

Rasyonel intihar¹

İlkin İÇELLİ,² M. Murat DEMET³

İntihar Romalı'lar zamanından beri bilinen bir eylemdir ve çeşitli toplumlar bu eyleme değişik biçimde yaklaşmışlardır. Örneğin, Roma Katolik kilisesi ve İslam intiharı günah sayarken, Stoik'ler bu eylemi insanın özgürce yaptığı son girişim olarak görmektedirler. Onlara göre, dayanılmaz acılar, ağır hastalıklar, bedensel anormallikler nedeniyle yaşamın doğayla uyumunu sürdürememesi sonucu, doğal yollarla yaşamın sonlanmasına tahammül edilemediğinden bu yol seçilmektedir. Emile Durkheim ise, intiharın ahlaksal boyutu yerine toplumsal boyutu üzerinde durmuştur. Günümüzde batılı birçok çalışmacı intiharı, psikolojik, biyolojik ve toplumsal etkenlerin birbiriyle örtüştüğü karmaşık bir olay olarak görmektedirler.

İntihar, güç bir durumdan kurtulmak için, bir kişiyi ya da bir kurumu incitmek isteği sonucu ortaya çıkar. Bu eylem hemen her zaman içsel ya da dışsal stres kaynaklarına ve yaşam olaylarının olumsuz etkilerine yönelik bir tepkidir. Olumsuz olaylar ya da çözümsüz durumlarla karşı karşıya kalan birey için intihar, başa çıkma seçeneklerinden birisi olarak gelişir. "Rasyonel intihar" bu çözümsüzlük içinde bireyin ölümü seçmesinin kendisine akılcı gibi gelmesidir. Yani mantıklı ve haklı nedenlerle ölümün yaşama tercih edilmesidir.

Tıp bazı hastalıklar konusunda çaresiz kalmakta, ancak ilerleyen hastalık karşısında ortaya çıkan ve bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan belirtileri kontrol altına almak için uğraş vermektedir. Eğer kişi bütün bu uğraşlara

rağmen yaşamının geri kalan kısmında mutlu günlerden çok, mutsuz, zor günler geçireceğini ve sıkıntı çekeceğini düşünüyorsa, o zaman kafasında yaşamına son verme düşüncesi uyanmaktadır. Önceleri daha tutucu yaklaşımlar intiharı hemen her zaman altta yatan bir ruhsal rahatsızlığın, ya da akıl hastalığının bir belirtisi olarak kavramlaştırmaktayken, zaman içinde koşulların değişmesiyle, bugün intiharın birey için pekala iyi bir seçenek olabildiği ön plana çıkmaktadır. Gelişen teknoloji ile yaşam kalitesi değil ama yaşam süresi uzatılınca "rasyonel intihar" daha da popüler olmuştur. "Ölüme yardım etmek" (assisted death), "başı dik ölüm" (death with dignity), "yaşlılık nedeniyle rasyonel intihar" (rational suicide for reasons of age), "kişinin ölme hakkı" (a person's right to die), "euthanasia" ve "merhamet duyup öldürme/merhameten öldürme" (mercy killing) bu doğrultuda kullanılan, kişinin ölüm karşısındaki konumunu belirleyen deyimlerdir.

Hipokrat yemininde, hekimin hastasının ölümüne neden olacak bir ilaç yazmayacağı, onu ölüme götürecek bir öneride bulunmayacağı yer almaktadır. Bundan şu sonuç çıkmaktadır: Hekim, hastasının dayanılmaz acılarının ortadan kaldırılması sorumluluğu ile onun yaşamını sağlama zorunluluğu arasındaki ince ve hassas çizgiden sapmaması gerekir.

Teknolojinin ve yaşam destek sistemlerinin gelişmesi sonucu yaşamın uzaması ile birlikte çeşitli gruplar, ötanazi konusunda hastaların, hekimlerin, avukatların din bilgilerinin kabul

¹ 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur (2000, Antalya).

² Prof.Dr., ³ Yrd.Doç.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA
Yazışma Adresi: Dr. M.Murat DEMET, Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA

edebileceği anlaşılabilir politikalar geliştirmektedirler. Ötanazi ve hekim yardımıyla intihar uzun tartışmaların başlangıcına neden olmuştur, bu tartışmalar ileri zamanlarda da süreceğe benzemektedir.

