaçlamıştır. Bu sebeple dini inancın, insanoğlu için ölüm ile karşılaşma noktasında, rahatlatıcı bir figür olması son derece doğaldır (Kalkan, 2014, s. 16). Dolayısıyla ölüm kavramının dinlerde ele alınış şekli, ölüm kavramına ve ölen kişiye verilen değeri gözler önüne sermektedir. Bu sebeple çoğu dini inanış; intihar, ötenazi, kürtaj gibi bir hayatın sonlanması ile sonuçlanan uygulamaları yasaklamıştır.

Son yıllarda ötenazinin yasalaşması adına yapılan çalışma ve bilimsel toplantılarda dinlerin ölme hakkına yönelik tutumlarına dair tartışmalar yapılmakta, tek tanrılı dinler olan Hıristiyanlık, Yahudilik ve İslam'da bulunan üç anlayışı aşma yolları üzerinde durulmaktadır. Bunlar; "Tanrı'nın yarattığına müdahale edilmez", on emirde bulunan "Öldürmeyeceksin" ve "Hz. İsa gibi hastanın da kendi ıstırabına katlanması gerektiği" prensipleridir (İlhan, 2011, s. 10). Dolayısıyla en yaygın olan tek tanrılı dinlerde bulunan emir niteliğindeki yaptırımlar ötenazinin kabulü açısından engel teşkil etmektedir. Araştırmanın devamında dinlerin ötenaziye yönelik bakış açıları detaylı olarak incelenecektir.

2.3.1. Yahudi İnancı

Yahudiliğin kökeni Hz İbrahim'e dayanmaktadır. Yaklaşık olarak milattan önce 18'inci yüzyılda Kenan ülkesine yerleşmek gayesiyle yola çıkan İbranilerin Mısır'da yaşamaya başlayan 12 kabileyi oluşturduğu düşünülmektedir. Eski metinlere göre Yahudi halkı bir süre köle olarak hayatlarını sürdürmüş ve sonrasında peygamber Hz. Musa tarafından zulümleri sona erdirilmiştir. Hz. Musa'ya tabii olunmasından dolayı Musevilik olarak da bilinen Yahudi dininde monoteist inanış hâkimdir (Kaufmann, Eisenberg, & Aydın, 1987, s. 268). Yahudilerin dini inançlarını her şeyin üstünde tutarak yaşamlarını bu inançlar çerçevesinde şekillendirdikleri bilinmektedir. Dine sıkı sıkıya bağlı olan bu halkın, ötenazi bakış açısına dair bazı çıkarımlar mevcuttur. Fakat öncelikle bu dinin yaşama dair tutum ve felsefesini anlamak yerinde olacaktır.

Yahudilik, yaşamın kutsallığını ön plana çıkararak insan hayatının değerli olduğu ve korunması gerektiğini savunur. Nitekim İbranicede kullanılan *Pikku'ah Nefesh,* yaşamın önemini vurgulayan temel bir prensibi ifade etmektedir. Bu anlayış, insan hayatının her türlü zor koşulda korunmasını, kişinin vazifesi olarak tanımlamaktadır (Sümer, 2016, s. 118). Eski Ahitte, Tanrı'nın kurallarına koşulsuz bir şekilde uyulması gerektiği ve bu emirlere uyanların kurtuluşa ereceği açık bir şekilde ifade edilmektedir (Levililer, 18:5). Eski ahit, ölüm ve yaşam arasında kalındığında daima yaşamın seçilmesini öğütlemiştir. "Önünüze yaşamla ölümü, kutsamayla laneti koyduğuma bugün yeri göğü size karşı tanık gösteriyorum. Yaşamı seçin ki, siz de çocuklarınız da yaşayasınız" (Yasa'nın Tekrarı, 30:19).

Eski Ahitte yaratıcının Tanrı olduğu ve Tanrı'nın yarattığı her canlıya bir ömür ve kader çizdiği belirtilmektedir. Buna göre hayat, insana Tanrı tarafından verilen bir

lütuftur ve iyi değerlendirilmesi gerekir. Zorlukların üstesinden ancak Tanrı'nın sözleriyle gelinebilir. Dolayısıyla Yahudi dinine göre Tanrı yarattıklarını sevmekte ve onların hayatlarına değer vermektedir. Bu sebeple insanlar da yaratıcısının emirlerinden şaşmadan yaşamına devam etmelidir. Yahudiler tarafından değerli görülen bir diğer kutsal kitap Talmud'da da benzer dinsel anlatımlara rastlamak mümkündür. Aynı şekilde insan hayatına önem vermekte ve yaşamın her şeyin üstünde tutulması gerektiğine dair öğütler barındırmaktadır. Yahudilik, Tanrı'yı yaşamın merkezine alır ve sıkıntılardan kurtulmanın yolunun ancak onun buyruklarından geçtiğini savunarak Tanrı'nın emrettiği yaşam tarzını benimsemeyenlerin bu hayatta ve öldükten sonra huzura kavuşamayacağını ileri sürer (Sümer, 2016, s. 120). Yahudi kutsal kitabında umudun yalnızca Tanrı'da olduğu, mutluluğun ona yönelmekle bulunabileceği, yardımın sadece ondan gelebileceği ve ona güven duyulması gerektiğini aktaran ifadelere sıkça rastlanmaktadır (Mezmurlar, 33:20-21). Görüldüğü üzere Yahudi dini kesin bir şekilde Tanrı'nın buyruklarını kabul etmeyi ve onun emirlerini yerine getirmeyi öğütlemektedir.

Yahudi inancına göre, yaratan Tanrı'dır, bu sebeple ölüm de ancak ondandır. Dolayısıyla kişi, kendinin veya başkasının hayatını sonlandırma noktasında söz sahibi değildir. Bu konu Tevrat'ta Tanrı'nın Nuh ve oğullarına seslendiği pasajda şu ifadelerle aktarılmıştır: "Sizin de kanınız dökülürse, hakkınızı kesinlikle arayacağım. Her hayvandan hesabını soracağım. Her insandan, kardeşinin canına kıyan herkesten hakkınızı arayacağım" (Yaratılış, 9:5). Hz. Musa'ya indirildiğine inanılan On Emir'de "Adam öldürmeyeceksin" ifadesi yer almaktadır (Mısırdan Çıkış, 20:13). Yahudilere ait kutsal metinlerde insan hayatına verilen önem açık bir şekilde belirtilmektedir.

12. yüzyılda Yahudi din âlimi Mymonides, yaşam ve ölüme dair birtakım düzenlemeler getirmiştir. Buna göre insanlar ölümün kendi iradeleriyle gerçekleşmeyeceğini ve herkesin tadacağı bu mutlak sonun yalnızca Tanrı tarafından tahayyül edilebileceğini kavramalıdır. Mymonides, ölümüne 72 saatten az bir süre kalan hastalara *Gosses* demiş ve sonun ne kadar yakın olduğu önemli olmaksızın her zaman Tanrı'dan şifa aranması gerektiğini öğütlemiştir. Bu inanç, insan bedeninin ona değil Tanrı'ya ait olduğunu bu sebeple kişinin bedenine saygı duyması ve onu elinden geldiğince sağlıklı tutmasını söyler. Bu bilgiler dâhilinde Yahudilikte ötenaziye karşı olumsuz bir tavır sergilendiği çıkarımını yapmak mümkündür (Sümer, 2016, s. 120).

Geçmişteki din adamlarının ötenaziye yönelik olumsuz tutumlarına karşın günümüzde Yahudi din adamları ötenaziye daha esnek bir yaklaşım sergilemektedir. Bununla ilgili olarak sonradan hukuki yazın şeklinde uyarlanan ve Talmud'da geçen bir hikâyeyi incelemek yerinde olacaktır. Hikâyeye göre, Judah isimli haham ölmek üzeredir ve etrafında öğrencileri dâhil tüm tanıdıkları toplanmış ara vermeksizin ona dua etmektedir. O esnada Judah'nın kızı elinde bulunan cam kavanozu düşürerek kısa bir süreliğine dua edenlerin dikkatlerinin dağılmasına sebep olur ve ardından Haham Judah, duaların kesildiği anda ruhunu teslim ederek can verir. Bu anlatı, Yahudi din adamlarının ötenazi konusundaki tutumlarında referans niteliği taşımaktadır (Sümer, 2016, s. 121).

Yahudi yasalarında bir hastayı bitkisel hayattayken veya kendi isteği üzerine dahi olsa öldürmeye kesinlikle izin verilmemektedir. Bunun sebebi de kutsal metinlerde yer alan ifadeler göre; insan hayatının yalnızca Tanrı'ya ait olduğu, yalnızca Tanrı'nın kişinin yaşamı üzerinde söz sahibi olduğu ve dolayısıyla hiç kimsenin kendi hayatı dâhil hiçbir hayatı sonlandıramayacağı inancından kaynaklanmaktadır (Akbaş, 2004, s. 6).

Günümüzde Yahudi kanunlarında aktif ötenaziye izin verilmezken; bazı koşulları sağlamak şartıyla yaşam desteğinin sona erdirilmesine dolayısıyla pasif ötenaziye ılımlı yaklaşıldığını belirtmekte fayda vardır. Ancak bu koşullara dair henüz bir fikir birliği sağlanabilmiş değildir. Aktif ve pasif ötenazi ayrımı hakkında Talmud'u temel alarak bazı çıkarımlar yapmak mümkündür. Talmud'da, ölmek üzere olan bir kişiye ölümünü hızlandırıcı etkilerde bulunmak yasaklanmıştır. Ancak kişinin ruhunu teslim etmesine engel olan bir durum mevcut ise bu durumun ortadan kaldırılması gerekir. Bazı Yahudi din adamları pasif ötenazinin şefkatli davranış olduğunu öne sürmektedir. Bu anlayışa göre öleceği kesinleşmiş ve dayanılmaz ağrılar çeken hastalara uygulanan tedavilerin sonlandırılmasına izin verilmektedir (Sümer, 2016, s. 121).

2.3.2. Hıristiyan İnancı

İsa'yı *beklenen mesih* kabul eden ve dinlerinin kurallarına tam bir bağlılık gösteren bir grup Yahudi'nin inancı olarak başlayan Hıristiyanlık, günümüz dünyasında en yaygın monoteist dinlerden biridir. Süreç içerisinde pek çok mezhebe ayrılmış olsa da Hıristiyanlık, temel olarak Hz. İsa'nın görüşlerine dayanmaktadır (Katar, 2013, s. 169).

Hıristiyan dininde de Yahudilikte olduğu gibi tek Tanrı inancı hâkimdir. Tanrı, yaratandır ve hiç bir şeye gereksinim duymaz (Elçilerin İşleri, 17:25). O, insanı yaratarak hayat ve beden bahşetmiştir. "Bedeninizin, Tanrı'dan aldığınız ve içinizdeki kutsal ruhun

tapınağı olduğunu bilmiyor musunuz? Kendinize ait değilsiniz. Bir bedel karşılığı satın alındınız; onun için Tanrı'yı bedeninizde yüceltin" (Korintliler, 6:19-20). Kişi, içinde bulunduğu bedenin Tanrı'ya ait olduğunu bilmeli ve ona göre davranmalıdır. Hıristiyanlığa göre Tanrı, insana bahşedilen bu bedende tezahür etmektedir (Sümer, 2016, s. 122). Dolayısıyla kişi hayatının ve bedeninin kıymetini bilerek, Tanrı'nın emirlerine göre yaşamak zorundadır.

Hıristiyanlık kutsal metinlerinde insana dünyevi zevklerden kendini soyutlaması ve kendini Tanrı'nın buyruklarını yerine getirmeye adaması öğütlenmektedir. İyilik yapan ve Tanrı'ya karşı gelmeyenlerin öbür dünyada sonsuz yaşam ile ödüllendirileceği ifade edilmektedir (Romalılar, 2:6-11). Yeni Ahit, yaşam ve ölümün yalnızca Tanrı'ya ait olduğunu söylemektedir. Öyleyse insan kendisine bahşedilen hayatı Tanrı için yaşamalı ve onun emirlerinden şaşmamalıdır (Romalılar, 14:7-8). Hıristiyanlık, insanın hangi durumda olursa olsun Hz. İsa gibi sıkıntı ve zorlukları göğüsleyerek Tanrı'ya yönelmesi gerektiğini belirtmektedir. Kişi ancak Tanrı'nın sözlerine uyduğunda kurtuluşa erebilir.

Hıristiyanlık inancında ıstıraplı hayat İsa'nın hayatı ile bütünleşmek, onun geçtiği yollardan geçmektir. Fakat ıstıraplardan kurtulmak için Tanrıya sığınılmalı ve ondan gelen her şey ihtiyatla karşılanmalıdır. İsa'nın yaptığı gibi acılara direnmek, erdemli bir duruştur. Çekilen ıstıraplar, Tanrı tarafından ödüllendirilerek sonsuz mutluluğu elde etmenin anahtarıdır (Sümer, 2015, s. 121). Bu sebeple acı ve ağrılar Hıristiyanlıkta ölmeyi değil aksine direnerek ve Tanrı'ya sığınarak sonsuz yaşam ile ödüllendirilmeyi sağlayan deneyimlerdir. Bu anlayışa göre Hıristiyan dininde ötenazinin hoş karşılanmadığı ve benzeri uygulamalara da izin verilmediği çıkarımını yapmak mümkündür (İlhan, 2011, s. 12).

Katolik kilisesi intihar veya ölümü hızlandıracak her türlü eylemi şiddetle reddetmiştir. Bunun Tanrı'ya karşı gelmek olduğunu söyleyerek doğal olanın kendi akışına bırakılması gerektiğini öğütlemiştir. Dolayısıyla kilise, ötenaziye ilişkin hiçbir uygulamayı kabul etmemiş ve bu eylemlerin cinayetten farksız olduğunu savunmuştur (Sümer, 2015, s. 122). Ancak son yıllarda Katolik kilisesi ötenaziye ilişkin katı duruşundan taviz vermiş ve iyileşmesi mümkün olmayan hastaların, alışılagelmişin dışındaki tedavi yöntemlerini reddetme hakkı olduğunu kabul etmiştir (Akbaş, 2004, s. 7). Ortodoks kilisesi de benzer şekilde ötenaziyi ahlaki bulmayarak dine aykırı olduğunu

savunmuştur. Ancak yaşamının sona ereceği kesinleşmiş olan hastalara yoğun tedaviler uygulanması yerine dua edilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Prostestanlar da ötenaziyi ahlaki bulmamakla birlikte hastanın, iyileşmeye katkısı olmayan gereksiz tedaviyi sonlandırma hakkını kabul etmiştir (Sümer, 2015, s. 124). Modernist Hıristiyanlar ötenazinin dine aykırı sayılamayacağı görüşünü savunurken günümüzde halen çoğu Hıristiyan mezhebi ötenaziye şiddetle karşı çıkmaktadır (Akbaş, 2004, s. 8).

2.3.3. İslam İnancı

İslam dininin bilinen ortaya çıkış tarihi milattan sonra 7. yüzyılın başlarıdır (Mantran, 1981, s. 58). İslam kültürü ve kuralları, genel olarak peygamber Hz. Muhammed'in sözleri ve onun tebliğ ettiği kutsal kitap Kur'an'a dayanmaktadır (Sümer, 2016, s. 126). İslam, öldükten sonra yeniden dirilme inancının bulunduğu en yaygın tek tanrılı dinlerden biridir. Günümüzde halen başta Afrika kıtası olmak üzere birçok bölgede çeşitli varyasyonları ile İslam inanışı hâkimdir.

İslam dininde ölümden sonraki yaşama büyük önem verilmektedir. Bu inanca göre dünya imtihan yeridir. İnsanların öldükten sonraki akıbeti bu imtihana göre belirlenecektir (Enbiya, 21:35). Dünya hayatı maddidir ve sanal bir gerçeklikten ibarettir. Asıl yaşam öldükten sonra başlamaktadır. "Onlara dünya hayatının örneğini ver: Dünya hayatı, gökten yağdırdığımız yağmur sebebi ile yeryüzü bitkilerinin boy verip birbirine karışması fakat sonunda bütün bu canlılığın; rüzgârın savurduğu kuru birer çer çöpe dönmesi gibidir. Allah her şeye karşı kudret sahibidir" (Kehf, 18:45). Ancak dünya hayatının geçiciliği belirtilmiş olsa da Müslümanlara tamamen inziva şeklinde bir hayat da önerilmeyerek; ölümden sonraki yaşam ile bu dünya arasında bir denge tutturulması gerektiği öğütlenmiştir (Sümer, 2016, s. 128). Yeniden dirilme ve dünya hayatının gelip geçiciliği Kuran'da pek çok ayette belirtilen konulardır. Görüldüğü üzere İslam inancında ölümden sonraki yaşama büyük önem atfedilmektedir.

İslam'a göre, bu dünyada Allah'ın sözlerinden şaşmadan sabreden, hayatta karşılaştığı zorluklar karşısında direnen ve doğru tercihleri yapan kişiler cennet ile ödüllendirilir (Bakara, 2:82). İslam, Kur'an'ın yasakladığı eylemlerden uzak durulması gerektiğini öğütlemiş ve bu yaşam biçimini seçenleri sonsuz mutluluk ile müjdelemiştir. Bu inanç sisteminde insanlar dünyada; korku, açlık, malları ve canları ile sınanmaktadır. İmtihanlar karşısında kişi sabretmeli ve her şeyin Allah'tan geldiğini bilmelidir (Bakara, 2:155).

İslam anlayışında, insan hayatı ve yaşama hakkının dokunulmazlığına büyük önem verilmektedir. Öyle ki dini anlamda katiyetle yasaklanan bazı eylemlerin, hayati bir durum veya kişinin canı söz konusu olduğunda uygulanması gerektiği öğütlenmiştir. Örneğin domuz eti haram kılınmasına rağmen, şiddetli açlık yaşayan ve başka yiyecek bulamayan bir kişiye domuz etini yemesi emredilmiş ve hatta yemediği takdirde bundan sorumlu tutulmuştur (Yiğit, 2003, s. 341). İslam dininde bir insanın canını almak kesinlikle yasaklanmış ve hiçbir surette masum bir cana kıyılamayacağı belirtilmiştir. "…. Kim bir insanı bir can karşılığı veya yeryüzünde bozgunculuk çıkarmak karşılığı olmaksızın öldürürse o sanki bütün insanları öldürmüştür. Her kim de birini yaşatırsa bütün insanları yaşatmıştır…." (Maide, 5:32). Ancak İslam dininde kısas yolu ile cezalandırma bulunmaktadır. Bu sebeple cinayet işlemiş bir kişiye de aynı şekilde ceza vermek İslami açıdan uygundur. Nitekim öldürme suçunu işlemiş kimseler için kısas uygulanmasının farz kılındığı Kur'an'da da yer almaktadır (Bakara, 2:178). İslam anlayışı, cinayet suçunun affedilemeyeceğini, bir kimsenin yaşama hakkı ve can güvenliğini elinden almaya yönelik eylem tasarlayan kişilerin, ağır yaptırımlara maruz kalacaklarını bilerek hareket etmelerini öğütlemiştir (İlhan, 2011, s. 15-16).

İslam hukukçuları, öldürülen kişinin rızası olduğu durumlarda da bu eylemin kati surette yasak olduğunu fakat maktulün onayının yalnızca cezai yaptırımı etkileyebileceğini belirtmiştir. Örneğin cezası kısas olan bir kimse, maktulün rızası ile onu öldürdüğünü kanıtlar ise cezai yaptırımı bedel usulüne dönüştürülebilmektedir. Ancak bu durum bazı İslami mezheplerce benimsenirken halen çoğu İslam düşüncesi öldürme eyleminin cezasının rıza ile yapılması halinde de kısas olduğunu savunmaktadır (Yiğit, 2003, s. 342-343).

İslam dininde insanın, yaratılan çoğu varlıktan daha değerli olduğuna inanılmaktadır. "And olsun biz insanoğlunu şerefli kıldık….Kendilerini en güzel ve temiz şeylerden rızıklandırdık ve onları yarattıklarımızın birçoğundan üstün kıldık" (İsra, 17:70). Görüldüğü üzere insana verilen değer neticesinde, herhangi bir hukuki alt yapı olmaksızın yaşamın dokunulmazlığını ve can güvenliğini gasp etmeye yönelik eylemler misli ile cezayı hak etmiş sayılmaktadır (İlhan, 2011, s. 14). İnsanın üstün sayılmasının sebebi iyiyi ve kötüyü ayırt edecek aklın ona verilmiş olmasıdır. Dolayısıyla özgür iradesinin dışında doğruyu yapana göre kendi tercihi ve mukayese yeteneği ile doğruyu seçen insan diğer varlıklardan daha değerlidir. Bu sebeple kişi kendisine verilen bu

erdemli hayatın kıymetini bilmelidir. İslam anlayışına göre yaşam Allah tarafından verilen bir nimettir ve yalnızca Allah tarafından alınabilir. Kişi kendini öldürme yetkisine sahip olmayıp, bedeni de Allah'ın ona emanetidir. Dolayısıyla bedenini koruyarak sağlıklı tutmaya çalışmak kişinin en önemli vazifesidir (Sümer, 2016, s. 126).

Yahudi ve Hıristiyanlıkta olduğu gibi İslam'da da ölüm, her varlık için nihai sondur. Kur'an'da yaşayan her canlının bir gün öleceği açık bir şekilde ifade edilmiştir (Ankebut, 29:57). Kişi, kendisine verilen bu hayatı öleceğini bilerek fakat dünyaya da yüz çevirmeden gerektiği gibi yaşamalıdır. Bu gerekçeler ile intihar İslam dininde kesin olarak yasaklanmış ve büyük günahlardan biri kabul edilmiştir. Çünkü yaratan Allah'tır öldürme yetkisi de yalnızca Allah'a mahsustur. Hz Muhammed, intiharın kesin olarak yasak olduğunu belirterek, kişi kendisini ne şekilde öldürüyor ise cehennemde de aynı şekilde cezalandırılacağını ifade etmiştir (Buhari, tıb, 56). Görüldüğü üzere islam'da intihar eden kişiler, kendilerine verilen hayatın değerini bilmediği için ahirette büyük cezalara çarptırılacaktır. Kişinin kendini öldürmesi ziyandır ve onursuz bir davranıştır.

İslam dininde ötenazi kavramı, dinin hayata ve yaşamaya verdiği değer çerçevesinde şekillenmektedir. Yukarıda bahsedildiği üzere İslam anlayışı yaşamı bir lütuf kabul etmekte ve yaşamaya büyük önem vermektedir. Bu doğrultuda İslam'ın ötenazi uygulamalarına sıcak bakmadığı çıkarımını yapmak mümkündür. İntihar gibi ötenazi de kesinlikle yasaklanan eylemlerden olup kişinin hayatını, kendi eliyle veya başkası aracılığıyla olması fark teşkil etmeksizin sonlandırma hürriyetinin bulunmadığı ifade edilmektedir. İslam dininin âlimleri bu bilgilerden hareketle aktif veya pasif hiçbir ötenazi eylemini doğru bulmamaktadır. Ancak bazı din âlimleri tıbben iyileşme ihtimalinin bulunmadığı kanıtlanmış ölümcül hastalara ötenazi uygulanmasının, yapılacak veya yapılmakta olan tedavinin zarar vermekten başka bir faydası yok ise dinen uygun olabileceğini savunmaktadır. Bu görüş üzerine modern İslam düşüncesinin pasif ötenaziye ılımlı yaklaştığını söylemek mümkündür. İslam'ın, beyin fonksiyonları durmuş olan hastalara bakış açısı üzerine de iki farklı görüş bulunmaktadır. Bunlardan ilki, bitkisel hayatta olan ve beyin ölümü gerçekleşmiş fakat diğer organların çalışması destek üniteleri ile sağlanan hastalara ötenazinin uygulanabilir olduğudur. İkincisi ise ötenazi yapılabilmesi için yalnızca beyin ölümünün yeterli olmadığı ancak kalp ve solunum organlarının da çalışmaz vaziyete geldiği takdirde ötenazinin uygun sayılabileceğini savunan görüştür (Sümer, 2016, s. 128-129).

Yukarıda aktarılan bilgilerden hareketle genel olarak İslami düşüncenin ötenaziye sıcak bakmadığı ve çok küçük istisnai ve şartlar barındıran durumlar dışında bu tip uygulamaların yasaklandığı çıkarımını yapmak yanlış olmayacaktır. Şu anda ülkemiz dâhil İslami düşüncenin yaygın görüldüğü ülkelerde, diğer monoteist dinlerin hâkim olduğu batı ülkelerine göre ötenazi tartışmalarının daha az yapıldığı gözlemlenmektedir. Bu durumun, İslam ülkelerinin geleneksel kurallara daha bağlı olmasından ve gelenek göreneklerin de dini unsurlar ile şekillenmesi neticesinde ötenaziyi barındırmamasından kaynakladığını söylemek mümkündür. Başka bir gerekçe de İslam ülkelerinde, batıya kıyasla sosyal adaletin yeterli seviyede sağlanamamış olması gösterilmektedir. Ortaya çıkan gelir eşitsizliklerinin sonucu olarak yoksul kesim diğerleriyle aynı tıbbi imkânlara ulaşamamakta ve dolayısıyla kendiliğinden gerçekleşen pasif ötenazi vakaları ortaya çıkabilmektedir. Tahmin edildiği üzere ekonomik koşulları yetersiz olan bir kişinin uygun tedavi yöntemini satın alabilmesi de mümkün gözükmemektedir (Akbaş, 2004, s. 9).

2.4. Ötenazi Çeşitleri

Ötenazi dar anlamda, yaşamının sonuna geldiği kesinleşen ve iyileşme ihtimali bulunmayan hastaların ıstırabına son vermek amacıyla gerçekleştirilen uygulamaları ifade ederken geniş anlamda, zamansal açıdan ortak bir yargıya varılamayan, yani ölme zamanı net olarak belli olmayan hastalara uygulanan ötenazi eylemleridir. En geniş anlamda ise; hayatları bir değer ifade etmeyen, bitkisel hayatta yaşam destek ünitesine bağlı olarak yaşayan veya ileri derece psikiyatrik hastalara uygulanan ötenaziyi belirtmektedir (Besiri, 2009, s. 190).

Araştırmaya dair yapılan kaynak taramasında ötenazi türlerinin hasta isteği veya uygulama şekillerine göre çeşitli sınıflamalar ile aktarıldığı gözlemlenmiştir. Çalışmanın devamında ötenazi, aktif veya pasif; iradi, iradi olmayan veya zorunlu; kazai veya medikal ve hekim destekli intihar başlıkları altında incelenecektir.

2.4.1. Aktif ve Pasif Ötenazi

Ötenazi uygulamalarında aktif (doğrudan) ve pasif (ortotanezi) farkı uygulamanın tıbbi metodu ve koşullarına göre belirlenmektedir (Akcan, 2013, s. 6). Aktif ötenazi, iyileşmesi tıbben mümkün olamayan ölümcül hastaların dayanılmaz ağrılarına son vermek üzere, hastanın isteği dâhilinde hekimin aşırı dozda morfin enjekte ederek veya *potasyum klorid* gibi ölüm sürecini hızlandıran ilaçlar vermesi ile gerçekleşmektedir (Kumaş, 2005, s. 5). Uygulamanın yöntemi belirlenirken, hastaya mümkün olduğunca acı

çektirmemesi ve kısa sürede etki etmesi unsurları gözetilmektedir. Aktif ötenazide hasta, tamamen bilinçli ve ne yaptığını bilerek, hekimden uygulanış şekli, verilecek olan ilaçlar ve olası sonuçların bilgisini alarak onay vermektedir. Dolayısıyla aktif ötenazide hasta sürece doğrudan dâhildir ki net ve tahmine mahal vermeyecek şekilde rızasının alınması elzemdir (Karahisar, 2006, s. 13).

Pasif ötenazi, iyileşme ihtimali olmayan hastaların yaşamlarını devam ettirmeye yönelik mekanizmaların uygulanmaması veya durdurulmasını ifade eder (Elçioğlu, Gündüz, & Köşgeroğlu, 1994, s. 64). Buna göre, pasif ötenazide hekim müdahaleyi kestiği veya uygulamadığında hastanın yaşamının sonlanacağını bilmekte ve başka herhangi bir işlem gerçekleştirmeksizin etkisiz kalmaktadır. Bitkisel hayattaki hastaların yaşam destek mekanizmalarını sonlandırmak veya bazı ülkelerde gözlemlenen engelli doğan bebekleri sadece su ile besleyerek, ihtiyaçları olan besinden mahrum bırakmak gibi yöntemler bilinen pasif ötenazi örnekleridir (İlhan, 2011, s. 24-25).

2.4.2. İradi, İradi Olmayan ve Zorunlu Ötenazi

Ötenaziye ilişkin olarak yapılan sınıflandırmalardan biri de, ötenazinin hastanın tercihi temel alınarak yapılmaktadır. İradi ötenazi (istemli, voluntary), iradi yeterliliği ve tercih kabiliyeti bulunan hastaların, hiçbir baskı altında kalmadan kendi istekleriyle ötenazi uygulanmasını seçmeleridir (İlhan, 2011, s. 27). Ancak iradi ötenazinin uygulanabilir olması için bazı koşulların sağlanması gerekmektedir. Bunlar; hastanın bilincinin açık ve akıl sağlının yerinde olmasını ifade eden *temyiz gücü* koşulu, hastaya içinde bulunulan durumun açıkça aktarılarak, izlenebilecek tedavi yöntemlerinin, bu yöntemlerin muhtemel yansımalarının, tedavinin kesildiği veya uygulanmadığı takdirde yaşanabilecek deneyimlerin net bir şekilde açıklanmasını ve bu bilgiler verildikten sonra hastanın onayının tekrar alınmasını belirten *aydınlatılmış onam* koşulu ve hiçbir baskı unsuru olmadan kişinin tamamıyla kendi özgür ve hür iradesi ile bu seçimi yaptığını işaret eden *istemlilik* koşuludur (Kumaş, 2005, s. 4).

İradi olmayan ötenazi (istem dışı, non-voluntary), bilinç faaliyeti bulunmayan hastalar adına ötenazi kararının hasta yakınları tarafından verilmesidir. Herhangi bir hasta yakını veya yasal vasi bulunmadığı durumlarda, hastanın varsayılan iradesi temel alınarak da gerçekleştirilebilir (Besiri, 2009, s. 192). Bilincin kapalı olduğu durumlara bitkisel hayat, koma, bazı psikolojik veya nörolojik temelli hastalıklar örnek gösterilebilir (Akcan, 2013, s. 8).

Zorunlu ötenazi ise (istemsiz, unvoluntary), hastanın tercih hakkı gözetilmeksizin gerçekleştirilen ötenazi uygulamalarıdır (Ay, 2013, s. 12). Bu türde yaşaması değerli görülmeyen hastaların açık veya varsayılan iradeleri yok sayılmıştır. Nazilerin saf ırk yaratma ideali doğrultusunda engelli, kronik hastalığı bulunan ve yaşlı bireyleri öldürmesi zorunlu ötenaziye örnek olarak gösterilmektedir (Akcan, 2013, s. 8). Zorunlu ötenazi uygulamalarının, hastanın talepleri göz ardı edilerek ve dahi hastanın ölmek istemediği durumlarda da gerçekleşmesi etik ve ahlaki açıdan elbette doğru ve insancıl olmayıp kişinin yaşam hakkının çiğnenmesidir. Bu doğrultuda sosyal darwinizme benzer amaçlar güden bu uygulamaların cinayetten farkı yoktur (Gök, 2015, s. 53). Hastaların, Hitler'in yaptığı gibi topluma yarar sağlamadıkları için öldürülmesinin insan hakları ve aynı zamanda ötenaziye dair elle tutulur hiçbir yanı bulunmamaktadır. Öyleyse bu türü ötenazi olarak adlandırılmak da yanlış olacaktır (Altay, 2005, s. 40).

2.4.3. Kazai ve Medikal Ötenazi

Ötenaziye ilişkin bu sınıflandırma, kararı veren merciye göre yapılmaktadır (Bilici, 2015, s. 175). Kazai ötenazide uygulama kararının bir mahkemenin vermesi gerekmektedir. Medikal ötenazide ise, mahkemeye gerek olmaksızın, kararın hekim veya hekimler tarafından verilmesi yeterli görülmektedir. Hollanda'da bir hekimin başka bir hekimle konsültasyonu sonucu ötenaziye karar verilmekte olup bu durum medikal yönteme örnek teşkil etmektedir (Akcan, 2013, s. 8).

Medikal ötenaziye ilişkin kayıtlara geçen bir vaka da bulunmaktadır. Bir yıldan beri bitkisel hayatta olan 86 yaşındaki Helga Wanglie'nin hekimleri tarafından yaşam desteğinin sonlandırılması talep edilmiştir. Bu isteğe Wanglie'nin yakınları karşı çıkmış ve olay adli mercilere taşınmıştır. Yakınların isteği gözetilerek hekimlerin ötenazi talebi geri çevrilmiş fakat bu karardan kısa bir süre sonra Wanglie, sepsisten dolayı yaşamını yitirmiştir (Özler, 2001, s. 8).

2.4.4. Hekim Destekli İntihar

Hekim destekli intihar (Physician Assisted Suicide – PAS), bir kişinin hekim yardımı ile hayatına son vermesini ifade eder. Hekimin, uygun ilaçlar veya gerekli materyalleri sağlama noktasında yardımı olmakta fakat eylemsel açıdan doğrudan bir katkısı bulunmamaktadır. Öyle ki ötenazi kararı da tamamen kişiye aittir. Hekim yalnızca hastanın ötenazi talebi üzerine uygun ilaçları temin etme sürecinde rol oynamaktadır (Akcan, 2013, s. 7). Aktif ötenaziden farkı, eylemi hekimin değil kişinin kendisinin

gerçekleştiriyor olmasıdır (Kumaş, 2005, s. 6). Hekim, aynı zamanda hastanın verdiği bu kararın tam olarak farkında olup olmadığını ve karar verme ehliyetinin yani düşünme biçimini etkileyecek bir akıl sağlığı sorununun bulunup bulunmadığını değerlendirir. Hastayı ilaçların etkileri ve olası sonuçlar hakkında bilgilendirir ve ilaçları temin ettikten sonra sorumluluğu sona erer. Kişi ölmek istediği zaman ilaçları kullanarak ötenaziyi gerçekleştirir (Turanjanin, Čvorović, & Ćorović, 2017, s. 3).

2.4.4.1. Yola Çıkmak: Ölmek İçin

Asiste intihar konusu son yıllarda dikkatleri üzerine toplayarak çok çeşitli tartışmalara sebep olmuştur. Öyle ki ötenazi talep eden kişiler bu uygulamaya izin verilmeyen ülkelerden, yasal olarak onaylandığı ülkelere ölüm seyahatleri gerçekleştirmektedir (Ladki, Hajjar, Nacouzi, Nasereddine, & Mahmoud, 2016, s. 2). Bu seyahatler, uluslararası literatürde *intihar turizmi* olarak adlandırılmaktadır. İntihar turizmi; seçilen bölgeye kendi eylemleriyle intihar etmek amacıyla gitmek veya yardımlı intiharın hukuksal açıdan onaylandığı ülkelere ötenazi amacıyla giderek kendini öldürmek şeklinde iki yolla gerçekleşmektedir (Pekerşen, 2017, s. 317-318).

İsviçre'de yabancıların hekimden yardım alarak intihar etmesinin yasal oluşu İsviçre'yi intihar turizminin en yaygın olduğu ülke haline getirmiştir. Bu durum son yıllarda giderek artan bir popülarite kazanarak devam etmektedir. Öyle ki hayatını sonlandırmak isteyen insanlar için İsviçre'nin en uygun destinasyon olduğuna dair tanıtımlar yapılmaktadır. Sloganı "To Live with Dignity, To Die with Dignity" (Haysiyetle Yaşamak, Haysiyetle Ölmek) olan "Dignitas" ve "Exit" klinikleri, kişilere uygun fiyatlar ile hayatlarını sonlandırmaları için ilaç teminini ve gereken koşulları sağladıklarını iddia etmektedir (Ladki, Hajjar, Nacouzi, Nasereddine, & Mahmoud, 2016, s. 3). Fakat bu merkezlerden yalnızca Dignitas ötenazi uygularken ikamet şartı aramamaktadır. Bu sebeple şu an dünyada en popüler olan ötenazi merkezi konumundadır. İntihar turizmi üzerine yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ise dikkate şayandır. Bu verilere göre 2000 yılında Zürih'e yardımlı intihar amacıyla giden kişi sayısı 3 iken, 2001'de 37 olduğu, 2002'de ise bu sayının 55'e yükseldiği belirlenmiştir. Bir Dignitas çalışanı 2010 yılında 1000'den fazla kişinin ölmek için İsviçre'ye geldiğini açıklamıştır (Gürcü, Varol, Kara, & Tengilimoğlu, 2016, s. 29).

İsviçre, vatandaşlarına ve yabancılara tanıdığı özgürlükler ile ötenazi ve yardımlı intihar konularında popülerliğini arttırmaya devam etmektedir. Ancak *Onurlu Ölüm*

Yasası ilk olarak 1994 yılı kasım ayında, Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Oregon eyaletinde kabul edilmiştir (Lee, ve diğerleri, 1996, s. 311). ABD' de hekim destekli intiharın söz konusu edildiği ilk makalelerden biri 1998 yılında yayınlanmıştır. "Journal of the American Medical Association" (Amerikan Tabipler Birliği Dergisi) isimli dergide anonim bir doktor tarafından yazılan makalede terminal dönemdeki kanser hastaları için vücuda ölümcül dozda ilaç enjekte etme yolları detaylıca anlatılmıştır (Ladki, Hajjar, Nacouzi, Nasereddine, & Mahmoud, 2016, s. 4).

2.4.4.2. Doktor Ölüm: Jack Kevorkian

Doktor Ölüm olarak tanınan ve yaptığı uygulamalar ile büyük sansasyonlara neden olan Jack Kevorkian, hekim destekli intihar konusundaki faaliyetleri ile dikkatleri üzerine çekerek bir dönem toplumda çok çeşitli tartışmaların fitilini ateşlemiştir. Kevorkian erken kariyerinde ölüme karşı büyük ilgi duydu. Meslek hayatı boyunca adı bir dizi tartışmalı deneyle anıldı. Bunlardan biri cezaevinde mahkûmlarla gerçekleştirdiği ve "Terminal İnsan Deneyleri" ismini verdiği deneylerdir. Hükümlülerin; bilinçli olarak başlayan, ancak ölümle sonuçlanan ağrısız tıbbi deneyler için gönüllü olarak infaz edilmeden önce insanlığa hizmet verebileceklerini savundu. Kevorkian'ın uygulamaları meslek hayatı boyunca çalıştığı yerlerde işten çıkarılmasına neden oldu. Doktor Ölüm, yaptığı deneylerin yanı sıra ötenazinin yasalaşmasını savunan görüşleri ile de o dönem medyada büyük yankı uyandırmıştır ("Jack Kevorkian", 2014).