Hastaları acılarından kurtarmak için öldürmek Hipokrat yemine ters düştüğü gibi, çoğu kimse tarafından, halk içindeki doktorun “şifa veren” rolünü olumsuz etkileyeceğine inanılmakta, hastanın isteği üzerine bile olsa, hekimin hastasını öldürmesinin hekimdeki insancıl değerleri desensitize edeceğinden korkulmaktadır. Öte yandan durumun korunması da zordur. Yani eğer hekimin hastasının acısını hafifletmek için uygulaması gereken yasal yöntemleri toplum geri çevirirse, hekim hastasının acılarına asıl o zaman duyarsız kalır. Şefkatli ve merhametli bir hekimse, kendisinden uyku ilacı isteyen hastasının isteğini kötü bir olasılığı düşünmeden yerine getirecektir. Hasta daha sonra bu ilaçları intihar için kullandığında ise, hekim adaletle karşı karşıya gelme riskini her zaman taşır. Böyle bir isteği geri çeviren hekim ise, hastasının intihar etmek için başka bir hekime başvurmuş olduğunu ancak gazetelerden öğrenebilir. Ölmekte olan hastasının bu tür isteğiyle karşılaşan hekim, başka bir yol bulmayı dener, örneğin psikoterapi, örneğin dinsel telkin yöntemleri gibi yöntemlerle hastasının acısıyla başa çıkmasına, onun acısını paylaşarak yardımcı olmaya çalışır. Eğer hasta bu konuda çok ısrar ederse, hekim güç durumda kalır ve çoğunun yaptığı gibi geri çekilir.

Elisabeth Kübler Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” kitabında şöyle demektedir: “Eski zamanlarda dinin etkisine inanan Tanrı’ya sorgusuz sualsiz inanan kişi sayısı daha fazlaydı. Çektikleri acıların öteki dünyada döneceğini düşünürlerdi ve ödülleri de cennetti. Eğer bu dünyada çok acı çekmişsek, bu acı karşısında gösterdiğimiz cesaret, dayanıklılık ve olgunluğa göre ölümden sonra ödüllendirilecektik. Doğum nasıl doğal, sancılı ve uzun bir olaysa, acı da öylesine doğaldı. Ne var ki, o zamanlar çocuk doğduğunda anne uyanık olurdu. Çekilen acının bir amacı ve gelecek bir ödülü vardır. Oysa, bugün anneler acı çekmesinler diye uyuşturuluyor. Ne olup bittiğinden annenin haberi bile olmuyor. Hatta doğumun önemli bir olayla

çakışmaması için, doğum yapay olarak başlatılıyor. Doğumdan saatler sonra anneler uyumuş halinden kurtuluyor ve bebeklerini ancak o zaman görebiliyorlar. Gördükleri zaman da bu olaya sevinemeyecek kadar uyuşuk durumda oluyorlar. Yani günümüzde acı çekmenin bir gereği yok, çünkü bunu önleyecek birçok ilaç var. Dünyada çekilen acıların cennette ödüllendirileceği inancı çoktan kayboldu gitti. Acı çekmek anlamını yitirdi. Bu değişiklikte birlikte ölümden sonraki yaşama inananların sayısı da giderek azaldı. Ölümden sonra yaşam ümidi yoksa, ölümü düşünmek zorundayız. Acılarımız için cennette ödüllendirilmeyeceksek, acı çekmenin de bir amacı ve anlamı kalmamış olacaktır. O zaman acı çekerek yaşayıp ödülü kazanma amacının yerini giderek fazla acı çekmeden bu dünyadan ayrılma zamanını kendimizin belirleme yetisi almaktadır”.

İşte, artık böyle bir yol ayırımına ulaşılmış olduğu için, bir süredir intihardan, ölme hakkından, ötanaziden, hekimin yardımcı olduğu intihardan, yani bir başka deyimle “rasyonel intihar”-dan söz edilmeye başlanılmış bulunuyor.

Rasyonel intihar deyince mantıklı ve kabul edilebilir nedenlere dayanarak kişinin kendi yaşamına son verme yetisini anlıyoruz. Tabii, bunun için de bazı geçerli kriterler olmalıdır.

Ama bu kriterlere geçmeden önce “ölme hakkı”ndan söz etmek gerekir. Ölme hakkı, “ciddi hastalığı nedeniyle yaşam boyu tedavi görmesi gerekli ve zorunlu, ama bu sürekli tedavinin kendi yaşam kalitesini bozacağına inanan, akli başında bir hastanın tedaviyi reddetme veya yaşam desteğinin kesilmesini isteme hakkı” olarak kabul edilebilir. Hastalığın ileriki dönemlerinde, kendi iradeleriyle karar verme yetisinin bozulacağı beklenen hastalar, bu istemlerini ileriye dönük olarak yapabilirler. Akli melekeleri yerinde iken belirtilmiş bu tür istekler (Living Will) A.B.D.’nin bazı eyaletlerinde yasal olarak kabul edilirken, eyaletlerin büyük çoğunluğu bu istemleri tanımayı reddetmektedir. Bu yaşama konusundaki irade kararının, geçmiş yıllarda bazı sorunlar yarattığı görülmüştür. Yani, ciddi bir hastalığın gidişi sırasında yaşanan olayları kapsamı açısından bir genelleme göstermektedir. Bu genelleme her hastalığa uygulanamamaktadır. Her ağır hasta-

lığın kendine özgü bir gidişi vardır. Bu nedenle hem etik, hem yasal kavramlar bazen örtüşmekte; bazen de karşı karşıya gelmektedir. Şu örnekte olduğu üzere:

“25 Haziran 1990’da ABD’nin Missouri Eyaleti Sağlık Dairesine karşı Bayan Cruzan’ın açtığı ölme hakkı konusundaki dava, karar onayı için Yüksek Mahkeme’ye gelir. Yüksek Mahkeme altı aylık bir çalışmadan sonra “anayasal koruma altında bulunan özgür bir kişinin kendi çıkarına olmayan, istemediği bir tedaviyi reddetme hakkı” bulunduğu kararı verir. Aslında, Bayan Cruzan ile Eyalet Sağlık Dairesi arasındaki dava (daha önce bu doğrultuda bir istek olmadığı için), bilinci kapalı bir hastanın bakımı konusunda kararı verecek olan kişinin belirlenmesi konusudur. Zira, Bayan Cruzan geçirdiği trafik kazası sonucu bitkisel yaşama girmiştir. Yüksek Mahkeme, eğer hastanın ileriye yönelik düzenlenmiş veya belirtilmiş bir istemi yoksa, devletin kişinin yaşamını kollama ve koruma görevi bulunduğunu, bunun dışında aile bireylerinden biri bile olsa, hiç kimsenin yaşam desteğini kesme kararı vermeye hakkı olmadığına hükmetmiştir. Daha sonra ailesi ve dostları, Bayan Cruzan’ın yaşam desteği istemediğini bildiren bir isteği olduğunu mahkemeye bildirmeleri üzerine, tedavi kesilmiş ve Bayan Cruzan ancak Aralık 1990’da ölebilmektedir.”

Bu eylemin biraz da ileriye götürülmesi, bizi bir başka olaya, hekim yardımıyla intihar (Physician-Assisted Suicide) olayına getirmektedir. Son zamanlara kadar geleneksel tıp, ölmekte olan hastanın yaşamla ölüm arasında bir seçim yapmaya izin verme kavramı ile hiç karşılaşmamıştı. Şimdi tıp topluluğunun bu konudaki tutumu değişim göstermektedir. Bu değişimi zorlayan üç güçlü neden vardır:

1. AIDS, kanser veya nörodejeneratif nedenler gibi kronik hastalıklar nedeniyle hastanelerde daha çok hastanın ölmesi (bu hastaların % 60’ının hastanelerde öldükleri hesaplanmaktadır).
2. Modern tıbbi teknolojideki ilerlemelerin kişinin biyolojik işlevlerini yaşamın doğal sınırının ötesine taşımaları. Bu durum hastanın kendisinin, ailesinin ve toplumun sayısız tıbbi, adli ve etik çatışmalar yaşamasına ne-

den olmaktadır.