1987 yılı Michigan'ın yerel gazetelerinden birinde Kevorkian "Ölümcül hastalığı bulunup da onuruyla ölmek isteyenlere danışmanlık yapılır" yazılı bir tanıtım yayınladı. Kevorkian'ın kartvizitinde ise şunlar yazılıydı: "Jack Kevorkian, Tıp Doktoru, Özel Ölüm Elçiliği, Sadece Randevu ile". Bu ilanla da dikkatleri üstüne çekmeyi başaran Doktor Ölüm'ün televizyonlara çıkarak kendini anlatması gecikmedi. Öyle ki Amerika'da popüler olan *Donahue* isimli TV şovuna katılarak kendi tasarlayıp *Mercitron* adını verdiği ölüm makinesinin tanıtımını yaptı. Makine, ölmek isteyen kişinin tek bir düğmeye basmasıyla çalışmaya başlıyor ve kişinin vücuduna *potasyum klorid* enjekte ederek ölümünü sağlıyordu. Kevorkian, amacını; katlanılamayacak seviyede ağrılar yaşayan ölümcül hastaların, ıstıraplı hayatlarına son vererek onlara onurlu bir şekilde ölmeleri için yardım etmek şeklinde ifade etmiştir (Arsan, 2008, s. 176).

Doktor Ölüm'ün ilk müşterisi Janet Adkins isimli Alzheimer hastası bir kadındı. Adkins, Kevorkian'ın arabasının arkasında koluna potasyum klorid enjekte ederek

yaşamına son verdi. Takip eden yıllarda da 130 kişinin daha ölümünü asiste ettiği öğrenildi (Bilgin, 2013, s. 29). Kevorkian'ın faaliyetleri, toplumda tartışmalara sebep olmuş, adli birimler, dini gruplar ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının tepkisini toplamıştı. Bu tepkiler neticesinde mesleğinden atıldı ve doktorluktan men edildi. Aynı zamanda Kevorkian'ın tutuklanması da istendi ancak o dönem ABD'de ötenaziyi yasaklayan bir kanun bulunmadığı için ceza almadı. Devamında Doktor Ölüm durmayarak faaliyetlerine devam etti. Bu süreçte hekim yardımıyla intiharı savunan "Merian's Friends" adlı bir grup sivil, Kevorkian'ın ölümüne yardım ettiği hastaların otopsi raporlarına ulaşarak şeffaf bir süreç yürütülmediğini iddia etti. Çünkü otopsi raporlarına göre öldürülen bazı hastalarda ölüm öncesi ağrılı bir süreç yaşanmamıştı. Kevorkian'ın yardımıyla intihar edenler arasında; psikiyatrik hastalığı bulunan Frank Long, kocasının habersizce antidepresanlar vererek ruh hali ve duygu durumunun bozulmasına sebep olduğu Judith Curren, doktorunun yanlış teşhis koyduğundan habersiz bir şekilde kendini MS hastası zannederek ölen Rebecca Badger bulunmaktaydı. Nihayetinde Kevorkian'ın ölmek isteyen hastaların intihar etmelerine doktorlarına danışmadan veya onlar hakkında yeterli bilgi edinmeden yardım ettiği anlaşıldı (Arsan, 2008, s. 178-179).

Doktor Ölüm'ün uygulamalarının en çarpıcı olanı sonuncusuydu. Kevorkian, 1998 yılı Kasım ayında Thomas Youk isimli hastasının ölümünün her dakikasını tüm detaylarıyla videoya alarak yayınlanması için CBS kanalına gönderdi. Youk'un ölümü canlı yayında 60 dakika boyunca yayınlandı. Kevorkian bu olaydan sonra ikinci derece cinayet suçlamasıyla yargılandı. Bu süreçte ötenazi ve yardımlı intihar ile alakalı bir birçok tartışma yaşanmıştır. Ötenazi savunucu olduğu bilinen "Hemlock Topluluğu", adli makamların ve toplumun, dayanılmaz ağrılar yaşayan hastaların sorunlarını küçümsediğini ve hükümetin bu hastalar için makul seçenekler sunmadığını belirtirken engelli haklarını savunan bir derneğin başkanı ise ötenazinin engelliler için çok tehlikeli olduğunu ve yardımlı intiharın yasaklanması gerektiğini savundu (Charatan, 1999, s. 953).

Kevorkian'ın intiharlarına yardım ettiği hastaların otopsilerinden çıkarımlar yapılarak profillerinin incelendiği bir araştırmada dikkate değer sonuçlara ulaşılmıştır. Hastaların çoğu 65 yaş üstü olup %71'i kadındı. İntihar edenler arasında kanser, nörolojik temelli hastalıklar, akciğer ve kalp hastalıklarından muzdarip olanlar yoğunluktaydı. Ancak otopsi bulgularına göre hastaların sadece %25'i ölümcül seviyedeydi. Hastalar

genellikle boşanmış veya hiç evlenmemiş kişilerden oluşmaktaydı. Araştırma sonuçları, bu hastaların birçoğunun psikososyal yardıma ihtiyaç duyduğu ve kırılgan bir dönem içerisindeyken intihar ettiklerini gözler önüne sermiştir (Roscoe, Malphurs, Dragovic, & Cohen, 2000, s. 1736).

Görüldüğü üzere Jack Kevorkian, yardımlı intihar mevzu bahis olduğunda şüphesiz akla gelen ilk isimlerdendir. Fakat gerçekleştirdiği sansasyonel uygulamalar onu eleştiri oklarının hedefi haline getirerek bugün bile hala uzlaşmaya varılamayan sonu gelmez tartışmalara sebep olmuştur. Hastalarını seçerken gösterdiği alelade ve özensiz tutum, hastaları suistimal ettiğini veya mesleki açıdan ihmalkâr davrandığını kanıtlar niteliktedir. Fakat bununla beraber, acılarından kurtulmak için ölümü göze alan hastaların da azımsanmayacak seviyede olduğunu göstermektedir. Öyle ki Kevorkian'ın bu denli medyatik olmasının sebebi de hastalar tarafından çok fazla tercih edilmesidir. Buna göre dikkat edilmesi gereken husus, toplumda ötenazi uygulamaları için, dini açıdan yanlış olduğunu söyleyen veya insanlık dışı bularak şiddetle karşı çıkan bir grup varken, aslında bu uygulamaları talep eden azımsanmayacak sayıda bir grubun da bulunduğudur. Dolayısıyla Kevorkian'ın eylemlerinin, ötenazi talep eden kişileri toplumda görünür kıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu araştırmalardan yapılacak bir diğer çıkarım da intihar etmek isteyen ve ölümcül hastalığı bulunmayan kişiler üzerinedir. Hayatının kırılgan bir döneminde olduğu düşünülen hastaların, doğru yönlendirme ve danışmanlıkla yaşamlarına devam etmelerinin sağlanabileceği gerçeği; hastayla uyumlu, kapsayıcı ve koruyucu önleyici psikososyal müdahalelerin önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

2.5. Ötenaziye İlişkin Görüşler

Ötenazi tartışılmaya başladığı andan bu yana birçok farklı perspektiften incelenmiştir. Araştırmanın bu kısmında ötenaziyi olumlu değerlendiren ve eleştiren görüşlerden bahsedilecektir.

2.5.1. Olumlayan Görüşler

Ötenaziyi olumlayan görüşler genellikle tıp etiği içerisinde de bulunan *özerkliğe saygı prensibi*nden yola çıkarak hastanın kendi geleceğini belirleme hürriyeti bulunduğunu iddia etmektedir. Hastanın tedaviyi istememe veya tedaviyi bırakma hakkı vardır fakat bu hakkın söz konusu olabilmesi için *aydınlatılmış onam* ilkesinin yerine getirilmiş olması şarttır. Aynı zamanda hastanın muhakeme yeteneğinin bulunması

gerekmektedir. Yani hasta olabilecekler ve alternatif yollar hakkında bilgilendirildikten sonra hala talebinde ısrar ediyorsa, bu hakka sahiptir. Aynı zamanda kişinin muhakeme yeteneğinin de olması gerekmektedir. Bilinci kapalı veya akıl sağlığı yerinde olmayan kişilerde *özerkliğe saygı* ilkesinden bahsedilemez. İstemli ötenazinin temel argümanını oluşturan *özerkliğe saygı prensibi* iken, istem dışı ötenazinin dayanak noktası ise hastanın insana yakışan hayat kalitesini sağlama yeteneğine sahip olmadığı veya bu yeteneği kaybettiği görüşüdür. Buna göre kişi hayatı içerisinde yaptığı her davranıştan sorumlu ise bedeni ve yaşamı söz konusu olduğunda da mutlak kararı kendisinin olmalıdır. Hangi şartlarda, mekânda ve zamanda öleceğini de kişi kendisi belirleyebilmelidir (Çelik A. , 2016, s. 47).

Ötenaziyi haklı bulan diğer bir görüş de *nitelikli yaşam prensibi*dir. Bu görüşün başlıca savunucusu Dworkin, insan yaşamının onuruna en yakışan şekilde olması gerektiğini savunmuş ve bu hayatın kişinin kendi özveri, bilgi, karakter ve yetenekleri ile mümkün olabileceğini iddia etmiştir. Dworkin'e göre kaliteli bir yaşam kalitesiz bir ölümden üstündür. Dolayısıyla kişi koşullar ve standartlar bakımından düşük seviye bir yaşam süreceğini öngörüyor ise ötenazi istemi etik açıdan doğru ve hatta gereklidir. Çünkü asli yaşam, kalitesiz koşulları hak etmeyecek kadar kıymetlidir (Yurdakul, 2015, s. 15). *Nitelikli yaşam prensibi* birçok kaynakta *yararcılık* (utilitarizm) düşüncesi ile ilişkilendirilmektedir. Buna göre ölüm, kalitesiz koşullara sahip bir kimse için rahatlık ve huzur anlamına gelmekte ve kurtuluş olarak görülmektedir. Bu anlayış ötenaziye, talep eden kişinin perspektifinden bakmayı gerektirir ki bu da onu diğer öldürme eylemlerinden ayıran en temel unsurdur (Çelik A. , 2016, s. 48). *Nitelikli yaşamın* bir başka savunucusu da James Rachels'dır. Ona göre, her hayat korunarak devam ettirilmeye çalışılmamalıdır ki hatta bazı durumlarda bu uğraş gereksiz ve anlamsızdır. İnsan özel bir varlıktır fakat bu durum onun yalnızca biyolojik yapısından değil içsel yeteneğine bağlı olarak geliştirdiği; kendi kararlarını veren otonom bir yapıya sahip ve yaratıcı, akılcı, kendisi ile çevresine katkı sunan, derin psikolojik öğeler barındıran bir varlık oluşundan kaynaklanmaktadır. Kişi sahip olduğu bu kabiliyetleri yitirmiş ise yaşamaya devam edemeyeceğinden ölmüş demektir. Örneğin; ileri derece fiziksel ve mental hastalığı bulunanlar veya koma ya da bitkisel hayatta olanlar ile sağlıklı ve normal insanların yaşamı eşit derecede önem arz etmez. Çünkü söz konusu kimselerde biyolojik açıdan hayat devam ediyor ise de gerçek bir yaşam söz konusu değildir (Yurdakul, 2015, s. 5).

Literatürde *çifte etki doktrini* olarak geçen görüşe göre ötenazinin meşruluğu aktif ya da pasif olmasına göre değişmektedir. Katolikler doğrudan öldürme eylemini suç sayarken dolaylı öldürmeyi suç olarak değerlendirmemektedir. Buna göre bir eylem sonucuna göre iki adet etki doğurmuşsa, bu etkilerden yalnızca biri amaçlanmış olup diğeri amaç dışı olarak ortaya çıkmıştır. Örneğin bir saldırı karşısında kişi saldırıyı gerçekleştireni öldürdüyse burada kişinin asli amacı saldırıdan kaçınmak, yani kendini müdafaa etmektir. Saldıran kişiyi öldürme eylemi amaç dışıdır fakat istemsiz bir şekilde meydana gelmiştir. Ötenaziyi *çifte etki doktrini*nden yola çıkarak ele alanlara göre; bir kişiye ağrılarına son vermek amacıyla olsa dahi ölümcül ölçüde ilaç vererek öldürmek, kişinin yaşamına yönelik kasıtlı bir eylemdir ve kabul edilemez. Ancak hekimin, hastaya yaşamını bir süre içinde sonlandıracak ilaçları giderek artan dozajlarda vermesi veya ölümünü engelleyen tedaviyi sonlandırması onaylanabilir bir harekettir. Çünkü hekim bu eylemi yaparken iki tür amaç gütmektedir. İlkinde amaç hastanın ıstırabının sonra erdirilmesidir ve doğrudan istenen budur. Diğeri ise birincil amacın sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Burada yapılan eylemin hastayı öldüreceği bilinmektedir fakat amaç onu öldürmek değildir. Dolayısıyla bu görüş, pasif ötenaziyi meşru ve izin verilebilir bir olgu olarak değerlendirirken, aktif ötenaziye şiddetle karşı çıkmaktadır. *Çifte etki doktrini* her durumdu bahsi geçen eylemlerdeki kastı anlamanın mümkün olmayabileceği gerekçesiyle eleştirilmektedir (İlhan, 2011, s. 47). Bu görüş pasif ötenaziyi de koşulsuz şartsız savunmamakta olup bunun için de yerine getirilmesi gereken bazı şartlar olduğunu belirtmektedir. Bunlar; eylem, sonucuna bakılmaksızın uygulanış biçimi itibariyle ahlaki açıdan kabul görebilir olmalıdır, yalnızca iyi olan hedeflenmiş olmalıdır, kötü sonuç bir araç olarak kullanılmamalı yani iyi sonuca ulaştıran eylemin yan etkisi konumunda olmalıdır ve son olarak kıyaslama yapıldığında iyi sonuçtaki olumlu etkiler kötü sonuçtaki etkilerden çok daha fazla olmalıdır (Kuyurtar, 2014, s. 61).

Merhamet ilkesi olarak adlandırılan ilke ise; hastaların acısına son vermeyi bir vicdani görev olarak kabul ederken hekimlerin dayanılmaz ağrılar çeken hastalarının bu ıstıraplarına son vermelerinin öldürme suçu sayılmayacağını bu nedenle bu işlemi gerçekleştiren hekimlere cezai yaptırım uygulanmaması gerektiğini savunmaktadır (Özen & Şahin, 2010, s. 24). Ancak bu ilke de merhamet duygusunun subjektif olduğu için kişiden kişiye farklılaşarak belirli bir standardizasyon yapılamayacağı ve dolayısıyla bazı durumlarda suistimale açık olduğu düşüncesiyle eleştirilmekte ve aynı zamanda fiziksel ya da mental açıdan engeli bulunanlar, yaşlılar ya da doğuştan engelli bebeklerin

öldürülmelerinin doğal karşılanmaya başlanacağı endişesiyle ahlaki bulunmamaktadır (Çelik A. , 2016, s. 50).

Ötenaziyi kaynakların kullanımını temel alarak savunanlar da bulunmaktadır. Buna göre; iyileşmesi mümkün olmayan hastalara ölümü yalnızca bir süre erteleyen tedavilerin uygulanması kaynak ve zaman kaybıdır. Dolayısıyla bu kategoride bulunan hastalara ötenazi uygulanmasına izin verilmelidir. Bu görüş aynı zamanda ötenazi ile genetik aktarılan ileri derece akıl hastalıkları veya ağır fiziksel engelliliğe sebep olan hastalıkların ortadan kaldırılacağı için gelecek nesillerin sağlığının korunacağını iddia etmektedir (Özen & Şahin, 2010).

2.5.2. Eleştiren Görüşler

Yaşamın kutsallığı tezi din temeline dayanarak, ötenazinin her türünü reddetmektedir. Kutsal metinlerde geçen ifadelere göre insan hayatının yalnızca Tanrı tarafından alınabileceği gerekçisiyle ötenaziye şiddetle karşı çıkar. Tanrı tarafından verilen hayatın kişinin kendisi veya başka biri eliyle alınması kutsal kuralları ihlal etmektir. Kişi yaşadığı hayatın kıymetini bilmeli ve yaşadığı her zorlukta Tanrıya sığınmalıdır. Yaşamın kutsallığı öğretisi bazı filozoflarca etik temeliyle savunulmaktadır. Fakat bu temelde iki farklı çıkarım söz konusudur. İlki; tıpkı dini temelde olduğu gibi insan hayatına kutsal ve *özsel* bir değer atfetmektedir. İnsanın irade sahibi olması ve onurlu bir konumda bulunması onu doğadaki tüm varlıklardan üstün kılmaktadır. Bu sebeple insan hayatı, doğası gereği mutlak ve dokunulmazdır. İkinci çıkarım ise insan hayatına *araçsal* bir değer atfetmektedir. Buna göre kişi topluma ya da kendisine hiçbir katkı sunamayacağı ve hatta toplum üzerinde yük olma konuma geldiğinde, yaşamı değersizleşmektedir. Dolayısıyla bir önem arz etmediğinden bu kişinin yaşamı sonlandırılabilir (Uulu, 2014, s. 6-12).

Yaşamın dokunulmazlığı prensibi de insan yaşamının doğası gereği kıymetli olduğunu savunmaktadır. Günümüzde ülkelerin kullandığı hukuk sistemleri bu ilkeden yola çıkarak yaşamın dokunulmazlığını ihlal edenlere ağır yaptırımlar uygulamaktadır. Buna göre kimseye ve kişinin kendi iradesine dahi bu yetkinin verilmediği dolayısıyla hiç kimsenin kendi talebiyle de olsa yaşamaktan vazgeçemeyeceği belirtilmektedir (Çelik A. , 2016, s. 51). Ancak yaşamın dokunulmazlığı ilkesi son yıllarda medikal alanda yaşanan

gelişmeler doğrultusunda yaşam sürelerinin uzaması ile ilişkilendirilerek ağır şekilde eleştirilmektedir. Bu sebeple ötenaziye ilişkin Hollanda, İsviçre, Avustralya ve ABD gibi devletlerde kanun düzenlemeleri yapılarak yaşamın dokunulmazlığı ilkesine esneklik tanınmıştır (Yıldırım A. , 2004, s. 2).

Ötenaziye dair olumsuz çıkarımlar yapan bir diğer görüş de yaşama saygı ile ilişkilendirilen *kılıç prensibi*dir. Bu görüşe göre bir eylem amacından bağımsız olarak kötü ise, genel iyiliği muhafaza edebilmek için yasaklanmalıdır. Yani eğer bir davranış dizisi genele zarar veriyorsa bireysel açıdan da uygulanmasına izin verilmemelidir. Filozof Augustinus, *kılıç prensibi*ni yalan söyleme eylemi üzerinden örneklendirmiştir. Ona göre yalan söylememe kuralı bazı istisnai durumlarda esnetildiği takdirde bu durum sonradan önü alınamayacak seviyeye gelerek büyük sorunlara imkân tanıyacaktır. Ötenazi de bu kapsamda değerlendirildiğinde toplumun geneli için sakıncalıdır. Örneğin bir kişinin pasif ötenazi ile ölümüne izin vermek o ve çevresi için büyük sorunlar yaratmayabilir fakat daha sonra artacak olan pasif ötenazi talepleri aktif ötenazinin ve hatta istem-dışı ötenazinin önünü açarak sınırların giderek aşılmasına neden olacaktır. Bu durum da Naziler örneğinde olduğu gibi masum birçok insanın; yaşlıların, tedavisi olmayan bakıma muhtaç hastaların veya doğuştan engeli bulunan çocukların yaşamlarının değersizleştirilmesini ve dolayısıyla yaşamaya duyulan saygının azalmasını meşru kılacaktır. Yaşama saygının azalmasına bağlı olarak da türlü sebepler ile büyük katliamların yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Bu sebeple *kılıç prensibi* bahsi geçen olaylar zincirinin önünün alınabilmesi için en küçük istisnalara dahi izin verilmemesi gerektiğini savunmaktadır (İlhan, 2011, s. 53).

Ötenazi bazı görüşlerce *tıbbın gelişimini engelleyeceği* endişesi ile eleştirilmektedir. Önceki yıllarda tedavi edilemeyen ve iyileşme öngörülmeyen bazı hastalıklar günümüzde tıbbi araştırmalar sayesinde tedavi edilebilmektedir. Bu görüş, o yıllarda da iyileşme ihtimali olmayan hastaların ölmelerine izin verilmiş olsaydı günümüzde tıpta yaşanan gelişmelerin mümkün olmayacağını ifade etmektedir. Lakin halen daha tedavi edilemeyen hastalıklar mevcuttur. Bu sebeple tıbbi ilerlemenin önüne geçilmemesi adına ötenaziye izin verilmemelidir. Bu görüşü savunan Fransız hekim E. Forgue, bir hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı söyleminin tıbbi açıdan olanaksız olduğunu dile getirmiş ve bunu kendi yaşadığı bir olay üzerinden örneklendirmiştir. Mide kanseri teşhisi koyduğu ve tedavi edilemeyeceğini düşündüğü için bir hastasına teselli amacıyla birtakım ilaçlar verip gönderdiğini, üzerinden yıllar geçtikten sonra tesadüfî bir

şekilde karşılaştıklarında hastasının ilaçların çok iyi geldiği için müteşekkir olduğunu söylediğini ve bunun üzerine yaptığı muayene sonucunda hastasında mide kanseri teşhisine neden olan patolojinin yok olduğunu gözlemlediğini aktarmıştır. Forgue aynı zamanda ötenazi uygulayan kimselerin cezalandırılmaması halinde birçok susitimalin yaşanacağını iddia etmiştir (Çelik A. , 2016, s. 55-56).

Ötenazi bir başka açıdan da sağlıklı bir kişinin ölme arzusu taşımayacağı gerekçesi ile eleştirilmektedir. Buna göre yaşama isteği insanın doğası gereği var olan içgüdüsel bir tepkidir. Ölmeyi istemek mantıklı bir davranış olmamakla beraber içinde yaşama isteği barındırmayan ve hatta bu yaşamı sonlandırmak isteyen kişilerin de akli melekeleri yerinde değildir. Dolayısıyla burada tam ve sağlıklı bir iradeden bahsedilemeyeceğinden ötenazi uygulanması için hukuki ön koşullardan biri sağlanmamaktadır. Bu sebeple yaşamını sonlandırmayı talep eden bir kişinin bu talebi hukuki açıdan dikkate alınmamalıdır (Özen & Şahin, 2010, s. 25). Özellikle aktif ötenaziyi sakıncalı bulan ve şiddetle karşı çıkan bu görüş, ötenaziyi savunanların temel argümanını oluşturan otonominin, bireyin kendi yaşamını sonlandırma hürriyetini kapsamadığını iddia etmektedir. Buna göre kişinin seçimlerinde yanılabileceği olgusu *otonomi ilkesi*nin sınırlandırılmasını gerektirir. Aktif ötenazinin de otonom bir aklın ürünü olduğuna ilişkin kesin bir yargıya varılamaz. Örneğin kişi duyduğu ağrıdan kurtulmak için ötenazi talep etmişse buna sebep söz konusu ağrılardır. Yani hastalığın etkileri kişinin seçimlerini ve kararını etkilemiştir. Dolayısıyla burada gerçek anlamda bir istek söz konusu değildir (Çelik A. , 2016, s. 57).

2.6. Farklı Disiplinlerce Ötenazi

Ötenazi bir kavram olarak ortaya çıkışından bu yana tartışmalı konuların başında yer almaktadır. Girift ve çok yönlü yapısı, birden fazla perspektifle değerlendirilmesine olanak tanımıştır. Kavram yalnızca içerik olarak ve aynı zamanda uygulama şekli, yöntemi, gerekçeleri gibi eylemsel açılardan da analiz edilmiştir. Bu konu üzerinde günümüzde halen tartışmalar devam etmektedir.

Ötenazi konusuna etik, teolojik, ahlaki, insan hakları gibi birçok perspektif getirilirken; uygulamada birebir süreç içerisinde olan meslek grupları da elbette bu duruma sessiz kalmamıştır. Bununla birlikte ötenaziyi kişinin ıstırabını dindirmek bağlamında değerlendirenler doğru ve gerekli bulurken; dini ve ahlaki boyutta yaklaşanlar şiddetle karşı çıkmaktadır. Ötenazinin aynı zamanda suistimale açık ve

sürecin şeffaf yürütülmediği takdirde birçok yanlışı doğuracağını düşünenler de bulunmaktadır.

Çalışmanın bu kısmında farklı mesleki disiplinlerden tıp, hukuk, insan hakları ve sosyal hizmet görüşleri incelenecek ve bu mesleki grupların ötenazi tutumlarına dair bilgiler paylaşılarak bu alanda yapılan araştırmalar değerlendirilecektir.

2.6.1. Tıp Bağlamında

Tıp bağlamında ötenaziyi değerlendirmek için tıp etiğinden bahsetmek yararlı olacaktır. Öncelikle kendi içinde pek çok paradigmayı barındıran etik kavramını kısaca tanımlamak gerekirse; insan için bireysel ve toplumsal süreçte ideal olan davranışlar hakkında yol gösteren ve iyi ve doğrunun ne olduğuyla ilgilenen bilim dalı olarak ifade edilebilir (Kuçuradi, 2003, s. 8). Tıp etiğini ise; tıbba ait değerler, yapılması veya uzak durulması gereken eylemler ve tıp dünyasına ait kurallardan, neyin iyi ve doğru olduğunu konu edinen mesleki etik dalı şeklinde tanımlamak mümkündür (Yıldırım & Kadıoğlu, 2007, s. 10).

Tıp etiği, tıbbi çevrede insan için ideal olan eylemlerin, uygulama bazında değerlendirilmesini içerir. Bu alanda ortaya çıkan sorunları belirlemeyi, incelemeyi ve bu sorunları tartışarak en uygun çözüme ulaşmayı da kapsar. Aynı zamanda kişide bu bilinci oluşturmayı ve her eylemde doğru ve iyiyi arama güdüsünü aktive etmeyi amaçlar. Örneğin doktor hasta ilişkisinde, doktorun bir cerrahi operasyonu gereksiz olduğunu bildiği halde uygulaması, hastada doktora duyulan güvenin kırılmasına sebep olabilir. Dolayısıyla bu eylem tıp etiği açısından doğru değildir. Sağlık sorunlarında başvurulacak en rütbeli kişiler doktorlar olup mensubu oldukları meslek itibariyle bu yetkiyi üstlenmişlerdir. Doktorların sahip oldukları sorumluluk, hastanın yararına olmayacağını bildikleri eylemlerden kaçınmalarını gerektirir. Bu sebeple hastayı katkı sağlamayan fazla masraflı tedaviye sürüklemek, gereksiz tıbbi müdahalelerde bulunmak veya tedavi için fahiş ücretler istemek, yetkiyi kötüye kullanmak olarak değerlendirilebilir ve bu durum etik ihlali doğurur (Gök, 2015, s. 29).

Günümüzde var olan tıbbi etik değerlerin başlangıcının Hipokrat'ın yemin metninde geçen ifadelere dayandığı düşünülmektedir. Hipokrat'ın metnine göre tıp etiğinin ilkelerinden bazıları; *özerkliğe saygı, yararlılık, kötü davranmama, aydınlatılmış onam, adalet, gizliliğe saygı, zarar vermeme, sadakat, özgürlük, doğruluk, sözünde durma, gerçeği söyleme, sır saklama* ve *eşitlik* ilkeleridir. Karşılaşılan bazı zor durumlar,

bu ilkeler arasında seçim yapmayı gerekli kılabilir. Bu gibi durumlarda izlenmesi gereken yol şu şekilde açıklanmıştır: Öncelikle bahsi geçen ilkenin ihlal edilmesi için gerçekçi bir sebep bulunmalıdır. İçinden çıkılamaz bir durum söz konusu olduğunda karşı karşıya gelen ilkelerden birinin çiğnenmesi elzem olabilir. Belirtilen durum yaşanırken ilkeye verilen zarar, mümkün mertebe en aza indirilmelidir. Son olarak ihlalden kaynaklı ortaya çıkan etkilerin de olabilecek en düşük seviyeye indirgenmesi amaçlanmalıdır. İlkelerin çatışmasına, kimi durumlarda hekimlerin hastalığı kişiden gizlemesi örnek gösterilebilir. Bazı kanser hastalarına hastalığın söylenmemesi yaygın gözlemlenen bir durumdur. Hekimin bu tutumu; *aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı, doğruluk ve gerçeği söyleme* ilkelerinin ihlali anlamına gelmekle birlikte hastalığın söylenmesinin kişiye zarar vereceğinin düşünüldüğü durumlarda, *yararlılık* ilkesi gereğince haklı bir eylemdir (Aydın & Ersoy, 1995, s. 49-51).

Ötenazi de bahsi geçen ilkelerde ihlal ve çatışmalara sebebiyet verebilecek olaylar arasında gösterilmektedir. Tıbbın babası kabul edilen Hipokrat, ötenaziye karşı çıkmıştır. Bir doktorun görevinin hastayı tedavi etmek ve onu hayat kalitesini düşüren ağrılardan arındırmak olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte iyileşmenin mümkün olmadığı hastalıkların tedavi edilmemesi telkininde de bulunmuştur. Hipokrat aynı zamanda yemininde, hekimin ölmek isteyen bir hastaya kendi talebiyle dahi olsa ilaç vererek ölümü kolaylaştırmasını yasaklamıştır (Terzioğlu, 1994, s. 16-17).

Hipokrat'ın yemin metni yüzyıllar boyunca varlığını sürdürerek dikkate şayan bir istikrarla tıp etiğinin ilkelerinin oluşumundaki önemini korumaya ve tıp dünyası tarafından yaşatılmaya devam etmektedir. Fakat tarihte Hipokrat'ın yeminini reddeden sağlık çalışanları ve hekimler de olmuştur. 20'inci yüzyılın sonlarında ilk kalp naklini yapmasıyla adından söz ettiren Christian Bernard isimli hekim, tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı bulunan ve ıstıraplı bir hastalık süreci yaşayan 80 yaşındaki annesinin hayatına son verdiğini anılarında yayınlamıştır. Bu durum Bernard'ın özellikle tıp camiasından yoğun eleştiri toplamasına sebep olmuş ve Hipokrat yemininde geçen ifadelere uygunsuz bir hareket olduğu iddia edilmiştir (Bilgin, 2013, s. 28). Yaşanan bu olay Avrupa'da ötenazi hakkında çok sesli bir ortam doğurmuştur. Alman cerrah Hackethal, iyileşmesi tıbben mümkün olmayan ve dayanılmaz ağrılara katlanmak zorunda kalan yaşlı hastaların ıstırabına son vermenin bir hekimin vazifesi olduğunu

savunmuş ve Hipokrat'ın yemin metnini basın mensupları önünde yakarak bu konu hakkında sansasyonel bir ortamın oluşmasına neden olmuştur (Işıkhan H. , 2002, s. 84).

Tıbbi bağlamda ötenaziye dair ilk adımlardan biri CPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) hakkındaki düzenlemelerdir. Çalışmaz halde olan solunum ve dolaşım sistemini tekrar aktive etmek için uygulanan metotların genel adı olan CPR yaygınlaşmaya başladığı 1960'lı yıllarda kalbi duran tüm hastalara uygulanmaktaydı. Fakat Amerikan Tabipler Birliği'nin (American Medical Association) 1974 yılında, CPR'nin beklenmedik ölümleri önlenme gayesi taşıdığını ve ölümü yakın zamanda gerçekleşmesi kaçınılmaz olan, yaşamının son evresindeki hastaların CPR endikasyonlarının bulunmadığını beyan etmesi üzerine hastanelerde RET (Resüsite Etmeyiniz) komutları yaygınlaşmıştır (Dikmen, 2001, s. 36). Endikasyon bulunmayan hastalara CPR uygulanmasına ilişkin nihai karar hekim tarafından verilmektedir. Hekim, hastaya uygulanabilecek tedavi yöntemlerini yarar sağlayıp sağlamayacağı noktasında değerlendirerek CPR kararına ulaşabilir. Ancak bazı durumlarda hasta veya yakınları CPR uygulanmasını istemeyebilir. Bu durum hekimin üstündeki sorumluluğun azalmasını sağlayabilir. CPR'nin sistematik ve seçici bir şekilde uygulanmasının ötenazi vakalarını etkileyebileceği, öyle ki RET komutu hakkında bilgilendirilmeleri halinde hasta veya yakınlarının bir yol haritası oluşturabileceği ve hatta bu durumun pasif ötenaziye ilişkin talepleri azaltabileceği yönünde görüşler de bulunmaktadır (Oğuz, 2001, s. 66).

Amerika'da 1990 yılında "Amerikan Yoğun Bakım Derneği" (Society of Critical Care Medicine- SSCM) tarafından bu konuya ilişkin bir konsensus raporu yayınlanmıştır. Raporda, hasta veya hasta yakınlarının talebi üzerine, tedavi yöntemlerinin kişiye özgü olarak değerlendirildikten sonra eğer tedavinin hastada kayda değer bir gelişim sergilemeyeceği belirlendiyse o tedavinin *futility* sınıfında yer alacağı ve bu sebeple yaşam desteğinin hiç başlamayacağı veya kesilebileceği seçeneklerinin bulunduğundan bahsedilmiştir (Altıntaş, 2001, s. 27). *Futility* tedaviler, kaynakları lüzumsuz bir şekilde harcayan, hastayı bekleyen nihai ölüme dair bir katkı sunmayan ve ek hiçbir getirisi olmayan tedaviler olarak tanımlanmaktadır (Oğuz, 2001, s. 62).

Raporda, sadece ölümü ertelemekten başka fayda sağlamayan tedavilere devam etmenin etik açıdan uygun olmadığı ifade edilmiştir. Sonraki yıllarda *boşunalık* (futility) kavramı üzerine yoğun tartışmalar yaşanmıştır. Bu tartışmalarda çoğunluk, boşuna

olduğu bilinen tedavilere başlanmaması görüşünü savunurken üzerinde karara varılamayan konu boşuna olan tedavilerin belirlenmesi olmuştur. Ardından 1997 yılında SCCM tarafından *boşunalık* üzerine yeni bir rapor yayınlanmıştır. Bu raporda tedaviler; fizyolojik açıdan fayda sağlamayan, fayda sağlama ihtimali düşük olan, fayda sağlama ihtimali bulunan ancak fazla masraflı olan, yararlı olup olmayacağı hakkında kesin bir yargıya varılamayan tedaviler olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir. SCCM bu raporda sadece fayda sağlamayan tedavilerin boşuna olduğunu belirtmiş ancak diğer yöntemlerin de hastaya söylenmesinin bazı koşullarda doğru olmayacağını ifade etmiştir. Bu koşulların nasıl belirleneceği ve hangi tedavilerin hangi hastalara önerileceği konuları ise sağlık kuruluşlarının takdirine bırakılmış ve bu kuruluşlarca belirli bir talimat metni hazırlandıktan sonra halkın bu konuda bilgilendirilmesi telkininde bulunulmuştur (Dikmen, 2001, s. 37-38).

Ülkemizde ise bu alanda yapılan araştırmaların oldukça sınırlı olmasından dolayı henüz kesin bilgilere ulaşılamamaktadır. Ancak 2000 yılı Kasım ayında düzenlenen bir ötenazi panelinde yoğun bakım ünitelerinin mümkün olduğunca hastayı yaşatmaya yönelik birimler olduğu bu nedenle ötenazinin söz konusu olmadığı ancak ilerleme kaydedilmeyen hastalarda tedaviyi kesmenin etik açıdan yanlış olmayacağı belirtilmiştir (Akpir, 2001, s. 32).

Dünyada çoğunlukla pasif ötenazi ve RET yöntemleri uygulanırken Hollanda ve İsviçre başta olmak üzere bazı Avrupa ülkelerinde aktif ötenazi veya hekim destekli intihara izin verilmektedir. Hollanda'da 1993 yılında yürürlüğe konulan ötenaziye ilişkin yasada belirli koşullar altında, hastaların aktif ötenazi isteme hakkı bulunmaktadır (Terzioğlu, 1994, s. 19). Almanya'da ise intihar için hekim desteği almak veya bu işlemlerin hastane veya sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi yasadışıdır. Ancak bazı ötenazi derneklerinin organize etmesiyle veya başka birinin yardımıyla yaşamı sonlandırmak legal kabul edilmektedir. Ülkemizde bu konuya ilişkin yasalarca düzenlenmiş bir yönerge bulunmamaktadır. Öyle ki ötenazi gibi tartışması dahi olmayan konuların toplum ve yasalarca kabul edilmesi için köklü değişikliklerin olması elzemdir. Ancak konunun yasal düzlemde ele alınmıyor oluşu ülkemizde hiç ötenazi uygulanmadığı anlamına gelmemektedir. Hekimler çoğunlukla kendi inisiyatifleriyle de olsa, hastanın iyileşme ihtimalinin bulunmadığı koma, bitkisel hayat gibi durumlarda tedaviyi kesebilmektedir (Terzioğlu, 1994, s. 19).

2.6.2. Hukuk ve Haklar Bağlamında

İnsan kişilik olarak iki açıdan ele alınabilir. Kişi, toplum içinde kendi benliği, ahlaki yargıları, kural ve prensipleri ile vardır. Bu vasıflar onu doğadaki tüm canlılardan ayırır, ona biricik ve kendine özgü bir değer atfeder. Bu varoluş biçimi kişinin toplum içindeki soyut benliğini ifade eder. Öte yandan kişi hukuki kimliği ve bütünlüğü ile hakları bağlamında vardır. Bireyin bu kişiliği ise, onu insan olma erdemine yakışan, kendi özü olan birinci kişiliğini koruyup güçlendirerek, kendine özgülüğünü diğerlerininkine tehdit unsuru oluşturmayacak şekilde ortak bir düzleme uyarlamıştır. Varlık bu bağlamda somut bir durumu anlatmaktadır. Soyut kişiliğin kendine özgü yönleri, insan için bireysel hakları gerekli kılmıştır (Savcı, 1980, s. 1-2). Kişinin sahip olduğu bu haklar arasında hiyerarşik bir düzen olmasa da şüphesiz *yaşama hakkı* en değerli olanlardan biridir. Öyle ki *yaşama hakkı* olmadığı takdirde diğer haklardan söz etmek mümkün değildir (Yalçın, 2006, s. 26-27).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin (AİHS) ikinci maddesinde *yaşama hakkı*nın ihlal edilemez bir hak olduğu ve bu hakkın kanunlar yoluyla korunduğu belirtilmektedir. *Yaşama hakkı*na ilişkin devletlerin *pozitif* ve *negatif yükümlülük*leri bulunmaktadır. *Negatif yükümlülük*, devletin *yaşama hakkı*na karışmaması, bu hak karşısında eylemsiz kalmasını ifade etmektedir. Bu eylemsizlik, bireylerin yaşama hakkının başkaları ve dahi devletin kendisi tarafından ihlal edilmesine de izin vermeyen bir tutumu anlatmaktadır. *Pozitif yükümlülük* ise devletin, *yaşama hakkı*nın ihlal edilmemesine yönelik hareket etmesini ifade eder. Yani devletin, bu hakkı korumakla kalmayıp aynı zamanda ihlale neden olabilecek tehditleri ortadan kaldırarak gerekli güven ortamını oluşturma zorunluluğu bulunmaktadır. Örneğin yaşamıyla tehdit edilen bir birey devlet tarafından en kapsamlı şekilde korunacak, eğer birey güvenlik önlemlerine rağmen öldürülürse suçluyu derhal bulup cezai yaptırımları uygulayacaktır (Nomer, 2014, s. 42-44).