3. Tedaviye hastanın da katılır olması, hasta hakları ve ilaç sarfıyatı gibi trendlerin yükselişe geçmesi, tıp topluluğunu hastaya çözümler dikte etmekten çok, hastanın isteklerine kulak vererek çözümler önermeye zorlamasıdır.

Hastanın yaşam veya ölüm seçimiyle ilgili tartışmalar konusunda, değişik sonlanan iki önemli dava daha vardır. En önemlisi Karen Ann Quinlan davasıdır: “Quinlan, uzun süredir irreversibl koma halindedir, üvey anne ve babası mahkemeden respirasyon cihazının kapatılmasını istemişlerdir. New Jersey yüksek mahkemesi, hastayı hayatta tutan ventilasyon cihazının, uzun tartışmalardan sonra kapatılmasına karar vermiştir. Bunun üzerine her iki tarafa da sürpriz olacak bir durum gelişmiş. Ventilasyonu kapatılan hasta on yıl daha yaşamış ve 1985’de pnömoniden ölmüştür.”

İkinci bir temel taşı olabilecek dava ölme izni isteyen Elisabeth Bouvia davasıdır. “Bayan Bouvia serebral palsy’lidir, kaslarını güç bela oynatarak elektrikli sandalyesini yürütebilmekte, başkaları tarafından ağzına verilen gıdayı çiğneyip yutabilmektedir. İsteği, ölüncüye kadar aç kalabileceği bir hastaneye yatırılmasıdır. Hastane ise onu zorla beslemektedir. Bunun üzerine, hastane mahkemeye gider, her ne kadar hakim Bayan Bouvia’nın isteğini samimi ve akli melekelerini yerinde bulursa da, pasif ötanazi istemini reddederek çektiği kronik acılarına rağmen, hastane lehine karar verir. California İstinaf Mahkemesi ise, hastanenin ileri sürdüğü hastanın nazogastrik tüpünün çıkarılmasının kısmi bir intihar olacağı savını geri çevirerek nazogastrik tüpün çıkarılmasına karar verir. Bu davada ise mahkeme, hastanın koma halinde veya ölümcül bir durumda olduğu için, hayat kurtaracak tedaviyi reddetme hakkı gerekçesini göz önüne alma gereğini duymamıştır.”

Hastalar kendi hakları konusunda bilinçlendikçe daha çok kimse “ileriye dönük istekler” (advanced directives) düzenlemektedirler. Bu tür belgeler şuur ve hareket serbestisine sahip kişinin, karar veremez durumda iken almak istediği tedaviyi belirtir. “Yaşamla ilgili karar”-da (living will) ise, hasta kendi el yazısı ile, yaşamını sağlayacak kardiyopulmoner resussis-

resussitasyon, yapay solunum, aile tarafından bakılıp beslenme, hidrasyon gibi yöntemleri kabul veya reddettiğini bildirir. Bu belgeler ağır ilaçlarının, hatta hayatı kısaltacak ilaçların kullanılması onayını da içerebilir. Bu yaşamla ilgili karar (living will) birçok eyalette geçerlidir, ama tıbbi ve adli görevlilerce onaylanması zorunludur.

Hekim yardımıyla intihar, A.B.D.'de ötanaziden daha yoğun tartışmalara neden olmaktadır. Bazı kimseler hekim eşliğinde gerçekleştirilen intiharın, ötanaziden daha insancıl bir seçim olduğunu, çünkü bu uygulamada hastanın daha özerk ve ölümcül aracı kendi kontrolünde tuttuğu için, daha az baskı altında tutulabileceğini söylerken, diğerleri hastaların çifte standarda tabi tutulduğunu savunmaktadırlar. Örneğin, hekim bir yanda bir hastaya ne kadar doz ölümcül ilaç verilmesi gerektiğini saptamaya çalışırken, diğer taraftaki yutması, becerisi ve kas kuvveti olmadığı için çok daha ağır durumdaki hastanın durumu görmezden gelebilmektedir.

Hekim, nasıl intihar edileceği konusunda bilgi verme, öldürücü dozda ilaç reçetesi sağlama veya öldürücü dozda karbon monoksit inhalasyonu yolu ile ya da hastanın bizzat kendisinin uygulayabileceği değişik yöntemlerle intihara yardımcı olabilir.