Ötenazi, bu sebeple çoğunlukla *yaşam hakkı* bağlamında ele alınmaktadır. Elbette talep eden tarafın uygulama sonucunda yaşamını yitirmesi, bu bağlamda değerlendirilmesini zorunlu hale getirmiştir. *Yaşam hakkı* insana varoluşu itibariyle verilen ana rahmine düştüğü günden beri sahip olduğu haktır. *Yaşam hakkı*nın ihlali durumunda tekrar düzeltilemez oluşu onu fazlasıyla değerli kılmakta dolayısıyla özenle korumayı gerektirmektedir. Bu sebeple yaşamın sonlanmasına sebep olan eylemlere kişinin kendisinden başka kimseye izin verilmemektedir. Nihayetinde *yaşam hakkı*;

temel ve üstün, mutlak ve dokunulmaz bir haktır (Altay, 2005, s. 42). Fakat bu konu hakkında birçok farklı görüş mevcuttur. Ötenaziyi cinayet olarak değerlendiren ve yaşam hakkının çiğnenmesi olduğunu düşünenler varken, kişinin kendi özgür iradesiyle gerçekleşmesi bakımından bu hakkın ihlal edilmediği görüşünü savunanlar da bulunmaktadır.

*Yaşama hakkı*nın ihlali bazı durumlarda hukuksal açıdan tartışmalı bir konudur. Örneğin, iyileşmeyeceği kesin olan bir kişinin çektiği acılardan dolayı ıstırabına son vermek maksadıyla öldürülmesinin suç teşkil edip etmeyeceği hukuki bağlamda büyük çıkmazlar doğurabilmektedir. Bu durum ülkelerin yasal düzenlemelerinde aynı vakalara farklı yaptırımlar uygulanmasına sebebiyet verebilmektedir (Artuk, 2001, s. 42).

İnsan *yaşama hakkı*na sahip olmanın yanı sıra aynı zamanda *özerklik* hakkına da (otonomi) sahiptir. *Otonomi*, kişiye kendi hayatında mutlak kontrolü sağlama hürriyeti vermektedir. Bu hak, akıl sağlığı yerinde olan insanlara kendi hayatlarını sonlandırabilme özgürlüğünü de kapsamaktadır. *Otonomi*ye göre kişinin özgür ve hür iradesiyle almadığı her karar onun onurunu zedeler. Kişi kendi geleceğiyle ilgili kararlar alırken mutlak iktidar sahibidir. Bu bağlamda kişi kendi iradesiyle *yaşama hakkı*nı ihlal etme özgürlüğüne de sahiptir. Tıbbi alanda da tedaviyi reddetme yani pasif ötenazi hakkı olduğu gibi aktif ötenaziyi seçme hakkı da bulunmaktadır. Buna göre ötenazi, kişinin kendi iradesi ile gerçekleştiği takdirde bir *özerklik* hakkıdır ve kısıtlanamaz. Görüldüğü üzere *yaşama hakkı*nın dokunulmazlığı ve dahi kişinin kendisinden bile korunması ilkesi bazı durumlarda *otonomi*yi dolayısıyla özgür iradeyi yok saymaktadır. (Altay, 2005, s. 46).

Ötenazinin yasal kabulü ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu anlamda ülkeler cezai yaptırımları bakımından iki gruba ayrılmaktadır. Birinci gruptaki ülkeler; öldürülen kişinin talebi üzerine olması ve onun yararının gözetilmesini hafifletici bir gerekçe olarak görmektedir. Almanya, İtalya ve İsviçre başta olmak üzere Danimarka, Polonya, Yunanistan, İzlanda, Norveç ve Avusturya birinci gruba dâhildir. İkinci grup; ötenaziyi cinayetle eşdeğer görmekte ve bu doğrultuda ağır yaptırımlar uygulamaktadır. Fransa ceza kanunları bu gruptaki yaptırımlara örnek teşkil etmektedir (Özler, 2001, s. 12-13).

2.6.2.1. Ülkelerde Durum

Hollanda bilindiği üzere ötenaziyi yasallaştırma adına adım atan ülkelerin başında gelmektedir. İlk olarak mecburi durumlarda ötenazi uygulayan hekimlerin cezai sorumluluğu bulunmadığı kanunlarca düzenlenmiştir. Ancak sonraki yıllarda süreç içerisinde yaşanan vakaların ve mahkeme kararlarının da etkisiyle bu konuya ilişkin kanunlar genişletilmiştir. 1994 yılında ötenaziye ilişkin bir yasa çıkarılmış ve bu yasada hekim tarafından belirli koşullarda ötenazi uygulanmasına izin verilmiştir. Bu koşullara göre; hasta ötenazi hakkında bilgilendirildikten sonra da kararında net ve ısrarcı olmalı, hekim bu kararı hastanın sağlıklı bir şekilde düşünerek ve kendi iradesiyle aldığını bilecek kadar yakın olmalı, ağrılı ve ıstıraplı bir hastalık süreci yaşanmalı ve iyileşme ihtimali olmamalı, hasta ve hekim arasında ötenazi dışında uygulanabilecek diğer yöntemler konuşulmuş olmalı, hekim başka bir hekime danışarak onun da aynı kanıda olduğunu öğrenmeli ve ötenazi uygulaması eksiksiz bir müdahale ile gerçekleştirilmiş olmalıdır (Altay, 2005, s. 68).

Almanya'da ötenazi, 1986 yılında düzenlenen hukuk konferansında kapsamlı olarak ele alınmış ve yasalarda yer edecek olan önemli sonuçlara ulaşılmıştır: Talep üzerine ötenazi uygulanması süreç içerisinde olanların vicdani yükümlülüğüdür. Ötenaziye dolaylı yoldan yardım etmek kanunlarca suç teşkil etmemelidir. Pasif bir eylemle ötenaziye yardım etmek hekimin görevidir. Ötenazi hakkında yazılan hasta vasiyetnamelerine şüpheli yaklaşılmalıdır. Son olarak asiste ölümün özel bir yasa ile düzenlenmesine gerek yoktur. Görüldüğü üzere Almanya'da ötenaziye ilişkin özel prosedürlerin yer aldığı bir kanun bulunmamakla birlikte yalnızca belirli koşullar altında meşru görülmektedir (Özler, 2001, s. 15-16)

Avustralya'nın kuzey bölgesinde ötenaziye ilişkin kanun ilk olarak halkın onayına sunulmuş ve büyük çoğunluğun kabul etmesi üzerine 1995 yılında yürürlüğe konulmuştur. Kanun, hekimin hastaya öldürücü dozda ilaç sağlamasına veya bu uygulamayı bizzat gerçekleştirmesine dolayısıyla aktif ötenaziye izin vermektedir. Fakat sonrasında ötenazi karşıtlarının şiddetli itirazı ve protestolar düzenlemesi üzerine yasada değişikliğe gidilerek yalnızca pasif ötenaziye ilişkin düzenleme yapılacağı, aktif ötenaziye izin verilmeyeceği açıklanmıştır. Yeni yasaya göre; hastanın dayanılmaz ağrıları olmalıdır, hekim tarafından tedavi ve alternatif yöntemler ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra da kararında sabit olmalıdır, kararın sağlıklı alındığından emin olmak

için psikiyatri hekiminin tasdik etmesi gerekmektedir. Ötenazi talebi, hastanın kararından yedi gün sonra resmi mercilere aktarılmaktadır (Altay, 2005, s. 70).

Belçika'da da benzer koşullar altında ötenaziye izin verilmekle birlikte ek olarak uygulamanın gerçekleşmesi için hastanın resmi talebinin üzerinden 1 ay geçmesi gerekmektedir. Belçika hükümeti tarafından görevlendirilen kontrol kurulu, 1 ay içinde hastanın talebini değerlendirerek en son kararı vermektedir. Belçika kanunları, ötenazi uygulamasını gerçekleştirmek istemedikleri durumlarda hekimleri korumaktadır. Dolayısıyla hekimler uygulama yapmak zorunda bırakılamaz (Bilecen, t.y., s. 7).

İsviçre'de ötenazi ayrı bir kanunla düzenlenmiştir. Buna göre ötenazinin cezai yaptırımı kasten adam öldürme suçundan çok daha hafiftir. Ceza kanunun 115. maddesine göre; intihara teşvik ve yardım etmek 5 yıl hapis ile cezalandırılmaktadır. Ancak fiilin, intihar eden kişinin talebi üzerine gerçekleştiği ve yardım eylemini gerçekleştiren kişinin bu eylemden hiçbir çıkarının olmadığı kanıtlanmış ise, eylem intihara yardım suçu teşkil etmemekte ve dolayısıyla cezai yaptırıma tabi tutulmamaktadır (Kılınç, 2013, s. 313).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise yasalar, eyaletler arasında farklılık gösterse de genelinde aktif ve pasif ötenazi ayrımı bulunmaktadır. Aktif ötenazinin, çoğu eyalette öldürme suçundan cezai yaptırımı bulunmaktadır. Ancak bu yaptırımlar hafif cezalar statüsünde seyretmekte hatta çoğu defa soruşturma yapılmasına bile gerek görülmemektedir. Pasif ötenaziye ise çoğu eyalette yasalarca izin verilmekte ve bu durum hastanın *tedaviyi reddetme* hakkı kapsamında değerlendirilmektedir (Altay, 2005, s. 71). ABD'de hekim destekli intiharın en yaygın gözlemlendiği eyaletlerden biri olmasından ötürü Oregon'dan bahsetmek yararlı olacaktır. 1997 yılında Oregon eyaletinde hekim destekli intihara izin veren "Onurlu Ölüm Yasası" yürürlüğe konulmuştur. Kanuna göre; hasta en az 18 yaşında olmalı, ölümcül bir hastalıktan muzdarip olmalı ve ölümün kaçınılmaz olarak en fazla altı ay içinde gerçekleşeceği biliniyor olmalıdır. Kanuna göre hekim, hastaya ölümünü hızlandıracak ilaçlar temin edebilir. Hastanın ötenazi talebini gönüllü olarak dile getirdikten sonra belirtilen şartları da sağlıyorsa kanunda belirtilen formu doldurup imzalaması beklenir. Bu formu aynı zamanda eş, arkadaş veya akraba olmayan iki tanığın daha imzalaması gerekmektedir. Resmi işlemler talebin yapıldığı günden 15 gün sonra başlar. Burada amaç hastaya son kez düşünme süreci tanımaktır. Bu süreçte hasta talebi geri çekmezse 15 günün sonunda hekim tarafından hastadan talebi tekrar sözlü olarak ifade etmesi istenir. Talebin tekrarı üzerine doktor ilacı temin sürecine

başlayabilir. Sözlü ifadeden 48 saat sonra uygulama gerçekleşebilir. Hekim destekli intihara, Washington, Montana, Vermont ve California eyaletlerinde de Oregon'da olduğu gibi benzer şartların sağlanması halinde yasalarca izin verilmektedir (Turanjanin, Čvorović, & Ćorović, 2017, s. 4-10).

Lüksemburg ötenaziyi yasalaştıran üçüncü ülkedir. 17 Mart 2009 tarihinde çıkarılan kanuna göre; ötenazi talep eden kişinin ıstıraplı bir hastalık sürecinde olması, ötenaziyi özgür iradesiyle seçmiş olması, hekim tarafından bilgilendirildikten sonra da kararında ısrarcı olması gibi Hollanda yasal prosedürüne benzer koşulları sağlaması gerekmektedir. Hastanın bitkisel hayat gibi bilincinin kapalı olduğu durumlarda yasal vasi veya aile ile hekim arasındaki kararın neticesine göre ötenazi uygulanır (Kılınç, 2013, s. 313).

İngiltere diğer Avrupa ülkelerine kıyasla ötenaziye karşı mesafeli bir tutum sergilemektedir. Halkın %80'i ötenaziye kanunlarda yer verilerek hekimlerin ötenazi uygulamasına izin verilmesi gerektiğini savunmuştur. Görüldüğü üzere yapılan araştırma sonuçlarına göre İngiliz halkı ötenazinin kabul edilebilir olduğunu düşünmektedir. Fakat buna rağmen İngiltere'de ötenaziye dair henüz bir düzenleme bulunmamaktadır. Bununla birlikte, araştırma sonuçları ve halkın pozitif tutumundan dolayı, yakın zamanda kayda değer gelişmelerin yaşanacağı öngörüsünde bulunmak yanlış olmayacaktır (Altay, 2005, s. 72-73).

Türkiye'de de ötenaziye dair bir düzenleme bulunmamaktadır. Aynı zamanda pek çok ülke kanununda rastlanan hafifletici suç kategorisinde değerlendirilmesi de söz konusu değildir. Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 448. maddesine göre ötenazi veya talep üzerine öldürme fiilleri kasten adam öldürme suçu kapsamında cezai yaptırıma tabi tutulmaktadır. Ancak hâkim kendi inisiyatifi ile hafifletici unsur olarak değerlendirerek cezai yükü azaltabilir (Artuk, 2001, s. 54).

Belgesay'a göre hastanın isteği üzerine gerçekleşen öldürme eylemleri TCK'nin 454. maddesinde düzenlenen *intihara ikna ve yardım* suçu kapsamında değerlendirilmelidir. Dolayısıyla hastanın talep etmiş olması *hafifletici sebep* sayılabilir (Özler, 2001, s. 14). Ancak 454. madde *ikna ve yardım* öğelerinin birlikte bulunması halinde intihara yardım suçunun oluşabileceğini ileri sürmektedir. İki öğeden birinin olmadığı ancak hastanın talebi üzerine gerçekleşen fiiller *kasten adam öldürme* suçu sayılmaktadır (Altay, 2005, s. 64).

1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 2. maddesinde hekimin görevinin hastanın şahsına ve sağlığına özen göstermek olduğu ifade edilmektedir. Aynı metnin 13. maddesinde bulunan "tabip; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz*"* ibaresi ile 14. maddede bulunan "tabip; hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir*"* ibaresi ötenazinin yasaklandığını ortaya koymaktadır (Artuk, 2001, s. 55).

2.6.2.2. Hasta Hakları ve Saygın Ölüm

Ötenaziye ilişkin en açık düzenleme Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesidir. Bu madde, talep üzerine veya hangi nedenle olduğu fark etmeksizin ötenaziyi kesin bir şekilde yasaklamıştır. Dolayısıyla Türk Hukukunda ötenazi kati surette kabul edilmemektedir. Öte yandan ötenazi uygulayan kişilerin hafif cezalar ile yargılanması gerektiğini savunan bazı ceza hukukçuları, ötenazinin düzenlenmesine ilişkin yasa tasarıları önermiştir. Buna göre iyileşme ihtimali olmayan ve dayanılmaz ağrılar çeken hastanın kendi iradesi ile ısrarlı bir şekilde talep etmesi üzerine yalnızca hastanın yararını gözeterek bu eylemi gerçekleştiren kişiye 1 ila 3 yıl arasında hapis cezası öngörülmektedir. Ancak hazırlanan çeşitli önerilere rağmen bu konuya TCK veya diğer düzenlemelerde yer verilmemiştir (Altay, 2005, s. 65).

Dünya geneline bakıldığında ülkelerin hazırladığı hasta haklarına ilişkin düzenlemelerde ötenaziyi destekleyen ifadelerle karşılaşmak mümkündür.

Dünyadaki ilk hasta hakları bildirgesi 1972 yılında "Amerikan Hastane Birliği" tarafından yayınlanmıştır. Bildirgenin 1. ve 4. maddelerinde hastanın; *onurlu tedavi görme* ve *tedaviyi reddetme* haklarının bulunduğu ifade edilmektedir. 1981 yılında *Dünya Tabipler Birliği*'nin hazırladığı hasta hakları bildirgesinde ise açıkça hastanın onurlu bir şekilde ölme özgürlüğüne sahip olduğundan bahsedilmektedir. 1994 yılında Amsterdam'da yayınlanan, *Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi*'nde hak ve özgürlükler 6 kategoride toplanmıştır. Bunlardan *bakım ve tedavi* kategorisine göre hastaların; ağrılarının durdurulması, hayatları sonlanırken insan olmaya yaraşan bakımı görme ve saygın bir şekilde ölme hakları bulunmaktadır (Işıkhan H. , 2002, s. 53).

Saygın ölüm, gelişen tıbbi yöntemler ve yaşam sürelerinin uzaması neticesinde son yıllarda üzerinde oldukça durulan bir konu haline gelmiştir. 1999 yılında "Debate of

The Age Health and Care of Older People" raporunda *saygın ölüm*e ilişkin 12 ilke belirlenmiştir. İlkelerin sağlık ve bakım kuruluşlarınca kabul edilmesi ve buna yönelik gerekli düzenlemeyi yapmaları önerilmiştir (Duyan, 2014, s. 26). Belirlenen 12 ilkede saygın ölümle ilişkili olarak hastanın; *ölümünün ne zaman geleceğini bilme*, tedavi ve hastalık *sürecini kontrol edebilme, ağrı ve belirtileri* denetleyebilme, *mahremiyetinin* muhafaza edilmesi, ölümünün gerçekleşeceği mekânı belirleyebilme, ihtiyacı olan *bilgilere* erişebilme, *manevi destek* görme, *bakım hizmetine erişebilme,* ölüm esnasında yanında olmasını istediği *kişileri belirleyebilme*, öldükten sonraya dair *isteklerini bildirebilme, vedalaşmak için zamana sahip olabilm*e ve bu zamanı yönetebilme, son olarak da *anlamsızca uzamış hayatı yaşamama* hakkı bulunmaktadır (Çelik N. , 2019, s. 325).

2.6.2.3. Medyatik Vakalar

Çalışmanın önceki bölümlerinde medyada büyük yankı uyandıran vakalardan Jack Kevorkian'dan bahsedilmiştir. Araştırmanın devamında medyaya yansıyarak önemli gelişmelere sebep olan ve alanında emsal teşkil eden mahkeme kararlarına konu olan vakalara değinilecektir.

Pretty

Diane Pretty, MND olarak bilinen, kasları güçsüzleştirerek sınırlı hareket kabiliyeti tanıyan ve nefes almada ciddi zorluklar yaratan ve acılı bir ölümle sonuçlanan motor nöron hastalığına yakalanmıştı. Pretty yaşamının acılar içinde sonlanmasını istemeyerek, hastalığı onu öldürmeden önce kendisi intihar etmek istediyse de bunu yapacak fiziksel kabiliyete sahip değildi. Boyundan aşağısı felçti ve konuşma yetisi kısıtlıydı. Bu sebeple eşinden intiharına yardım etmesini istedi. Bunun üzerine kocasının intihara yardımdan suçlu sayılmamasını teminat altına alabilmek için savcılığa başvuruda bulundu. Ancak İngiliz kanunlarına göre bunun mümkün olmadığını öğrendikten ve tüm yerel hukuk yollarını denedikten sonra Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne (AİHM) başvurdu (Kızılyel, 2014, s. 262) (Nomer, 2014, s. 45).

Pretty mahkemede, izin verilmemesi halinde AİHS'nin 2, 3, 8, 9 ve 14. maddelerinin ihlal edileceğini belirterek, yaşama hakkının *yaşamayı istememe* hakkını da kapsadığını ve bu şekilde değerlendirilmediği takdirde ötenaziye imkan veren devletlerde yaşama hakkının çiğnendiği sonucunun ortaya çıkacağını iddia etmiştir (Kızılyel, 2014, s. 262). Aynı zamanda söz konusu kanunun kişinin onurlu bir şekilde ölmeyi tercih etme

hakkını elinden almadığını da ifade etmiştir. İngiliz Hükümeti ise savunmasını Almanya'da yaşanan ve yine AİHM'ye taşınan bir örnek dava üzerinden yapmıştır. Bu vakada AİHM'nin, açlık grevi yapan bir mahkûmun yemek yemesi için zorlanmasını devletin, yaşama hakkı üzerindeki nagatif yükümlülüğü sağlaması olduğunu vurgulamış ve ölme hakkının, yaşama hakkının bir sonucu olamayacağını böyle bir çıkarım yapmanın mümkün olmadığını dile getirmiştir (Nomer, 2014, s. 45).

Pretty davasında mahkeme, söz konusu maddede güvenceye alınan yaşama hakkının ölme iradesini de içerdiği şeklinde yorumlanamayacağı ve dolayısıyla 2. maddenin ihlal edilmediği kararını almıştır. AİHM genel olarak yaşama hakkına ilişkin ötenazi davalarında benzer kararları almaktadır (Bilge B. , 2014, s. 381). Pretty mahkemede AİHS'nin *Kötü Muamele Yasağı* (md.3), *Özel Yaşama Saygı Hakkı* (md.8), *Düşünce, Din ve Vicdan Özgürlüğü* (md.9), *Ayrımcılık Yasağı* (md.14) maddelerinin çiğnendiğini ve haklarına yönelik bir dizi ihlalin bulunduğunu savunsa da mahkeme, kararı yerel otoritelere bıraktığını ve geri kalan 3, 8, 9 ve 14. maddelerinde de ihlalin söz konusu olmadığını belirtmiştir (Nomer, 2014, s. 46-59). Pretty'nin yaşamı mahkemenin kararını açıklamasının ardından kısa bir süre sonra hastalığı sebebiyle son bulmuştur (Kızılyel, 2014, s. 263).

Bebek Jane Doe ve Bebek Dole

Bebek Dole 1982 yılında down sendromlu ve eshophageal atresia hastası olarak dünyaya gelmiştir. Aile bebeklerinin besin verilmemek suretiyle yaşamının sonlandırılmasına izin vermiştir (Özler, 2001, s. 17). Jane Doe ise New York 'da 1983 yılında spina bifida ve hidrosefali hastalıklarından muzdarip olarak doğmuştur. Hekimler aileye, bebeğe cerrahi müdahalede bulunulması gerektiğini eğer müdahale gerçekleşmezse maksimum iki yıllık bir ömrü olacağını belirtmiştir. Müdahalenin gerçekleşmesi halinde ise yaşamının 20 seneye kadar uzayabileceğini fakat bu süre boyunca ağır mental retardasyon ve felç ile kronik idrar yolu enfeksiyonu sorunlarıyla yaşayacağını belirtmiştir. Bunun üzerine aile diğer çocuklarının engelli bir kardeşle yaşamalarını istemediklerini ve bunun onları kötü etkileyeceği gerekçesiyle bebeklerinin ameliyat edilmesini istememiş ancak antibiyotik tedavisine başlanmasını talep etmiştir (Yurdakul, 2015, s. 18) (Özler, 2001, s. 17).

Bunun üzerine her iki olay da mahkemeye taşınmış ve davalar birleştirilmiştir. Mahkemede ailenin tedaviyi reddedip çocuğun ölümüne seyirci kalma hakkının

bulunmadığı ifade edilerek bu durumun *Rehabilitasyon Kanunu*'na aykırı olduğu kararına ulaşılmıştır. İlerleyen yıllarda tıp alanında etik çalışmalar yürüten komisyon bu konuda hekimlerin görüşlerine başvurmuş ve neticesinde ortaya hekimlerin ailelerin kararının yerinde ve tutarlı olduğu görüşünü desteklediği yönünde bir tablo çıkmıştır. Bunun üzerine komisyon, çocuğun yararının gözetildiği davranışları da içeren bir rapor hazırlamıştır. Hazırlanan rapor çocuk istismarının önlenmesine ilişkin kanunun düzenlenmesinde esas alınmıştır. Hiçbir çocuğun yaşamaya değer olmadığı yönünde bir çıkarım üzerine yaşamasına izin verilmemesi durumunun söz konusu olmayacağı belirtilmiştir. 1984 yılına gelindiğinde senato tarafından "Bebek Dole Kuralları" isimli kural metni teklif edilmiştir. Kuralların kabul edilmesinin ardından çocuk istismarı tanımına *tıbbi müdahalenin çekilmesi* ibaresi de eklenmiştir (Özler, 2001, s. 17-18).

Nancy Cruzan

Amerika'da Cruzan vakası olarak bilinen olay kayıtlara geçen ilk pasif ötenazi örneklerindendir. Cruzan, 1983 yılında yaşadığı trafik kazası sonrası bitkisel hayata girmiş ve 8 yıl boyunca yaşam destek üniteleri ile hayatta kalmıştır. Ancak Cruzan'ın ailesi tedavinin ve suni beslenmenin sonlandırılmasını talep etmesi üzerine olay mahkemeye taşınmıştır (Yurdakul, 2015, s. 18). Missouri üst mahkemesi başta Cruzan'ın iradi onayının alınamayacağı gerekçesiyle talebi reddederek yaşam desteğinin devam etmesi kararını almıştır. Ancak yargılama sürecinde Cruzan'ın arkadaşlarının daha önce yaşanmış benzer bir olay olan ve 9 yıl komada kalan Karen Ann Quinlann davasında, Cruzan'ın böyle bir hayat yaşamak istemeyeceğine dair yorumlar yaptığını mahkemede beyan etmeleri üzerine mahkeme hâkimi yaşam desteğinin sonlanmasına ilişkin talebi onaylamıştır (Ömeroğlu, 1993, s. 200). Cruzan, yapay beslenmenin kesilmesinin ardından 12 gün sonra hayatını kaybetmiştir (Özler, 2001, s. 19).

Bebek John Pearson

1980 yılında İngiltere'de Down sendromlu olarak doğan John Pearson isimli bebeğin yaşamını yitirdikten sonra yapılan otopsi sonucuna göre ölümünün sahip olduğu hastalıktan kaynaklanmadığı ortaya çıkmıştır. Otopsi sonucuna ilişkin yapılan incelemeye göre bebeğin doktoru Leonard Arthur, anne ve babanın çocuğu istemediklerini kendisine bildirmeleri üzerine çocuğa tedavi yerine yalnızca *hemşire bakımı* verildiğini açıklamıştır. Bahsi geçen *hemşire bakımı*, bebeğe yalnızca su ve ağrı kesici verilerek besinsiz bırakılması sürecini içermektedir. Bebek, hemşire bakımının ardından 69 dakika sonra yaşamını yitirmiştir. Bebeğin ölüm nedeninin anlaşılmasının

ardından Doktor Leonar Arthur'a adam öldürme suçundan dava açılmıştır. Yapılan patolojik tetkikler sonucunda bebeğin zatürreden öldüğü anlaşılmıştır. Fakat zatürrenin, bebeğin sahip olduğu hastalık ya da verilen ilaç kaynaklı olup olmadığı netlik kazanmamıştır (Yurdakul, 2015, s. 17).

Meslektaşları mahkemede, Arthur'u desteklemiş ve down sendromlu bir çocuğun yaşamının sonlandırılmasının etik ve ahlaki olduğunu bildirmişlerdir. Bu olay üzerine, ileri derece fiziksel ya da mental hastalığı bulunan ve bu hastalığın iyileşmesinin mümkün olmadığı, hiçbir tedaviye yanıt vermeyen ve buna bağlı olarak düşük kalitede bir yaşam süreceği öngörülen, dünyaya geldiği tarih 28 günden az olan bebeklerin ailelerinin de onayı alınmak suretiyle ölme hakkının söz konusu olabileceğini konu edinen iki adet yasa önerisi hazırlanmıştır (Özler, 2001, s. 21).

Doktor Chabot

Olay 1991 yılından Hollanda'da yaşanmıştır. *Bayan B.* İsimli kadın çok genç yaşta evlenmiş ve bu evlilikten 2 oğlu dünyaya gelmiştir. B.'nin 1986 yılında oğlu Patrick'in intiharı üzerine zaten problemli olan evliliği daha da çıkmaza girmiştir. Bunun üzerine B. İntihar etme isteği olduğunu belirterek psikiyatrik yardım almıştır. 1988 yılında babasının da yaşamını yitirmesi üzerine diğer oğlu Rodnik'i de yanına alarak evden ayrılmıştır. Rodnik'in 1990 yılında yapılan tetkikler sonucu kanser olduğu anlaşılmıştır. Teşhisinin ardından yalnızca 1 yıl hayattan kalan Rodnik 1991'de yaşamını yitirmiştir. Küçük oğlunun da ölmesinin ardından birçok intihar girişiminde bulunan fakat sonuca ulaşamayan *Bayan B. İstemli Ötenazi Birliği*'ne müracaat ederek, yaşamak istemediğini dile getirmiştir. *Bayan B.*'nin Doktor Chabot ile tanışıklığı burada başlamıştır. Bayan B. 1991 yılının Ağustos ve Eylül ayları arasında Chabot ile yaptığı uzun psikiyatri seanslarına rağmen ötenazi talebinde ısrarcı olmuştur. Doktor Chabot, üç farklı meslektaşı ile konsültasyon yaparak görüş birliğine ulaştıktan sonra talebi kabul etmiştir. Bunun üzerine Chabot, ilaç teminini ve kullanıma ilişkin gerekli prosedürü anlattıktan sonra *Bayan B.* kendi yaşamını sonlandırmıştır (Kumaş, 2005, s. 24).

Chabot'ya göre; *Bayan B.*'nin ileri derece uyum problemleri ile tedavisi mümkün olmayan tahammülü zor ruhsal ağrıları bulunmaktadır. Ayrıca uzun seanslar sonrasında dahi ötenaziyi tamamen bilinçli ve sonuçların farkında olarak talep etmiştir. Olayın adli makamlara intikal etmesi üzerine Chabot'ya dava açılmış ve yargı süreci başlamıştır.

Ancak Temyiz mahkemesi Chabot'nun suçsuz olduğu kanaatine ulaşmıştır. Mahkemenin kararı üzerine Hollanda'da ağrıları somatik bir temel barındırmayan ve ölümcül kategorisinde yer almayan hastaların da hekim destekli intihardan yararlanmasına izin verilmeye başlanmıştır. Hollanda'da bulunan tabip ve psikiyatri birlikleri bu kararı desteklemiş fakat bu kanaat, dünya genelinde yadırganarak sert şekilde eleştirilmiştir (Yurdakul, 2015, s. 15).

Bouvia

28 yaşındaki Elizabeth Bouvia'nın sahip olduğu beyin felci fiziksel kabiliyetlerini sınırlayarak onu yatağa bağlı bir şekilde yaşamaya mahkûm etmiştir. Yaşamaya devam etmek istemediğini belirterek 1983 yılında aç bırakılmayı ve bu süreçte bakım hizmetlerinin devam etmesini talep etmiş ancak bu talebi kabul edilmemiştir. Tedavi gördüğü sağlık kuruluşunu değiştirerek daha az kalori ile beslenmeyi istemiş yapay beslenme uygulanmasını istemediğini dile getirmiştir. Ancak bulunduğu sağlık kuruluşunun yetkilileri tarafından buna mecbur tutulmuş ve beslenmesi için zorlanmıştır. Bunun üzerine olay yargıya taşınarak hastane hakkında dava açılmıştır. Yerel mahkeme, Bouvia'nın amacının tedaviyi istememek değil kendisini öldürmek olduğu gerekçesi ile davayı reddetmiş fakat California Üst Mahkemesi davayı, hastanın *tedaviyi reddetme hakkı* kapsamında değerlendirmiştir. Karara göre bedenini hareket ettiremese de akli melekeleri yerinde olan ve muhakemesi sonucu düşük hayat standartlarında yaşamak istemediğine karar veren bir kişi tedaviyi reddederek yaşamını sonlandırma hakkına sahiptir. Hâkim, mahkeme esnasında; kendisi dışındakilerin hürriyetine tehdit unsuru oluşturmadığı müddetçe kişinin kendi kaderini tayin hakkına sahip olduğunu dile getirerek hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve hatta başkalarının da böyle durumlarda yardım etmesinde bir sakınca görmediğini ifade etmiştir. (Kumaş, 2005, s. 26). Mahkemenin kararı, psikiyatri uzmanına danışılmaksızın verildiği ve engelli kişilerde ölmeleri gerektiği yönünde bir algı oluşturabileceği gibi birçok farklı gerekçeyle eleştirilmiştir (Yurdakul, 2015, s. 17).

Ramon Sampedro

Ramon Sampedro İspanya'nın Galicia bölgesinde hayatını sürdüren 26 yaşında bir denizciydi. 1969 yılında yüksek kayalardan denize atlaması sonucu belini kıran Sampedro'nun boyundan aşağısı felç oldu. Sonraki 29 yıl boyunca felçli halde yaşadı. Sampedro bu süre zarfında birçok defa ötenazi talep ettiyse de hepsinde İspanyol mahkemelerince geri çevrildi. Mahkemelerle uzun yıllar ölme hakkı için mücadele

ettikten sonra 11 arkadaşı ile birlikte kendi ölümünü planladı. Ceza kanununa göre arkadaşlarının intihara yardım suçundan 2 ila 3 yıl hatta bu yardım, eylemi gerçekleştirme boyutunda ise 10 yıla varıncaya kadar hapis cezası ile yargılanacağını bildiğinden her birine suç sayılmayacak kadar küçük görevler verdi. Arkadaşlarından biri siyanür temin etti, diğeri su ile karıştırdı, bir diğeri bardağa döktü, sonraki Sampedro'nun yanına koydu bir sonraki bardağa pipet yerleştirdi. En son olarak 11. kişi de Sampedro'nun ölümünü videoya kaydetti. Bu şekilde gelişen bir dizi küçük eylem sonrasında Sampedro 12 Ocak 1998 yılında hayata gözlerini yumdu. Sonrasında gelişen olaylar ise oldukça çarpıcıydı. İntihara yardım gerekçesiyle Sampedro'nun yakın arkadaşlarından olan Ramona Maneiro hakkında dava açıldı. Ancak Maneiro delil yetersizliğinden serbest bırakıldı (Cuesta, 2019).

Olaydan bir süre sonra Sampedro'nun vasiyetnamesi gündeme geldi. Vasiyetnamede yer alan ifadeler, son derece çarpıcıydı. Öyle ki bunun üzerine "Ramon Sampedro'nun ölümüne yardım ettim" başlıklı bir kampanya başlatıldı ve 1000 kişi tarafından imzalandı. Vasiyetinde geçen ifadelerden bazıları şunlardır:

> *Ben hayatı, özgürlüğü seven çoğu insan gibi, yaşamanın bir hak olduğuna, ama bir mecburiyet olmadığına inanıyorum… 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* (Üğüden, 2016).

2.6.3. Sosyal Hizmet Bağlamında

Ötenaziye ilişkin yapılan değerlendirmeler diğer meslek alanlarında olduğu gibi sosyal hizmet perspektifinde de farklılaşmaktadır. Bu durum bulunulan ülkede ötenazi konusunun ele alınış şekli, yasalarca izin verilmesi veya yasaklanması gibi etkenlere göre değişebilmektedir. Çalışmanın bu kısmında sosyal hizmet disiplininin ötenaziye ilişkin tutumundan ve bu konuda yapılan mesleki düzenlemelerden bahsedilerek, hospisler ve palyatif bakım çerçevesinde sosyal hizmet profesyonellerinin ötenazi uygulamasındaki yeri konularına değinilecektir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (International Federation of Social Workers – IFSW) tarafından yapılan ve küresel düzeyde kabul gören tanıma göre sosyal hizmet,

> *sosyal değişim ve gelişimi, sosyal uyumu, insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesini teşvik eden, uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı prensipleri, sosyal hizmetin temelini oluşturur. Sosyal ve beşeri bilimler, sosyal hizmet ve yerli bilgi kuramları ile desteklenen sosyal hizmet disiplini, yaşam zorluklarını gidermek ve refahı arttırmak için insanlar ve kuruluşları birleştirir* (IFSW, 2014).

Sosyal hizmet profesyonellerinin, mesleki bir gereklilik olarak çok çeşitli insan grupları ile çalışması, birbiri ile iç içe geçmiş çok yönlü sorunlar ile karşılaşmasına neden olabilmektedir. Bu sebeple uygulamalar esnasında izlenebilecek yolların belirli kural ve ilkeler ile desteklenmesi, işlevselliği arttırarak mesleğe standart kazandırması açısından önemlidir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (National Association Of Social Workers – NASW), tarafından 1996 yılında kabul edilen etik ilke ve değerler metnine göre mesleğin temel etik değerleri*; hizmet*[1]*, sosyal adalet*[2]*, kişinin onuru ve değeri*[3]*, insan ilişkilerinin önemi*[4]*, dürüstlük ve yetkinlik*[5]tir. Bu metinde aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının; *müracaatçılarına, meslektaşlarına, meslek elemanı olarak, uygulama ortamlarına* ve *sosyal hizmet disiplinine* karşı etik sorumluluklarına ilişkin standartlar da bulunmaktadır. Yayınlanan metinde bulunan etik ilke ve değerler, uygulama bazında tüm sosyal hizmet çalışmalarına temel oluşturmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet profesyonelleri bu ilkeler ışığında eylem ve müdahale planı belirler ve belirtilen standartlara uygun bir şekilde hareket eder (NASW, 2017).

---

[1] "Sosyal hizmet uzmanlarının öncelikli amacı sosyal problemleri olan ve ihtiyaç içerisindeki bireylere yardım etmektir" ilkesiyle açıklanan sosyal hizmet değerini ifade eder (Çiftçi & Gönen, 2011, s. 151).

[2] "Sosyal hizmet uzmanları sosyal adaletsizlikle mücadele eder" ilkesiyle açıklanan sosyal hizmet değerini ifade eder (Çiftçi & Gönen, 2011, s. 151).

[3] "Sosyal hizmet uzmanları kişinin doğuştan gelen onuruna ve değerine saygı duyar" ilkesiyle açıklanan sosyal hizmet değerini ifade eder (NASW, 2017).

[4] "Sosyal hizmet uzmanları insan ilişkilerinin önemini kabul eder" ilkesiyle açıklanan sosyal hizmet değerini ifade eder (NASW, 2017).

[5] "Sosyal hizmet uzmanları mesleki yeterliklerini uygulama alanlarında gösterirler ve mesleki uzmanlıklarını geliştirirler" ilkesiyle açıklanan sosyal hizmet değerini ifade eder (Çiftçi & Gönen, 2011, s. 152).

Toplum içinde bulunan her sınıftan birey sosyal hizmet uygulamalarında müracaatçı konumunda olabilir. Sosyal hizmet uzmanları; yaşlılar, çocuklar, engelliler, şiddet mağdurları, seks işçileri, fiziksel ya da bir ruhsal hastalıktan muzdarip olanlar, bağımlılar, göçmenler gibi birçok grup ile uygulama gerçekleştirebilir. Bununla birlikte belli bir gruptan olmayıp spesifik ve tamamen kendine özgü bir sorunu olan müracaatçılar ile de karşılaşılabilir. Bu durum mesleğin dinamik ve güncel olmasını, çağa ayak uydurarak gün geçtikçe değişen sorunlara aynı hızla çözümler bulabilmesini gerektirir. Dolayısıyla sabitlikten uzak ve kendini sürekli yenileyen bir anlayışla gerçekleştirilen uygulamalar ile her kesimden müracaatçıya uygun hizmet verilebilir (Altındağ, 2011, s. 8-9). Bahsi geçen spesifik ve diğerlerine nazaran daha nadir rastlanan sorunları bulunan müracaatçı grubuna ötenazi talep edenleri de dahil etmek mümkündür. Her ne kadar son yıllarda ötenazi vaka sayısının arttığı ve devletlerin bu yönde yasal düzenlemeler yaptığı bilinse de bu konunun özellikle sosyal hizmet uzmanları için engellilik, yaşlılık, şiddet, bağımlılık gibi diğer sık rastlanan sorunlardan olmadığı da aşikârdır. Bu sebeple bazı ülkelerin yerel SHU dernekleri, ötenaziye yönelik tavırlarını ve bu vakalar ile karşılaşıldığı takdirde nasıl bir yol izleneceğine ilişkin önerilerini içeren bildiriler yayınlamaktadır.