1965 yılında Derek Humphry tarafından kurulan Hemlock Society (Baldıran Topluluğu) aktif ötanazi ve hekim eşliğinde intiharla ilgilenmektedir. Humphry'nin 1991 yılında yazmış olduğu "Son Çıkış" (Last Exit) isimli kitabı, adeta bir intihar el kitabıdır ve yayınlandığı yıl en çok satan kitaplar listesine girmiştir. Topluluk, terminal hastalıklarda hekimin yardımcı olduğu intihara, aktif ve gönüllü ötanaziye destek vermekte, ancak bunun yokluğu durumunda intiharı desteklememektedir. Topluluk, 1991'de Washington'da ve 1992'de California'da, terminal hastaların ölümlerine yardımcı olmak için eyalet çapında girişimlerde bulunmuş, "Başı Dik Ölme İnisiyatifi" (initiative 119) diye adlandırılan bu girişim, %50'ye yakın destek bulmasına rağmen yasalaşmamıştır. Topluluk, 1994'de Oregon eyaletinde yaptığı bir ankette toplumun ve tıbbi kanaatin, hekim yardımıyla intihara bakışını olumlu etkilemiş ve sonuçta Oregon eyaletinde

hekim yardımıyla intihar eylemi yasal olmuştur.

Oregon Eyaleti Hekim Eşliğinde İntihar Yasası

- * Oregon eyaletinde oturan ve hekim tarafından altı aydan az bir yaşam süresi kaldığı saptanan her kişi ölmek için ilaç isteme hakkına sahiptir.
- * Hastanın, bu kararı verecek akli melekelerinin yerinde olduğunun ve depresyon gibi bir ruhsal hastalığının bulunmadığının bir başka hekim tarafından saptanması zorunludur.
- * Yasa, doktorları, hastanın intihar için ilaç istemini yerine getirmeye zorlayamaz.
- * Hastaya ilacı sağlamayı kabul eden hekim, hastadan bu isteğini belirtir kendi el yazısıyla yazılmış ve iki şahidin huzurunda imzalanmış bir yazı almak zorundadır. Yazılı istek, ilacın temininden 48 saat önce düzenlenmelidir. İkinci bir istek de reçete düzenlenirken sözlü olarak yapılmalıdır.
- * İntihara karşı olan eczacılar reçete içeriğini vermeyi ret edebilirler.
- * Yasa intihar için hangi ilacın kullanılacağını belirlemez. Yasayı destekleyenler yüksek doz barbitüratın kusmayı önleyici bir ilaçla birlikte kullanılabilceğini belirtmektedirler.

Bu alandaki karışıklıklar, reklamlar ve mahkeme kararları ABD'de emekli bir patoloğun isminin birden ön plana çıkmasına neden oldu: *Dr. Jack Kevorkian*.

"Dr. Kevorkian 1989 yılında intihar makinesi ile 54 yaşında Janet Adkins isimli Alzheimer hastalığı kuşkusu ya da başlangıcında olan bir kadının ölümünü sağladı. Kadın bu cihazla kendini öldürünce, doktor birinci dereceden adam öldürme suçuyla tutuklandı, ama bir süre sonra, Michigan'da hekim yardımıyla intihara karşı bir yasa olmadığından tahliye edildi. Bu olaydan sonra Dr. Kevorkian 100'den fazla intihara eşlik etti. İntihar eden bu kişiler terminal hastalar değillerdi ve Dr. Kevorkian'la çok kısa bir görüşmeleri olmuştu. Doktorun hekim lisansı iptal edildi ve birçok cinayet suçlamasında bulunuldu. 1999 yılında (tasarlama olmadan adam öldürmek suçundan) hapse mahkum edildi. Bu kez, lisanssız bir hekim yardımıyla intihardan, aktif ötanaziye geçiş söz

konusu oldu. Taraftarları ve avukatları, hastaların acılarının dindirilmesini kolaylaştırdığı için kendisini alkışladılar, karşıtları ise doktorun, seri olarak merhameten öldürmeleri gerçekleştiren biri olduğunu söylediler. Bazı hekimler de, Kevorkian'ın hastalarında koruyucu önlemleri almadığını, gerekli konsültasyonları yapmadığını, psikiyatrik değerlendirmenin bulunmadığını, bu ölüm olaylarında hastaların ölmeyi, terminal hastalıktan değil de, depresyon nedeniyle istediklerini söyledi.”

Bugün Amerikan Tıp Birliği ve Amerikan Psikiyatri Birliği, hala hekim yardımıyla intihara ve aktif ötanaziye, gerekçesiyle karşıt tutumlarını, yasal olmadıkları sürdürmektedirler. A.B.D.'de bugün 36 eyalette hekim eşliğinde intiharı yasaklayan yasa bulunmaktadır. Buna rağmen, A.B.D.'de tüm ölümlerin %1'inde (1000 ölüm), hastalara istekleri ve onayları olmadan ötanazi uygulandığı saptanmıştır.

Hekim yardımıyla intihar için gerekli kriterler:

Hekim yardımıyla intihar olağandışı bir olay olduğu için, hastanın sorumlu hekimi şu koşulların mutlaka yerine getirilmiş olduğundan emin olmalıdır:

1. Hasta, amansız acı çektiren, tedavisi olanaksız bir hastalığa tutkun olmalı, içinde bulunduğu durumu, hastalığın seyrini ve seçeneklerini bilmelidir.
2. Hekim hastanın acısını ve ölme isteğini, huzursuzluk veren tedaviden kurtulma nedeni olarak görmemelidir. İntihara karar vermeden önce, her türlü tedavi yönteminin denenmiş olması gereklidir.
3. Hasta kendi yaşamı konusunda karar vermekte açık ve ısrarlı olmalıdır. Hekimin, hastanın acı içinde yaşamını sürdürmeyi ve ölümü niçin tercih ettiğini anlaması gereklidir. Hekimin hastanın bu tür isteğini kabul etmeye hevesli görünümü, intihara teşvik anlamına gelebilir, bu nedenle hastayı intihara yardımcı olma isteğinde zorlamamak gerekir.
4. Hekim, hastada yargı bozukluğu bulunmadığından emin olmalıdır. Depresyon varlığı ölümü değil, tedaviyi gerektirir.
5. Hekim yardımıyla intihar, anlamlı bir hasta-

hekim ilişkisi kavramı içinde ele alınmalıdır. İdeali de, hekimin hastasının önceki hastalıklarını, acılarını bilmesidir. Hasta da, son andaki bir karar değişikliğinde, hekimin yürürlüğe koyacağı başka çözüm seçeneklerinin varlığından kuşku duymamalıdır.

6. Deneyimli başka bir hekimle, hastanın isteğinin gönüllü ve rasyonel olup olmadığı, tanı ve prognoz, rahatlatılması ile ilgili konularda konsültasyon yapılması gereklidir.

Son olarak, yukarıda sayılan her bir madde ayrı ayrı belgelendikten edildikten sonra, hastasorumlu hekimi - konsültan hekim bir onay belgesi düzenleyip imzalarlar. Hekim yardımıyla gerçekleştirilen intiharlar ne sigorta politikalarını geçersiz kılar, ne de bir tıbbi soruşturmaya veya istenmeyen otopsiye yol açar. Ayrıca sorumlu hekim, konsültan hekim ve aile, bütün koşulların yerine getirildiğinin inancı, huzuru ve doyumunu içinde ölüme tanıklık ettikleri için cinayet suçlamasına uğramayacakları güvencesini almış olmalıdırlar.

Türkiye'de yasalar ne ötanaziye, ne de hekim yardımıyla intihara izin vermektedir. Zaten intiharın bizzat kendisi suç oluşturmaktadır. Acil servisteki polislerin zamanlarının ağırlıklı bir bölümü “ilaç entoksikasyonu” ile acile getirilmiş hastaların ifadelerini almakla geçmektedir. Hekimler, terminal döneme girmiş hastaların ailelerinin istekleriyle, “daha fazla acı çekmemesi”, kanlı tıbbi girişimlerle vücudunun daha fazla örselenmemesi için, kendi yanlarında sevdiklerinin yanında huzur içinde ölmelerine, isteksiz de olsalar, rıza göstermektedirler. Bu davranış bilinçli yapılmaktan çok, ailenin son isteğine saygı duyulmasından kaynaklanmaktadır. Bu isteğe hekim olarak bizler oldukça uzun süredir alışmış bulunmaktayız. Ama adli bürokrasi buna resmen henüz hazır değildir.