Ötenazinin yasal olduğu ülkelerden olan Kanada'da, Kanada Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (Canadian Association of Social Workers- CASW) tarafından "Statement of Principles on Euthanasia and Assisted Suicide" başlığıyla sosyal hizmet uzmanlarının ötenazi vakalarındaki çalışma usullerine ilişkin önerilerin aktarıldığı bir metin yayınlanmıştır. Metne göre Kanada'da sosyal hizmet uzmanları kişinin kendi kaderini tayin hakkının[6] korunması adına tam bir özveri ile çalışmalıdır. Aynı zamanda ötenazi talep eden hastanın aydınlatılmış onam sürecinde hastayı dışarıdan etkiye maruz kalmayacağı şekilde uygun ortamı hazırlamalı ve hastanın üzerine hiçbir baskı olmadan bu işlemi talep ettiğini net olarak kavramalıdır. Çünkü baskı unsuru kişinin sağlıklı düşünmesini engelleyebilir. Burada bahsedilen etki iki yönlü de olabilir. Kimi zaman hasta bu etkiyle ötenaziye yönelirken kimi zaman ötenaziden vazgeçebilir. Sosyal hizmet

[6]Sosyal Hizmet disiplininde kendi kaderini tayin; müracaatçının kendi kararlarını oluşturma, yardım sürecine aktif bir biçimde katılma, seçimlerine dayalı bir yaşam oluşturma hakkı şeklinde özetlenen temel etik değerlerden birini ifade etmektedir (Şahin, 2009, s. 89).

uzmanı hastanın yüksek yararını gözeterek sağlıklı düşünmesini sağlayacak uygun koşulları yaratmalıdır. Hastanın üzerinde herhangi bir baskı unsuru sezdiği takdirde gereken müdahaleyi başlatmalıdır. Ötenazi gibi hassas vakalarda bazen kendi kaderini tayin hakkı ile kolektif olanın menfaati ilkeleri çakışabilir. Sosyal hizmet uzmanı bu gibi durumlarda iki ilke arasındaki dengeyi korumakla yükümlüdür. Kısıtlı koşullar ve maliyeti azaltma etkinliği olarak hastanın ötenaziye yönlendirilme veya talebi olmaksızın yaşam desteğini çekme gibi konuların gündeme alındığı vakalarda sosyal hizmet uzmanı, hak savunuculuğu ilkesinin gereğini yerine getirerek hastayı korumak zorundadır. *Savunuculuk*[7], süreç içerisinde en sık başvurulan rollerden biridir. Toplum içerisinde dışlanan ve hor görülen, çeşitli nedenlerle ayrımcılığa uğrayan kimseler için savunucu konumunda olan sosyal hizmet uzmanları, bu kişilerin toplum tarafından anlaşılmasını sağlayacak çalışmalar yürütmelidir. Aynı zamanda onurlu ölme hakkının ihlal edilmemesi adına hastanın saygın ölüm seçimini önyargısız karşılamalı ve bu hususta uygun koşulları sağlayacak kaynakların etkin kullanımına özen göstermelidir. Hastanın talep ettiği durumlarda hiçbir din, dil, ırk, cinsel kimlik ve yönelim farkı gözetmeksizin palyatif bakım hizmetinin sağlanması için gereken prosedürü uygulamalıdır. Bu süreçte yalnızca hasta değil aile, yakın çevre ve hastane personellerinin birbirleri arasındaki ilişkinin dengede tutulması önemlidir. Ötenazi gibi konular çok yönlü ve derinlemesine araştırmaya ihtiyaç duyar. Sosyal hizmet uzmanları mesleğin makro işlevi gereğince bu araştırmalara katılmalı, adaleti ve insan haklarını destekleyici; farklılığa olan tahammülsüzlüğün giderilmesi noktasında yapıcı sosyal politikaların hayata geçirilmesine katkı sunmalıdır (CASW, 2015).

İngiliz Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (British Association of Social Workers-BASW) ölmek üzere olan hastalara ve onların ailelerine ilişkin yürütülecek sosyal hizmet çalışmalarının aktarıldığı "BASW Position Statement: Social Work Support to People Who are Dying" başlığıyla yayınlanan metin içerisinde ötenaziye de yer vermiştir. Metinde, İngiltere'de aktif ötenazinin mevcut durumda yasal olmadığı fakat pasif ötenaziye ve hastanın tedaviyi reddetme hakkına belli oranda izin verildiği ifadelerinin altı çizilerek sosyal hizmet uzmanlarının yasal düzenlemeler çerçevesinde

---

[7] Savunucu rolünde sosyal hizmet uzmanın müracaatçı, vaka veya sınıf savunuculuğu işlevleri bulunmaktadır (Duyan, 2003, s. 13).

gerçekleştirebileceği çeşitli uygulamalardan bahsedilmektedir. Bununla birlikte ötenazi konusunda düzenlenecek yasa tasarılarının da dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesi gerektiği hususunda bir uyarı da yapılmaktadır. Çünkü ötenazi gibi konular insan yaşamının değerini tehdit edici unsurlar barındırmaktadır ki bu durum tüm toplum için bir yıkıma yol açabilir. İnsanlık tarihi boyunca yaşlılara, engellilere ve yatağa bağımlı yaşayan kronik hastalara ayrımcılık yapıldığı, bu kimselerin toplum tarafından istenmeyip benimsenmediği bilinen bir gerçektir. Bununla beraber günümüzde halen bahsedilen dezavantajlı gruplara yönelik benzer tutum ve davranışlara rastlanmaktadır. BASW yayınladığı metinde, bu tutumların bilinçli olsun ya da olmasın hastalar tarafından içselleştirilebileceği endişesinde olduğunu ifade etmiştir. Öyle ki hekim destekli intiharın yasal olduğu ABD'nin iki eyaletinde ötenazi talep eden kişilerle yapılan bir çalışma bunu destekler niteliktedir. Buna göre; "aileleri ve arkadaşları üzerinde bir yük olduğunu hissettikleri için bunu yaptığını belirten" hastaların oranı Orengon'da %40 Washington'da ise %59'dur. Sosyal hizmet meslek olarak insan yaşamının değerinin arttırılarak desteklendiği bir sosyal çevrenin gerekliliğini vurgulama ve bu minvalde çalışmalar yürütme sorumluluğuna sahiptir. Ötenazinin yasallaşması halinde hayata geçirilecek olan eylem planları da tüm bunlar göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Hastanın, ölmesi için baskı ve zorlamaya maruz kalmayacağının yasalarca güvenceye alınması elzemdir. Bununla birlikte benzer sorunlar yaşayan hastaların hepsinin ölmeyi talep edeceğine dair bir beklenti yaratılmamalı ve bu durumun normalleştirilmesinin önüne geçilmelidir. BASW metinde yer verdiği ifadelerle ötenazinin yasallaşması halinde, herhangi bir kimse için *ölme hakkının* hiçbir şekilde *ölme görevine* dönüşmemesi adına ek tedbirlere ihtiyaç duyulacağının altını çizmiştir (BASW, 2016).

Kanada ve İngiltere'de bulunan SHU derneklerince hazırlanan metinler aynı ortak noktadan yola çıkmış olsa da görüldüğü üzere ötenaziye yönelik tutumları ve vurgu yaptıkları noktalar farklılaşmaktadır. Her iki bildiri de temelde NASW'nin hazırladığı etik ilke ve değerlerden sapmadan bulunulan ülkenin yasal düzlemi gereğince ötenazi vakalarına farklı bakış açıları getirmişlerdir. Bunun sebebi sosyal hizmet uygulamalarının büyük oranda yasalarca belirlenmiş olmasıdır. Adams'a göre sosyal politika ve yasalar, etkin ve verimli bir sosyal hizmet uygulaması için gerekli olup bunun da ötesinde bir anlama sahiptir. Öyle ki sosyal politika, psikoloji ve sosyoloji bilimleri gibi insan yaşamına ilişkin daha geniş bağlamlar, hayati öneme sahip soruları doğuran araştırmalar

ve teorik tartışmalar sunar. Ortaya çıkan bu veriler, eleştirel düşünme kabiliyetini ve uzmanlığı arttırarak, ideal toplumun ne olduğuna ve nasıl ulaşılacağına dair vizyon geliştirilmesine katkıda bulunur (Adams, 2002, s. 4). Dolayısıyla sosyal politika ve yasaların sosyal hizmet uygulamalarındaki bağlayıcılığı ülkelerin kendilerine özgü yerel bazda ötenazi vakalarına ilişkin sosyal çalışma yönergesi oluşturmalarına sebep olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Sosyal hizmet uzmanları için müracaatçının kendi kaderini tayin etme hakkı aşılamaz ve çiğnenemez bir değere sahiptir. Fakat ötenazi gibi hassas noktaları bulunan konular ile çalışırken etik sınırlar belirsizleşmektedir. Bu konuya ilişkin olarak bir görüş, sosyal hizmet uzmanının müracaatçısını hekim desteğiyle dahi olsa intihardan koruması ve sağlıklı düşünce yapısına ulaşması adına uygun eylem planlarını devreye sokması gerektiğine inanırken, bir diğer görüş ise bu durumu kendi kaderini tayin hakkının ihlali olarak değerlendirmiş ve ötenazinin rasyonel bir seçim olduğu gerekçisiyle intiharın mutlak önlenmesi gerektiği anlayışına karşı çıkmıştır. Bu görüş aynı zamanda kendi kaderini tayin hakkına duyulan saygının, meslek profesyonellerinin kendi özel hayatlarında aile veya yakınlarında tecrübe ettikleri acılı ölüme şahit olma deneyiminden dahi üstün gelerek daha fazla tesir ettiğini belirtmiştir. NASW'nin belirlediği kendi kaderini tayin hakkı ilkesi, *sosyal sorumluluk* gerektirir. BASW, kendi kaderini tayin hakkının sınırlarının belirsiz olduğu gerekçesiyle bu ifadeden kaçınarak yerine *kendini gerçekleştirme* kavramını kullanmıştır. Öyle ki gönüllü ötenazi ve yardımlı intiharı, talep eden kişinin ailesinin yaşamını zorlaştırabileceği ve hatta tüm toplumun yaşam hakkını ihlal etme tehlikesi taşıdığı için sakıncalı bulmaktadır (Ogden & Young, 2003, s. 44-45).

Holmes, sosyal hizmet ve ötenazi alanında yayınladığı makalesinde; ötenazi vakalarında karar verme sürecine sosyal hizmet uzmanlarının da dâhil edilmesinin yararlı olacağı görüşünü savunmuştur. Ötenazi sürecinin yalnızca hekim ve hasta arasında geçmesini eleştirmiş ve etkili bir sosyal hizmetin, vakalara birçok açıdan katkı sunabileceğini belirtmiştir. Çünkü sosyal hizmet uzmanları, olaylara daha bütüncül ve geniş bağlamda farklı bakış açıları getirebilmektedir. Bireyin sosyal yapılanma içindeki işlevselliğini artırmaya yönelik faaliyetleri ve yalnızca bireyi değil *çevresi içinde bireyi* odak alarak, müracaatçının yaşamına ilişkin aile, çevre, sosyoekonomik koşullar gibi birçok faktörü değerlendirmesi ve bu alanlardaki sorunlara da çözüm bulma çabası içinde oluşu gibi hususlar sosyal hizmet uzmanlarının ötenazi sürecinde son derece efektif

olabileceğini kanıtlar niteliktedir. Çünkü hekimler, vakalar ile çalışırken teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgilenmekte, hastayı çevresi içinde birey anlayışı ile değerlendirmeyi göz ardı etmekte veya buna vakit bulamamaktadır. Sosyal hizmet uzmanının hasta ve ailesiyle hekime nazaran daha çok vakit geçirmesi nihai karar aşamasında önemli olabileceğini ortaya koymaktadır. Nihayetinde ötenazi gibi etik açıdan sorgulanan ve sınırları belirsiz konularda, yetki ve sorumluluğun sadece hekimlere verilmeyip, birçok farklı perspektifi kapsayan disiplinler arası iş birliğine ve ekip çalışmasına dayanan bir süreç yürütmek adına elverişli ortamın sağlanmasının, en doğru sonuca ulaşma noktasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Öyle ki ötenazi gibi biyoetik sorunlar, hiçbir mesleki disiplinin tekelinde olmayan ve hata payı barındırmayacak kadar hassas konular arasına yer almaktadır (Holmes, 1980, s. 11).

ABD'nin Washington eyaletinde 2003 yılında ötenaziye ilişkin olarak sosyal hizmet uzmanları ile geniş çaplı bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada sosyal hizmet uzmanlarına; *ahlaki ve yasal gözlemler, politika ve uygulama sorunları, sosyal hizmet etiği, kişisel ve mesleki düşünce ile deneyimler* ve *din* konularını içeren sorular yöneltilmiştir. Sonuçlara göre; gönüllü ötenazi %67,8 destekli intihar %73,3 oranında ahlaki bulunurken, ahlaki bulmayan azınlık grubun çoğu ötenazinin *kaygan zemin* yaratacağını böylelikle *kılıç prensibi*nde anlatıldığı gibi birçok sorunun önünün alınamayacağı endişesinde olduklarını belirtmişlerdir. Gönüllü ötenazinin yasal olmasını destekleyenlerin oranı %67,2 iken destekli intihar için bu oran %77,6'dır. Ancak katılımcılar yasal olması halinde ek tedbirler alınması gerektiğinin altını çizmiş ve yalnızca belirli koşullar altında yasal olması ve talep edenlerin bilgilendirilmesi için yönergeler hazırlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %75 oranıyla büyük bir çoğunluğu destekli intihar ve gönüllü ötenazi süreçlerine sosyal hizmet uzmanlarının da dâhil olması gerektiğini bildirmiş, yetkinin kötüye kullanımının önüne geçilmesi ve hata payının en aza indirgenmesi için bunun gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %96'sından fazlası müracaatçının kendi kaderini tayin hakkına saygı ilkesinin mesleğin genel yükümlülüğü olduğunu savunmuş ancak ilkenin ötenazi kapsamında yöneltilmesi üzerine bu oran destekli intihar için %70,8'e gönüllü ötenazi için ise %65,2'ye düşmüştür. Çalışmanın sonuçları aynı zamanda destekli intiharın gönüllü ötenaziye göre daha kabul edilebilir olduğunu ortaya çıkarmıştır (Ogden & Young, 2003, s. 50-61).

ABD'nin Oregon eyaletinde ötenazinin yasallaşmasından bu yana, sosyal hizmet uzmanlarının tecrübe kazandıkları bilinmekte olup bu alana ilişkin sosyal politika oluşturma sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının düşüncelerinden yararlanılmıştır. Ancak ötenazi vakalarında sosyal hizmet uzmanlarının adı mesleki faaliyet alanı olarak daha çok hospisler ve palyatif bakım kuruluşları ile anılmaktadır (Işıkhan H. , 2002, s. 102). Hospis ve palyatif bakım, tedavilere yanıt vermeyen terminal dönem hastalara ve ailelerine yönelik hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların amacı şiddetli ağrılar yaşayan hastaların acılarını hafifletmek ve yaşam kalitesini olabilecek en üst düzeye çıkaracak fiziksel ve psikolojik tedaviler uygulamaktır. Aynı zamanda hastanın ailesine de içinde bulundukları süreçten dolayı psikolojik ve spiritüel destek hizmetleri sunulmaktadır (Uzuncu, Buyruk, Alnak, & Yıldırım, 2013, s. 145). Dolayısıyla hospis ve palyatif bakımda yürütülen faaliyetler hastaya ve ailesine bütüncül bir sağlık hizmeti sağlamaktadır. Bu anlayış, hastayı terminal dönemde olduğu için gözden çıkaran yaklaşımlara meydan okuyarak, ona yaşamının son zamanını onurlu ve insancıl bir şekilde geçirmesi için gereken elverişli ortamı oluşturmaya çalışmaktadır. Öte yandan ötenazi talep eden hastalarda gözlemlenen en büyük şikâyetin şiddetli ağrılar olduğu bilinmektedir. Öyle ki bu ağrılar artık dayanılmaz noktaya gelmekte ve hasta bunun üzerine ölümü bir kurtuluş olarak görüp ötenazi isteğinde bulunabilmektedir (Yıldız, 2016, s. 354). Bu doğrultuda etkili bir hospis ve palyatif bakım hizmetinin ötenazi taleplerini de azaltabileceği çıkarımını yapmak yanlış olmayacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım: Yaşamı tehdit eden hastalıkla ilgili problemler ile karşılaşan hasta ve ailelerin, yaşam kalitesinin artırılmasını, ağrıların erken saptanmasını, bu ağrılar ile fiziksel, psikososyal ve manevi tüm sorunlarını kusursuz bir değerlendirme ile önlenmesi ve dindirilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır (WHO, 2018). Palyatif bakımın özellikleri ise şu şekilde aktarılmaktadır: Ağrı ve diğer acı verici semptomlardan kurtulma sağlar. Hayatı olumlar ve ölümü normal bir süreç olarak görür. Amacı ölümü hızlandırmak ya da geciktirmek değildir. Hasta bakımının psikolojik ve spritüel yönlerini bütünleştirir. Hastalar için ölüme kadar olabildiğince aktif yaşamalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar. Hastaya hastalık süreciyle ve aileye yas süreciyle baş etme yollarına ilişkin destek sunar. Gerektiğinde, yas danışmanlığı da dâhil olmak üzere, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır. Yaşam kalitesini artırmayı amaçlar ve ayrıca hastalığın seyrini

olumlu yönde etkileyebilir. Hastalığın erken döneminde kemoterapi veya radyasyon terapisi gibi yaşamı uzatmayı amaçlayan diğer terapilerle birlikte uygulanabilir ve acı verici klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesi için gereken araştırmaları içerir (WHO, 2002) (WHO, 2018).

Dünya sağlık örgütü tarafından yapılan tanımda dikkat çekilmesi gereken nokta palyatif bakımın yalnızca fiziksel ağrıları dindirme odaklı olmadığıdır. Hasta fiziksel ağrılardan uzaklaştırılsa dahi yakında öleceğini bilme düşüncesi ile karşı karşıyadır. Dolayısıyla palyatif bakım hizmetleri, içinde bulunulan bu duygusal yükün hafifletilmesi ve hastanın hayatının; insana yakışan saygınlıkta ve kendisini kıymetli hissedeceği, ağrılardan uzak, ailesinin yanında olduğu ev sıcaklığı taşıyan bir ortamda huzur içinde sonlanması açısından büyük önem arz etmektedir. Palyatif bakım ekibi aynı zamanda hastanın ölümünün ardından ailenin yas süreciyle de ilgilenerek fiziksel, psikolojik ve manevi ihtiyaçların karşılanması noktasında gerekli hizmetleri sunmaktadır. Hospisler, gündüz bakım evleri ve hastanelerin ilgili birimlerinde palyatif bakım hizmetleri sağlanabilmektedir (Yıldız, 2016, s. 355-356).

Sosyal Hizmet'in bir kolu olan tıbbi sosyal hizmet alanı uzun yıllardır sağlık alanında çalışmalar yürütmektedir. Tıbbi sosyal hizmet, hastalığın teşhis ve tedavisi süreci tamamlandıktan sonra, hastanın psikososyal boyutta değerlendirilmesi ve sürmekte olan tedavinin verimliliğinin artırılmasına ilişkin holistik yaklaşım içeren müdahaleler bütünüdür. Dolayısıyla palyatif bakımda; terminal dönem hastalarda gözlemlenen dayanılmaz ağrılar, ekonomik problemler, geride bırakacakları sevdiklerine ilişkin endişeler, kendini gerçekleştiremeden ölme korkusu gibi sorunların yok edilmesi noktasında sosyal hizmet mesleğine büyük görevler düşmektedir (Işıkhan V. , 2016, s. 100-101).

NASW tarafından palyatif bakım ve yaşam sonu bakımına ilişkin sosyal hizmet uzmanlarına yönelik, belirli standart ve uygulanabilecek müdahale planlarını aktaran "Palliative & End Of Life Care" başlıklı bildiri yayınlanmıştır. Bildiride bahsi geçen standartlar: *Etik ve Değerler, Bilgi, Değerlendirme, Müdahale / Tedavi Planlaması, Tutum / Öz Farkındalık, Güçlendirme ve Savunuculuk, Belgeler, Disiplinler arası Ekip Çalışması, Kültürel Yeterlilik, Sürekli Eğitim, Süpervizyon, Liderlik ve Eğitim* alt başlıkları ile ele alınmıştır. Buna göre sosyal hizmet uzmanları palyatif bakım ve

hospislerde çalışırken: NASW'nin belirlediği temel etik değerlerden sapmadan, müdahale planlamasında müracaatçıya ilişkin biyopsikososyal faktörleri kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutmak adına bu konuya ilişkin gerekli bilgileri edinerek çalışmalar yürütmelidir. Aynı zamanda uygulama sürecinde şahsi prensip ve ahlak anlayışı ile müracaatçıyı yargılamadan onların kendi kaderini tayin ve kişilik haklarına saygı göstermekle yükümlüdürler. Palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetlerinde hakların ihlal edilmesi endişesine karşı müracaatçıların savunuculuğunun üstlenilmesi, onların kaynaklara erişim sürecinin adil ve tam bir şeffaflıkla yürütülmesi esastır. Hizmetlerin verimliliğinin artırılması noktasında palyatif ve yaşam sonu bakımda disiplinler arası ekip çalışmasının önemi büyüktür. Bu sebeple sosyal hizmet uzmanları diğer disiplinler ile iş birliği yaparak hastanın yüksek yararının gözetilmesi için tarafsızlık ve saygı çerçevesinde ilişkilerini güçlendirmelidir. Farklı etnik gruptan ya da alışılmışın dışında geleneklere sahip müracaatçılara yönelik palyatif ve yaşam sonu bakım bilgisi ve anlayışına sahip olmalı ve *Kültürel Yeterlilik Standartlarına* uygun perspektifle çalışmalar yürütmelidir. Birey, aile, grup ve kuruluşların palyatif ve yaşam sonu bakımına ilişkin eğitim, süpervizyon, idari ve araştırma çalışmalarına liderlik etmelidir (NASW, 2003).

Ölüm, kişinin kendisi ve ailesi için benzersiz etkiler bırakan bir deneyim olmasından dolayı büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple yaşam sonu bakımı, kişi ve aileye içinde bulundukları karmaşık duygusal ve fiziksel süreçte yardımcı olmak adına çok katmanlı ve multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Yaşam sonuna ilişkin kararlar bir dizi medikal ve psikososyal saptamaları içerir. Kişi bir karar vermek zorunda olmadığı gibi, kapasitesine bağlı olarak yetki verme hakkına sahiptir. Acil, beklenmedik veya değerlendirmenin mümkün olmadığı bazı durumlarda kişinin ailesi veya sevdikleri onun ne isteyeceğine dair karar almak durumunda kalabilirler. Sorunların karmaşık yapısı; sürecin tartım riski ve faydası, bireysel ve toplumsal kaynakların tahsisi, değişen bakım hedeflerinin belirlenmesi gibi yönleri içinde barındırmaktadır. Yaşam sonu bakım sürecinin hassas ve tartışmalı oluşu, gereken içgörüye sahip, yetenekli profesyonellerden oluşan bir ekip çalışmasını gerektirir. Yaşam sonu problemlerini çözmeye çalışmak, hastanın değişen ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve toplumun onları onurlandırmasını sağlamanın hayati nitelikte görevler olduğu üzerine ortak bir kanı bulunmaktadır. Görüldüğü üzere bu hizmetler bir dizi mesleki beceri ve yetkinlik gerektirmektedir. Bahsi

geçen yetenek ve sorumluluğa sahip olmalarından sosyal hizmet uzmanlarının, yaşam sonu bakımında yürütülen çalışmaya önemli katkılarda bulunacağı düşünülmektedir (NASW, 2003).

Hospisler de palyatif bakım gibi terminal dönem hastaların fiziksel, duygusal, spritüel ihtiyaçlarının karşılanması ve hastanın geriye kalan ömrünün mümkün olduğunca ağrısız ve huzurlu geçirmesini amaçlayan hizmetlerin verildiği kuruluşlardır. Hospislerin palyatif bakımdan farkı, ölüm sürecine odaklanılarak bu süreçteki yaşam kalitesine daha çok vurgu yapılmasıdır. Aynı zamanda hospislerde kalacak olan hastaların; iyileşmenin mümkün görülmemesi ya da tedaviden elde edilecek yararın karşılaşılacak riskten daha az olması, en fazla 6 ay ömrü kalmış olması ve bu durumun hekim tarafından tasdik edilmiş olması gerekmektedir. Palyatif bakım ise çoğunlukla terminal dönem hastalara hizmet vermekle beraber iyileşebilecek durumda olan hastaların ağrı kontrolünün sağlanması amacıyla da kullanılabilmektedir. Hospisler yaygın olarak ABD ve Avrupa ülkelerinde görülmekle birlikte ülkemizde hospis bakımı veren kuruluş bulunmamaktadır (Saruç, 2013, s. 195-196). Palyatif bakımın önem kazanması ile birlikte ülkemizde de palyatif bakım hizmeti veren kuruluşların sayısı artmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan mevcut verilere göre Türkiye'de palyatif bakım hizmeti veren 412 sağlık tesisi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

ABD'nin Oregon eyaletinde sosyal hizmet uzmanları, hospislerde terminal dönem hastalar ile çalıştığı ve sağlık bakım hizmeti kapsamında hekim destekli intihar talep eden hastalar ile görüşmeler yaparak gerekli eylem planlarını uyguladığı bilinmektedir. Hekim destekli intihar sürecinde yer alan ekibin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanının, uygulamaya ilişkin gerekli birikime sahip olması ve diğer meslek elemanlarının süreç içerisindeki rollerini bilerek disiplinler arası çalışmaya özen göstermesi gerekmektedir (Işıkhan H. , 2002, s. 103). Ötenazi talep eden vakalar ile çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının sunabileceği hizmetler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastalar ile ötenazi isteklerinin gerçekliği hakkında değerlendirmeler yapabilir.

- Hastaların gerekli sağlık hizmetine erişebilmeleri için başka kuruluşlar ile görüşme ve iş birliği yapabilir.

- Hastanın ailesi ile ölüme hazırlık çalışmaları veya kaybın ardından travma ve yas danışmanlığı yapabilir.

- Spritüel çalışmalar ile hasta ve aileye ölümü anlamlandırma noktasında yardımcı olabilir.

- Terminal dönem hastalarda sıkça gözlemlenen anksiyete, yalnızlık, korku gibi duygular ile baş etmelerine yardımcı olarak hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yürütebilir.

- Gerekli gördüğü hallerde sosyal servis birimleri ve evde bakım hizmetleri ile iletişime geçebilir.

- Hasta ve ailesi ile sağlık kuruluşları arasında sağlıklı ilişki kurulabilmesi açısından bağlantı sağlayabilir.

- Aile ve yakınların ekonomik durumlarının yetersiz olduğu durumlarda uygun prosedürü devreye sokabilir.

- Kaybın ardından annesiz veya babasız kalacak çocuklara gereken tedbirlerin uygulanmasına ilişkin müdahalelerde bulunabilir (Işıkhan H. , 2002, s. 103) (Yıldız, 2016, s. 359).

Sosyal hizmet bireylere yalnızca danışmanlık vermekle kalmayıp daha önce de bahsedildiği üzere sahip olduğu *çevresi içinde birey* anlayışı doğrultusunda çalışmalar yürütür. Kişiyi olumsuz etkileyen psikolojik, fizyolojik veya diğer çevresel etkenlerin yok edilmesi amacıyla müdahalelerde bulunur. Kişinin; aile, sağlık kuruluşları veya diğer örgütler ile iletişimini güçlendirir ve onun kaynaklara erişimini kolaylaştırır. Kişinin tutumları, kaygıları ve içsel sorunları yanı sıra çevre ile olan ilişkisini korumaya yönelik çift yönlü etkileşimin kurulması, buna bağlı olarak da bireysel ve toplumsal iyilik halinin sağlanması noktasında sosyal hizmet uygulamaları büyük önem arz etmektedir (Tuncay, 2013, s. 146). Dolayısıyla yukarda bahsedilen yönleri ile ele alındığında sosyal hizmetin, palyatif ve yaşam sonu bakım veya ötenazi gibi hassas vakalar ile yürütülen çalışmalar için gereken beceri ve tekniğe sahip olmasından dolayı bu alanda etkili çalışmalar yürüteceği çıkarımını yapmak yanlış olmayacaktır.

Tedavisi tıbben mümkün olmayan ve dayanılmaz ağrılar çekerek ölümü bekleyen hastaların tamamen bilinçli halde ve özgür iradeleri ile ötenazi talep etmeleri, sosyal hizmet etiğine aykırı bir durum oluşturmamaktadır. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları ötenazi isteyen hastaların taleplerini ilgili kuruluş ve personele bildirerek güçlü bir iletişim ağı kurmalı, hastanın ailesini bilgilendirerek duruma uyum sağlamalarına yardımcı olmalı, olası istismarların önlenmesine ilişkin tedbirler almalı ve bu alanda gerekli sosyal politikaların geliştirilmesi sürecine dâhil olarak kanuni düzenlemelere ilişkin çalışmalar yürütmelidir. Ötenazi yalnızca tek bir mesleği ilgilendiren bir konu olmayıp ekip çalışmasını gerektiren karmaşık bir yapıya sahiptir (Işıkhan H. , 2002, s. 104). İnsanı odak alan sosyal hizmet profesyonellerinin de bu ekipte yer alması hem diğer personeller üzerindeki sorumluluğu azaltacağı, hem de hasta için; hakların ihlali veya istismar gibi risklerin en aza indirgenmesi ve hasta yakınlarının da sürece uyumunun kolaylaştırılması açısından son derece faydalı olacağı yadsınamaz bir gerçektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi:

Ötenazi kavramı, tedavisi veya sağaltımı mümkün olmayan hastaların acısız yöntemlerle yaşamına son verilmesini ifade etmektedir. Ötenazi, geçmişten günümüze değin tartışılagelmiş ve halen ortak bir yargıya varılamamış konulardan biridir. Günümüzde nadiren de olsa bazı ülkelerde belirli koşullar altında ötenaziye izin verilebilmektedir. Bu uygulamanın insan hakları, ahlak ve din felsefesi gibi perspektiflerce kabul edilebilirliği üzerine çeşitli görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Hukuksal, tıbbi ve dini birçok katmanı içinde bulundurmasından dolayı karmaşık bir yapıya sahip olan ötenazi kavramı; toplumda da konuşulmaktan çekinilen konuların başında yer almaktadır. Bu araştırmada farklı disiplinlerde eğitim gören öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenaziye ilişkin görüşleri tartışılmıştır.

Ötenazi uygulamalarının toplum içerisinde kabul edilebilirliği ve bireylerin bu konuya ilişkin tutumları insan haklarını odak alan sosyal hizmet çerçevesinde de tartışılmaya değer konulardan biridir. Alanyazın incelendiğinde ötenaziye ilişkin sosyal hizmet perspektifi içeren kaynak sayısı oldukça azdır. Bu sebeple yapılan araştırma bir sosyal hizmet perspektifi sunması açısından önem arz etmektedir. Araştırmanın amacı, farklı disiplinlerde eğitim gören öğrencilerin, tanımlayıcı ve kişisel özellikleri ile ölüme karşı tutum ve ötenazi yaklaşımları arasındaki ilişkileri tespit etmek, bu değişkenler arasında hangisinin bireylerin tutumlarını ne yönde değiştirdiğini saptamak ve bu bağlamda ötenaziyi sosyal hizmet perspektifinden inceleyerek sosyal hizmet mesleğinin temel prensipleri üzerinden değerlendirmeye tabii tutmaktır.

Araştırmanın soruları;

1. Katılımcıların ölüme karşı tutumları ile ötenazi görüşleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Katılımcıların ölüme ve ötenaziye karşı tutumları;
    a. Cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
    b. Medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
    c. Yaşa göre farklılaşmakta mıdır?
    d. Üniversiteye göre farklılaşmakta mıdır?
    e. Eğitime devam ettikleri bölümlere göre farklılaşmakta mıdır?
    f. Dindarlık düzeylerine göre farklılaşmakta mıdır?
    g. Ölümü düşünme sıklığına göre farklılaşmakta mıdır?

h. Ağrılı hastalık yaşayan bir yakınlarına şahit olma deneyimine göre farklılaşmakta mıdır?
i. Yakınları arasından kayıp yaşama deneyimine göre farklılaşmakta mıdır?

3.2. Araştırmanın Yöntemi:

Nicel yöntem çerçevesinde yapılan bu araştırmada sosyal bilimler alanında sıkça kullanılan genel tarama modellerinden yararlanılmıştır. Tarama modellerinde temel gaye, geçmişte veya günümüzde var olan bir durumu mevcut haliyle betimlemektir. Buna göre söz konusu araştırmaya katılan kişi, olay ya da objeler şu an ki var olma biçimleri ile dışardan hiçbir etkiye maruz kalmadan kendi çevresel şartları içinde tarif edilmeye çalışılır (Karasar, 2012, s. 79).

Fraenkel ve Wallen'a göre, tarama araştırmalarında genel olarak üç temel spesiyalite bulunmaktadır. İlki; verilerin, araştırılmak istenen evrende bulunan bir grup insandan toplanarak sağlanmasıdır. İkincisi; verilerin, araştırma örneklemini oluşturan insanların kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlardan meydana gelmesidir. Üçüncüsü ise; verilerin araştırılmak istenen evrenin tümünden değil, o evreni temsil eden belirli bir kümeden elde edilmesidir (Mazlum & Mazlum, 2017, s. 5-6). Tarama modellerinde, araştırma örneklemindeki kişilerin cinsiyeti, yaşı, eğitimi gibi bireysel özelliklerinin yanı sıra herhangi bir duruma yönelik fikir, düşünce, algı ve eğilimleri tekil ya da farklı değişkenler ile ilişkilendirilerek betimlenir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz, & Demirel, 2018, s. 15).

Tıp, hukuk, ilahiyat, gerontoloji ve sosyal hizmet olmak üzere beş farklı disiplinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin ötenaziye yönelik tutumlarını; katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve kişisel tecrübeleri ile ölüme karşı tutumları çerçevesinde incelemeyi hedefleyen bu çalışmada genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama, iki veya daha fazla değişken arasında değişim varlığını ve/veya bu değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırmalarda kullanılır. Bu yöntemde birbirleri ile olan etkileşimi incelenmek istenen değişkenler sembolleştirilerek, değişkenler arasındaki benzerlik ve farklılıklar belirlenir (Karasar, 2012, s. 81-82). Bu araştırmada da belirlenen beş farklı disiplinin; bağımlı (ölüme karşı tutumlar ve ötenaziye ilişkin tutumlar) ve bağımsız (eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitime devam edilen üniversite/bölüm, kişisel tecrübeler) değişkenler arasındaki ilişki, değişim derecesi ve

varlığı bağlamında araştırılmak istendiğinden ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesinde eğitim gören ilahiyat ve hukuk bölümü öğrencileri ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim gören tıp, gerontoloji ve sosyal hizmet bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Evrene ilişkin bilgilere 'Yüksek Öğretim Program Atlası' web sitesinde yerleşen öğrenci kategorisi üzerinden ulaşılmıştır (Yüksek Öğretim Kurulu, tarih yok).

Site üzerindeki bilgilere göre İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da belirtilen bölümlerde eğitim gören toplam 4262 öğrenci bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğü belirlenirken aşağıda yer alan belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri tablosundan yararlanılmıştır. Aşağıda Tablo 3-1.'de görüldüğü üzere 4500 kişiden oluşan bir evrende gerekli örneklem büyüklüğü 354'tür. Araştırmanın evreni 4262 kişi olmasına rağmen hata payını minimize etmek amacıyla bir üst evren büyüklüğünün kabul edilebilir örnek sayısı olan 354 kişiye ulaşmak amaçlanmıştır.

Tablo 3-1: Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örnek Büyüklükleri

N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	600	234	2000	322	40000	380
110	86	650	242	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	**4500**	**354**		

Kaynak: (Coşkun, Altunışık, & Yıldırım, 2017, s. 144) (N = Evren Büyüklüğü, S = Örneklem Büyüklüğü).

Araştırmada sosyal bilimlerde sık kullanılan olasılığa dayalı olmayan örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme kullanılmıştır. Olasılığa dayalı olmayan Kartopu örnekleme; kişiden kişiye, kişiden de durumlara ulaşarak farklı olguları açıklayabilmek

için kullanılır (Baltacı, 2018, s. 240). Kartopu örnekleme yönteminde öncelikle belirlenen gruplardan bir kişi ile iletişime geçilir daha sonra iletişime geçilen kişi yardımıyla bir başka kişi ve kişilere ulaşılır. Görüldüğü üzere bu yöntemde zincirleme şekilde örnek büyütülür (Coşkun, Altunışık, & Yıldırım, 2017, s. 150). Araştırma grupları ile iletişim kurma sürecinde İstanbul Üniversitesi hukuk ve ilahiyat bölümleri ile İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa tıp, sosyal hizmet, gerontoloji bölümlerinin sosyal medya öğrenci grupları ile öğrencilerin bölüm içi mail ve anlık mesajlaşma gruplarından yardım alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada katılımcıları bilgilendirmek ve onay almak amacıyla "Gönüllü Onam Formu" , veri toplamak amacıyla öğrencilerin eğitim gördükleri bölüm, yaş, cinsiyet, kayıp yaşama durumu, ağrılı hastalığa şahit olma durumu gibi bilgileri öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyodemografik Bilgi Formu", ötenaziye ilişkin tutumları belirlemek amacıyla "Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu" ve ölüm tutumlarını ölçmek amacıyla "Ölüme Karşı Tutum Ölçeği" kullanılmıştır.

3.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu:

Araştırmaya katılacak olan gönüllüleri bilgilendirme, gönüllülerin araştırmaya katılacaklarına dair onay alma amacı taşıyan ve araştırmacı tarafından hazırlanan Gönüllü Onam Formu, araştırmanın amacı, tahmini katılımcı sayısı, anket süresi ve araştırma sürecinde kişisel verilerin nasıl kullanılacağına ilişkin bilgilendirmeleri içermektedir. Gönüllü onam formuna Ek-1'de yer verilmiştir.

3.4.2. Sosyo-demografik Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyo-demografik Bilgi Formu katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile, araştırmanın hipotezleri için gerekli kişisel tecrübelere ilişkin bilgileri içeren on bir sorudan oluşmaktadır.

Formda;

- Katılımcıların eğitim gördükleri üniversite ve bölüm, yaş, cinsiyet, medeni durum bilgilerini belirlemek amacıyla oluşturulan altı soru
- Ağrılı hastalığa şahit olma durumu, kayıp yaşama durumu, kendilerini dindar olarak tanımlama düzeyi, ölüm kelimesinin hissettirdikleri ile

ölümü düşünme sıklığı gibi araştırmanın hipotezleri için önemli olan, katılımcıların tecrübe ve duygularını belirlemek amacıyla oluşturulan beş soru bulunmaktadır.

Sosyo-demografik bilgi formuna Ek-2'de yer verilmiştir.

3.4.3. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu:

Bu çalışmada anket şeklinde oluşturulan Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formundan yararlanılmıştır. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu, katılımcıların ötenaziye ilişkin düşünce ve tutumlarını belirlemek amacıyla Yunus Kara (2017) tarafından oluşturularak "Yaşlıların Ötenazi Hakkındaki Görüşleri" isimli makalede kullanılmıştır. Beşli likert tipinden yararlanılan formda, (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum, (5) tamamen katılıyorum şeklinde derecelendirilen yedi madde bulunmaktadır. Ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler formuna Ek-3'de yer verilmiştir.

3.4.4. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği:

Araştırmada katılımcıların ölüme karşı tutumlarını ölçmek için Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ve orijinal adı Death Attitudes Profile - Revised olan (DAP-R) Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) kullanılmıştır. ÖKTÖ'nün geçerlik-güvenirlik çalışması ve Türkçe uyarlaması Işık tarafından (2008) yapılmıştır

Ölümün var olduğu görüşüne dayanan ÖKTÖ ölümün çeşitli boyutlarını ölçen yirmi altı maddeden oluşmaktadır. 7'li liket tipi olan ölçekte maddelerin (1) kesinlikle katılmıyorum, (7) kesinlikle katılıyorum arasında derecelendirilmesi istenmektedir. Maddelerin puanları (1) kesinlikle katılmıyorum seçeneğinden (7) kesinlikle katılıyorum seçeneğine doğru olmak üzere 1 ile 7 arasındadır. Toplam ölçek puanını her bir ölçeği oluşturan madde sayısına bölerek her boyut için bir ortalama ölçek puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanındaki artış, ölüme ilişkin negatif eğilimin varlığına işaret etmektedir.

ÖKTÖ; ölüm korkusu, kaçış kabullenme, tarafsız kabullenme, yaklaşım kabullenme, ölümden kaçınma alt boyutlarını ölçmektedir..

ÖKTÖ'nün ölçtüğü boyutlar aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır.

- Ölüm korkusu; kişinin ölüme yaklaştığını hissettiğinde oluşan korkudur.

- Ölümden kaçınma; kişinin ölüm düşüncesinin ortaya çıkardığı anksiyete ile baş etmesini sağlamak amacıyla oluşturduğu ölüme dair düşünme ve konuşma eylemlerinden kaçınmasıyla ilişkilendirilen savunma mekanizmasıdır.
- Tarafsız kabullenme; kişide ortaya çıkan ölümün hayatın içinde ve en doğal elementlerinden biri olduğu düşüncesidir.
- Yaklaşım kabullenme; kişinin öldükten sonra yepyeni başka bir hayatın başlayacağına olan inancıdır.
- Kaçış kabullenme; kişide ortaya çıkan ölümün dünyadaki fiziksel ve psikolojik ıstıraplardan kurtaracağına dair olan inançtır.

ÖKTÖ üç alt faktörden oluşmaktadır. ÖKTÖ'nün faktörleri ve ilgili faktörü ölçen maddeler tablo 3-2'de gösterilmiştir.

Tablo 3-2: ÖKTÖ Faktörler ve Soru Dağılımları

Faktörler	Maddeler
1. Faktör Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	4,6,8,13,14,15,16,17,22,24,25,27,28,30,31
2. Faktör Kaçış Kabullenme	5,9,11,23,29
3. Faktör Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	1,2,3,7,10,12,18,19,20,21,26,32

Güvenirlik, bir ölçüm aracının aynı şartlar altında tekrarlanan ölçümler neticesinde, ulaşılan sonuçların benzer ve kararlı olmasını ifade eden bir kavram olup ölçüm araçlarının sahip olması beklenen en önemli unsurlardan biridir (Kılıç, 2016, s. 47).

ÖKTÖ'nün güvenirlik çalışması aşamasında iç tutarlılık analizi tekniklerinden cronbach alpha katsayısı, yarı test güvenirlik analizi ve madde toplam puan korelasyon tekniği kullanılmıştır.

Madde analizine göre;

- Ölçeğin toplam puan üzerinden korelasyon katsayısı en düşük 0,22 (madde 17); en yüksek 0,58 (madde 15) olarak belirlenmiş ve 6 maddenin (12, 17, 19, 24, 26, 30) madde toplam katsayısının beklenen seviyenin (0,40) altında çıkmasından dolayı bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Çıkarılan maddelerden sonra ölçeğin madde toplam korelasyon katsayısının en düşük 0,31 (madde 6) ; en yüksek 0,62 (madde 15) olduğu saptanmıştır.

Yarı test güvenirlik analizine göre;

- Ölçeğin iki yarısı korelasyon değeri 0,72 olarak bulunmuştur. İlk yarının cronbach alpha değeri 0,63; ikinci yarının cronbach alpha değeri ise 0,82'dir. Ayrıca ölçeğin Spearman-Brown değeri 0,63 ; Guttman Split-half değeri ise 0,67 olduğu saptanmıştır. Alınan sonuçlara göre ÖKTÖ yüksek düzeyde güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Cronbach Alpha Coefficient sonuçlarına göre;

- Cronbach alpha katsayısı tüm ölçek için 0,81'dir. Faktörlerden 1. faktör (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme) için 0,86; 2. faktör (kaçış kabullenme) için 0,74; 3. faktör (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma) için ise; 0,76'dır. Cronbach alpha coefficient olarak bilinen katsayı, ölçeğin iç tutarlılığının ölçülmesinde sık kullanılan yöntemlerden biridir. Cronbach alpha katsayısı 0 ve 1 aralığında bir değer alır. Yüksek iç tutarlılığa sahip bir ölçeğin cronbach alpha katsayısının en az 0.7 ve üstünde bir değer alması beklenir (Kılıç, 2016, s. 47). Elde edilen sonuçlara göre ÖKTÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

ÖKTÖ'ye Ek-4'de yer verilmiştir.

3.5. Veri Toplama Süreci:

Anketler, katılımcıların bir konu hakkındaki görüş, eğilim, tutum veya genel kanıları hakkında fikir sahibi olmak amacıyla geliştirilen bilgi edinme araçlarıdır. (Erkuş, 2010, s. 74). Bu araştırmada hedeflenen örneklem sayısına ulaşma sürecinde bilgisayar yolu ile anket yönteminden yararlanılmıştır. Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmelere bağlı olarak popülerlik kazanan bilgisayar yolu ile anket yöntemi, geleneksel yöntemlere

kıyasla daha az zaman, emek ve maliyet sağlamaktadır. Ayrıca bilgisayar yolu ile yapılan anketlerin hızlı yanıtlama avantajı ve cevapların veri analiz programlarına kolaylıkla indirilerek işlenebiliyor oluşu gibi olumlu özellikleri de bulunmaktadır (Karakoyun & Kavak, 2008, s. 130-131). Bilgisayar yolu ile anket yönteminin tercih edilmesinin bir diğer sebebi de Çin'in Wuhan şehrinden yayılarak 2019-20 yıllarından itibaren tüm dünyada etkisini gösteren Covid-19 pandemisinin sağlık, ekonomi, sosyal ve eğitim alanlarında önemli değişiklikler yaratmış olmasıdır. Söz konusu süreçte dünya genelinde ve Türkiye'de yüzyüze eğitim yapılamamış, tüm öğretim kademelerinde uzaktan eğitim yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır (Can E. , 2020, s. 11-12). Yüzyüze eğitimin olmayışı, örneklemi oluşturan üniversite öğrencilerine ulaşımı zorlaştırmıştır. Dolayısıyla, mevcut durum yüzyüze anket yönteminin uygulanmasına imkan vermemektedir. Yukarıda bahsedilen sebeplerden dolayı bu araştırmada bilgisayar yolu ile anket yönteminden yararlanılmıştır.

Araştırmada bilgisayar yolu ile anket uygulanması amacı ile örneklemi oluşturan üniversite bölümlerinin sosyal medya öğrenci gruplarından, bölüm içi e-posta ve anlık mesajlaşma gruplarından yardım alınmış olup ilgili bölümlerde eğitim gören kişilere ulaşılarak anketin internet ortamında hızlı bir şekilde yayılması sağlanmıştır. Anket formu, Google Formlar uygulaması ile hazırlanmış, anket linki; öğrenci işleri birimleri aracılığı ile e-posta yoluyla, sosyal medya ve anlık mesajlaşma grupları üzerinden gönderilerek katılımcılara ulaştırılmıştır. Gönüllü onam formu, sosyodemografik bilgi formu ve ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler formu ile ölüme karşı tutum ölçeğinden oluşan veri toplama sürecinin ortalama on dakika sürdüğü gözlemlenmiştir. Veriler Nisan 2021 ve Haziran 2021 tarihlerinde toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme:

Araştırmada yararlanılan veri toplama araçlarından olan ÖKTÖ'nün analizinde web üzerinden toplanan veriler IBM SPSS Statistics 22 programına aktarılarak yeniden kodlanmış ve analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzdeler; sayısal istatistiklerde, elde edilen verilerin minimum ve maksimum değerleri, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları kullanılmıştır. Uygun analizlerin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle verilerin normallik durumları test edilmiştir. George ve Mallery (2010), verilerin Skewness ve Kurtosis değerlerinin ±2 aralığında yer almasının normallik için kabul edilebilir olduğunu tespit etmiştir. Buradan hareketle normallik varsayımı, George

ve Mallery'nin çalışması kaynak alınarak verilerin Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılarak sağlanmıştır. Parametrik testlerin uygulanabilir olduğu gözlemlendikten sonra sonuçlar 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Analizler %95 güven aralığında yapılmıştır.

Çalışmada parametrik testlerden Bağımsız Örneklemler T Testi (İndependent Samples T Test) ve Tek yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) uygulanmıştır. Büyüköztürk'e göre (Büyüköztürk, 2018, s. 39), bağımsız örneklemler t testi, ilişkisi olmayan iki grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık durumunu incelemek amacıyla uygulanmaktadır. Bu bağlamda çalışmaya katılan öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitime devam ettikleri üniversite, ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma ve yakınları arasından kayıp yaşama deneyimlerine göre ÖKTÖ'den aldıkları ortalama puanların anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Bağımsız Örneklemler T Testi uygulanmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi ise ikiden fazla grubu tek bir değişken yönünden analiz eden parametrik bir testtir (Doğanay, Ataizi, Şimşek, Salı, & Akbulut, 2018, s. 181). Bu bağlamda öğrencilerin eğitime devam ettikleri bölüm, dindarlık düzeyleri ve ölümü düşünme sıklıklarına göre ÖKTÖ'den aldıkları ortalama puanların anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Aradaki farkın anlamlılık sergilediği değişkenlerde Post-Hoc testlerinden Tukey, Games-Howell ve Hochberg's GT2 testleri kullanılarak farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada yararlanılan bir diğer veri toplama aracı ÖYTG Formu'nun analizinde, tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Ki-Kare testi, iki değişken arasındaki bağın veya en az iki grup arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının değerlendirilmesinde kullanılır (Güngör & Bulut, 2008, s. 85). Bu çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin ÖYTG Formu ifadelerinde yer alan ötenaziye ilişkin görüşleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitime devam ettikleri üniversite ve bölüm, ağrılı hastalık yaşayan bir yakına şahit olma ve yakınları arasından kayıp yaşama deneyimleri, dindarlık düzeyleri ile ölümü düşünme sıklıklarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Ki-Kare analizinden; verilerin yorumlanması amacıyla Çapraz Tablolardan yararlanılmıştır. Veriler 0,05 anlamlılık derecesi üzerinden değerlendirilmiştir. Farklılaşmanın hangi gruplarda olduğunu tespit etmek amacıyla Z testi uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenaziye yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla parametrik olmayan analizlerden Spearman'ın Sıralı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır (Spearman's rho Correlation Coefficient). Spearman Sıralı Korelasyon, aralarında doğrusal ilişki bulunan değişkenlerden en az biri normal dağılım sergilemediği durumlarda Pearson Korelasyon yerine kullanılmaktadır (Aslan, ve diğerleri, t.y., s. 4-5). Verilerin analize uygunluğuna, değişkenler arasındaki monotonik ilişki incelenerek karar verilmiştir. Değişkenlerin monotonik ilişki sergilediği tespit edildikten sonra Spearman Sıralı Korelasyon Katsayısı uygulanmıştır. Analizde, öğrencilerin ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile ÖYTG formunda yer alan, ötenaziye olumlu yaklaşımı işaret eden ifadeler ile olumsuz yaklaşımı işaret eden ifadelerden aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. 'Ötenaziye olumlu yaklaşım' değişkeni öğrencilerin ötenaziye karşı olumlu tutumlarını doğrudan belirlemeye yönelik olan 3, 4, ve 7'nci ifadelerden aldıkları puanların ortalaması alınarak, 'ötenaziye olumsuz yaklaşım' değişkeni ise öğrencilerin ötenaziye karşı olumsuz tutumlarını doğrudan belirlemeye yönelik olan 5 ve 6'ncı ifadelerden aldıkları puanların ortalaması alınarak belirlenmiştir.

3.7. Etik Açıklamalar:

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kuruluna başvurulmuş ve 03.12.2019 tarihli toplantıda araştırma için 2019/139 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır (Bkz. Ek-5). Etik kurul onayının araştırmacıya beyan edilmesinin ardından İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa kurumlarından gerekli araştırma izinleri 07.04.2021 tarihinden itibaren alınmıştır (Bkz. Ek-6). Araştırmada veri toplama araçlarının kullanımlarına ilişkin izinler araştırmacılardan alınmıştır (Bkz. Ek-7). Araştırmada katılımcılar, araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili olarak gönüllü onam formunda detaylıca bilgilendirilmiş, çalışmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve bilgilerin gizli tutulacağı kesin bir şekilde ifade edilmiştir. Bu bağlamda bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, bilgisayar yoluyla oluşturulan anketin ilk sayfasına eklenmiş ve katılımcılardan yalnızca bilgilendirmeyi okumaları ve araştırmaya katılmayı onaylamaları halinde 'devam' seçeneğine basarak ankete başlamaları istenmiştir. Devam seçeneğini kullanan katılımcıların formu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul ettikleri çıkarımı yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- Araştırmanın ilk sınırlılığı anket yönteminin doğası gereği ortaya çıkan sınırlılıktır. Web anket yöntemlerinın hızlı yanıt alınması, az maliyet ve emek gibi kazançları olmasının yanısıra bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Katılımcılar ile yüz yüze görüşme imkanı olmadığından, kişiler soruları cevaplarken belirtilen seçeneklerde aradıklarını bulamayabilir veya soru net ve kesin bir şekilde sorulmuş olsa dahi akıllarında soru işareti kalabilir. Bu durumlarda araştırmacıya anında ulaşarak aydınlatıcı bir açıklama alınmadığı takdirde veri kaybı yaşanabilir ya da gelişigüzel cevaplandırmalar ile karşılaşılabilir. Web anketler, yalnızca uygun teknik altyapısı olan katılımcılara uygulanabilir. Bu durum örneklem grubunun taraflı olması sonucunu doğurabilir. Aynı zamanda soruların cevaplanması esnasında sunucu hataları yaşanabilir ya da anketler sanal ortamda cevaplandığından güven duygusu oluşmayabilir. Söz konusu durumlar kişinin anketi cevaplama isteğini azaltabilir (Özmen & Çakmaklı, 2000). Bu araştırmanın veri toplama sürecinde de web anketin yukarıda bahsedilen olumsuz durumlarının yaşanmış olabileceği düşünülmektedir.
- Araştırmanın ikinci sınırlılığı örnekleme dahil edilen disiplinlere ilişkindir. Araştırmada; tıp, hukuk, ilahiyat, sosyal hizmet ve gerontoloji olmak üzere beş farklı disiplin üzerinden çıkarım yapılmaya çalışılmış, diğer disiplinler araştırma dışında tutulmuştur.
- Araştırmanın üçüncü sınırlılığı örneklemin üniversite öğrencilerinden oluşuyor olmasıdır. Bu durum katılımcıların soruları yalnızca teknik bilgilerinden hareketle cevaplandırmalarına neden olmaktadır. Bir disiplinde yeterli seviyede mesleki deneyim kazanan katılımcılar ile henüz eğitim aşamasında olan katılımcılar arasında cevaplandırma farklılıkları olabileceği varsayıldığında öğrencilerden alınan cevapların o disiplinin temel ortak görüşünü yansıtmama ihtimali ortaya çıkmaktadır.
- Araştırmanın dördüncü ve son sınırlılığını katılımcı sayısı oluşturmaktadır. Araştırma veri toplama süreci içinde araştırmaya gönüllü

katılım sağlayan İstanbul Üniversitesi ilahiyat ve hukuk bölümü öğrencileri ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa tıp, sosyal hizmet ve gerontoloji bölümü öğrencileri olmak üzere toplam 354 katılımcı ile sınırlıdır ve genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları; çalışmaya katılan öğrencileri tanımlamaya ilişkin bulgular, ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler formu maddelere verilen cevaplar ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye dair bulgular, ölüme karşı tutum ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye dair bulgular ve son olarak ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler formu verileri ile ölüme karşı tutum ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular olmak üzere dört başlıktan oluşmaktadır.

4.1. Çalışmaya Katılan Öğrencileri Tanımlamaya İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların eğitim gördükleri üniversite ile bölüm, yaş, cinsiyet, medeni durum ve kişisel bilgilerine ilişkin veriler yer almaktadır

Tablo 4-1 Çalışmaya Katılan Öğrencileri Tanımlamaya İlişkin Bulgular

Özellikler	N (sayı)	% (yüzde)
Üniversite		
İstanbul Üniversitesi	**176**	**49,7**
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	**178**	**50,3**
Bölüm		
Tıp	**95**	**26,8**
Hukuk	**99**	**28,0**
İlahiyat	**63**	**17,8**
Gerontoloji	**47**	**13,3**
Sosyal hizmet	**50**	**14,1**
Yaş Grubu		
20 ve altı yaş	**82**	**23,2**
20 ve 25 arası yaş	**207**	**58,5**
25 ve 30 arası yaş	**64**	**18,1**
30 ve üstü yaş	**1**	**0,2**

Cinsiyet		
Kadın	**190**	**53,7**
Erkek	**164**	**46,3**
Medeni Durum		
Bekar	**309**	**87,3**
Evli	**45**	**12,7**
Toplam	**354**	**100,00**

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4-1'de incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma toplam 354 katılımcıdan oluşmakta olup katılımcıların tamamı üniversite öğrencisidir. Öğrencilerin %49,7'si İstanbul Üniversitesi, %50,3'ü İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim görmektedir. Ayrıca %26,8'i tıp, %28,0'ı hukuk, %17,8'i ilahiyat, %13,3'ü gerontoloji ve %14,1'i sosyal hizmet bölümlerine mensuptur. Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir çoğunluğu, %58,5 oranı ile 20 ve 25 yaş aralığında iken en az katılımcı sergileyen yaş grubu %0,2 ile 30 ve üstüdür. Araştırmaya katılanların; %53,7'sinin kadın, %46,3'ünün erkek; medeni duruma bakıldığında ise %87,3'ünün bekar, %12,7'sinin evli olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 4-2: Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler

Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler	N (sayı)	% (yüzde)
Daha önce bir yakınınızın ağrılı bir hastalığına şahit oldunuz mu?		
Evet	**115**	**32,5**
Hayır	**239**	**67,5**

Daha önce yakınlarınızdan herhangi bir kayıp yaşadınız mı?		
Evet	**201**	**56,8**
Hayır	**153**	**43,2**
Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?		
Evet	**134**	**37,9**
Kararsızım	**145**	**41,0**
Hayır	**75**	**21,2**
Ölümü ne sıklıkla düşünürsünüz?		
Neredeyse hiç düşünmem	**70**	**19,8**
Bazen düşünürüm	**227**	**64,1**
Çoğu zaman düşünürüm	**57**	**16,1**
Toplam	**354**	**100,00**

Tablo 4-2'de katılımcıların tecrübelerinden hareketle cevapladıkları kişisel bilgilerine ilişkin veriler yer almaktadır. Buna göre katılımcıların; %67,5'i daha önce herhangi bir yakınının ağrılı bir hastalığına şahit olmadığını; %56,8'i yakınları arasından kayıp yaşadığını ifade etmiştir. 'Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?' sorusuna katılımcıların büyük çoğunluğu %41,0 ile 'kararsızım' yanıtını verirken; %37,9'u 'evet', %21,2'si 'hayır' şeklinde cevaplamıştır. Katılımcıların ölümü düşünme sıklığı değerlendirildiğinde; çoğunluğun %64,1 ile 'bazen düşünürüm' yanıtını verdiği, ayrıca %19,8'inin 'neredeyse hiç düşünmem' , %16,1'inin ise 'çoğu zaman düşünürüm' şeklinde cevapladığı gözlemlenmiştir.

Tablo 4-3 Ölüm Kelimesi Size Ne Hissettirir? Sorusuna Verilen Yanıtlar

Yanıtlar	N (sayı)	% (yüzde)
Korku	**110**	**15,5**
Çaresizlik	**233**	**32,9**
Üzüntü	**290**	**41,0**
Huzur	**52**	**7,3**
Pişmanlık-Durgunluk-Belirsizlik	**1**	**0,1**
Hissizlik	**3**	**0,4**
Sonsuzluk	**8**	**1,1**
Yalnızlık	**11**	**1,6**
Toplam	**708***	**100,00**

***Tabloda belirtilen soru çoklu yanıt içerdiğinden dolayı toplam sayı (N), örneklem hacmini (354) geçmektedir.

Tablo 4-3 katılımcılara yöneltilen 'ölüm kelimesi size ne hissettirir?' sorusuna verilen yanıtları göstermektedir. Buna göre katılımcılarda en yoğun hissedilen duygu %41,0 ile üzüntüdür. Aynı zamanda %32,9 ile çaresizlik, %15,5 ile korku, %7,3 ile huzur duygularının da yoğun olarak hissedildiği görülmektedir.

4.2. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Formu Maddelere Verilen Cevaplar ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Çalışmanın bu kısmında öğrencilerin ötenaziye ilişkin tutumlarına ve bu tutumlar ile cinsiyet, medeni durum, üniversite, bölüm, kişisel bilgiler değişkenleri arasındaki ilişkiye yer verilecektir.

Tablo 4-4: Katılımcıların Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri

		N	%
Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir	katılmıyorum	65	18,4
	kararsızım	39	11,0

	katılıyorum	250	70,6
Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak ona acı çektirmektir	katılmıyorum	159	44,9
	kararsızım	96	27,1
	katılıyorum	99	28,0
Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteği yerine getirilmelidir.	katılmıyorum	181	51,1
	kararsızım	80	22,6
	katılıyorum	93	26,3
Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim	katılmıyorum	235	66,4
	kararsızım	69	19,5
	katılıyorum	50	14,1
Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir.	katılmıyorum	261	73,7
	kararsızım	46	13,0
	katılıyorum	47	13,3
Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir	katılmıyorum	267	75,4
	kararsızım	45	12,7
	katılıyorum	42	11,9
İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir	katılmıyorum	181	51,1
	kararsızım	87	24,6
	katılıyorum	86	24,3

Araştırmaya katılan öğrencilerin %70,6'sı ölümcül hastaya durumuyla ilgili gelişmelerin söylenmesi gerektiğini, %28,0'ı yaşam kalitesi arttırılamayan hastayı canlı tutmanın ona acı çektirmek olduğunu, %26,3'ü tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan ve ölmek isteyen bir hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini, %14,1'i geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyeceğini, %73,7'si hekimlerin ötenazi uygulamalarının tıbba olan güveni sarsmayacağını, %75,4'ü ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını, %24,3'ü insanların istemeleri halinde kendi hayatlarını sonlandırma kararı verebileceğini ifade etmiştir (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ötenazi Düşünceleri

		Cinsiyet				**Medeni Durum**				**Üniversite**			
		Kadın		**Erkek**		**Bekar**		**Evli**		**İÜ**		**İÜC**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir	Katılmıyorum	33	50,8	32	49,2	56	86,2	9	13,8	37	56,9	28	43,1
	Kararsızım	22	56,4	17	43,6	31	79,5	8	20,5	24	61,5	15	38,5
	Katılıyorum	135	54,0	115	46,0	222	88,8	28	11,2	115	46,0	135	54,0
		x^2=0,349		p= ,840		x^2=2,729		p=,255		x^2=4,912		p=,086	
2. Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak ona acı çektirmektir	Katılmıyorum	90	56,6	69	43,4	136	85,5	23	14,5	93	58,5	66	41,5
	Kararsızım	51	53,1	45	46,9	84	87,5	12	12,5	47	49,0	49	51,0
	Katılıyorum	49	49,5	50	50,5	89	89,9	10	10,1	36	36,4	63	63,6
		x^2=1,256		p= ,534		x^2=1,053		p=,591		**x^2=11,979**		**p*=,003**	
3. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteği yerine getirilmelidir	Katılmıyorum	106	58,6	75	41,4	153	84,5	28	15,5	103	56,9	78	43,1
	Kararsızım	40	50,0	40	50,0	69	86,3	11	13,8	41	51,3	39	48,8
	Katılıyorum	44	47,3	49	52,7	87	93,5	6	6,5	32	34,4	61	65,6

		x^2=3,689	p= ,158			x^2=4,603	p=,100			**x^2=12,535**	**p*=,002**		
4. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim	Katılmıyorum	132	56,2	103	43,8	204	86,8	31	13,2	131	55,7	104	44,3
	Kararsızım	38	55,1	31	44,9	61	88,4	8	11,6	28	40,6	41	59,4
	Katılıyorum	20	40,0	30	60,0	44	88,0	6	12,0	17	34,0	33	66,0
		x^2=4,403	p= ,111			x^2=0,149	p=,928			**x^2=10,660**	**p*=,005**		
5. Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir.	Katılmıyorum	141	54,0	120	46,0	228	87,4	33	12,6	106	40,6	155	59,4
	Kararsızım	23	50,0	23	50,0	41	89,1	5	10,9	33	71,7	13	28,3
	Katılıyorum	26	55,3	21	44,7	40	85,1	7	14,9	37	78,7	10	21,3
		x^2=0,314	p= ,855			x^2=0,343	p=,842			**x^2=33,395**	**p*=,000**		
6. Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir	Katılmıyorum	143	53,6	124	46,4	238	89,1	29	10,9	109	40,8	158	59,2
	Kararsızım	23	51,1	22	48,9	39	86,7	6	13,3	30	66,7	15	33,3
	Katılıyorum	24	57,1	18	42,9	32	76,2	10	23,8	37	88,1	5	11,9
		x^2=0,324	p= ,851			x^2=5,501	p=,064			**x^2=38,363**	**p*=,000**		
7. İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir	Katılmıyorum	103	56,9	78	43,1	154	85,1	27	14,9	104	57,5	77	42,5
	Kararsızım	44	50,6	43	49,4	75	86,2	12	13,8	49	56,3	38	43,7
	Katılıyorum	43	50,0	43	50,0	80	93,0	6	7,0	23	26,7	63	73,3
		x^2=1,563	p =,458			x^2=3,434	p=,180			**x^2=24,013**	**p*=,000**		

(x^2 : Pearson Chi-Square) ($p < 0,05$ anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-5 çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi düşüncelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla uygulanan ki kare testi sonuçlarını içermektedir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin cinsiyetleri ve medeni durumları ile ötenaziye ilişkin hiçbir ifade arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin eğitim gördükleri üniversite

ile ötenaziye ilişkin 2, 3, 4, 5, 6 ve 7'nci ifadeler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre;

- Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu reddeden öğrencilerin %58,5'i İstanbul Üniversitesi'nde eğitim görmektedir.
- Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan hastalar ölmek isteseler dahi bu isteğin yerine getirilmemesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %56,9'u İstanbul Üniversitesi'nde eğitim görmektedir.
- Ölümcül hastalığı olsa da bir yakınına ötenazi uygulanmasını istemeyen öğrencilerin %55,7'si İstanbul Üniversitesi'nde eğitim görmektedir.
- Hekimlerin ötenazi uygulamalarının tıbba duyulan güveni sarsmayacağını düşünen öğrencilerin %59,4'ü İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim görmektedir.
- Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %59,2'si İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim görmektedir.
- Kişinin istese dahi yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar veremeyeceğini savunan öğrencilerin %57,5'i İstanbul Üniversitesi'nde eğitim görmektedir.

Tablo 4-6: Katılımcıların Kişisel Tecrübelerine Göre Ötenazi Düşünceleri

		Ağrılı Hastalık Yaşayan Bir Yakına Şahit Olma				**Yakınları Arasından Kayıp Yaşama**			
		Evet		**Hayır**		**Evet**		**Hayır**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir	Katılmıyorum	30	46,2	35	53,8	40	61,5	25	38,5
	Kararsızım	14	35,9	25	64,1	19	48,7	20	51,3
	Katılıyorum	71	28,4	179	71,6	142	56,8	108	43,2

		x^2=7,646		**p=,022**		x^2=1,633		p=,442	
2. Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak ona acı çektirmektir	Katılmıyorum	39	24,5	120	75,5	74	46,5	85	53,5
	Kararsızım	32	33,3	64	66,7	61	63,5	35	36,5
	Katılıyorum	44	44,4	55	55,6	66	66,7	33	33,3
		x^2=11,077		**p=,004**		**x^2=12,524**		**p*=,002**	
3. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteği yerine getirilmelidir	Katılmıyorum	45	24,9	136	75,1	92	50,8	89	49,2
	Kararsızım	34	42,5	46	57,5	50	62,5	30	37,5
	Katılıyorum	36	38,7	57	61,3	59	63,4	34	36,6
		x^2=10,097		**p=,006**		x^2=5,360		p=,069	
4. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim	Katılmıyorum	63	26,8	172	73,2	116	49,4	119	50,6
	Kararsızım	29	42,0	40	58,0	52	75,4	17	24,6
	Katılıyorum	23	46,0	27	54,0	33	66,0	17	34,0
		x^2=10,482		**p=,005**		**x^2=16,711**		**p*=,000**	
5. Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir	Katılmıyorum	91	34,9	170	65,1	147	56,3	114	43,7
	Kararsızım	12	26,1	34	73,9	28	60,9	18	39,1
	Katılıyorum	12	25,5	35	74,5	26	55,3	21	44,7
		x^2=2,569		p=,277		x^2=,377		p=,828	
6. Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir	Katılmıyorum	93	34,8	174	65,2	157	58,8	110	41,2
	Kararsızım	11	24,4	34	75,6	20	44,4	25	55,6
	Katılıyorum	11	26,2	31	73,8	24	57,1	18	42,9
		x^2=2,755		p=,252		x^2=3,237		p=,198	

7. İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir	Katılmıyorum	46	25,4	135	74,6	92	50,8	89	49,2
	Kararsızım	37	42,5	50	57,5	53	60,9	34	39,1
	Katılıyorum	32	37,2	54	62,8	56	65,1	30	34,9
		x^2=9,002		**p*=,011**		x^2=5,655		p=,059	

(x^2 : Pearson Chi-Square) (p*<= 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-6 çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi düşüncelerinin kişisel tecrübelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla uygulanan kikare testi sonuçlarını içermektedir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma durumları ile ötenaziye ilişkin 1, 2, 3, 4 ve 7'nci ifadeler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre;

- Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %28,4'ü ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.
- Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünen öğrencilerin %44,4'ü ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.
- Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan ve ölmek isteyen hastaların bu isteklerinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %38,7'si ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.
- Ölümcül hastalığı olduğu takdirde bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyen öğrencilerin %46,0'ı ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.
- Kişinin ölmek istediği takdirde yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar verebileceğini savunan öğrencilerin %37,2'si ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.

Ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin yakınları arasından kayıp yaşama durumları ile ötenaziye ilişkin 2 ve 4'ncü ifadeler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre;

- Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünen öğrencilerin %66,7'si yakınları arasından kayıp yaşamıştır.
- Ölümcül hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyen öğrencilerin %66,0'ı yakınları arasından kayıp yaşamıştır.

Tablo 4-7: Katılımcıların Dindarlık Düzeyleri ve Ölümü Düşünme Sıklığına Göre Ötenazi Düşünceleri

		Dindarlık Düzeyi						**Ölümü Düşünme Sıklığı**			
		Düşük		**Orta**		**Güçlü**		**Az-Orta**		**Çok**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir	Katılmıyorum	14	21,5	27	41,5	24	36,9	50	76,9	15	23,1
	Kararsızım	5	12,8	23	59,0	11	28,2	31	79,5	8	20,5
	Katılıyorum	56	22,4	84	33,6	110	44,0	216	86,4	34	13,6
		x^2=9,862		**p=,043**				x^2=4,061		p=,131	
2. Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak ona acı çektirmektir	Katılmıyorum	35	22,0	79	49,7	45	28,3	135	84,9	24	15,1
	Kararsızım	18	18,8	30	31,3	48	50,0	81	84,4	15	15,6

	Katılıyorum	22	22,2	25	25,3	52	52,5	81	81,8	18	18,2
		x^2=22,877		**p=,000**			x^2=,453		p=,797		
3. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteği yerine getirilmelidir	Katılmıyorum	43	23,8	88	48,6	50	27,6	152	84,0	29	16,0
	Kararsızım	12	15,0	30	37,5	38	47,5	68	85,0	12	15,0
	Katılıyorum	20	21,5	16	17,2	57	61,3	77	82,8	16	17,2
		x^2=36,112		**p=,000**			x^2=,156		p=,925		
4. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim	Katılmıyorum	47	20,0	109	46,4	79	33,6	200	85,1	35	14,9
	Kararsızım	14	20,3	13	18,8	42	60,9	57	82,6	12	17,4
	Katılıyorum	14	28,0	12	24,0	24	48,0	40	80,0	10	20,0
		x^2=25,295		**p=,000**			x^2=,901		p=,637		
5. Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir	Katılmıyorum	68	26,1	79	30,3	114	43,7	223	85,4	38	14,6
	Kararsızım	4	8,7	25	54,3	17	37,0	41	89,1	5	10,9
	Katılıyorum	3	6,4	30	63,8	14	29,8	33	70,2	14	29,8
		x^2=28,902		**p=,000**			**x^2=7,908**		**p=,019**		

6. Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir	Katılmıyorum	67	25,1	79	29,6	121	45,3	233	87,3	34	12,7
	Kararsızım	4	8,9	21	46,7	20	44,4	39	86,7	6	13,3
	Katılıyorum	4	9,5	34	81,0	4	9,5	25	59,5	17	40,5
		x^2=45,689			**p=,000**			**x^2=20,968**		**p=,000**	
7. İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir	Katılmıyorum	36	19,9	93	51,4	52	28,7	147	81,2	34	18,8
	Kararsızım	17	19,5	27	31,0	43	49,4	77	88,5	10	11,5
	Katılıyorum	22	25,6	14	16,3	50	58,1	73	84,9	13	15,1
		x^2=35,762			**p=,000**			x^2=2,393		p=,302	

(x^2 : Pearson Chi-Square) (p*<= 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-7 çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi düşüncelerinin dindarlık düzeyleri ve ölümü düşünme sıklığına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla uygulanan ki kare testi sonuçlarını içermektedir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin dindarlık düzeyleri ile ötenaziye ilişkin tüm ifadeler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre;

- Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %44,0'ı güçlü düzeyde dindardır.
- Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu reddeden öğrencilerin %49,7'si orta düzey, %28,3'ü güçlü düzey dindardır.
- Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan hastaların ve ölmek isteseler dahi bu isteklerinin yerine getirilmesini reddeden öğrencilerin %48,6'sı orta düzey, %27,6'sı güçlü düzey dindardır.

- Ölümcül hastalığı olsa dahi bir yakınına ötenazi uygulanmasını reddeden öğrencilerin %46,4'ü orta düzey, %33,6'sı güçlü düzey dindardır.
- Hekimlerin ötenazi uygulamalarının zaman içinde tıbba olan güveni sarsabileceğini düşünen %63,8'i orta düzey, %29,8'i güçlü düzey dindardır.
- Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %45,3'ü güçlü düzey dindarken, %25,1'i dindar değildir.
- Kişinin ölmek istese dahi yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar veremeyeceğini savunan öğrencilerin %51,4'ü orta düzey, %28,7'si güçlü düzey dindardır.

Ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin ölümü düşünme sıklığı ile ötenaziye ilişkin 5 ve 6'ncı ifadeler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre;

- Hekimlerin ötenazi uygulamalarının zaman içinde tıbba olan güveni sarsabileceği düşünen öğrencilerin %70,2'si ölümü az-orta sıklıkla; %29,8'i ölümü çok sıklıkla düşünmektedir.
- Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %87,3'ü ölümü az-orta sıklıkla; %12,7'si çok sıklıkla düşünmektedir

Tablo 4-8: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölüme Göre Ötenazi Düşünceleri

		Tıp		**Hukuk**		**İlahiyat**		**Gerontoloji**		**Sosyal Hizmet**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
1. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir	Katılmıyorum	14	21,5	18	27,7	17	26,2	6	9,2	10	15,4
	Kararsızım	6	15,4	12	30,8	12	30,8	7	17,9	2	5,1
	Katılıyorum	75	30,0	69	27,6	34	13,6	34	13,6	38	15,2
				x^2=16,329		**p=,038**					
2. Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak ona acı çektirmektir	Katılmıyorum	34	21,4	50	31,4	40	25,2	20	12,6	15	9,4
	Kararsızım	22	22,9	29	30,2	15	15,6	15	15,6	15	15,6
	Katılıyorum	39	39,4	20	20,2	8	8,1	12	12,1	20	20,2

					x^2=27,245 p=,001						
3. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteği yerine getirilmelidir	Katılmıyorum	40	22,1	51	28,2	46	25,4	24	13,3	20	11,0
	Kararsızım	18	22,5	29	36,3	11	13,8	11	13,8	11	13,8
	Katılıyorum	37	39,8	19	20,4	6	6,5	12	12,9	19	20,4
					x^2=28,964 p=,000						
4. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim	Katılmıyorum	49	20,9	71	30,2	53	22,6	33	14,0	29	12,3
	Kararsızım	24	34,8	19	27,5	6	8,7	8	11,6	12	17,4
	Katılıyorum	22	44,0	9	18,0	4	8,0	6	12,0	9	18,0
					x^2=23,244 p=,003						
5. Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir	Katılmıyorum	88	33,7	68	26,1	26	10,0	36	13,8	43	16,5
	Kararsızım	5	10,9	19	41,3	12	26,1	6	13,0	4	8,7
	Katılıyorum	2	4,3	12	25,5	25	53,2	5	10,6	3	6,4
					x^2=69,412 p=,000						
6. Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir	Katılmıyorum	91	34,1	72	27,0	23	8,6	39	14,6	42	15,7
	Kararsızım	4	8,9	17	37,8	12	26,7	7	15,6	5	11,1
	Katılıyorum	0	0,0	10	23,8	28	66,7	1	2,4	3	7,1
					x^2=101,317 p=,000						
7. İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir	Katılmıyorum	40	22,1	49	27,1	49	27,1	26	14,4	17	9,4
	Kararsızım	22	25,3	32	36,8	12	13,8	9	10,3	12	13,8
	Katılıyorum	33	38,4	18	20,9	2	2,3	12	14,0	21	24,4
					x^2=41,030 p=,000						

(x^2 : Pearson Chi-Square) (p*<= 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-8 çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi düşüncelerinin eğitim gördükleri bölüme göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla uygulanan ki kare testi sonuçlarını içermektedir. Yapılan ki kare testi sonuçlarına göre öğrencilerin

bölümleri ile ötenaziye ilişkin tüm ifadeler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre;

- Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünenlerde en yüksek oran %30 ile tıp, en düşük oran %13,6 ile ilahiyat ve gerontoloji bölümü öğrencilerine aittir.
- Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünenlerde en yüksek oran %39,4 ile tıp, en düşük oran %8,1 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir.
- Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünenlerde en yüksek oran %39,8 ile tıp, en düşük oran %6,5 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir.
- Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerde en yüksek oran %44,0 ile tıp, en düşük oran %8,0 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir.
- Hekimlerin ötenazi uygulamasının zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabileceğini düşünenlerde en yüksek oran %53,2 ile ilahiyat, en düşük oran %4,3 ile tıp bölümü öğrencilerine aittir.
- Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünenlerde en yüksek oran %66,7 ile ilahiyat, en düşük oran %0,0 ile tıp bölümü öğrencilerine aittir.
- İnsanların ölmek istiyorlarsa kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine kendilerinin karar verebileceğini düşünenlerde en yüksek oran %38,4 ile tıp, en düşük oran %2,3 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir.

Tablo 4-9: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölüme Göre Ötenazi Düşüncelerinde Farklılaşan Gruplar

		Tıp	Hukuk	İlahiyat	Gerontoloji	Sosyal Hizmet
1	Katılmıyorum	14$_{a}$	18$_{a}$	17$_{a}$	6$_{a}$	10$_{a}$
	Kararsızım	6$_{a}$	12$_{a,b}$	12$_{b}$	7$_{a,b}$	2$_{a}$
	Katılıyorum	75$_{a}$	69$_{a}$	34$_{b}$	34$_{a}$	38$_{a}$
2	Katılmıyorum	34$_{a}$	50$_{b,c}$	40$_{c}$	20$_{a,b}$	15$_{a}$
	Kararsızım	22^{a}	29^{a}	15$_{a}$	15$_{a}$	15$_{a}$
	Katılıyorum	39$_{a}$	20$_{b}$	8$_{b}$	12$_{a,b}$	20$_{a}$
3	Katılmıyorum	40$_{a}$	51$_{a}$	46$_{b}$	24$_{a}$	20$_{a}$
	Kararsızım	18$_{a}$	29$_{a}$	11$_{a}$	11$_{a}$	11$_{a}$
	Katılıyorum	37$_{a}$	19$_{b,c}$	6$_{c}$	12$_{a,b}$	19$_{a}$
4	Katılmıyorum	49$_{a}$	71$_{b,c}$	53$_{c}$	33$_{b,c}$	29$_{a,b}$
	Kararsızım	24$_{a}$	19$_{a,b}$	6$_{b}$	8$_{a,b}$	12$_{a}$
	Katılıyorum	22$_{a}$	9$_{b}$	4$_{b}$	6$_{a,b}$	9$_{a,b}$
5	Katılmıyorum	88$_{a}$	68$_{b}$	26$_{c}$	36$_{b,d}$	43$_{a,d}$
	Kararsızım	5$_{a}$	19$_{b}$	12$_{b}$	6$_{a,b}$	4$_{a,b}$
	Katılıyorum	2$_{a}$	12$_{b}$	25$_{c}$	5$_{b}$	3$_{a,b}$
6	Katılmıyorum	91$_{a}$	72$_{b}$	23$_{c}$	39$_{b}$	42$_{b}$
	Kararsızım	4$_{a}$	17$_{b}$	12$_{b}$	7$_{b}$	5$_{a,b}$
	Katılıyorum	0$_{a}$	10$_{b}$	28$_{c}$	1$_{a,b}$	3$_{b}$
7	Katılmıyorum	40$_{a,b}$	49$_{a,b}$	49$_{c}$	26$_{b}$	17$_{a}$
	Kararsızım	22$_{a}$	32$_{a}$	12$_{a}$	9$_{a}$	12$_{a}$
	Katılıyorum	33$_{a}$	18$_{b}$	2$_{c}$	12$_{a,b}$	21$_{a}$

(Aynı harflerden bulunan sütunlar arasında fark yoktur).

Tablo 4-9 çalışmaya katılan öğrencilerin eğitim gördükleri bölüme göre ötenazi düşüncelerinde hangi grupların farklılaştığını saptamak amacıyla uygulanan Z testi sonuçlarını içermektedir. Buna göre;

- Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen katılımcılar arasında ilahiyat bölümü ile diğer tüm bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve ilahiyat bölümleri; sosyal hizmet ile ilahiyat ve hukuk bölümleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir insanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve ilahiyat bölümleri; hukuk ve sosyal hizmet bölümleri; ilahiyat ile gerontoloji ve sosyal hizmet bölümleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve ilahiyat bölümleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- Hekimlerin ötenazi uygulamasının zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabileceğini düşünen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve gerontoloji bölümleri; hukuk ile sosyal hizmet bölümleri; ilahiyat ile diğer tüm bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve sosyal hizmet bölümleri; ilahiyat ile diğer tüm bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.
- İnsanların ölmek istiyorlarsa kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine kendilerinin karar verebileceğini düşünen katılımcılar arasında tıp ile hukuk ve ilahiyat bölümleri; hukuk ile sosyal hizmet bölümleri; ilahiyat ile diğer tüm bölümler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

4.3. Ölüme Karşu Tutum Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanlar ve Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Bu bölümde katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanları ile bağımsız değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, üniversite, bölüm ve kişisel bilgiler) arasındaki ilişkinin istatistiksel analizine dair bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-10: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	N (sayı)	Cronbach Alpha Değeri
1. Faktör Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	12	354	0,922
2. Faktör Kaçış Kabullenme	5	354	0,794
3. Faktör Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	9	354	0,912
Tüm Ölçek	**26**	**354**	**0,833**

Tablo 4-10 ÖKTÖ'nün tüm ölçek ve alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılığı ölçmek için uygulanan Cronbach Alfa güvenirlik analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre iç tutarlılık katsayıları tüm ölçek için, 0,833; birinci faktör için (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme) 0,922; ikinci faktör için (kaçış kabullenme) 0,794; üçüncü faktör için (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma) 0,912 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4-11: Katılımcıların ÖKTÖ'den Aldıkları Puanlar

Ölçek Alt Boyutları	N	Min	Max	X	Ss
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	354	24	81	56,71	13,84
Kaçış Kabullenme	354	9	32	20,94	4,65

Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	354	11	60	37,39	11,12
Toplam Ölçek	354	66	158	115,04	17,51

Tablo 4-11 ÖKTÖ'nün alt boyutlarından elde edilen puanların en düşük ve en yüksek değerleri ile ortalama ve standart sapma değerlerini göstermektedir. Buna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu için en düşük puanın 24, ortalamanın 56,71 ± 13,84 ve en yüksek puanın 81; kaçış kabullenme alt boyutu için en düşük puanın 9, ortalamanın 20,94 ± 4,65 ve en yüksek puanın 32; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu için en düşük puanın 11, ortalamanın 37,39 ± 11,12 ve en yüksek puanın 60 olduğu görülmektedir. Tüm ölçek için ise en düşük toplam puan 66, ortalama 115,04 ± 17,51 ve en yüksek toplam puan ise 158'dir.

Tablo 4-12: Katılımcıların Cinsiyete Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	**Cinsiyet**	**N**	**Ort ± Ss**	**t**	**p**
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Kadın	190	4,77 ± 1,17	-,875	,382
	Erkek	164	4,66 ± 1,13		
Kaçış Kabullenme	Kadın	190	4,25 ± 0,915	-1,429	,154
	Erkek	164	4,11 ± 0,94		
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Kadın	190	4,09 ± 1,19	,973	,331
	Erkek	164	4,22 ± 1,27		
Toplam Ölçek	Kadın	190	4,43 ± 0,67	-,452	,651
	Erkek	164	4,40 ± 0,67		

(p<= 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-12 katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarını içermektedir. Yapılan t testi sonucuna göre üniversite öğrencilerinin cinsiyetleri ile ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 4-13: Katılımcıların Yaşa Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ort ± Ss	t	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	22 yaş ve altı	178	4,66 ± **1,18**	-1,037	,300
	23 yaş ve üzeri	175	4,78 ± **1,12**		
Kaçış Kabullenme	22 yaş ve altı	178	4,19 ± **0,933**	,139	,889
	23 yaş ve üzeri	175	4,17 ± **0,931**		
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	22 yaş ve altı	178	4,21 ± **1,20**	1,002	,317
	23 yaş ve üzeri	175	4,08 ± **1,26**		
Toplam Ölçek	22 yaş ve altı	178	4,41 ± **0,70**	-,146	,884
	23 yaş ve üzeri	175	4,42 ± **0,64**		

(p < = 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-13'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Yapılan t testi sonucunda üniversite öğrencilerinin yaşları ile ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05)

Tablo 4-14: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	Ort ± Ss	t	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Bekar	309	4,64 ± 1,14	-3,742	**,000***
	Evli	45	5,31 ± 1,02		
Kaçış Kabullenme	Bekar	309	4,12 ± 0,93	-4,056	**,000***
	Evli	45	4,63 ± 0,76		
Ölüm Korkusu ve Olümden Kaçınma	Bekar	309	4,22 ± 1,24	2,715	**,007***
	Evli	45	3,69 ± 1,10		
Toplam Ölçek	Bekar	309	4,39 ± 0,67	-2,123	**,034***
	Evli	45	4,62 ± 0,60		

(*p < = 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-14'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Yapılan analize göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (t: -3,742, p<0,05), kaçış kabullenme (t: -4,056, p<0,05) ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma (t: 2,715, p<0,05) alt boyutlarının ve tüm ölçeğin (t: -2,123, p<0,05) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre bekar katılımcıların ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan; evli katılımcıların ise tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutları ve ölüme karşı tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir.

Tablo 4-15: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Üniversiteye Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi sonuçları

Alt Boyutlar	Üniversite	N	Ort ± Ss	t	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	İÜ	176	5,04 ± 1,13	5,458	**,000***
	İÜC	178	4,40 ± 1,08		
Kaçış Kabullenme	İÜ	176	4,17 ± 0,97	-,218	,827
	İÜC	178	4,19 ± 0,88		
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	İÜ	176	4,157 ± 1,29	,037	,970
	İÜC	178	4,152 ± 1,18		
Toplam Ölçek	İÜ	176	4,57 ± 0,59	4,215	**,000***
	İÜC	178	4,27 ± 0,71		

(*p < = 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-15'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim görülen üniversiteye göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu (t: 5,458, $p<0,05$) ile ölüme karşı tutum ölçeği (t: 4,215, $p<0,05$) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin hem tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutundan hem de ölüme karşı tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa öğrencilerinden daha yüksektir.

Tablo 4-16: Katılımcıların Eğitime Devam Ettikleri Bölümlere Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları

Alt Boyutlar	Bölüm	N	Ort ± Ss	F	p	Anlamlı Fark
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Tıp (t)	95	4,24 ± 1,10	32,248	**,000***	t < sh i > t,h,g,sh *gh*
	Hukuk (h)	99	4,56 ± 1,05			
	İlahiyat (i)	63	5,94 ± 0,63			
	Gerontoloji (g)	47	4,29 ± 1,12			
	Sosyal Hizmet (sh)	50	4,83± 0,86			
Kaçış Kabullenme	Tıp (t)	95	4,12 ± 0,87	12,644	**,000***	h < sh i > t,h,g *t*
	Hukuk (h)	99	3,83 ± 0,92			
	İlahiyat (i)	63	4,78 ± 0,76			
	Gerontoloji (g)	47	4,01 ± 0,95			
	Sosyal Hizmet (sh)	50	4,40 ± 0,80			
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Tıp (t)	95	3,87 ± 1,18	18,323	**,000***	t < h,g h > sh i < t,h,g,sh *t*
	Hukuk (h)	99	4,73 ± 1,02			
	İlahiyat (i)	63	3,32 ± 1,20			
	Gerontoloji (g)	47	4,59 ± 1,20			
	Sosyal Hizmet (sh)	50	4,16 ± 1,04			
Toplam Ölçek	Tıp (t)	95	4,09 ± 0,75	13,324	**,000***	t < h,sh i > t,h,g,sh *gh*
	Hukuk (h)	99	4,48 ± 0,56			
	İlahiyat (i)	63	4,81 ± 0,48			
	Gerontoloji (g)	47	4,34 ± 0,67			
	Sosyal Hizmet (sh)	50	4,52 ± 0,59			

(*p < = 0,05 anlamlılık düzeyi) (^{t}: Tukey HSD, ^{gh}: Games-Howell)

Tablo 4-16'da katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarının eğitim gördükleri bölümlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre

tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (F:32,248, p<0,05); kaçış kabullenme (F:12,644, p<0,05); ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutlarında (F:18,323, p<0,05) ve ÖKTÖ (F:13,324, p<0,05) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarına bakıldığında sosyal hizmet öğrencilerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme düzeyi tıp öğrencilerine göre daha yüksek; ilahiyat öğrencilerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme düzeyi diğer tüm bölümlere göre daha yüksektir. Sosyal hizmet öğrencilerinin kaçış kabullenme düzeyi hukuk öğrencilerine göre daha yüksek; ilahiyat öğrencilerinin kaçış kabullenme düzeyi tıp, hukuk ve gerontoloji öğrencilerine göre daha yüksektir. Gerontoloji öğrencilerinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi tıp öğrencilerine göre daha yüksek; hukuk öğrencilerinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi tıp ve sosyal hizmet öğrencilerine göre daha yüksek ve tıp, hukuk, gerontoloji ve sosyal hizmet öğrencilerinin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi ilahiyat öğrencilerinden daha yüksektir. Ayrıca ÖKTÖ toplam puan ortalaması hukuk ve sosyal hizmet öğrencilerinin tıp öğrencilerine göre daha yüksek; ilahiyat öğrencilerinin diğer tüm bölümlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4-17: Katılımcıların Ağrılı Hastalığa Şahit Olma Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Ağrılı Hastalığa Şahit Olma	N	Ort ± Ss	t	p
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Evet	115	5,08 ± 1,06	-4,132	**,000***
	Hayır	239	4,55 ± 1,15		
Kaçış Kabullenme	Evet	115	4,71 ± 0,90	-8,022	**,000***
	Hayır	239	3,93 ± 0,83		
Ölüm Korkusu	Evet	115	3,65 ± 1,26	5,510	**,000***

ve Ölümden Kaçınma	Hayır	239	4,39 ± 1,14		
Toplam Ölçek	Evet	115	4,51 ± 0,66	-1,799	,073
	Hayır	239	4,38 ± 0,67		

(*p < = 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-17'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, *Daha Önce Bir Yakınınızın Ağrılı Bir Hastalığına Şahit Oldunuz Mu?* sorusuna verdikleri cevaplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu (t: -4,132, p<0,05), kaçış kabullenme alt boyutu (t: -8,022, p < 0,05) ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda (t: 5,510, p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olan öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar daha yüksek iken; ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimi bulunmayan öğrencilerin ise ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir.

Tablo 4-18: Katılımcıların Kayıp Yaşama Durumlarına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	**Kayıp Yaşama**	**N**	**Ort ± Ss**	**t**	**p**
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Evet	201	4,91 ± 1,13	-3,558	**,000***
	Hayır	153	4,47 ± 1,14		
Kaçış Kabullenme	Evet	201	4,44 ± 0,90	-6,234	**,000***
	Hayır	153	3,85 ± 0,85		
Ölüm Korkusu	Evet	201	3,89 ± 1,24	4,725	**,000***

ve Ölümden Kaçınma	Hayır	153	4,50± 1,13		
Toplam Ölçek	Evet	201	4,46± 0,671	-1,429	,154
	Hayır	153	4,36± 0,674		

(*p < 0,05 anlamlılık düzeyi)

Tablo 4-18'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, *Daha Önce Yakınlarınızdan Herhangi Bir Kayıp Yaşadınız Mı?* sorusuna verdikleri cevaplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklemler t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu (t: -3,558, p<0,05), kaçış kabullenme alt boyutu (t: -6,234, p<0,05) ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu (t: 4,725, p<0,05) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre yakınları arasından kayıp yaşayan öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar daha yüksek iken; yakınları arasından kayıp yaşama deneyimi bulunmayan öğrencilerin ise ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir.

Tablo 4-19: Katılımcıların Dindarlık Düzeylerine Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları

Alt Boyutlar	**Dindar Olarak Tanımlama**	**N**	**Ort ± Ss**	**F**	**p**	**Anlamlı Fark**
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Evet	134	5,55 ± 0,80	272,504	**,000***	e > k > h [gh]
	Hayır	75	3,11 ± 0,79			
	Kararsızım	145	4,79 ± 0,59			
Kaçış Kabullenme	Evet	134	4,53 ± 0,82	27,804	**,000***	e > k > h [t]
	Hayır	75	3,60 ± 0,88			
	Kararsızım	145	4,16 ± 0,89			
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Evet	134	3,83 ± 1,29	10,299	**,000***	k > e [t]
	Hayır	75	4,09 ± 1,11			

	Kararsızım	145	4,48 ± 1,16			
Toplam Ölçek	Evet	134	4,76 ± 0,49	152,551	,**000***	e > k > h [t]
	Hayır	75	3,55 ± 0,54			
	Kararsızım	145	4,56 ± 0,46			

(*p<0,05 anlamlılık düzeyi) ([t]: Tukey HSD, [gh]: Games-Howell)

Tablo 4-19'da katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarının dindarlık düzeyini belirlemek amacıyla yöneltilen *Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?* sorusuna verdikleri cevaplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (F:272,504, p<0,05); kaçış kabullenme (F:27,804, p<0,05); ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutlarında (F:10,299, p<0,05) ve ÖKTÖ (F:152,551, p<0,05) toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin öğrencilerinin ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarına bakıldığında tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme düzeyleri için kendisini dindar olarak tanımlayanların ortalama puanları kararsızlara göre daha yüksek; kararsızların ortalama puanları kendisini dindar olarak tanımlamayanlara göre daha yüksektir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi için kararsızların ortalama puanları kendisini dindar olarak tanımlayanların ortalama puanlarına göre daha yüksektir. Katılımcıların ÖKTÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında kendisini dindar olarak tanımlayanların puanlarının kararsızlara göre daha yüksek; kararsızların puanlarının kendisini dindar olarak tanımlamayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4-20: Katılımcıların Ölümü Düşünme Sıklığına Göre ÖKTÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Anova Sonuçları

Alt Boyutlar	**Ölümü Düşünme Sıklığı**	**N**	**Ort ± Ss**	**F**	**p**	**Anlamlı Fark**
Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme	Neredeyse Hiç Düşünmem	70	4,09 ± 1,12	22,179	,**000***	ç > b > n [h]
	Bazen Düşünürüm	227	4,75 ± 1,06			

	Çoğu Zaman Düşünürüm	57	5,38 ± 1,15			
Kaçış Kabullenme	Neredeyse Hiç Düşünmem	70	3,59 ± 0,76	33,823	**,000***	ç > b > n [h]
	Bazen Düşünürüm	227	4,20 ± 0,88			
	Çoğu Zaman Düşünürüm	57	4,84 ± 0,84			
Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma	Neredeyse Hiç Düşünmem	70	5,00 ± 1,06	42,234	**,000***	n > b > ç [h]
	Bazen Düşünürüm	227	4,13 ± 1,11			
	Çoğu Zaman Düşünürüm	57	3,17 ± 1,17			
Toplam Ölçek	Neredeyse Hiç Düşünmem	70	4,31 ± 0,73	1,533	,217	-
	Bazen Düşünürüm	227	4,43 ± 0,64			
	Çoğu Zaman Düşünürüm	57	4,51 ± 0,70			

(*p < = 0,05 anlamlılık düzeyi) ([h]: Hochberg's GT2)

Tablo 4-20'de katılımcıların ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarının ölümü düşünme sıklığına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme (F:22,179, p<0,05); kaçış kabullenme (F:33,823, p<0,05); ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutlarında (F:42,234, p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin ÖKTÖ alt boyut ve toplam puanlarına bakıldığında tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme düzeyleri için ölümü çoğu zaman düşünenlerin ortalama puanları bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin ortalama puanları neredeyse hiç düşünmeyenlere göre daha yüksektir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma düzeyi için ölümü neredeyse hiç düşünmeyenlerin ortalama puanları bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin ortalama puanları çoğu zaman düşünenlere göre daha yüksektir.

4.4. Ötenaziye Yönelik Tutumlar ve Görüşler Anket Formu Verileri ile Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde öğrencilerin ötenaziye ilişkin görüşleri ile ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 'Ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler anket formunda bulunan ve doğrudan kişinin ötenazi tutumunu ölçen ifadeler ile ÖKTÖ ve alt boyut ifadeleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 4-21: Katılımcıların Ötenaziye İlişkin Görüşleri ile Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

		Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme		**Kaçış Kabullenme**		**Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma**		**ÖKTÖ**	
	N	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Ötenaziye Olumlu Yaklaşım	354	**-,162****	**,002**	**,216****	**,000**	-,060	,257	**-,119***	**,025**
Ötenaziye Olumsuz Yaklaşım	354	**,311****	**,000**	,018	,735	,097	,069	**,286****	**,000**

(*p<0,05 **p<0,01) (r = Spearman's rho)

Tablo 4-21 katılımcıların ölüme karşı tutumları ile ötenaziye yönelik olumlu ve olumsuz görüşleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanan korelasyon analizi sonuçlarını içermektedir. Analiz sonucuna göre çalışmaya katılan öğrencilerin ötenaziye olumlu yaklaşım sergileme durumları ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r_{spearman}$ = -,162; p< 0,01); kaçış kabullenme alt boyutu ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r_{spearman}$ = ,216; p<0,01); ÖKTÖ ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki =-($r_{spearman}$,119; p<0,05) saptanmıştır. Öğrencilerin ötenaziye olumsuz yaklaşım sergileme durumları ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r_{spearman}$ =,311; p<0,01); ÖKTÖ ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r_{spearman}$ =,286; p<0,01) saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Kişisel Tecrübelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerinin yaş ortalamalarının 22,83 ± 2,83 ve %58,5'inin 20 – 25 yaş aralığında olduğu, %53,7'sinin kadın olduğu, %87,3'ünün bekar olduğu, %50,3'ünün İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim gördüğü, %28,0'ının hukuk, %26,8'inin tıp, %17,8'inin ilahiyat, %14,1'inin sosyal hizmet, %13,3'ünün gerontoloji bölümlerinde eğitimine devam ettiği, %67,5'inin daha önce ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmadığı, %56,8'inin yakınları arasından kayıp yaşadığı, %41,0'ının kendisini dindar olarak tanımlamada kararsız; %37,9'unun dindar olduğu, %64,1'inin ölümü bazen düşündüğü; %19,8'inin ölümü neredeyse hiç düşünmediği, ölüm kelimesinin katılımcılar arasında %31,1'ine korku, %65,8'ine çaresizlik, %81,9'una üzüntü, %14,7'sine huzur, %3,1'ine yalnızlık, %2,3'üne sonsuzluk, %0,8'ine hissizlik, %0,3'üne pişmanlık, durgunluk , belirsizlik duygularını çağrıştırdığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı ve kişisel özelliklerine ilişkin bulguları destekleyen çalışmalar mevcuttur. Çelik'in (2019), Çevik ve Kav'ın (2013), Jansen ve ark. (2019) çalışmalarında da çoğunluk genç yaş grubunda ve kadınlardan oluşmaktadır. Selçuk ve Avcı'nın (2015) çalışmasında çoğunluğun yakınları arasından kayıp yaşadığı, Özyalçın'ın (2019) çalışmasında çoğunluğun ölümü ara sıra düşündüğü, Özer ve ark. (2015) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına bakım vermediği tespit edilmiştir.

5.2. Katılımcıların ÖKTÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin ölüme karşı tutum puan ortalamasının 115,04; aldıkları en düşük puanın 66, en yüksek puanın 158 ve standart sapmanın 17,51 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 26 en yüksek toplam puan 182'dir. Bu sonuç çalışmaya katılan öğrencilerin ölüme karşı negatif tutum sergileme eğiliminde olduklarına işaret etmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması ölüme karşı geliştirilen negatif tutum düzeyinin yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Ölüme karşı geliştirilen negatif tutum ÖKTÖ'de ölüm korkusu, ölümden kaçınma, tarafsız kabullenme, yaklaşım kabullenme ve kaçış kabullenme alt düzeyleri ile ölçülmektedir. *Ölüm korkusu* kişinin ölüme yaklaştığında hissettiği korkuyu; *ölümden kaçınma* kişide ölüm düşüncesinin ortaya çıkardığı kaygı ile baş etme amacıyla

oluşturulan ölüme dair düşünme ve konuşma davranışlarından sakınmayı ve bu yönüyle kişinin ölümle ilgili endişelerden kaçınmak için oluşturduğu bir çeşit savunma mekanizmasını ifade etmektedir. *Tarafsız kabullenme* düzeyinde kişiler ölümü ne kabul etmekte ne de korkmaktadır. Ölüm, yaşamak kadar doğal ve hayatın içinden bir olgudur. Bu sebeple tarafsız kabullenme düzeyi yoğun olan kişilerde ölümün doğallığı kabul edilerek, kısıtlı yaşamdan en fazla verim almak amaçlanmaktadır. *Yaklaşım kabullenme* öldükten sonra yeni bir yaşam formunun başlayacağına dair olan inançtır. Bu alt düzeyde kişiler mutlu bir ahiret hayatına sahip olmayı arzulamaktadır. *Kaçış kabullenme* ise kişinin ölümü dünyadaki acılardan kurtulma yöntemi olarak görmesi, öldüğünde fiziksel ve psikolojik ıstıraplarının son bulacağına inanmasıdır (Işık, 2008, s. 160-161). Çalışmaya katılan öğrencilerin ölüme karşı, söz konusu alt düzeylerde negatif tutum geliştirme eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Literatüre bakıldığında Özer ve ark. (2015) yaptıkları araştırmada öğrencilerin ölüme karşı tutum puan ortalaması 118,2; Bilge ve ark. (2013) yaptıkları araştırmada öğrencilerin ölüme karşı tutum puan ortalaması 113,38; Selçuk ve Avcı'nın (2015) yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin ölüme karşı tutum puan ortalaması 117,62 olarak bulunmuştur. Çalışmanın literatür bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ölüme karşı tutum ile ilgili diğer araştırmalara bakıldığında Benli ve Yıldırım (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölüme karşı tutum puan ortalamasını 96,86, Çelik (2019) yaptığı çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalamasını 107,8, Özhan ise (2019) çalışmasında üçüncü basamak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin puan ortalamasını 113,51, Brudek ve ark. (2020) farklı yaş gruplarından bireylerle yaptıkları çalışmada ölüme karşı tutum puan ortalamasını 112,76, Köse ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada hekim ve hemşirelerin ölüme karşı tutum puan ortalamasını 107,62, Fadila ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerin puan ortalamasını 132,3 olarak bulmuşlardır. Literatürde yer alan çalışmalar, ölüme karşı tutum ölçeği ortalama puanlarının yaşlı bireylerde daha belirgin bir yükselme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Öğrencilerle yapılan çalışmalarda ölüme karşı tutum puan ortalamalarını diğerlerinden ayıran belirgin bir fark bulunmamaktadır.

5.3. Tanımlayıcı Özelliklere Göre ÖKTÖ ve ÖYTG Anket Formu Verilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Öğrencilerin cinsiyete göre ölüme karşı tutum ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde ulaşılan bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Özhan'ın (2019) hemşirelerle yaptığı araştırmada, Jansen ve ark. (2019) öğrencilerle yaptığı araştırmada, Bilge ve ark. (2013), sağlık profesyoneli olacak öğrencilerle yaptığı araştırmada, López Pérez ve Pino-Juste'nin (2020) öğrencilerle yaptığı araştırmada cinsiyetin ölüme karşı tutum açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise ölüme karşı tutum kaçış kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olduğu (Xu, ve diğerleri, 2019, s. 5), bazı çalışmalarda ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve kadınların erkeklerden daha yüksek puana sahip olduğu (Özer, Yıldırım, & Bölüktaş, 2015, s. 5), (Selçuk & Avcı, 2015, s. 28) belirlenmiştir. Sonuç olarak ölüme karşı tutum bakımından cinsiyet faktörünün belirleyici olmadığı, çalışmaya katılan her iki cinsiyetten bireylerin de ölüme karşı benzer tutumları olduğu söylenebilir. Ölüm kavramının, toplumun her kesiminden bireyi ilgilendirdiği düşünülürse cinsiyet faktörünün ölüme karşı tutumda bir farklılaşmaya neden olmadığı düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin medeni durumlarına göre ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ölüme karşı tutum ölçeği, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında evlilerin bekarlardan daha yüksek puana sahip olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise bekarların evlilerden daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar literatür ile kıyaslandığında bazı çalışmalarda tarafsız kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve evlilerin bekarlardan daha yüksek puana sahip olduğu (Selçuk & Avcı, 2015, s. 5), bazı çalışmalarda ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve evlilerin bekar, dul ya da boşanmışlardan daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmiştir (Benli & Yıldırım, 2017, s. 171). Bu çalışmada evlilerin puanlarının daha yüksek olmasının sebebi ölümle yüzleşme, kayıp yaşama ve ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma gibi deneyimlerinin varlığı olabilir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda bekarların puanının yüksek olması ise yine aynı faktörler çerçevesinde, evlilerde ölümle

yüzleşme deneyimine daha sık rastlanması ve dolayısıyla evlilerin ölümle baş etme sürecini geçirmiş ve ölüm olgusunu aşmış olması bu bulgunun nedeni olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşlarına göre ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bulguyu desteyen araştırmalar mevcuttur. Jansen ve ark. (2019) sağlık sektörü öğrencileri ile yaptığı çalışmada yaşın ölüme karşı tutum açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Literatürde bulunan bazı çalışmalarda yaşa göre ölüme karşı tutumun anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Xu ve ark. (2019) yaptığı çalışmada yaşa göre tarafsız kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve 21-22 yaş aralığında bulunan stajyer hemşirelerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu; Brudek ve ark. (2020) farklı yaş gruplarından bireylerle yaptığı çalışmada da ölüme karşı tutumun yaşa göre anlamlı bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak ölüme karşı tutum bakımından yaş faktörünün belirleyici olmadığı çalışmaya katılan her yaş grubundan bireylerin ölüme karşı benzer tutumları olduğu söylenebilir. Bu çalışmada katılımcıların benzer yaş aralığındaki öğrencilerden oluşması ve yaşlarının birbirine oldukça yakın olması bu bulgunun nedeni olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitime devam ettikleri üniversiteye göre ölüme karşı tutum ölçeği toplam puanı ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda anlamlı bir farkın olduğu ve İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaklaşım kabullenme ahiret inancına vurgu yapan bir alt boyuttur. İstanbul Üniversitesi bünyesinde yer alan ilahiyat fakültesi öğrencileri ve dolayısıyla din faktörü bu bulgunun nedeni olabilir. Literatürde ölüme karşı tutum açısından İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa öğrencileri arasındaki farkı belirlemeye yönelik herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitime devam ettikleri bölümlere göre ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda sosyal hizmet ve tıp ile ilahiyat ve diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrenciler arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu kapsamında ölümü yaşamın doğası gereği var olmak zorunda olan bir olgu olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma eğilimleri açısından sosyal hizmet öğrencilerinin puanlarının tıp öğrencilerinden yüksek olduğunu; ilahiyat öğrencilerinin puanlarının ise

diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerden yüksek olduğunu göstermektedir. Kaçış kabullenme alt boyutundaki farkın hukuk ve sosyal hizmet öğrencileri ile ilahiyat ve tıp, hukuk, gerontoloji öğrencileri arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ölümü dünyada bulunan fiziksel ve psikolojik ıstıraplardan kurtuluş olarak görme eğilimleri açısından sosyal hizmet öğrencilerinin puanlarının hukuk öğrencilerinden yüksek olduğunu; ilahiyat öğrencilerinin puanlarının ise tıp, hukuk ve gerontoloji bölümlerinde eğitim gören öğrencilerden yüksek olduğunu göstermektedir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundaki farkın tıp, hukuk ve geronotoloji öğrencileri, hukuk ve sosyal hizmet öğrencileri ile ilahiyat ve diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrenciler arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ölüme yaklaşıldığında korku hissetme ve ölümün ortaya çıkardığı kaygı ile baş etme yolu olarak ölümü düşünmekten kaçınma eğilimleri açısından hukuk ve geronotoloji öğrencilerinin puanlarının tıp öğrencilerinden yüksek olduğunu; hukuk öğrencilerinin puanlarının sosyal hizmet öğrencilerinden yüksek olduğunu; diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerin puanlarının ilahiyat öğrencilerinden yüksek olduğunu göstermektedir. Ölüme karşı tutum ölçeğindeki farkın tıp, hukuk ve sosyal hizmet öğrencileri ile ilahiyat ve diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrenciler arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ölüme karşı negatif tutum geliştirme eğilimi açısından hukuk ve sosyal hizmet öğrencilerinin puanlarının tıp öğrencilerinden daha yüksek olduğunu; ilahiyat öğrencilerinin puanlarının ise diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Görüldüğü üzere ilahiyat bölümü öğrencilerinin puanlarının tüm alt boyutlar ve ölüme karşı tutum ölçeği açısından diğer tüm bölümlerden daha yüksek ya da daha düşük olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Ulaşılan bu bulguda din faktörünün belirleyici olduğu düşünülebilir. Literatürde, ölüme karşı tutumların dine göre değişkenliğini belirten araştırmalar mevcuttur (Karakuş, Öztürk, & Tamam, 2012, s. 45). İlahiyat öğrencileri tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda ve ölüme karşı tutum ölçeğinde diğer tüm bölümlerden daha yüksek, kaçış kabullenme alt boyutunda tıp, hukuk ve gerontoloji bölümlerinden daha yüksek, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise diğer tüm bölümlerden daha düşük puanlara sahiptir. Bu bilgiler ışığında eğitim görülen bölüme göre ortaya çıkan farka ilişkin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutundaki bulgunun nedeninin din faktörü olduğu söylenebilir. Kaçış kabullenme alt boyutundaki bulguya ise ağrılı hastalık yaşayan yakına bakım verme ya da şahit olma gibi deneyimlerin varlığı neden olmuş olabilir. Nitekim terminal dönem hasta yakınlarında öldükten sonra yeni bir

hayatın başlayacağına dair inanca sahip olmanın kaygı düzeyini düşürdüğüne ilişkin araştırmalar mevcuttur (Altaş, 2020, s. 147). Dolayısıyla alt boyutlardaki bulguların birbirini destekler nitelikte ve tutarlı olduğu görülmektedir. Ölümden kaçınma ve ölüm korkusu alt boyutunda ise ilahiyat öğrencilerinin ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına dair olan inancı ifade eden tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde ölümden diğer bölümlere göre daha az korkma ve ölümü çağrıştıran konuşma ve eylemlerden kaçınma eğilimlerinin daha düşük olması olağan gözükmektedir. Dolayısıyla ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda eğitim görülen bölüme göre ortaya çıkan farka ilişkin bulgunun nedeninin de din faktörü olduğu düşünülebilir. Literatür incelendiğinde ölüme karşı tutum ölçeğinin genelikle tıp, hemşirelik öğrencileri ya da sağlık profesyoneli olma adayı öğrencilere uygulandığı gözlemlenmiştir. Literatürde bu çalışmada konu edilen bölümlerde eğitim gören öğrencilerin ölüme karşı tutumları arasındaki farkı belirlemeye yönelik araştırmaya rastlanmamıştır.

Ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler anket formu verileri değerlendirildiğinde öğrencilerin; cinsiyet, medeni durum ve yaşlarına göre ötenaziye yönelik tutum ve görüşlerinde anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde bulguyu destekleyen araştırmalar mevcuttur. Çelik ve ark. (2012) çalışmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet ve medeni durumlarının aktif ötenazi tutumlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı; Kitchener'in (1998) çalışmasında hemşirelerin cinsiyetlerinin ötenaziye karşı tutumlar açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı; Carter ve ark. (2007) çalışmasında hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşlarının ötenazi tutumlarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı; Cavlak ve ark. (2007) çalışmasında cinsiyet ve yaş faktörlerinin doktorların ve psikiyatri öğrencilerinin ötenazi tutumlarında anlamlı bir farka sebep olmadığı belirlenmiştir. Öte yandan Kitchener'in (1998) çalışmasında hemşirelerin yaşlarının ötenazi tutumlarında anlamlı bir farka sebep olduğu ve genç hemşirelerin yaşlılara göre daha olumlu tutum sergilediği, Ay'ın (2013) çalışmasında hemşirelerin medeni durumlarının ötenaziye ilişkin tutumlarında anlamlı bir farka sebep olduğu ve evli hemşirelerin puanlarının bekarlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada cinsiyet, medeni durum ve yaş faktörlerinin belirleyici olmadığı; çalışmaya katılan kadın ya da erkek öğrencilerin, evli ya da bekar öğrencilerin ve her yaş grubundan öğrencilerin ötenaziye ilişkin benzer tutumlar sergilediği söylenebilir. Bu çalışmadaki

araştırma grubunun genç yaş grubundan öğrenciler olduğu ve çoğunluğun bekar olduğu göz önüne alındığında bu faktörlerin öğrencilerin ötenazi tutumları açısından belirgin bir farkın oluşmamasına neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitime devam ettikleri üniversiteye göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu reddedenlerin çoğunluğunu, tıbbi yöntemlerde iyileşmesi mümkün olmayan hastaların ölmek isteseler dahi isteklerinin yerine getirilmemesi gerektiğini düşünenlerin çoğunluğunu, ölümcül hastalığı olsa da bir yakınına ötenazi uygulanmasını istemeyenlerin çoğunluğunu ve kişinin yaşamını sonlandırma kararının bulunmadığını düşünenlerin çoğunluğunu İstanbul Üniversitesi öğrencileri; hekimlerin ötenazi uygulamalarının tıbba duyulan güveni sarsmayacağını düşünenlerin çoğunluğunu ve ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünenlerin çoğunluğunu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa öğrencileri oluşturmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlara göre doğrudan ötenazi ile ilgili olan ifadelerde İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin katılmama oranlarının daha yüksek olduğu ve ötenaziye daha olumsuz yaklaşım sergiledikleri görülmektedir. Bulgunun, İstanbul Üniversitesi bünyesinde bulunan İlahiyat bölümü öğrencilerinden ileri geldiği ve dolayısıyla dini inanç ve tutumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde bahsi geçen üniversitelerde eğitim gören öğrencilerin ötenazi görüşlerini konu eden bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitime devam ettikleri bölümlere göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; yaşam kalitesinin arttırılamadığı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çekirmek olduğunu düşünenlerde, iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünenlerde, geri dönüşü olmayan ölümcül bir hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerde ve kişinin yaşamının ne zaman sonlanacağına karar verme hakkı olduğunu düşünenlerde en yüksek oran tıp, en düşük oran ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir. Hekimlerin ötenazi uygulamasının zaman içinde tıbba duyulan güveni sarsabileceğini düşünenlerde ve ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünenlerde en yüksek oran ilahiyat, en düşük oran tıp öğrencilerine aittir. Görüldüğü üzere doğrudan ötenazi yaklaşımını belirlemeye yönelik olan ifadelerde en düşük katılma oranı ilahiyat bölümü öğrencilerine, en yüksek katılma oranı tıp bölümü

öğrencilerine aittir. Dolayısıyla ötenaziye en olumlu yaklaşan grubun tıp, en olumsuz yaklaşan grubun ilahiyat bölümü öğrencileri olduğunu söylemek mümkündür. Bulgunun sebebi tıp öğrencilerinin ölümle, terminal dönem hastayla ya da sonu gelmez ağrılar yaşayan hastalarla karşılaşma sıklıklarının daha fazla olması olabilir. Ayrıca ilahiyat bölümü öğrencilerinin dini faktörler çerçevesinde ötenaziye karşı olumsuz duruş sergiledikleri düşünülebilir. Dolayısıyla ilahiyat fakültesi öğrencilerinin diğer bölümler içinde ötenaziye en olumsuz tutum sergileyen grup olması beklenen bir durumdur. Literatür incelendiğinde Kutlu ve ark. (2018) tıp, hukuk, ilahiyat ve sosyal hizmet bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada *ötenazi uygulanmamalı* yanıtını veren en büyük çoğunluğu ilahiyat bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Ardından sosyal hizmet öğrencileri gelmektedir. Aynı çalışmada tıp öğrencileri en fazla *kişinin kendi iradesine bırakılmalı* yanıtını vermişlerdir. Bulgular Kutlu ve ark. (2018) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Sosyal hizmet bölümü, geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerde, tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan ve ölmek isteyen bir hastanın isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünenlerde, yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmanın ona acı çektirmek olduğunu düşünenlerde ikinci; kişinin kendi yaşamını sonlandırma hakkı bulunduğunu savunanlarda ise hukuktan sonra üçüncü sıradadır. Ötenazi tutumlarını ölçmeye yönelik ifadelere katılma oranlarından hareketle sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ötenaziye en olumlu bakan ikinci grup olduğunu söylemek mümkündür. Sosyal hizmetin, müracaatçı grubunda yaşlı ve engelli bireylerin bulunuyor oluşu; insan hakları odaklı, kişinin yüksek yararını gözeten, müracaatçıyla karşılıklı etkileşim faaliyetlerini içeren bir meslek oluşu ve palyatif bakım, spiritüel destek, onkolojik ve tıbbi sosyal hizmet gibi alanlarda mesleki faaliyet sergiliyor oluşu bulguya sebep olmuş olabilir. Terminal dönemde bulunan, sonu gelmez ağrılara maruz kalan hastalar fiziksel ve psikolojik pek çok zorluk yaşamaktadır. Hasta, içinde bulunduğu ortamda fiziksel ağrılar ile mücadele etmenin yanısıra yakınlarına yük olduğu endişesi taşıyabilmekte, hayatta hedeflediği noktaya ulaşamadan yaşamının sona ereceği korkusuyla yüzleşmekte ve daha pek çok endişeyle baş etmek durumunda kalabilmektedir. Dolayısıyla ötenazi sürecinde hastaların biyopsikososyal iyilik hallerinin sağlanabilmesi adına tıbbi sosyal hizmet uygulamaları büyük önem arz etmektedir (Aslanlı, 2020, s. 68). Sosyal hizmet öğrencilerinin konuya eğitimlerinin bir parçası olan tıbbi sosyal hizmet perspektifinden baktıkları ve bu bağlamda ötenaziye daha olumlu bir tutum geliştirmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

5.4. Kişisel Tecrübelere Göre ÖKTÖ ve ÖYTG Anket Formu Verilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimlerine göre ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ölüme karşı tutum ölçeği, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olan öğrencilerin puanlarının şahit olmayanlara göre daha yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmayanların puanlarının şahit olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar literatür ile kıyaslandığında Özer ve ark. (2015) hemşire ve hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada ölmek üzere olan bireye bakım verme deneyiminin ölüme karşı tutum üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Xu ve ark. (2019) yaptığı çalışmada tarafsız kabullenme alt boyutunda anlamlı bir farkın olduğu ve ölmekte olan hastalara bakım verme deneyimi bulunan stajyer hemşirelerin puanlarının bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu, Rooda ve ark. (1999) çalışmasında ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin vermeyenlere göre ölüme karşı daha pozitif tutum geliştirdikleri belirlenmiştir. Literatürde bulunan çalışmaların bir çoğu terminal dönem hastalara bakım veren sağlık profesyonelleriyle gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgunun nedeninin öğrenciler ile sağlık profesyonelleri arasındaki mesleki alan ve deneyim farkı olduğu düşünülebilir. Sağlık profesyonellerinin yaşam sonu bakımla ilgili eğitim alarak, kendi mesleklerinin gereğini yerine getirdiği ve hastayla yakın akrabalık ilişkileri bulunmadığı için ölüme karşı tutumları bu çalışmanın örneklemini oluşturan öğrencilere göre değişkenlik gösteriyor olabilir. Öte yandan Özhan'ın (2019) yaptığı çalışmada ise beyin ölümü gerçekleşen hastaların özbakımını yapan hemşirelerin yaşadıkları güçlükler ile ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyutlarında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da Özhan'ın bulguları ile benzer bulgulara ulaşılmıştır. Ağrılı hastalık yaşayan bir yakına şahit olma durumlarına göre katılımcılar değerlendirildiğinde söz konusu deneyimi bulunan katılımcıların bulunmayanlara göre ölüme karşı daha negatif tutum geliştirdiği, ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma ile ölümü ağrı ve acıdan bir kurtuluş olarak görme eğilimlerinin daha yüksek olduğu; bununla birlikte ölümle yüzleşildiğinde korku hissetme ve ölümü hatırlatan

konuşma ve eylemlerden kaçınma eğilimlerinin ise daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimlerine göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen öğrenciler arasında ağrılı hastalığa şahit olma oranı düşüktür. Bulgunun sebebi yakınlarının ağrılarına şahit olan öğrencilerin hastaya moral ve motivasyon anlamında destek olmak ve hastayı psikolojik açıdan tam bir çöküntüden korumak istemeleri olabilir. Bununla birlikte ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olan öğrenciler arasında yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmanın ona acı çektirmek olduğunu düşünenlerin oranı, tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan ve ölmek isteyen hastaların bu isteklerinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı, ölümcül hastalığı olduğu takdirde bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerin oranı ve istediği takdirde yaşamının ne zaman sona ereceğine kişinin kendisinin karar verebileceğini düşünenlerin oranı da dikkate değerdir. Bulguların sebebi kişinin ölüme bakış açısı ya da yaşadığı travmatik deneyimler olabilir. Şahit olunan zorlu süreçte kişilerde ölümün, hastanın yaşadığı sonu gelmeyen ıstıraplardan kurtaracağı duygusu ortaya çıkmış olabilir. Dolayısıyla kişi, yakınında şahit olduğu ıstıraplar neticesinde onun ölümünün hızlandırılmasını yararlı bulmuş ve ölümü huzurla ilişkilendirmiş olabilir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılan araştırmalar bulunmaktadır. Erden'in (2015) çalışmasında katılımcıların ötenaziyi onaylama nedenleri arasında hastanın acı çekmesini istemeyen hemşirelerin oranı %88,9; hastalara ağrı ve acı veren uygulamalara devam edilmemesi gerektiğini düşünen katılımcıların oranı %91,9; kişinin yaşamını sonlandırma hakkı olduğunu düşünenlerin oranı ise %71'dir. Karahisar'ın (2006) çalışmasında hastanın daha fazla acı çekmemesi için ötenaziyi onaylayan hekim ve hemşirelerin oranı %58,2'dir. Carter ve ark. (2007) çalışmasında palyatif bakım desteği gören hastaların ötenaziyi destekleme oranının diğer hastalardan daha yüksek olduğu; Parkinson ve ark. (2005) çalışmasında kendi tanımlarına göre acı çekmekten daha fazla bahseden kanser hastalarının diğerlerine oranla ötenazi fikrini daha çok desteklediği belirlenmiştir. Öte yandan Çetinkaya ve Karabulut'un (2016) çalışmasında acı çeken birinci derece yakın akraba için ötenazi istemeyen öğrencilerin oranı %75,3'tür. Çelik ve ark. (2012) çalışmasında ise katılımcıların ötenaziyi uygun bulduğu durumlar arasında *prognozu kötü acı çekenler*in oranı %30'dur. Bu sonuçlara

göre ağrılı hastalığa şahit olma, bakım verme ya da ağrılı hastalık yaşama deneyimlerinin kişilerin ötenaziye ilişkin düşüncelerini etkileyebildiği çıkarımını yapmak yanlış olmayacaktır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yakınları arasından kayıp yaşama deneyimlerine göre ölüme karşı tutum ölçeği tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Kayıp yaşayan katılımcıların yaşamayanlara göre tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında yakınları arasından kayıp yaşayan öğrencilerin puanlarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise yakınları arasından kayıp yaşamayan öğrencilerin puanlarının yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmayı destekleyen bulgular mevcuttur. Xu ve ark. (2019) çalışmasında tarafsız kabullenme alt boyutunda anlamlı bir farkın olduğu ve yakınları arasından kayıp yaşama deneyimi olan stajyer hemşirelerin puanlarının bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu, Selçuk ve Avcı'nın (2015) çalışmasında ölümden kaçınma alt boyutunda anlamlı bir farkın olduğu ve kayıp yaşayanların puanlarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu, Işık'ın (2008) yaptığı çalışmada ise tüm alt boyutlarda anlamlı bir farkın olduğu ve kayıp yaşayanların puanlarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özer ve arkadaşlarının (2015) ve Özhan'ın (2019) çalışmalarında ise kayıp yaşama durumuna ilişkin anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ortaya çıkan bulgular Işık'ın (2008) bulguları ile benzerdir. Katılımcılar kayıp yaşama durumuna göre değerlendirildiğinde kayıp yaşayanların yaşamayanlara göre ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma ile ölümü ağrı ve acıdan bir kurtuluş olarak görme eğilimlerinin daha yüksek olduğu; ölümle yüzleşildiğinde korku hissetme ve ölümü hatırlatan konuşma ve eylemlerden kaçınma eğilimlerinin ise daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada Işık'ın (2008) çalışmasından farklı olarak ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda kayıp yaşayan katılımcıların puanlarının yaşamayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farkın sebebinin örneklemler arasındaki ölüme yüklenen anlam farklılıkları, kayıp anında yaşanan travma boyutu veya kaybın gerçekleşme şekli olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin yakınları arasından kayıp yaşama deneyimlerine göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; yakınları arasından kayıp yaşayan öğrencilerde yaşam kalitesinin artırılamadığı hastayı canlı

tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünenlerin oranı ve ölümcül hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerin oranı dikkate değerdir. Bulgunun sebebi kaybın gerçekleşme şekli olabilir. Yaşanan kayıp ağrılı veya ıstıraplı bir süreç içeriyorsa kişi, yakınının yaşamının sonlanmasını onun için zorlayıcı sürecin sona ermesi ve nihayet ağrıların dinmesi şeklinde yorumlamış olabilir. Ortaya çıkan bulgular literatür ile paralellik sergilemektedir. Ay'ın (2013) çalışmasında kayıp yaşama deneyimi ile ötenaziye ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir fark olduğu ve kayıp yaşayan hemşirelerin puanlarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu; Engin ve ark. (2017) öğrencilerle yaptığı çalışmada hasta olan yakınını kaybetme faktörü ile ötenaziye ilişkin tutumlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çelik ve ark. (2012) çalışmasında ölümle 15-30 günde bir karşılaşan hemşirelerin ötenaziyi isteme oranlarının %33,7 iken ölümle yılda bir karşılaşanların ötenaziyi isteme oranı %3,4 olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan Uysal ve ark. (2013) çalışmasında ölümle karşılaşma sıklıklarına göre deneyimli hekimler ile işe yeni başlayan genç hekimlerin ötenazi tutumları arasında belirgin bir farklılığa rastlanmadığı bildirilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada ortaya çıkan bulgular yakınları arasından kayıp yaşama faktörünün kişilerin ötenazi tutumları üzerinde etkili olabileceğini, kayıp yaşayanların yaşamayanlara göre ötenaziye daha olumlu tutum sergileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin dindarlık düzeylerine göre ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın ölüme karşı tutum ölçeği tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında dindarlar, kararsızlar ve dindar olmayanlar olmak üzere tüm düzeylerde; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda kararsızlar ve dindar olanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Ölüme karşı tutum ölçeği tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında dindarların puanlarının kararsızlardan yüksek, kararsızların puanlarının dindar olmayanlardan yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise kararsızların puanlarının dindarlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında yaklaşım kabullenme alt boyutunda farkın anlamlı olduğu ve dini inancı orta düzeyde olan hemşirelerin puanlarının güçlü olanlardan yüksek olduğu, Selçuk ve Avcı'nın (2015) çalışmasında ölüm korkusu ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarında farkın anlamlı olduğu ve ölüm korkusu alt boyutunda dini inancı güçlü olanların puanlarının dini inancı orta olanlara göre daha yüksek, yaklaşım kabullenme alt

boyutunda dini inancı orta olanların puanlarının güçlü olanlara göre daha yüksek olduğu, Xu ve ark. (2019) çalışmasında ölüm korkusu, yaklaşım kabullenme ve kaçış kabullenme alt boyutlarında farkın anlamlı olduğu dindar olmayanların puanlarının dindarlara göre daha yüksek olduğu, Çevik ve Kav'ın (2013) çalışmasında ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarında farkın anlamlı olduğu, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda dini inancı orta düzey olanların puanlarının güçlü olanlara göre daha yüksek olduğu, yaklaşım kabullenme alt boyutunda ise dini inancı güçlü olanların puanlarının orta olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ortaya çıkan bulgular Xu ve ark. (2019) bulguları ile benzerdir. Ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma ile ölümü fiziksel ve psikolojik acılardan kurtuluş olarak görme eğilimleri açısından dindarların kararsızlardan daha fazla, kararsızların da dindar olmayanlardan daha fazla eğilim sergilediği; ölümle yüzleşildiğinde korku hissetme ve ölümü çağrıştıran konuşmalardan kaçınma eğilimi açısından ise kararsızların dindarlardan daha fazla eğilim sergilediği belirlenmiştir. Ölüme karşı tutum ölçeğindeki fark değerlendirildiğine ölüme karşı dindarların kararsızlardan daha fazla ve kararsızların da dindar olmayanlardan daha fazla olumsuz tutum geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yalom, insanların ölüm kaygısı ile baş etmede Tanrının nihai kurtarıcı olduğu inancının önemine vurgu yapmış ve bu inancın kişilerde ölüm karşısında büyük bir rahatlama yarattığını belirtmiştir (Karakuş, Öztürk, & Tamam, 2012, s. 59). Dolayısıyla din, kişilerin ölüme karşı tutumlarını belirlemede önemli değişkenlerden biridir. Bu çalışmada da alt boyutlarda ortaya çıkan bulgunun en önemli sebebinin din faktörü olduğu düşünülmektedir. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunun ölümün doğallığı ve ahiret inancı vurguları göz önüne alındığında bu alt boyutta ortaya çıkan bulgunun sebebinin dini öğretiler ve dindarlık düzeyleri olduğu söylenebilir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ortaya çıkan bulguda da yine din faktörünün belirleyici olduğu düşünülebilir. Ölümü bir kurtuluş olarak görmeyi ifade eden kaçış kabullenme alt boyutunda ortaya çıkan bulgu ise yaşanılan olumsuz deneyimlerden ve öldükten sonra daha huzurlu yeni bir hayatın başlayacağı ve bu dünyadaki ıstırapların sona ereceği inancından kaynaklanıyor olabilir. Alt boyutlarda ortaya çıkan bulguların birbirini pekiştirdiği ve destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin dindarlık düzeylerine göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı

canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğu görüşünü reddeden öğrencilerin çoğunluğu, iyileşmesi mümkün olmayan hastaların ölmek isteseler dahi bu isteğin yerine getirilmemesi gerektiğini savunan öğrencilerin çoğunluğu, ölümcül hastalığı olsa da yakınına ötenazi uygulanmasını reddeden öğrencilerin çoğunluğu, kişinin yaşamını sonlandırma hakkının bulunmadığını düşünen öğrencilerin çoğunluğu orta ve güçlü düzey dindar öğrencilerdir. Bununla birlikte ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrenciler içinde en yüksek orana da güçlü düzey dindar öğrenciler sahiptir. Ulaşılan bulgular din faktörünün ötenaziye ilişkin tutumlarda belirleyici olduğunu, kendini dindar olarak tanımlayan öğrencilerin ötenazi hakkında bilgi sahibi olduklarını ve ötenaziye karşı olduklarını düşündürmektedir. Literatürde bulgularla paralellik arz eden çalışmalar mevcuttur. Karahisar'ın (2006) çalışmasında inançları gereği ötenaziyi onaylamayan hekim ve hemşirelerin oranının %64,4 olduğu, Erden'in (2015) çalışmasında ise dini inaç engelinden dolayı ötenaziye karşı çıkan sağlık personellerinin oranının 73,2 olduğu belirlenmiştir. Carter ve ark. (2007) çalışmasında ise ötenaziyi destekleme ile dindar olma arasında anlamlı bir fark olduğu; Cavlak ve ark. (2007) çalışmasında ötenaziye karşı olma ile dini aktivitelere düzenli olarak katılma davranışı arasında anlamlı bir fark olduğu ve dini aktivitelere düzenli olarak katılan hekim ve öğrencilerin %61,4'ünün ötenaziye karşı olduğu tespit edilmiştir. Rathor ve ark. (2014) çalışmasında tanrı inancı olduğunu belirten hastaların %65,0'ının; hekimlerinse %71,0'ının ötenaziyi desteklemediği belirlenmiştir. Çelik'in (2012) çalışmasında hemşirelerin %59,5'i ötenazinin doğaya, yaratana ve evrene karşı gelmek olduğunu düşündüğü; Çetinkaya ve Karabulut'un (2016) çalışmasında öğrencilerin %74,9'unun dini inancın ötenaziyi engelleyebileceğini düşündüğü bilgilerine ulaşılmıştır. Sonuç olarak dini inanç ile ötenazi tutumları arasında belirgin bir etkileşim olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ulaşılan bulgulardan hareketle dindarlığın, kişilerin ötenaziye ilişkin negatif tutum sergileme eğilimini arttırdığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ölümü düşünme sıklığına göre ölüme karşı tutum ölçeği tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme, kaçış kabullenme ile ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutlarında çoğu zaman düşünenler, bazen düşünenler ve hiç düşünmeyenler olmak üzere tüm düzeyler arasında olduğu tespit edilmiştir. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında çoğu zaman

düşünenlerin puanlarının bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin puanlarının ise hiç düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise hiç düşünmeyenlerin puanlarının bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin puanlarının çoğu zaman düşünenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Benli ve Yıldırım'ın (2017) çalışmasında ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyutlarda farkın anlamlı olduğu ve ölümü çok sık düşünen hemşirelerin puanlarının ara sıra düşünenlere göre daha yüksek olduğu; ara sıra düşünenlerin puanlarının hiç düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu, Özyalçın'ın (2019) hastalar, hasta yakınları ve hemşirelerle yaptığı çalışmada ölüme karşı tutum ölçeği ve tüm alt boyutlarda farkın anlamlı olduğu ve ölüme karşı tutum ölçeği, ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve yaklaşım kabullenme alt boyutlarında ölümü hep düşünenlerin puanlarının ara sıra düşünenlere göre daha yüksek olduğu, ara sıra düşünenlerin puanlarının hiç düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu; tarafsız kabullenme ve kaçış kabullenme alt boyutlarında ara sıra düşünenlerin puanlarının hep düşünenlere göre daha yüksek olduğu; hep düşünenlerin puanlarının hiç düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ulaşılan bulgular literatürde yer alan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Ölümü yaşamın bir parçası olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma ile ölümü fiziksel ve psikolojik acılardan kurtuluş olarak görme eğilimleri açısından ölümü çoğu zaman düşünenlerin, bazen düşünenlerden daha fazla, bazen düşünenlerin hiç düşünmeyenlerden daha fazla eğilim sergilediği; ölümle yüzleşildiğinde korku hissetme ve ölümü çağrıştıran konuşmalardan kaçınma eğilimi açısından ise ölümü hiç düşünmeyenlerin bazen düşünenlerden daha fazla; bazen düşünenlerin çoğu zaman düşünenlerden daha fazla eğilim sergilediği belirlenmiştir. Ölümü çoğu zaman düşünenlerin, ölümü yaşamak kadar doğal bir olgu olarak görme, ahirete inanma ve bu dünyadaki acıların öldükten sonra son bulacağı düşüncelerinin daha fazla olmasına ilişkin bulgunun sebebi kişilerin ölüme yükledikleri anlam farklılıkları, ölümle yüzleşme sıklıkları, ölümü aşma veya geliştirdikleri ölümle baş etme mekanizmaları, ağrı ve acılı bir hastalık yaşama ya da yaşayan bir yakına şahit olma deneyimleri olabilir. Ölümü hiç bir zaman düşünmeyenlerin ölümle yüzleştiğinde korku hissetme ve ölümü çağrıştıran düşünce ve eylemlerden kaçınma eğilimlerinin daha fazla olmasına ilişkin bulgunun sebebi ise ölümü düşünmek istememe, normalin üstünde varlık gösteren ölüm korkusu veya kaygısı, travmatik kayıp yaşama deneyimleri olabilir. Thalborne inanç faktörünün bireylerdeki

ölüm algısı üzerinde önemli bir değişken olduğunu iddia ettiği araştırmasında ölümden sonraki hayata inanan öğrencilerin ölüm kaygısı düzeylerinin daha düşük olduğunu gözlemlemiştir. Osarchuk ve Tatz ise araştırmalarında ahiret inancının ölüm korkusunu azalttığını dile getirerek öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanmayı, ölüm korkusuna karşı geliştirilen bir savunma mekanizması olarak nitelendirmiştir (Sezer & Saya, 2009, s. 158). Bu bilgiler ışığında üç alt boyutta ortaya çıkan bulgular din faktörü çerçevesinde değerlendirildiğinde ahiret inancı yüksek olan bireylerin ölüm korkularının düşük olması olağandır. Nitekim normal olmayan ölüm korkusu düzeyi ve ölümü çağrıştıran konuşmalardan kaçınma davranışı ile kendini gösteren savunma mekanizması geliştiren bireylerin ölümü bilinçli olarak düşünmek istememeleri ya da biliçdışı boyutta düşünme eylemini bastırmaları da olağan gözükmektedir.

Öğrencilerin ölümü düşünme sıklıklarına göre ötenaziye ilişkin tutum ve görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen katılımcıların çoğunluğu ve ötenazi uygulamasının zaman içinde tıbba duyulan güveni sarsabileceği görüşünü reddeden katılımcıların çoğunluğu ölümü az-orta sıklıkla düşünmektedir. Bununla birlikte kişinin kendi hayatını sonlandırma kararı alabileceğini düşünen öğrencilerin %84,9'u, geri döndürülmez ölümcül bir hastalığı olsa yakını için ötenazi isteyen öğrencilerin %80,2'si ölümü az-orta sıklıkla düşünmektedir. Ötenaziye yönelik tutumlar ve görüşler anket formu ifadelerine katılma oranı incelendiğinde ölümü az-orta sıklıkla düşünenlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Can ve ark. (2020) çalışmasında ötenaziye ilişkin tutum ile kendi ölümünü düşünme sıklığı arasında anlamlı bir fark olduğu, kendi ölümünü ara sıra düşünen hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu ve ölümü daha az düşünen katılımcıların ötenaziye yönelik daha olumlu tutum sergilediği belirlenmiştir. Ulaşılan sonuç literatür ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmadaki bulgulardan hareketle ölümü az-orta sıklıkta düşünen öğrencilerin çok sık düşünen öğrencilere göre ötenaziye karşı daha pozitif tutum sergilediği söylenebilir. Ölüm kişide, benimsediği dini öğreti gereği ahiret inancına bağlı olarak, öldükten sonra ödüllendirilmek ve bu dünyada dinin yasakladığı davranışlardan uzak durmak için sürekli hatırlanması gereken bir olay olarak algılanıyor dolayısıyla sıklıkla düşünülüyor olabilir. Ya da kişide normalin üstünde varlık gösteren ölüm korkusu da kişiyi ölümü sık düşünmeye zorlayabilir. Dolayısıyla normalin üstündeki ölüm korkusu ve dini inanç faktörleri ortaya çıkan bulguya sebep olarak gösterilebilir. Öyle ki dini inancın ötenazi tutumlarını etkilediğinden önceki bulgularda

bahsedilmiştir. Özetle, ölümü düşünme sıklığının kişinin ötenaziye ilişkin tutumunu etkileyebileceği çıkarımı yapılabilir.

5.5. Katılımcıların Ötenaziye Yaklaşımları ile Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin ötenaziye olumlu yaklaşım sergilemeleri ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; kaçış kabullenme alt boyutu ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ulaşılan bulgudan hareketle öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme düzeyleri arttıkça ötenaziye olumlu yaklaşımlarının azaldığı; kaçış kabullenme düzeylerinin arttıkça ötenaziye olumlu yaklaşımlarının arttığı yorumları yapılabilir. Öğrencilerin ötenaziye olumsuz yaklaşım sergilemeleri ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme düzeyleri arttıkça ötenaziye olumsuz yaklaşımlarının da arttığı söylenebilir.

Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutunda kişide bulunan ölümü doğal karşılama davranışı ve ahiret inancı vurgulanmaktadır. Dolayısıyla bulgunun din faktörü çerçevesinde şekillendiğini söylemek mümkündür. Bu sebeple öğrencilerin ölümü yaşamak kadar doğal ve hayatın içinden olduğunu düşünme davranışları ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına dair olan inançları arttıkça ötenaziye olumlu yaklaşım sergileme eğilimlerinin azalması veya ötenaziye olumsuz yaklaşım sergileme eğilimlerinin artması beklenen bir durumdur. Rathor ve ark. (2014) çalışmasında öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanan hastaların %74,3'ü, hekimlerinse %75,3'ü ötenaziyi desteklemediğini belirtmiştir. Kaçış kabullenme alt boyutu ise kişinin, ölümü dünyada bulunan fiziksel ve psikolojik acılardan kurtulma yöntemi olarak görmesini ve öldükten sonra dünyevi ıstırapların son bulacağına inanmasını ifade etmektedir. Bulgunun, ağrılı hastalık yaşama ya da yaşayan birine şahit olma veya bakım verme gibi olumsuz psikolojik yansımaları olabilecek kişisel deneyimlerden kaynakladığı düşünülebilir. Öyle ki çalışmanın önceki bölümlerinde söz konusu travmatik deneyimlerin kişinin ölüme ve ötenaziye ilişkin tutumlarında belirleyici olabileceğinden bahsedilmiştir. Dolayısıyla kişideki kaçış kabullenme eğilimlerinin arttıkça ötenaziye olumlu yaklaşımının da artması önceki bulgularla tutarlı ve olağan gözükmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ötenaziye olumlu yaklaşım sergilemeleri ile ölüme karşı tutumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki, ötenaziye olumsuz yaklaşım sergilemeleri ile ölüme karşı tutumları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Öğrencilerin ölüme karşı negatif tutumları arttıkça ötenaziye olumlu yaklaşımlarının azaldığı ya da ölüme karşı negatif tutumları arttıkça ötenaziye olumsuz yaklaşımlarının da arttığı yorumları yapılabilir. Dolayısıyla ölüme karşı negatif tutum geliştiren öğrencilerin ötenaziyi kabul etme oranları daha düşüktür. Çalışmanın önceki kısımlarında bahsedilen ölüme ve ötenaziye ilişkin tutumlarda belirleyici olabileceği düşünülen dindarlık düzeyi, ölümü düşünme sıklığı, ağrılı hastalık yaşayan bir yakına şahit olma ya da yakınları arasından kayıp yaşama faktörleri bulgunun sebebi olabilir. Literatür incelendiğinde, ölüme karşı tutumlar ile ötenaziye yönelik görüşler arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunamamıştır ancak benzer çalışmalar mevcuttur. Ay'ın (2013) çalışmasında ötenaziye ilişkin tutumlar ve ölüme ilişkin tutumlar alt boyutlarını barındıran ölçek için hemşirelerin ölüme ilişkin görüşleri ile ötenaziye ilişkin tutum alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu; Hart'ın (1979) çalışmasında kişide bulunan ölüm endişesiyle ötenazi tutumlarının birbirleri ile ilişkili olduğu; Karahisar'ın (2006) çalışmasında hemşirelerin ölüme ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin birbirlerini etkileyebildiği; Can ve ark. (2020) çalışmasında hemşirelerin ölüme ilişkin görüşleri ile ötenaziye ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenazi yaklaşımlarının birbirleri ile ilişkili ve birbirlerini etkileyebilen faktörler olduğunu söylemek mümkündür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa kurumlarında eğitimlerine devam eden öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenaziye yaklaşımları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada ulaşılan sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenaziye yaklaşımları arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda;

    - Öğrencilerin ötenaziye olumlu yaklaşım sergilemeleri ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; kaçış kabullenme alt boyutu ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
    - Öğrencilerin ötenaziye olumsuz yaklaşım sergilemeleri ile tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
    - Öğrencilerin ölüme karşı tutumları ile ötenaziye olumlu yaklaşım sergilemeleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki; ötenaziye olumsuz yaklaşım sergilemeleri ile arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

2. Öğrencilerin ölüme karşı tutum toplam puan ve alt boyut puanları;

    - Cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır.
    - Medeni durumlarına göre ölüme karşı tutumları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bekarların ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan, evlilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutları ve ölüme karşı tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir..
    - Yaşlarına göre farklılaşmamaktadır.

- Üniversiteye göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu ve ölüme karşı tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa öğrencilerinden daha yüksektir.
- Bölümlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu kapsamında, ölümü yaşamın doğası gereği var olmak zorunda olan bir olgu olarak görme ve öldükten sonra yeni bir hayatın başlayacağına inanma eğilimleri açısından sosyal hizmet öğrencilerinin puanları tıp öğrencilerinden; ilahiyat öğrencilerinin puanları ise diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerden daha yüksektir. Kaçış kabullenme alt boyutu kapsamında, ölümü dünyada bulunan fiziksel ve psikolojik ıstıraplardan kurtuluş olarak görme eğilimleri açısından sosyal hizmet öğrencilerinin puanları hukuk öğrencilerinden; ilahiyat öğrencilerinin puanları ise tıp, hukuk ve gerontoloji bölümlerinde eğitim gören öğrencilerden daha yüksektir. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu kapsamında, ölüme yaklaşıldığında korku hissetme ve ölümün ortaya çıkardığı kaygı ile baş etme yolu olarak ölümü düşünmekten kaçınma eğilimleri açısından hukuk ve geronotoloji öğrencilerinin puanları tıp öğrencilerinden; hukuk öğrencilerinin puanları sosyal hizmet öğrencilerinden; diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerin puanları ilahiyat öğrencilerinden daha yüksektir. Ölüme karşı tutum ölçeği kapsamında, ölüme karşı negatif tutum geliştirme eğilimi açısından hukuk ve sosyal hizmet öğrencilerinin puanları tıp öğrencilerinden; ilahiyat öğrencilerinin puanları ise diğer tüm bölümlerde eğitim gören öğrencilerden daha yüksektir.
- Ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olan öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar daha yüksek iken; ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimi bulunmayan öğrencilerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir.

- Yakınları arasından kayıp yaşama deneyimlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Yakınları arasından kayıp yaşayan öğrencilerin tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar daha yüksek iken; yakınları arasından kayıp yaşama deneyimi bulunmayan öğrencilerin ise ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir.
- Dindarlık düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Ölüme karşı tutum ölçeği, tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında dindarların puanlarının kararsızlardan yüksek, kararsızların puanlarının dindar olmayanlardan yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise kararsızların puanlarının dindarlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Ölümü düşünme sıklığına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ile kaçış kabullenme alt boyutlarında çoğu zaman düşünenlerin puanlarının bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin puanlarının ise hiç düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu; ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutunda ise hiç düşünmeyenlerin puanlarının bazen düşünenlere göre daha yüksek; bazen düşünenlerin puanlarının çoğu zaman düşünenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3. Öğrencilerin ötenaziye ilişkin görüşleri;

- Cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır. Kadınların %33,7'si, erkeklerinse %39,7'si tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Kadınların %30,0'ı, erkeklerinse %40,8'i kişilerin hayatlarının ne zaman sona ereceğine karar verme hakkı olduğu görüşündedir. Kadınların 12,6'sı, erkeklerinse %10,9'u ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünmektedir.
- Medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır. Bekarların %14,3'ü, evlilerinse % 13,3'ü geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa yakınına

ötenazi uygulanmasını istemektedir. Bekarların 10,3'ü evlilerinse %22,3'ü ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünmektedir.

- Yaşlarına göre farklılaşmamaktadır. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bir hastanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini savunanlarda en yüksek oran %41,1 ile 20-25 yaş grubuna aittir. Geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerde en yüksek oran 14,9 ile 20-25 yaş grubuna aittir. Hekimlerin ötenazi uygulamalarının zaman içinde tıbba duyulan güveni sarsacağını düşünenlerde en yüksek oran %15,8 ile 20 ve altı yaş grubuna aittir.
- Üniversiteye göre ötenaziye ilişkin 2, 3, 4, 5, 6 ve 7'nci ifadelerde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu reddeden öğrencilerin %58,5'i; tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan hastalar ölmek isteseler dahi bu isteğin yerine getirilmemesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %56,9'u; ölümcül hastalığı olsa da bir yakınına ötenazi uygulanmasını istemeyen öğrencilerin %55,7'si; kişinin istese dahi yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar veremeyeceğini savunan öğrencilerin %57,5'i İstanbul Üniversitesi'nde; Hekimlerin ötenazi uygulamalarının tıbba duyulan güveni sarsmayacağını düşünen öğrencilerin %59,4'ü İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da; ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %59,2'si İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'da eğitim görmektedir.
- Bölüme göre ötenaziye ilişkin tüm ifadeler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünenlerde en yüksek oran %30 ile tıp, en düşük oran %13,6 ile ilahiyat ve gerontoloji bölümü öğrencilerine; yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünenlerde en yüksek oran %39,4 ile tıp, en düşük oran %8,1 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine; tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkansız olan ve ölmek isteyen bi insanın bu isteğinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünenlerde en yüksek oran %39,8 ile tıp, en

düşük oran %6,5 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine; geri döndürülemez ölümcül bir hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyenlerde en yüksek oran %44,0 ile tıp, en düşük oran %8,0 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine; hekimlerin ötenazi uygulamasının zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabileceğini düşünenlerde en yüksek oran %53,2 ile ilahiyat, en düşük oran %4,3 ile tıp bölümü öğrencilerine; ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olduğunu düşünenlerde en yüksek oran %66,7 ile ilahiyat, en düşük oran %0,0 ile tıp bölümü öğrencilerine; ölmek istiyorlarsa insanların kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine kendilerinin karar verebileceğini düşünenlerde en yüksek oran %38,4 ile tıp, en düşük oran %2,3 ile ilahiyat bölümü öğrencilerine aittir.

- Ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olma deneyimlerine göre ötenaziye ilişkin 1, 2, 3, 4 ve 7'nci ifadelerde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %28,4'ü; yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünen öğrencilerin %44,4'ü; tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan ve ölmek isteyen hastaların bu isteklerinin yerine getirilmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin %38,7'si; ölümcül hastalığı olduğu takdirde bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyen öğrencilerin %46,0'ı; kişinin ölmek istediği takdirde yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar verebileceğini savunan öğrencilerin %37'si ağrılı hastalık yaşayan bir yakınına şahit olmuştur.
- Yakınları arasından kayıp yaşama deneyimlerine göre ötenaziye ilişkin 2 ve 4'ncü ifadelerde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu düşünen öğrencilerin %66,7'si; ölümcül hastalığı olsa bir yakınına ötenazi uygulanmasını isteyen öğrencilerin %66,0'ı yakınları arasından kayıp yaşamıştır.
- Dindarlık düzeylerine göre ötenaziye ilişkin tüm ifadeler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya durumuyla ilgili tüm gelişmelerin söylenmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin

%44,0'ı güçlü düzeyde dindardır. Yaşam kalitesi arttırılamayan bir hastayı canlı tutmaya devam etmenin ona acı çektirmek olduğunu reddeden öğrencilerin %49,7'si orta düzey, %28,3'ü güçlü düzey dindardır. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi mümkün olmayan hastaların ve ölmek isteseler dahi bu isteklerinin yerine getirilmesini reddeden öğrencilerin %48,6'sı orta düzey, %27,6'sı güçlü düzey dindardır. Ölümcül hastalığı olsa dahi bir yakınına ötenazi uygulanmasını reddeden öğrencilerin %46,4'ü orta düzey, %33,6'sı güçlü düzey dindardır. Hekimlerin ötenazi uygulamalarının zaman içinde tıbba olan güveni sarsabileceğini düşünen %63,8'i orta düzey, %29,8'i güçlü düzey dindardır. Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %45,3'ü güçlü düzey dindarken, %25,1'i dindar değildir. Kişinin ölmek istese dahi yaşamının ne zaman sonlanacağına kendisinin karar veremeyeceğini savunan öğrencilerin %51,4'ü orta düzey, %28,7'si güçlü düzey dindardır.

- Ölümü düşünme sıklığına göre ötenaziye ilişkin 5 ve 6'ncı ifadelerde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hekimlerin ötenazi uygulamalarının zaman içinde tıbba olan güveni sarsabileceği düşünen öğrencilerin %70,2'si ölümü az-orta sıklıkla; %29,8'i ölümü çok sıklıkla düşünmektedir. Ötenazinin intihar ve cinayetle eş değer olmadığını düşünen öğrencilerin %87,3'ü ölümü az-orta sıklıkla; %12,7'si çok sıklıkla düşünmektedir.

6.2. Öneriler

Ötenazi kavram olarak tartışılmaya çekinilen ve fikir birliğine varılamamış konulardan biri olsa da özellikle son yıllarda dünya üzerinde ötenazi talebinde bulunan bireylerin sayısı artış eğilimi göstermektedir. Bazı ülkeler, yasalarca belirlenmiş bir çerçevede ötenaziye onay verirken; Türkiye başta olmak üzere bazı ülkelerde ise bu konu gündeme dahi alınmamaktadır. Yaşamını sonlandırma kararının sorumluluğu kişinin kendisinde olsa da bu taleple karşılaşan personeli zorlu etik ikilemlere sürükleyebilmektedir. Çünkü ötenazi halihazırda sınırları kesin çizgilerle belirlenmiş bir konu değildir. Bu noktada ihmal ve istismarların önüne geçmek adına ötenazi talebinde bulunan bireyler ile yakın temas halinde olan meslek profesyonellerine büyük iş düşmektedir. Bu bağlamda ötenazi vakası ile karşılaşıldığı takdirde sürecin doğru

işlemesi adına hastanelerde içerisinde hekim, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının olduğu profesyonel bir ekip oluşturulabilir.

Sosyal hizmet uzmanı süreci tıbbi sosyal hizmet kapsamında yürütebilir. Ötenazi talebinde bulunan kişi ile düzenli görüşmeler yaparak bu talebin altında yatan nedenlere alternatif çözüm önerileri sunabilir. Aydınlatılmış onam dahilinde kişinin bu kararı tamamen özgür iradesiyle verip vermediğini belirleyerek olası ihmal ve istismarları önlemeye yönelik tedbirler alabilir. Ayrıca etkili hospis ve palyatif bakımın ötenazi vakalarını azaltabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanı, palyatif bakım hizmeti verilen terminal dönem hastalar ile çalışmalar yürüterek olası ötenazi taleplerini engelleyebilir.

Kişileri ötenazi kararı almaya iten sebepler derinlemesine incelenmelidir. Ötenazi vakalarında, içinde bulunulan durumun hastanın üzerinde baskı yaratıp yaratmadığı, hastada, ona bakım veren bireylere karşı sorumluluk, utanç veya onlara yük olduğu düşüncelerinin bulunup bulunmadığı gibi konuların kesin olarak açıklığa kavuşturulması oldukça önemlidir. Etkili bir sosyal hizmet çalışması, söz konusu hissiyat ve düşüncelerin ortadan kaldırılmasını sağlayarak kişinin ötenazi isteğini yok edebilir.

Sosyal hizmet uzmanı, kişide bulunan psikolojik temelli ruhsal durumlar, eğilimler, ölüme karşı tutumları veya bu kararın alınmasındaki çevresel etmenleri değerlendirerek gözlemlediği sorunların giderilmesi için gerekli adımları atabilir. Ağrılı bir süreç yaşayan hastalar ve yakınları ile güçlendirme yaklaşımı kapsamında çalışmalar yürütebilir. Hastalara spiritüel destek hizmeti verebilir. Yaşadıkları kaybın ardından hasta yakınlarına travma ve yas danışmanlığı hizmeti sunabilir. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının ötenazi vakalarında çalışmasının; koruyucu, destekleyici, kişinin yüksek yararını gözeten, gerekli tedbirlerin alındığı, ihmal ve istismarları önleyici bir süreç için hayati bir önem taşıdığı anlaşılmaktadır.

Sosyal adalet seviyesinin düşük olduğu ülkelerde, yeterli maddi imkanı olmayan bireylerin bütçelerini aşan sağlık hizmetlerine erişemedikleri için yaşamları sona ermektedir. Bu durum sosyoekonomik düzeyi düşük olan vatandaşların kendi kaderlerine terk edildiğini dolayısıyla pasif ötenaziye maruz bırakıldığını düşündürmektedir. Sosyal hizmet uzmanları sosyal adaleti sağlayıcı politikalar geliştirerek makro düzeyde çalışmalar ile söz konusu durumu önleme ve ortadan kaldırma noktasında önemli adımların atılmasını sağlayabilir.

Yaşamı sonlandırma kararı, hassas ve karmaşık bir dizi ikilem barındıran bir süreçtir. Toplumda tartışılmaya çekinilen ve gündeme alınmayan bir konu olan ötenazinin farklı perspektiflerce sorgulanması, sorunun toplumda görünür kılınması açısından önemlidir. Bu bağlamda son yıllarda artan ötenazi vakaları da göz önüne alındığında bu alanda daha geniş örneklem grupları ile çalışılarak daha fazla bilimsel araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Adams, R. (2002). *Social Policy For Social Work.* New York: Palgrave.

Akbaş, M. (2004). Biyoetik Bir Sorun Olarak Ötanazi: Tarihi, Çeşitleri Ve Felsefesi. *Felsefe Dünyası*, 1-16.

Akcan, E. A. (2013). Ötanazi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Mecmuası*, 3-26.

Akpir, K. (2001). Yoğun Bakım Hastalarında Hasta Desteği ve Devamı İle İlgili Kararın Verilmesi. H. Hatemi, & H. Doğan (Dü) içinde, *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri Ve Yaşamın Anlamı)* (s. 28-34). İstanbul.

Altaş, H. (2020). Ölüm Olgusu ve Hasta Yakınlarında Ölüme İlişkin Tutumlar. *Ekev Akademi Dergisi* , 139-150.

Altay, G. (2005). Nitelikli Yaşam Hakkı İçin Ötanazi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Yüksek Lisans Programı (İnsan Hakları Hukuku).

Altındağ, Ö. (2011). Sosyal Hizmetin Doğası Ve Amaçları. *Sosyal Hizmet Dergisi*, 6-18.

Altıntaş, A. (2001). Yoğun Bakım Ünitelerinde Ötanazi Paneli. H. Hatemi, & H. Doğan (Dü) içinde, *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)* (s. 25-27). İstanbul: Yüce Yayım.

Arsan, E. (2008). *Medya Gözcüsü.* İstanbul: Evrensel Basım Yayın.

Artuk, M. E. (2001). Hukukçu Gözüyle Ötanazi . H. Hatemi, & H. Doğan (Dü) içinde, *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)* (s. 42-60). İstanbul: Yüce Yayım.

Aslan, S., Akyol, F. N., Dibooğlu, S., Kantarcı, B., Serim, D., & Korkmaz. (t.y.). *Sağlık Alanında Kullanılan İlişki Katsayıları.* tip.baskent.edu.tr: http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmpzsnm15/15.P13.pdf adresinden alındı

Aslanlı, M. E. (2020, Haziran). Ötenazi Sürecinde Sosyal Hizmet. *Yüksek Lisans Tezi*. Yalova, Türkiye: Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı.

Avşar, N., & Günay, P. (2016). Çoklu Politika Penceresi'nden Ötanazi: Türkiye'ye Bakış. *Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi*, 54-66.

Ay, M. A. (2013). Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aydın, E., & Ersoy, N. (1995). Tıp Etiği İlkeleri . *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği - Hukuku - Tarihi Dergisi*, 48-52.

Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme . *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 231-274.

BASW. (2016, Mart 3). *BASW Position Statement: Social Work Support To People Who Are Dying.* Ocak 18, 2020 tarihinde https://www.basw.co.uk/: https://www.basw.co.uk/resources/basw-position-statement-social-work-support-people-who-are-dying adresinden alındı

Benli, S. S., & Yıldırım, A. (2017). Hemşirelerde Yaşam Doyumu ve Ölüme Karşı Tutum Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 167-179.

Besiri, A. (2009). Ötanazi Ve Yaşam Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 188-203.

Bilecen, C. (t.y.). *Ötanazi.* Ocak 5, 2020 tarihinde Academia.edu: https://www.academia.edu/27448055/%C3%96TANAZ%C4%B0 adresinden alındı

Bilge, A., Embel, N., & Kaya, F. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 119-124.

Bilge, B. (2014). AİHM İçtihatları Bağlamında Etkin Soruşturma Yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 367-406.

Bilgin, N. G. (2013). Ötanazi: Tanım ve Tarihçe. *Lokman Hekim Journal*, 25-31.

Bilgin, N. G. (2013). Ötanazi: Tanım Ve Tarihçe. *Lokman Hekimm Journal*, 25-31.

Bilici, A. (2015). Ölme Hakkı. *İstanbul Barosu Dergisi*, 173-188.

Brudek, P., Sekowski, M., & Steuden, S. (2020). Polish Adaptation of the Death Attitude Profile - Revised . *Journal of Death and Dying*, 18-36.

Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma deseni, Spss Uygulamaları ve Yorum. 24. Baskı.* Ankara: Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Pegem Akademi.

Can, E. (2020). Coronavirüs (Covid-19) Pandemisi ve Pedagojik Yansımaları: Türkiye'de Açık ve Uzaktan Eğitim Uygulamaları. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi* , 11-53.

Can, R., Tambağ, H., Öztürk, M., Kaykunoğlu, M., Erenoğlu, R., & Gümüşoğlu, F. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötanazi, Ölüm ve Ölümcül Hastaya Karşı Tutumları. *Lokman Hekim Dergisi*, 190-200.

Carter, G., Clover, K. A., Parkinson, L., K. Rainbird, I. K., Ravenscroft, P., Cavenagh, J., & McPhee, J. (2007). Mental Health and Other Clinical Correlates of Euthanasia Attitudes in an Austrailan Outpatient Cancer Population. *Psycho-Oncology*, 295-303.

CASW. (2015, Şubat). *Statement Of Principles On Euthanasia And Assisted Suicide.* Ocak 18, 2020 tarihinde casw-acts.ca: https://www.casw-acts.ca/en/statement-principles-euthanasia-and-assisted-suicide adresinden alındı

Cavlak, U., Aslan, U. B., Gurso, S., Yagci, N., & Yeldan, I. (2007). Attitudes of Physiotherapists and Physiotherapy Students Toward Euthanasia: A Comparative Study. *Advances in Therapy*, 135-145.

Charatan, F. (1999). Dr Kevorkian Found Guilty Of Second Degree Murder. *BMJ: British Medical Journal*, 953-954.

Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı.* Sakarya: Sakarya Kitabevi.

Cuesta, C. (2019, Nisan 5). *El Primer Español En Pedir La Eutanasia*. Ocak 8, 2020 tarihinde El Comercio: https://www.elcomercio.es/sociedad/ramon-sampedro-eutanasia-20190405110257-nt.html adresinden alındı

Çelik, A. (2016). İslam Hukuku Açısından Yaşama Hakkı Ve Ötanazi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri (İslam Hukuku) Anabilim Dalı.

Çelik, N. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 316-327.

Çelik, S., Kalkan, M., Gündoğdu, A., & Topal, H. (2012). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 101-109.

Çetinkaya, F., & Karabulut, N. (2016). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28-39.

Çevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Canser Nursing* , 58-65.

Çiftçi, E. G., & Gönen, E. (2011). Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 149-160.

Dikmen, Y. (2001). Yoğun Bakımda Hastadan Desteği Çekme ve Etik 'Ötanazi'. H. Hatemi, & H. Doğan (Dü) içinde, *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)* (s. 35-41). İstanbul: Yüce Yayım.

Doğanay, A., Ataizi, M., Şimşek, A., Salı, J. B., & Akbulut, Y. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri.* Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi .

Duranlı, M. (2015). Deli Dumrul Anlatmasında Ötenazi Kalıntısı. *Türk Dünyası İncelemeleri Dergisi*, 43-48.

Duyan, V. (2003). Sosyal Hizmetin İşlev ve Rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 1-22.

Duyan, V. (2014). Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 25-31.

Elçioğlu, Ö. Ş., Gündüz, T., & Köşgeroğlu, N. (1994). Tıp, Hukuk ve Etik Açıdan Euthanasia. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiğ- Hukuku-Tarihi Dergisi*, 64-70.

Engin, E., Uğuryol, M., Aydın, A., & Selvi, F. R. (2017). Tıp ve Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Ötanaziye Karşı Tutumları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 654-659.

Erden, F. G. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışmış ve Çalışan Sağlık Personelinin Terminal Dönemdeki Hastalarda Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri . *Yüksek Lisans Tezi*. Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

Ergün, E., & Çötok, T. (2019). Etik Bir Tartışma Konusu: Hume Ve Kant Örneğinde İntihar. *Beytulhikme An İntenatioanal Journal Of Philosophy*, 121-146.

Erkuş, A. (2010). Psikometrik Terimlerin Türkçe Karşılıklarının Anlamları İle Yapılan İşlemlerin Uyuşmazlığı. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 72-77.

Eski Antlaşma. (tarih yok). Kutsal Kitap: https://www.kutsal-kitap.net/bible/tr/index.php?mc=1 adresinden alındı

Fadila, D. E., Ebeid, I. A.-S., & El-Gilany, A.-H. (2018). Death Attitude And İts Associated Factors İn İnstitutionalized Elderly: A Cross-Section Study İn North Eastern Delta, Egypt. *IOSR Journal Of Nursing And Health Science* , 12-19.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step : A Simple Guide and Reference 17.0 Update (10a ed.).* Boston: Pearson.

Gök, A. (2015). Aristoteles'in Etik Görüşü Bağlamında Ötanazi. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı.

Güngör, M., & Bulut, Y. (2008). Ki-Kare Testi Üzerine. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 84-89.

Gürcü, M., Varol, M., Kara, B. B., & Tengilimoğlu, D. (2016). A Multıdıscıplınary Approach To Suıcıde Tourısm. *Intenational Journal Of Health Management And Tourısm*, 25-36.

Hart, E. J. (1979). The Effects of Death Anxiety and Mod of 'Case Study' Presentation on Shıfts of Attitude Toward Euthanasia. *Journal of Death and Dying*, 239-244.

Herodotos. (1973). *Herodot Tarihi.* (A. Erhat, Dü., & M. Ökmen, Çev.) İstanbul: Remzi Kitabevi.

Holmes, K. A. (1980). Euthanasia: A Social Work Perspective. *Health And Social Work* , 5-12.

IFSW. (2014, Temmuz). *Global Definition Of Social Work.* Ocak 18, 2020 tarihinde ifsw.org: https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ adresinden alındı

İlhan, H. (2011). Ötanazi Kavramının Ahlak Felsefesi Açısından İncelenmesi'. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Felsefesi Bilim Dalı.

İlhan, H. (2011). 'Ötenazi' Kavramının Ahlak Felsefesi Açısından İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Felsefesi Bilim Dalı.

Işık, E. A. (2008). 'Ölüme Karşı Tutum Ölçeği'nin Türk Toplumu İçin Geçerlik ve Güvenirliği. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir, Türkiye: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Işıkhan, H. (2002, Haziran). Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin Ötanaziye İlişkin Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacetttepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Işıkhan, V. (2016). Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri Ve Geleceği. *Toplum Ve Sosyal Hizmet* , 97-113.

''Jack Kevorkian''. (2014, Nisan 2). Aralık 24, 2019 tarihinde The Biography.com: https://www.biography.com/scientist/jack-kevorkian adresinden alındı

Jansen, J., Schulz-Quach, C., Eisenbeck, N., Carreno, D. F., Schmitz, A., Fountain, R., . . . Fetz, K. (2019). German Version of the Death Attitudes Profile- Revised (DAP-GR) – Translation and Validation of a Multidimensional Measurement of Attitudes Towards Death. *BMC Psychology*, 1-11.

Kalkan, M. (2014). Biyo Etik Sorunlar ve Dinlerin Ötanazi ve İntihara Bakışı. *Kent Kültürü ve Yönetimi Hakemli Elektronik Dergi*, 15-25.

Kara, Y. (2017). Yaşlıların Ötanazi Hakkındaki Görüşleri. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 17-32.

Karahisar, F. (2006). Ölümcül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum.

Karakoyun, F., & Kavak, M. T. (2008). Web Anketin Yararları Bir Uygulama Örneği Olarak Fizik Tutum Ölçeğine Uygulanması. *D.Ü. Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 129-141.

Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 42-79.

Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri Kavramlar-İlkeler-Teknikler.* Ankara: Nobel Kitap.

Kaşıkçı, O. (2008). Hukuk Tarihinde Ötanazi. *Türk Hukuk Tarihi Araştırmaları*, 85-99.

Katar, M. (2013). *Hıristiyanlık 1.* İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınlar.

Kaufmann, F., Eisenberg, J., & Aydın, M. (1987). Yahudi Kaynaklarına Göre Yahudilik. (M. Aydın, Çev.) *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi dergisi*, 267-283.

Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal Of Mood Disorders (JMOOD)*, 47-48.

Kılınç, B. (2013). Türk Ceza Hukuku Açısından Ötenazi. *Genç Hukukçular Hukuk Okumaları Birikimler 4*, 299-320.

Kitchener, B. A. (1998). Nurse Characteristics and Attitudes to Active Voluntary Euthanasia: A Survey in the Australian Capital Territory. *Journal of Advanced Nursing*, 70-76.

Kızılyel, S. (2014). Yaşam Hakkı: AİHM Kararları ve İdari Yargı Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* , 253-289.

Köse, S., Tunalı, B. İ., & Yıldırım, G. (2019). Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* , 9-17.

Kuçuradi, İ. (2003). Etik ve 'Etikler' . *Türkiye Mühendislik Haberleri*, 7-9.

Kumaş, G. (2005). Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ötanazi Hakkındaki Düşünceleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Adana.

Kur'an-ı Kerim Meali . (2011). Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Kutlu, İ., Çavuşoğlu, O., & Uygun, K. K. (2018). Ötenazi Algısı Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Pesa Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 241-254.

Kuyurtar, E. (2014). Aktif Ve Pasif Ötanaz Ayrımı Ahlaksal Bir Ayrım Mıdır? *Felsefe Ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 47-69.

Ladki, S. M., Hajjar, M. E., Nacouzi, Y., Nasereddine, L., & Mahmoud, N. (2016). Euthanasia Services: The Next Health Tourism Wave. *Intenational Journal Of Health Management and Tourism*, 1-16.

Lee, M. A., Nelson, H. D., Tilden, V. P., Ganzini, L., Schmidt, T. A., & Tolle, S. W. (1996). Legalizing Assisted Suicide — Views of Physicians in Oregon. *The New England Journal Of Medicine*, 310-315.

Mantran, R. (1981). *İslamın Yayılış Tarihi (VII. ve XI. Yüzyıllar).* (İ. Kayaoğlu, Çev.) Ankara: Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları.

Mazlum, M. M., & Mazlum, A. A. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yönteminin Belirlenmesi . *Route Educational And Social Science Journal*, 1-21.

More, T. (1999). *Utopia.* İstanbul: Gün Yayıncılık.

NASW. (2003). *NASW Standarts For Palliative & End Of Life Care .* Ocak 28, 2020 tarihinde socialworkers.org : https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=xBMd58VwEhk%3d&portalid=0 adresinden alındı

NASW. (2017). *Read The Code Of Ethics.* Ocak 18, 2020 tarihinde socialworkers.org: https://www.socialworkers.org/about/ethics/code-of-ethics/code-of-ethics-english adresinden alındı

Nomer, M. (2014). Yaşama Hakkına Saygı Nedeniyle Ölümü İstemek 'Pretty - Birleşik Krallığa Karşı'. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* , 41-55.

Ogden, R. D., & Young, M. G. (2003). Washington State Social Workers' Atitudes Toward Voluntary Euthanasia And Assisted Suicide'. *Social Work İn Health Care*, 43-70.

Oğuz, Y. (2001). Ötenaziye Etik Yaklaşım 'Tıp Etiği Açısından Yaşamın Son Dönemimde Karar Verme Süreçleri'. H. Hatemi, & H. Doğan (Dü) içinde, *Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı)* (s. 61-67). İstanbul: Yüce Yayım.

Ömeroğlu, Ö. (1993). Ötanazi. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 187-205.

Özen, M., & Şahin, M. E. (2010). Ötanazi. *Ankara Barosu Dergisi*, 15-36.

Özer, Z., Yıldırım, D., & Bölüktaş, R. P. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Ölüme Karşı Tutumları . *Ekonomi Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 1-13.

Özhan, T. K. (2019). Üçüncü Basamak Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları ve Beyin Ölümü Gerçekleşen Hastalara Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler. *Yüksek Lisans Tezi*. Bursa, Türkiye: Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı.

Özler, H. (2001, Kasım). Hemşirelerin Ötanazi Konusuna Yaklaşımları ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinden Örnek Bir Çalışma. *Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir: T.C. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı.

Özmen, Ş., & Çakmaklı, İ. (2000, Kasım 29). *İnternet Üzerinden Anket Yoluyla Veri Toplama.* Ocak 5, 2021 tarihinde Prof. Dr. Şule Özmen Kişisel Web Sitesi: http://www.suleozmen.com/teblig_sunumlar/5internet_veri%20toplama.pdf adresinden alındı

Öztürel, A. (1957). Ötanazi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 261-273.

Özyalçın, D. (2019). Kanser Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerin Ölüme ve İyi Ölüme İlişkin Görüşleri. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara, Türkiye: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı.

Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Carter, G., Cavenagh, J., McPhee, J., & Ravenscroft, P. (2005). Cancer Patients' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses. *Journal of Bioethical İnquiry*, 82-89.

Pekerşen, Y. (2017). Hayatı Sonlandırmak İçin Seyahat. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 313-328.

Pérez, M. E., & Juste, M. P. (2020). Image of Death and Attitude towards Death. *North American Journal of Psychology*, 701-710.

Rathor, M. Y., Rani, M. F., Shahar, M. A., Jamalludin, A. R., Abdullah, S. T., Omar, A. M., & Shah, A. S. (2014). Attitudes toward Euthanaisa and Related Issues among Physicians and Patients in Multi Cultural Society of Malaysia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 230-237.

Rooda, L., Clements, R., & Jordan, M. (1999). Nurses' Attitudes toward Death and Caring for Dying Patiens. *Oncology Nursing Forum*, 1683-1687.

Roscoe, L. A., Malphurs, J. E., Dragovic, L., & Cohen, D. (2000). Dr. Jack Kevorkian And Cases Of Euthanasia İn Oakland County, Michigan 1990-1998. *The New England Journal Of Medicine*, 1735-1736.

Sağlık Bakanlığı. (2018). *T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Palyatif Bakım Hizmetleri.* Ocak 29, 2020 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü: https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php adresinden alındı

Saruç, S. (2013). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rolleri Ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Toplum Ve Sosyal Hizmet* , 193-207.

Savcı, B. (1980). *Yaşam Hakkı ve Boyutları.* Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No. 449.

Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2015). Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Ölüme Karşı Tutumları ve İlişkili Etmenler. *Literatür Sempozyum Psikiyatri / Nöroloji / Davranış Bilimleri Dergisi*, 26-32.

Serdaroğlu, E. B. (2016). Ötanazi-Ölme Hakkı. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 463-491.

Sezer, S., & Saya, P. (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 151-165.

Sümer, N. (2015). Dinlerin İntihar Olgusuna Bakışı. *Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri (Dinler Tarihi) Anabilim Dalı.

Sümer, N. (2016). Yahudilikte, Hristiyanlıkta ve İslam'da Ötanazi. *Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 115-132.

Şahin, F. (2009). Sosyal Hizmette Kendi Kaderini Tayin Hakkı. *Aile ve Toplum Dergisi*, 87-97.

TDK. (tarih yok). *Ötanazi*. Türk Dil Kurumu Sözlükleri: https://sozluk.gov.tr/ adresinden alındı

Terzioğlu, A. (1994). Euthanasie (Ötanazi) Ve Getirdiği Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği - Hukuku - Tarihi Dergisi*, 16-21.

Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolleri. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 145-153.

Turanjanin, V., Čvorović, D., & Ćorović, E. (2017). Review Of The Physician Assisted Suicide In The United States, Germany and Serbia. *International Journal Of Health Management And Tourısm*, 1-15.

Türkiye Diyanet Vakfı. (tarih yok). *İntihar.* İslam Ansiklopedisi: https://cdn2.islamansiklopedisi.org.tr/dosya/22/C22007416.pdf adresinden alındı

Unaltay, A. (2015). *Ötanazi - Yardımlı İntihar.* Ocak 28, 2019 tarihinde Academia.edu: https://www.academia.edu/19905984/%C3%B6tanazi_-_yard%C4%B1ml%C4%B1_intihar adresinden alındı

Uulu, E. K. (2014). Biyoetik Açıdan Hayat Üzerinde Tasarruf Hakkı: Ötanazi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara, Türkiye: Ankara Üniverstesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri (Din Felsefesi) Anabilim Dalı.

Uysal, C., Karaaslan, B., Tanrıverdi, H., Çelepkolu, T., Korkmaz, M., Bulut, K., . . . Özkara, E. (2013). Hekimlerin Ölümle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Ötenazi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 91-97.

Uzuncu, H. B., Buyruk, H., Alnak, E., & Yıldırım, G. (2013). Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanserli Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi . *Cumhuriyet Tıp dergisi*, 143-151.

Üğüden, D. (2016, Mart 30). *29 Yıl Boyunca Ötenazi İçin Mücadele Eden Ramon Sampedro ve 11 Ölüm Meleği*. Ocak 8, 2020 tarihinde Listelist: https://listelist.com/ramon-sampedro-kimdir/ adresinden alındı

WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care.* Ocak 24, 2020 tarihinde World Health Organization: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ adresinden alındı

WHO. (2018, Şubat 28). *10 Facts on Palliative Care* . Worl Health Organization : https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care adresinden alındı

WHO. (2018). *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care : A WHO Guide for Planners, İmplementers and Managers.* World Health Organization : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1 adresinden alındı

Xu, F., Huang, K., Wang, Y., Xu, Y., Ma, L., & Cao, Y. (2019). A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. *BioMed Research International* , 1-8.

Yalçın, E. (2006). Yaşam Hakkı: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin Verdiği Kararlar Bağlamında Kavramın Devletler ve Özellikle Güvenlik Birimleri Açısından Ortaya Koyduğu Anlamın Değerlendirilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 25-54.

Yeni Antlaşma . (tarih yok). Kutsal Kitap: https://www.kutsal-kitap.net/bible/tr/index.php?mc=2 adresinden alındı

Yiğit, Y. (2003). İslam Ceza Hukuku Açısından Ötanazi Ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *islami Araştırmalar Dergisi*, 337-349.

Yıldırım, A. (2004). Yaşamın Kutsallığı Ve Yaşama Hakkından Vazgeçme. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* , 1-4.

Yıldırım, G., & Kadıoğlu, S. (2007). Etik Ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7-12.

Yıldız, M. (2016). Ötanazi, Hasta Vasiyetnamesi ile Palyatif Ve Hospis Bakımına Genel Bir Bakış. *Adli Sosyal Hizmet: Yaklaşım Ve Müdahale*, 342-362.

Yılmaz, E., & Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 41-46.

Yılmaz, O. D. (2019). Ötenazi Kavramının Teleolojik, Deontolojik Ve Meta-Etik Teoriler Bağlamında Karşılaştırmalı Analizi. *Social Sciences Research Journal*, 126-142.

Yurdakul, C. (2015). *Ötanazi* . Ocak 8, 2020 tarihinde Academia.edu: https://www.academia.edu/35738089/%C3%B6tanazi.docx adresinden alındı

Yüksek Öğretim Kurulu. (tarih yok). *Yök Lisans Atlası*. Yüksek Öğretim Program Atlası: https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-anasayfa.php adresinden alındı

FORMLAR

Ek-1

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Gizem Burcu Bolat tarafından yüksek lisans tezi kapsamında yürütülen 'Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Örneği' başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı ötenaziye yönelik algı farklılıklarını neden sonuç bağlamında değerlendirerek sosyal hizmet perspektifinde ele almaktır. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 400 kişi katılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya gizem.gizbolat@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkinolmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı: ....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Ek-2

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz?

a. kadın

b. erkek

3. Eğitim gördüğünüz üniversite?.....

4. Bölümünüz?.....

5. Sınıfınız? .....

6. Medeni Durumunuz?

a. evli

b. bekar

7. Daha önce bir yakınınızın ağrılı bir hastalığına şahit oldunuz mu?

a. evet

b. hayır

8. Daha önce yakınlarınızdan herhangi bir kayıp yaşadınız mı?

a. evet

b. hayır

9. Kendinizi dindar olarak tanımlar mısınız?

a. evet

b. kararsızım

c. hayır

10. Ölüm kelimesi size ne hissettirir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. Korku

b. Çaresizlik

c. Üzüntü

d. Huzur

e. diğer (belirtiniz) ….....

11. Ölümünüzü ne sıklıkta düşünürsünüz?

a. neredeyse hiç düşünmem

b. bazen düşünürüm

c. çoğu zaman düşünürüm

Ek-3 ÖTENAZİYE YÖNELİK TUTUMLAR ve GÖRÜŞLER ANKET FORMU

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Ölümcül hastalığı olan bir hastaya, durumuyla ilgili iyi veya kötü tüm gelişmeleri söylemek gerekir.					
2. Yaşam kalitesinin arttırılamadığı bir hastayı canlı tutmak, ona acı çektirmektir.					
3. Tıbbi yöntemlerle iyileşmesi imkânsız olan ve ölmek isteyen bir insanın, bu isteği yerine getirilmelidir.					
4. Geri döndürülemez ölümcül hastalığı olsa, bir yakınıma ötenazi uygulanmasını isterim.					
5. Hekimlerin ötenazi uygulamaları zaman içinde insanların tıbba olan güvenini sarsabilir.					
6. Ötenazi intihar ve cinayetle eş değerdir.					
7. İnsanlar kendi hayatlarının ne zaman sona ereceğine (tabi istiyorlarsa) kendileri karar verebilmelidir.					

Ek-4

ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çogu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Orta derece katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Orta derece katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
4. Öldükten sonra cennete gidecegime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini saglayacak.							
6. Ölüm; dogal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; agrı ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacagına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın dogal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.							
18. Yogun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınırım.							
20. Ölümden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çogu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Orta derece katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Orta derece katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldigini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiklerimle yeniden buluşacagımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştigimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam oldugunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacagını bilmemek, beni endişelendirir.							

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 23/12/2019-95478

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik
Kurulu Başkanlığı

Sayı :74555795-050.01.04-
Konu :2019/139 sayılı Etik Kurul Onayı

Sayın Gizem Burcu BOLAT
İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

İlgi :22.11.2019 tarihli proje başvurunuz.

Yürütücülüğünü üstlendiğiniz **"Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: 'İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Örneği'"** başlıklı projeniz Etik Kurul'umuzun 03.12.2019 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, Etik Kurul Onayı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ
Başkan

EK :
1 Etik Kurul Onayı

20/12/2019 V.Haz.Kont.İş. : C.SÖNMEZTÜRK

Doğrulamak için http://dogrulama.istanbul.edu.tr/evraklar.borgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL57K1RE

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan SÖNMEZTÜRK

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

07.04.2021

Sayı : E-50200903-199-70455
Konu : Gizem Burcu Polat'ın tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 02.04.2021 tarihli, 66212 sayılı yazınız

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Taner ARTAN'ın danışmanlığında Sosyal Hizmet yüksek lisans programı öğrencisi Gizem Burcu POLAT'ın "Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Örneği" başlıklı tez çalışmasını Fakültemizde yapabilmesi hakkındaki ilgi yazınız ve eklerinden bilgi edinilmiş olup, söz konusu tez çalışmasını Fakültemiz 4.,5. ve 6.sınıf öğrencilerine yapabilmesi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa Sait GÖNEN
Dekan

Tarih ve Sayı: 30.07.2021-371669

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Hukuk Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-58938191-300-371669
Konu :Gizem Burcu POLAT(Öğrenci İşleri (Genel) (300)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 07.04.2021 tarihli, 164915 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Taner ARTAN'ın danışmanlığında Sosyal Hizmet yüksek lisans programı öğrencisi Gizem Burcu POLAT'ın "Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Örneği" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz öğrencilerine uygulanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Cenk Yaşar ŞAHİN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSM2N5JAC3 Pin Kodu :06842 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys
İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi 34116 Beyazıt-Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 00 00 Faks : 0 212 440 01 12
e-posta : hukuk_dekan@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://hukuk.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için : Melike İSPİR
Dahili : 10859

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayı: 13.04.2021-168324

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İlahiyat Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-51743574-302.08.01-168324
Konu :Gizem Burcu POLAT-tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 07.04.2021 tarihli, 164915 sayılı yazı

İlgi yazı gereği İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Taner ARTAN'ın danışmanlığında Sosyal Hizmet yüksek lisans programı öğrencisi Gizem Burcu POLAT'ın "Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Örneği" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz öğrencilerine uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ramazan MUSLU
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSMM0FHBM2 Pin Kodu :05852 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys
İskender Paşa Mah. Horhor Cad. Kavalalı Sok. No:1 A Blok -B Blok -Dekanlık Binası Fatih/İstanbul
Tel : 0212 532 60 20 -11-15-64 Faks : 0212 532 6207
e-posta : iuhilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için : İsmail GÜMRÜK
Dahili : 26742

İÜC Tarih ve Sayı: 01.04.2021-65057

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-60350273-605.99-65057
Konu : Çalışma izni

DAĞITIM YERLERİNE

Fakültemiz Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Taner ARTAN'ın danışmanlığını yapmakta olduğu Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem Burcu POLAT'ın "Ötenaziye İlişkin Tutumlar ve Ötenazinin Sosyal Hizmet Kapsamında Değerlendirilmesi: İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Örneği" başlıklı tez araştırmasını Fakültemiz Gerontoloji Bölümünde ve Sosyal Hizmet Bölümünde yürütmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet AKGÜL
Dekan

Ek:15

Dağıtım:
Gerontoloji Bölüm Başkanlığına
Sosyal Hizmet Bölüm Başkanlığına

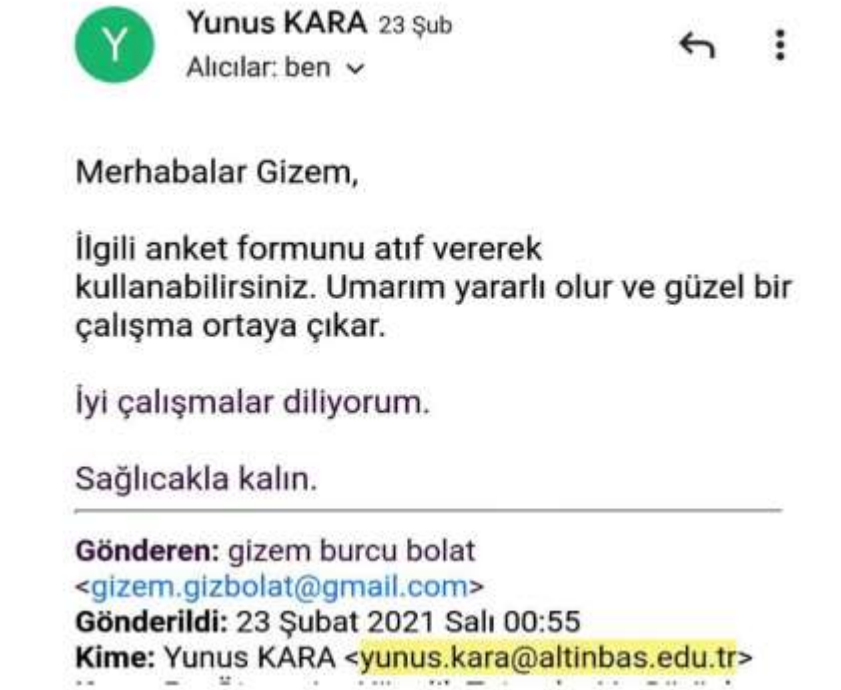
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEKVHC7R5 Pin Kodu :95502 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-universitesi-ebys?V=BEKVHC7R5

Adres:İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Büyükçekmece Yerleşkesi Alkent 2000 Mah. Yiğittürk Cad. No:5/9/1 R-2 Blok Büyükçekmece/İstanbul
Telefon:0 212 414 15 00 Faks:0 212 414 15 15
e-Posta:sabif@istanbul.edu.tr Web:http://sabif.istanbul.edu.tr/
Kep Adresi:istanbulc@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ercan TEPE
Unvanı: Şef
Dahili: 44108

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



Yunus KARA 23 Şub
Alıcılar: ben

Merhabalar Gizem,

İlgili anket formunu atıf vererek kullanabilirsiniz. Umarım yararlı olur ve güzel bir çalışma ortaya çıkar.

İyi çalışmalar diliyorum.

Sağlıcakla kalın.

Gönderen: gizem burcu bolat <gizem.gizbolat@gmail.com>
Gönderildi: 23 Şubat 2021 Salı 00:55
Kime: Yunus KARA <yunus.kara@altinbas.edu.tr>



Elif IŞIK 09.11.2019
Alıcılar: ben

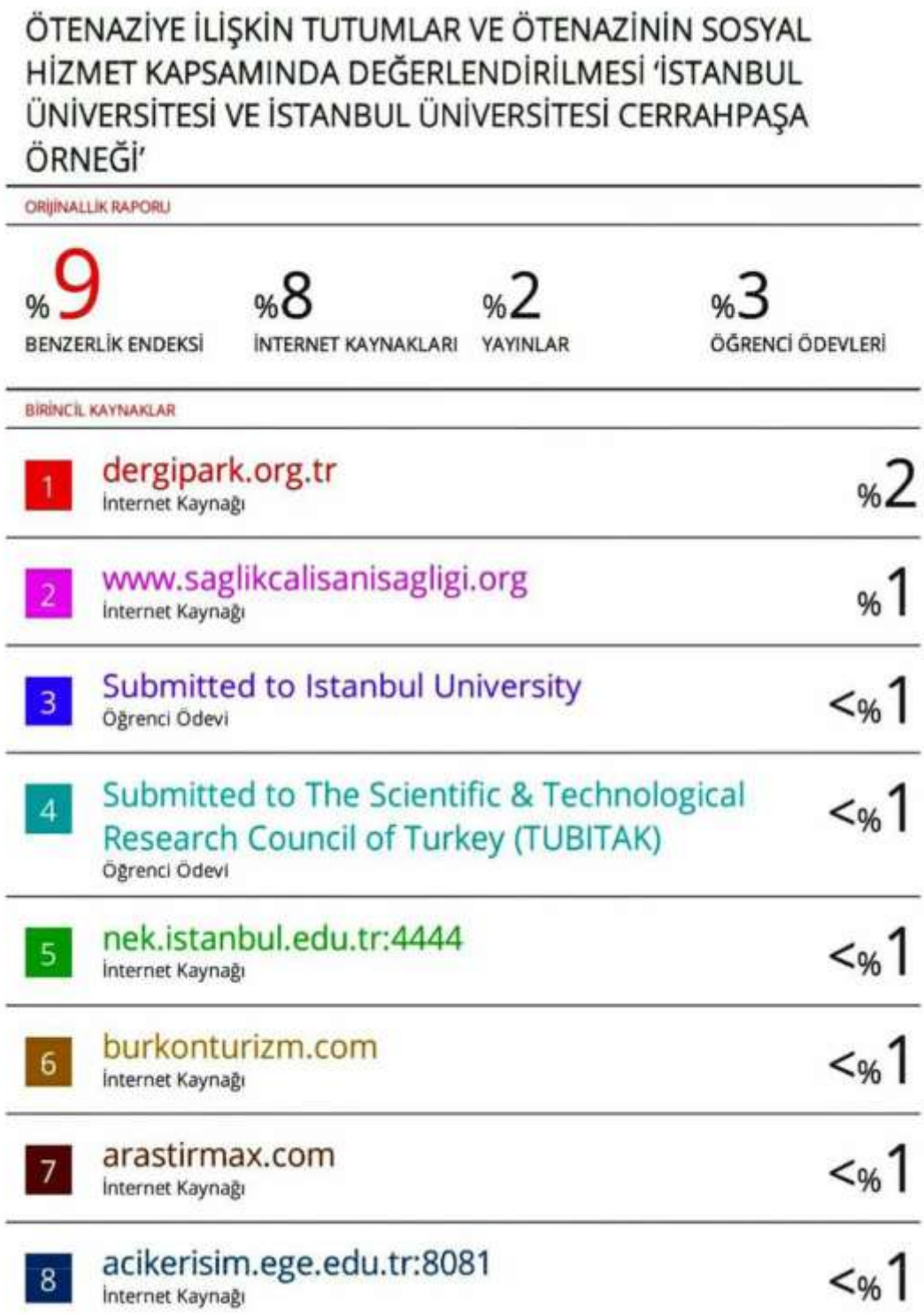
Merhaba Gizem hanım

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ekteki dosyadadır. İyi çalışmalar dilerim.

Elif IŞIK

6 Kas 2019 Çar 16:36 tarihinde gizem burcu bolat <gizem.gizbolat@gmail.com> şunu yazdı:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ÖTENAZİYE İLİŞKİN TUTUMLAR VE ÖTENAZİNİN SOSYAL HİZMET KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ 'İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ VE İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA ÖRNEĞİ'

ORİJİNALLİK RAPORU

%9	%8	%2	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
5	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
6	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
7	arastirmax.com İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.ege.edu.tr:8081 İnternet Kaynağı	<%1