Psikiyatri derneğinin hazırlamış olduğu “psikiyatri uzmanının uyması gereken etik ilkeler” yönetmeliğine ölme hakkı, ötanazi ve hekim yardımıyla intiharlarda psikiyatri uzmanının tutumunun ne olması gerektiğinin ile ilgili maddeleri koyma, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde dile getirilinceye kadar kimsenin aklına gelmedi. Sanırım şimdi konuşulup tartışılmasının artık zamanı gelmiştir. Bir gün böyle bir istekle karşılaşırsak, tutumumuzun ne olduğu

istekle karşılaşırız, tutumumuzun ne olduğu önceden belirlenmiş olmalıdır ki, panik yaşanmasın.

Teknolojideki ilerlemeler, yaşam, ölüm, ötanazi ve hekimin eşlik ettiği intihar konularında etik, ahlaksal, yasal ve tıbbi çatışmalar doğurmaktadır. Hasta haklarının sınırlarının genişlemesi, hastaların ölüm ve yaşam arasında tercihte bulunabilme yetisi, bazı ötanazi türlerinin modern tıpta yer bulmasına olanak sağlamıştır. Bu nedenle hem hekimlerin, hem de hastaların depresyon, ağrı ile başa çıkma, palyatif tedavi ve yaşam kalitesi konularında daha fazla bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Tıp fakülteleri ile asistan eğitim programlarında ölüye, ölüme, palyatif tedaviye hak ettikleri dikkat ve özen gösterilmelidir. Bu konular açıkça ve dürüstçe

tartışılabilir. Toplum, ekonomik sorunlar, yaşlılık ve ırkçılık sorunları nedeniyle, terminal dönemdeki kronik hastaların insanca bakımının sağlanacağını güveni içinde olmalıdır. Nihayet, uygun bakımı, barındırmayı ve sigortayı, ayırım yapmadan her hastaya uygulanacak biçimde ulusal bir sağlık politikası oluşturulmalıdır. Eğer bu öneriler gerçekleştirilebilirse, hekimin eşlik ettiği ölüm vakaları geçerliliğini yitirecektir.

Daha açık bir ifade ile; umutsuz hastaların kendilerini öldürebilmeleri için daha sofistike cihazlar icat etme yerine, depresyon ve ağrıyı tedavi eden daha etkin yöntemler bulmaya yönelinse, bugün bu tartışmaları yapmaz olacaktık.

KAYNAKLAR

1. Quill TE, Cassel CK, Meier DE: Care of the hopelessly ill: proposed clinical criteria for physician assisted-suicide. *N Eng J Med* 1992; 327(19):1380.
2. Misbin RI: Physicians aid in dying. *N Eng J Med* 1991; 325(18):1307.
3. Hendin H, Klernan G: Physician-assisted suicide: the dangers of legalisation. *Am J Psychiatry* 1993; 150(1):143.
4. Werth Jr JL: Rational Suicide? Implications for Mental Health Professionals. Washington D.C., Taylor & Francis Publishers, 1996.
5. Kübler-Ross E: Ölüm ve Ölmek Üzerine. B Büyükkal (Çev.), İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
6. Zisook S, Down N: Death, dying and bereavement. BJ Sadock, VA Sadock (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 7. baskı, 2000.
7. de Wachter MM: Active euthanasia in the Netherlands. *JAMA* 1989; 262:3316.
8. Conwell Y, Caine ED: Rational suicide and the right to die: reality and myth. *N Eng J Med* 1991; 325:1100.

ANADOLU PSİKİYATRİ DERGİSİ

Mart - Haziran - Eylül - Aralık aylarında yayımlanır.

2002 yılı abonelik bedeli ulaşım dahil yirmi milyon TL.dir.

POSTA ÇEKİ HESABI NO. 1440053

Yazı Gönderme Adresi

Prof.Dr. Orhan DOĞAN
C.Ü.T.F. Psikiyatri ABD 58140 SİVAS
e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr