

Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Hekimlerin Ötanazi Konusunda Bilgi Tutum Davranışları İle İlgili Bir Çalışma¹

KNOWLEDGE ATTITUDE AND BEHAVIOURS OF DOCTORS ON EUTHANASIA IN THE ABIDINPASA PRIMARY HEALTH CARE AREA

Deniz ÇALIŞKAN*, Oya ÖZDEMİR**, Recep AKDUR***

* Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

** Uz.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

*** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, ANKARA

Özet

Amaç: Bu çalışmada ötanazi uygulamaları (Pasif Ötanazi, Gönüllü Aktif Ötanazi, Hekim Yardımlı İntihar-) konusunda sağlık ocağında hizmet sunan hekimlerin bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yer alan 20 sağlık ocağında görev yapan 83 hekime bir anket formu uygulanmıştır. Çalışmada pasif ötanazi, gönüllü aktif ötanazi ve hekim yardımcı intiharın tanımlamaları yapıp hekimlerin bu uygulamaları onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları, bu 3 ötanazi uygulamasının her biri için "etik olarak yanlıştır", "legal olmamalıdır", "uygulamaya hazırım" şeklindeki ifadeleri "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "kararsızım" şeklinde yorumlamaları istenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin %45,8'i erkek, %54,2'si kadın iken yaş ortalaması 33.34±0,60, ortalama çalışma süreleri 8.89±0,56 , ortalama Ankara'da çalışma süreleri 4.93±0,50'dir. %20,5'i pasif ötanazi'yi onayladıklarını belirtirken bu oran hekim yardımcı intiharda %7,2'ye, gönüllü aktif ötanazide %6,0'a düşmektedir. "Etik olarak yanlıştır" sorusuna pasif ötanazide katılıyorum diyenlerin oranı %49,4 iken bu oran hekim yardımcı intiharda %73,4'e, gönüllü aktif ötanazide %78,3, "legal olmamalıdır" sorusuna pasif ötanazide %54,2 iken hekim yardımcı intiharda ve gönüllü aktif ötanazide %67,5, "uygulamaya hazırım" sorusuna ise pasif ötanazide ve hekim yardımcı intiharda %9,6'u gönüllü aktif ötanazide %8,4'ü katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %25,3'ü ötanazi ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli bulurken, bilgi kaynakları arasında medya %27,7 ile ilk sırada yer almaktadır.

Sonuç: Araştırmaya katılan sağlık ocağında hizmet sunan hekimlerin ancak dördte biri ötanazi konusunda kendi bilgi düzeylerini yeterli bulmaktadır. Ötanazi uygulamaları içerisinde ise pasif ötanazi, diğer iki uygulamaya göre daha yüksek oranda kabul görmekte ve onaylanmaktadır. Ötanazi istemi ile karşılaşma oranları düşük olabileceği düşüncesi ile ötanazi konusunda öncelikli grup olarak ele alınmayan sağlık ocağı hekimleri topluma dayalı hizmet sunmaları ve sağlık eğitimi gibi önemli bir koruyucu sağlık hizmetini sunmaları nedeniyle öncelikle ele alınmalıdır. Bu doğrultuda ötanazi ile ilgili bilgi alınması gereken kaynağın ise medyadan çok mezuniyet öncesi ve sonrası bilimsel eğitim programları olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pasif Ötanazi, Gönüllü Aktif Ötanazi, Hekim Yardımlı İntihar, Sağlık Ocağı, Hekimler

T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2003, 11:91-101

Summary

Objective: This study is to determine the knowledge, attitude and behaviors of doctors providing health services in primary health care centers towards euthanasia practices (passive euthanasia, voluntary active euthanasia, physician assisted euthanasia).

Method: 83 doctors working in the Abidinpaşa Primary Health Care Area have participated in the study. The questionnaire has identified passive, voluntary active and physician assisted euthanasia and asked the doctors if they agreed, disagreed and undecided. Then they were given three options: "morally wrong", "should not be legal" and "I would be willing to participate", for the three types of euthanasia and asked if they agreed, disagreed or undecided on these options.

Results: 45.8% of the participant doctors were males and 54.2% females. The average age was 33±1 and average time worked was 9±1 years and average time they spent in Ankara was 5±1 years. While 20.5% of doctors supported passive euthanasia, the percentage dropped to 7.2% and 6.0% for the physician assisted euthanasia and voluntary active euthanasia. 49.4% of doctors find passive euthanasia morally wrong while the ratio increased to 73.4 and 78.3% for physician assisted and voluntary euthanasia. Only 54.2 % of doctors think that the passive euthanasia shouldn't be legal while physician assisted and voluntary active euthanasia attracted more opposition (62.5 and 67.5%, respectively). Only 9.6% of doctors are willing to participate in passive and physician assisted euthanasia and 8.4% to voluntary active euthanasia. 25.3% of doctors believe they are well informed about euthanasia and media (27.7%) is the main source of information for doctors.

Conclusion: Passive euthanasia is found to be more acceptable than physician assisted and voluntary active euthanasia. Less than 10% of doctors would be willing participants in any type of euthanasia. Doctors working in the Abidinpaşa Primary Health Care Area believe they are unlikely to meet euthanasia cases and only quarter of the doctors believe that they are well informed about euthanasia. Generally, doctors working in primary health care are not taken as priority group to be educated in euthanasia. However, as a main health care provider for the society especially in health education and protective health services, these doctors should be given the priority in euthanasia education. The main source of education should be under and post graduate education rather than the media.

Key Words: Euthanasia, Passive Euthanasia, Voluntary Euthanasia, Physician Assisted Euthanasia, Primary Health Care Center, Physician

T Klin J Med Ethics, Law and History 2003, 11:91-101

Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarında; sosyal, ekonomik, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak pek çok değişiklik söz konusu olmuştur. Penisilin ve diğer antibiyotiklerin keşfi ile mistik ve polifarmasi dönemleri geride bırakılarak hastalık etkenlerine yönelik tedavi dönemi başlamıştır. Bu durum, 19. yüzyılın başlarında en önemli morbidite ve mortalite nedeni olan bulaşıcı hastalıklarla savaşta önemli kazanımların elde edilmesine yol açmıştır. Bütüncül Çağdaş Sağlık Hizmeti kavramı ile koruyucu tedavi edici ve esenlendirici hizmetler bütünü ile pek çok sağlık sorununun üstesinden gelinmiştir (1). Bu gelişimlere paralel olarak doğu'da beklenen yaşam süresinin genel olarak tüm toplumalarda arttığı gözlenmiştir (2,3,4). Bu da daha çok ileri yaş grubunda görülen bulaşıcı olmayan hastalıkların, özellikle de kronik hastalıklarının (maligniteler, kardiyovasküler sistem hastalıkları, diyabet vb.) morbidite ve mortalitesinin artırmasına neden olmuştur. "Soğan Kabuğu Teorisi"ne göre gelişimsel olarak araştırmacılar bir sağlık sorununu çözümledikten sonra yeni bir sağlık sorunu ile karşılaşmaktadırlar. Kronik hastalıklar grubu için de bu teorinin geçerli olduğu söylenebilir. Varolan-gelişmiş tedavi edici-esenlendirici hizmetlerin bu hastalık grubunda başarısının sınırlı olması, ölümcül-geri döndürülemez pek çok yeni hastalık ve komplikasyonların ortaya çıkması ve yaşam desteği hizmetlerindeki gelişmeler nedeni ile Tıp Profesyonelleri tarafından Ötanazi kavramı tartışılmaya başlanmıştır.

Tanım

Ötanazi, Grekçe Eu (iyi-güzel) ve thanosis (ölüm) sözcüklerinden oluşmuş olup; ağır derecede hasta kişilerin hayatlarının sonlandırılması, bir diğer deyişle, tıp biliminin o sırada ulaşmış bulunduğu gelişme düzeyinde, acılarını dindiremediği, çaresini bulamadığı ve nitelikli bir yaşam da sağlayamadığı ölüme mahkum hastaların acılarını dindirmek için istek üzerine ölmesine izin verme, yardım etme ya da yaşatılması için çaba harcamama anlamına gelmektedir (5,6,7). Genel olarak Tıp dilinde Ötanazi kavramı Türkçeleştirilmeden kullanılabildiği gibi bazı yazarlar tarafından "Ötanazi=Yapay Ölüm" olarak da isimlendirilmek-

tedir. Bu makale çerçevesinde ötanazi kelimesinin geçtiği her cümlede ötanazi yerine "Yapay Ölüm" konularak makalenin tekrar gözden geçirilmesinin anlamı değiştireceği düşünülmektedir.

Tarihsel Gelişim

Antik çağ döneminde, M.Ö. 5./4. yy.da Hippokrat Yemini ile aktif ötanazi yasaklanırken, Stoacı gelenekte; insanın bilinci fiziksel veya ruhsal açıdan ötürü tehlikeye girdiği ya da ortadan kalktığı durumlarda hem aktif ötanazi hem de özkıyım, hekim için serbest bırakılmıştı. Ortaçağda, hekim ve hasta, hastalık ve tedavi Hıristiyan perspektifi ile ele alınmış olup, acıdan aktif şekilde kurtarmak, kurtulmak hem hekim hem de acı çeken için yasaklanarak Hippokrat yemini korunmuştu. Müslüman ekolünde de, hastadan hastalığı ile işbirliği yapmaması, aksine karşı koymasını istenmekte idi. Yeniçağda ilk olarak ötanaziden söz eden Bacon (1623) ile birlikte Morus, hastanın aktif ötanazi istemediği durumlarda gönüllülük ve hasta bakımına devam ilkesini savunmuşlardır. 19. yy başlarında Hufeland "hekim yaşam korumalıdır, korunan yaşamın mutlu ya da mutsuz, değerli ya da değersiz olması kendisini ilgilendirmez diyerek hekimi aktif ötanaziye karşı uyarmıştır. 20. yy.da ötanazinin yasallaşması gündeme gelmiş, Uruguay, Kolombiya, ABD (pasif ötanazi) ve Hollanda'da yasallaşmıştır. Dünya Ötanazi Birliği, bir çok ülkede dernekler ve yayın organları kurulmuştur (8).

British Medikal Association (BMA) 1980'deki deklarasyonu ile aktif ötanaziye karşı olduğunu belirtmiştir. Royal Dutch Medical Association (RDMA) merkez komitesi 1984'de ötanazi isteğinin geçerli sayılabileceği kriterlerini belirlemiştir. World Medikal Association (WMA) 1987'de ötanaziye karşı olduğunu, 1991'de Canadian Medical Association (CMA) toplumu yönlendirmeme koşulu ile ötanazi konusunda uzmanların ve medikal profesyonellerin tartışılabileceğini bildirdi. Alberta Medical Association (AMA)'nın Etik Komitesi de bu görüşü desteklemiştir. American Medical Association (AMA) 1991 yılında BMA'ya benzer bir yaklaşıma girmiştir(4).

Son olarak İskandinav Ülkelerinde Ötanazi uygulamalarının yasallaştırılması ile tartışmaların

boyutu, kavramın tartışılmasından çok uygulamanın kimin–nerede ve nasıl bu uygulamayı yapacağına yönelmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak ülkemizde son Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununda bazı hukuksal düzenlemelere gidilmek üzere tasarı hazırlanmıştır. Bu tasarıya göre; ağır hastalığı ve ağır acıları olanların öldürülmeleri durumlarında, kasten adam öldürme cezası yerine ceza indirimi yapılması ön görülmektedir.

Terminoloji

Ötanazi hekim uygulamasına göre, aktif ve pasif ötanazi olarak sınıflandırılırken, hastanın istemine göre ise gönüllü, gönüllü olmayan ve gönülsüz ötanazi olarak da sınıflandırılabilir. Ötanaziden tamamen farklı olan bir kavram olarak hekim yardımcı intihar istemi de ötanazi kavramı içerisinde algılanmakta-tartışılmaktadır(9,10).

Bununla birlikte ötanazi ile ilgili olarak kabul edilen kavram ve tanımlamaların kesin bir ayırım çizgisine sahip olduğu söylenememektedir. Örneğin aktif ötanazi denildiğinde bundan tam olarak ne anlaşıldığı, hangi koşulları içermesi gerektiği, ne tür müdahalelere özgü düşünüldüğü gibi açıklama ve netlik isteyen konular geniş ve yoruma açıktır (11).

Ötanazi konusunda yapılan bilimsel çalışmalar değerlendirildiğinde bunların ağırlıklı olarak Yurt dışı kaynaklı olduğu, ülkemizde ise bu konudaki çalışmaların sınırlı gruplarda ve az sayıda olduğu görülmektedir. (2,5).

Genel olarak Ötanazi uygulaması ile karşılaşan gruplar üzerine, özellikle de kronik hastalık grubu ile ilgilenen sağlık profesyonelleri üzerine çalışmaların yoğunlaştığı görülmektedir. Yine ülkemiz sağlık örgütlenmesi içerisinde sağlık sorunlarında ilk başvuru yeri olan sağlık ocaklarında görev yapan hekimlere yönelik çalışmaların az sayıda olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu noktada çalışmamızda, dünyada yaygın olarak tartışılan ötanazi kavramı ve uygulamaları konusunda sağlık ocağı hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Ankara ili Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yer alan 20 sağlık ocağında görev yapan 109 hekime 24 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü sırada izinli, raporlu olma vb. nedenlerle 26 hekime ulaşılamamıştır. Çalışmaya katılım oranı %76'dır.

Çalışmada pasif ötanazi, gönüllü aktif ötanazi ve hekim yardımcı intiharın tanımlamaları yapıp hekimlerin bu uygulamaları onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları sorulmuştur. Ayrıca bu 3 ötanazi uygulamasının her biri için "etik olarak yanlıştır", "legal olmamalıdır", "uygulamaya hazırım" şeklindeki ifadeleri "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "kararsızım" şeklinde yorumlamaları istenmiştir.

Pasif ötanazi, yaşamı destekleyen ve uzatan tedavinin verilmemesi veya geri çekilmesi uygulamasıdır. Hekim yardımcı intihar, hastanın kendini öldürmesi için gereken talimatın, kasten sağlanması (ör. öldürücü dozda ilaç reçetesi yazılması). Gönüllü aktif ötanazi, hastanın ölümü için kendi başına aktif adım atmak (ör. öldürücü yüksek doz uygulanması)

Hekimlerin isim ve çalışılan sağlık ocağı belirtilmeksizin doldurulması istenen anket formunda bağımsız değişken olarak ötanazi ile ilgili bilgi tutum ve davranışı etkileyeceği düşünülen (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, mezun olunan tıp fakültesi, mezuniyet yılı, çalışma süresi, Ankara'da çalışma süresi, kendisinde ve yakınlarında tedavisi mümkün olmayan kronik ölümcül bir hastalığı olma durumu, ötanazi konusunda kendi ifadeleri ile bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, bilgi kaynakları, kendileri için gerekirse ötanazi isteminde bulunup-bulunmayacakları, bu güne kadar ötanazi ile ilgili kendilerine yapılan bir başvuru olup-olmadığı, var ise tutum ve davranışları gibi) sorulara yer verilmiştir.

Bağımlı bağımsız değişkenler arasındaki ilişki SPSS paket programında ki-kare, Fisher Exact Ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 83 hekimin %45,8'i erkek, %54,2'si kadınlardan oluşmaktadır. Yaş ortalaması $33.34 \pm 0,60$ iken ortalama çalışma süreleri $8.89 \pm 0,56$, ortalama Ankara'da çalışma süreleri $4.93 \pm 0,50$ 'dir. Mezun oldukları üniversitelere göre dağılımlarına bakıldığında, ilk sırayı 23 (%27.7) hekimle Ankara Ü.T.F.'den mezun olanlar almakta olup, bunu 7'şer (%8.4) hekim ile Gazi Ü.T.F. ve Uludağ Ü.T.F.'nin izlediği görülmüştür.

Hekimlerin 21'i (%25.3) ötanazi ile ilgili bilgi düzeylerini yeterli, 30'u (%36.1) yetersiz, 32'si (%38.6) de kısmen yeterli olarak değerlendirmektedir.

Bilgi kaynakları arasında medya %27.7 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu %24.1 ile tıp fakültesi dersleri ve %9.6 ile mezuniyet sonrası eğitimler izlemektedir.

Çalışmada, tanımları verilerek, hekimlerin pasif ötanazi, hekim yardımcı intihar ve gönüllü aktif ötanazi uygulamasını onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları ve etkili faktörlerin dağılımı elde edilmiş ve Tablo 1., 2. ve 3.'de gösterilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hekimlerin %20.5'i pasif ötanaziyi, %7.2'si hekim yardımcı intiharı ve %6'sı gönüllü aktif ötanaziyi onayladıklarını belirtmektedirler.

Çalışmada tanımları verilerek bu üç tip ötanazi uygulamasını onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları ile etkili faktörler değerlendirildiğinde pasif ötanazi ve gönüllü aktif ötanazi uygulamaları için mezuniyet yılının (1990 ve daha sonra mezun olanlar daha yüksek oranda onaylamaktadırlar), gönüllü aktif ötanazi uygulaması için medeni durumun (bekar olanlar daha yüksek oranda onaylamaktadırlar) istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattığı tespit edilmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamakla birlikte, 30-34 yaş grubunda, erkeklerde, çocuk sahibi olmayanlarda, çalışma süreleri 10 yıl ve daha az olanlarda, kendisinde kronik hastalığı olanlarda, bilgi düzeyini yeterli bulanlarda ve kendisi için gerekirse ötanazi isteyenlerde pasif ötanazi, hekim yardımcı intihar ve gönüllü aktif ötanazi uygulamalarını onaylama oranı diğer gruplara göre yüksek

bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekimlere, daha önce tanımlamaları yapılmış olan pasif ötanazi, hekim yardımcı intihar ve gönüllü aktif ötanazi kavramlarını etik olarak doğru bulup bulmadıkları, bu uygulamaların yasallaşması konusundaki tutumları ve ötanazinin bu özel tiplerini uygulayıp uygulayamayacakları; bir ucu "kesinlikle katılıyorum" ve diğer ucu "kesinlikle katılmıyorum" olan 5 durumlu Likert skalası "kesinlikle katılıyorum / katılıyorum", "nötral / kararsızım" ve "kesinlikle katılıyorum / katılmıyorum" şeklinde 3 gruba ayrılarak değerlendirildi. Verilen tanımlamalara göre hekimlerin pasif ötanazi, hekim yardımcı intihar ve gönüllü aktif ötanazi konusundaki tutumları Tablo 4.'de görülmektedir.

Çalışmaya katılan 41 (%49.4) hekimin pasif ötanaziyi etik olarak yanlış bulduğu, 45 (%54.2) hekimin pasif ötanazinin yasallaşmaması gerektiğini düşündüğü ve 8 (%9.6) hekimin pasif ötanaziyi uygulamaya hazır olduğu görülmüştür. 19 (%22.9) hekim ise pasif ötanazi uygulamasını yapabilme konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir.

61 (%73.4) hekimin hekim yardımcı intiharı ve 65 (%78.3) hekimin gönüllü aktif ötanaziyi etik olarak yanlış bulduğu, 56 (%67.5) hekimin her ikisinin de yasallaşmaması gerektiğini düşündüğü, 8 (%9.6) hekimin hekim yardımcı intiharı ve 7 (%8.4) hekimin gönüllü aktif ötanaziyi uygulamaya hazır olduğu görülmüştür.

Hekimlerin 21'i (%25.3) yakınlarında, 7'si (%8.4) de kendisinde ölümcül bir hastalık bulunduğunu belirtmişlerdir.

Beş (%6) hekim daha önce ötanazi talebi ile karşılaşmış olup, talepte bulunan bu hastaların yaş ortalamasının 47.4 ± 27.2 'dir. Tanıları ise, meme kanseri, kolon kanseri, farinks kanseri, metastaz gelişmiş akciğer kanseri ve kronik böbrek yetmezliği olarak belirtilmiştir. Hekimlerin tümü bu talebi yok saydıklarını ve herhangi bir uygulama yapmadıklarını belirtmişlerdir.

"Hastaları yaşamlarından vazgeçiren nedenlerin neler olabileceği" sorusuna hekimlerin verdikleri yanıtlara bakıldığında; 45 (%54.2) hekim "dayanılmaz ağrılarının olması" görüşü ile ilk sırayı

Tablo1. Çalışmaya katılan hekimlerin pasif ötanazi uygulamasını onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları ve etkili faktörlerin dağılımı

Değişken	Onaylıyorum %	Onaylamıyorum %	Pasif Ötanazi Kararsızım		Toplam*		X ² ** p
			%	n	%	n	
Yaş Grupları							
≤29	21.1	52.6	26.3	19	22.9	X ² =4.15	
30-34	24.2	42.4	33.3	33	39.8	p>0.05	
≥35	16.1	67.7	16.1	31	37.3		
Cinsiyet							
-Erkek	23.7	55.3	21.1	38	45.8	X ² =0.03	
-Kadın	17.8	53.3	28.9	45	54.2	p>0.05	
Medeni Durum							
-Evli	17.2	53.4	29.3	58	69.9	X ² =0.04	
-Bekar	28.0	56.0	16.0	25	30.1	>0.05	
Çocuk Sahibi Olma Durumu							
-Var	7.3	61.0	31.7	41	49.4	X ² =1.49	
-Yok	33.3	47.6	19.8	42	50.6	p>0.05	
Mezuniyet Yılı							
≤89	0.0	82.4	17.6	17	20.5	X ² =6.99	
-90-94	31.6	44.7	23.7	38	45.8	p<0.05	
≥95	17.9	50.0	32.1	28	33.7		
Ankara'da Çalışma Süresi							
-0-4 yıl	22.6	50.9	26.4	53	63.9	X ² =5.02	
-5-9 yıl	22.2	44.4	33.3	18	21.7	p>0.05	
-10 yıl ve üzeri	8.3	83.3	8.3	12	14.5		
Kendisinde Kr. Hast. Olma Durumu							
-Var	28.6	57.1	14.3	7	8.4	X ² =0.02	
-Yok	19.7	53.9	26.3	76	91.6	p>0.05	
Akrabalarında Kr. Hast. Olma Durumu							
-Var	23.8	47.6	28.6	21	25.3	X ² =0.49	
-Yok	19.4	56.5	24.4	62	74.4	p>0.05	
Ötanazi Bilgi Düzeyi (Kendi değerlendirmesi ile)							
-Yeterli	33.3	47.6	19.0	21	25.3	X ² =1.60	
-Yetersiz	16.7	63.3	20.0	30	36.1	p>0.05	
-Kısmen	15.6	50.0	34.4	32	38.6		
Kendiniz için gerekirse Ötanazi İstermisiniz							
-Evet	45.5	27.3	27.3	11	13.3	X ² =15.55	
-Hayır	10.3	76.9	12.8	39	47.0	p<0.001	
-Kararsız	24.2	36.4	39.4	33	39.8		
TOPLAM	20.5	54.2	25.3	83	100.0		

* Toplam Kolon. diğer %'ler Satır yüzdesidir.

**Sayı nedeniyle Onaylıyorum ve Kararsız olanlar birleştirilerek ki-kare alınmış. 2x2 düzeneğinde gerekli olgularda Fisher Exact ki-kare testi yapılmıştır.

alırken, bunu 32 (%38.6) hekim “hastalıktan kurtulma umudunun olmaması” ve 23 (%27.7) hekim “başkalarına yük olma, kendi ihtiyaçlarını gidere-meme” izlemektedir. Diğer nedenlerin de “verilen tedavi ile yaşam kalitesinin yükseltilemeyeceği”, “sosyal ve ekonomik hayatın tükenmişliği”, “tedavi giderleri için maddi olanakların yetersizliği”, “geleceğin belirsizliği”, “son dönem hastalık” ve “mevcut sağlık hizmetlerinin yetersizliği” olarak belirtilmiştir.

Hekimlerin ötanazi talebi ile karşılaşmaları durumunda nasıl bir yol izleyecekleri sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Tablo 5’de görülmektedir.

Hekimlerin %13.3’ü kendileri için gerekli durumda ötanazi talebinde bulunacaklarını belirtmiştir.

Tartışma

Çalışmamıza katılan sağlık ocağı hekimlerinin ancak dörtte biri ötanazi konusunda kendi

Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin Hekim Yardımlı İntihar uygulamasını onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları ve etkili faktörlerin dağılımı

Değişken	Hekim Yardımlı İntihar			Toplam*		X ² ** p
	Onaylıyorum %	Onaylamıyorum %	Kararsızım %	n	%	
Yaş Grupları						
≤29	5.3	78.9	15.8	19	22.9	X ² =0.31
30-34	9.1	78.8	12.1	33	39.8	p>0.05
≥35	6.5	83.9	9.7	31	37.3	
Cinsiyet						
-Erkek	10.5	81.6	7.9	38	45.8	X ² =0.03
-Kadın	4.4	80.0	15.6	45	54.2	p>0.05
Medeni Durum						
-Evli	3.4	84.5	12.1	58	69.9	X ² =1.74
-Bekar	16.0	72.0	12.0	25	30.1	p>0.05
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
-Var	4.9	82.9	12.2	41	49.4	X ² =0.25
-Yok	9.5	78.6	11.9	42	50.6	p>0.05
Mezuniyet Yılı						
≤89	5.9	88.2	5.9	17	20.5	X ² =1.12
-90-94	7.9	76.3	15.8	38	45.8	p>0.05
≥95	7.1	82.1	10.7	28	33.7	
Ankara'da Çalışma Süresi						
-0-4 yıl	5.7	81.1	13.2	53	63.9	X ² =0.92
-5-9 yıl	5.6	77.8	16.7	18	21.7	p>0.05
-10 yıl ve üzeri	16.7	83.3	0.0	12	14.5	
Kendisinde Kr. Hast. Olma Durumu						
-Var	14.3	57.1	28.6	7	8.4	X ² =2.73
-Yok	6.6	82.9	10.5	76	91.6	p>0.05
Akrabalarında Kr. Hast. Olma Durumu						
-Var	14.3	71.4	14.3	21	25.3	X ² =1.56
-Yok	4.8	83.9	11.3	62	74.4	p>0.05
Ötanazi Bilgi Düzeyi (Kendi değerlendirmesi ile)						
-Yeterli	14.3	66.7	19.0	21	25.3	X ² =3.74
-Yetersiz	3.3	83.3	13.3	30	36.1	p>0.05
-Kısmen	6.3	87.5	6.3	32	38.6	
Kendiniz için gerekirse Ötanazi İsternisiniz						
-Evet	36.4	54.5	9.1	11	13.3	X ² =11.21
-Hayır	2.6	94.9	2.6	39	47.0	p<0.001
-Kararsız	3.0	72.7	24.3	33	39.8	
TOPLAM	7.2	80.7	12.0	83	100.0	

* Toplam Kolon. diğer %'ler Satır yüzdesidir.

**Sayı nedeniyle Onaylıyorum ve Kararsız olanlar birleştirilerek ki-kare alınmış. 2x2 düzeneğinde gerekli olgularda Fisher Exact ki-kare testi yapılmıştır.

bilgi düzeylerini yeterli olarak değerlendirmektedir. Bu oran, yine sağlık ocağı hekimlerinde yapılan bir başka araştırmada %60.2 (12); çeşitli konumlardaki tıp mensuplarında uygulanan bir çalışmada %64 (6) ve bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerde %25 (13) bulunmuştur. Çalışmamızda hekimlerin bilgi kaynakları arasında medya %27.7 ile ilk sırada yer alırken, bunu %24.1 ile tıp fakültesi dersleri ve %9.6 ile mezuniyet sonrası eğitimler izlemektedir. Bir başka çalışmada; bir üniversite hastanesinde

görev yapan hekimlerin %54.7'si bilgilerini öğretimleri sırasındaki tartışmalardan, %46'sı ise medyadan edindiğini belirtmiştir (13). Görülmektedir ki ülkemizde tüm tedavi edici hizmet sunum basamaklarında görev alan sağlık personelinin bilgi düzeyleri yeterli olmayıp, bilgi aldıklarını belirttikleri kaynakları da mezuniyet öncesi ve sonrası aldıkları eğitim yerine medyanın önemli bir yer tutuyor olması, sağlık eğitimlerimizde gözden geçirme gerekliliğini düşündürmektedir.

Tablo 3. Çalışmaya katılan hekimlerin Gönüllü Aktif Ötanazi uygulamasını onaylayıp-onaylamama-kararsız olma durumları ve etkili faktörlerin dağılımı

Değişken	Gönüllü Aktif Ötanazi			Toplam*	X ² **
	Onaylıyorum %	Onaylamıyorum %	Kararsızım %		
Yaş Grupları				n	p
≤29	0.0	94.7	5.3	19	X ² =5.76
30-34	12.1	75.8	12.1	33	p>0.05
≥35	3.2	93.5	3.2	31	
Cinsiyet					
-Erkek	10.5	81.6	7.9	38	X ² =1.62
-Kadın	2.0	91.1	6.7	45	p>0.05
Medeni Durum					
-Evli	1.7	93.1	5.2	58	X ² =6.70
-Bekar	16.0	72.0	12.0	25	p<0.05
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
-Var	2.4	90.2	7.3	41	X ² =0.86
-Yok	9.5	83.3	7.1	42	p>0.05
Mezuniyet Yılı					
≤89	0.0	100.0	0.0	17	X ² =7.10
-90-94	10.5	76.3	13.2	38	P<0.05
≥95	3.6	92.9	3.6	28	
Ankara'da Çalışma Süresi					
-0-4 yıl	3.8	90.6	5.7	53	X ² =4.22
-5-9 yıl	11.1	72.2	16.7	18	p>0.05
-10 yıl ve üzeri	8.3	91.7	0.0	12	
Kendisinde Kr. Hast. Olma Durumu					
-Var	0.0	71.4	28.6	7	X ² =1.56
-Yok	6.6	88.2	5.3	76	p>0.05
Akrabalarında Kr. Hast. Olma Durumu					
-Var	4.8	90.5	4.8	21	X ² =0.34
-Yok	6.5	85.5	8.1	62	p>0.05
Ötanazi Bilgi Düzeyi (Kendi değerlendirmesi ile)					
-Yeterli	14.3	71.4	14.3	21	X ² =5.83
-Yetersiz	3.3	93.3	3.3	30	p>0.05
-Kısmen	3.1	90.6	6.3	32	
Kendiniz için gerekirse Ötanazi İstermisiniz					
-Evet	27.3	72.7	0.0	11	X ² =4.81
-Hayır	2.6	94.9	2.6	39	p>0.05
-Kararsız	3.0	81.8	15.2	33	
TOPLAM	6.0	86.7	7.2	83	100.0

*Toplam Kolon. diğer %'ler Satır yüzdesidir.

**Sayı nedeniyle Onaylıyorum ve Kararsız olanlar birleştirilerek ki-kare alınmış. 2x2 düzeneğinde gerekli olgularda Fisher Exact ki-kare testi yapılmıştır.

Verilen tanımlamalara göre çalışmaya katılan hekimlerin %20.5'i pasif ötanaziyi, %7.2'si hekim yardımcı intihar ve %6'sı gönüllü aktif ötanaziyi onayladıklarını belirtmektedirler. Pasif ötanazinin kabul oranının beşte bir; hekim yardımcı intihar ve gönüllü aktif ötanazinin de %10'ların altında olması sağlık ocağı hekimlerinin ötanazinin bu üç türüne de sıcak bakmadıklarını göstermektedir. Ankara'da Devlet ve Üniversite hastanesi hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin %80.8'i pasif ötanaziyi onaylarken, %44.8'i yaşam kalite-

sinin artırılmayan hastayı canlı tutmanın ona acı çektirmek olduğu görüşünü benimsemektedir (2). Bir başka çalışmada da hekimlerin %48'i özürle doğan çocuklara aktif ötanazi uygulanmasını olumlu bulduğunu ve %72'si pasif ötanaziyi onayladığını belirtmiştir (14). Diğer çalışmalarda aktif ve/veya pasif ötanazi uygulamasını onaylayan hekim oranı %63.72 ve %68.7'dir(6,12). Devlet ve Üniversite hastanesi hekimlerinin görüşlerini yansıtan bu sonuçlarla pasif ötanazi ve gönüllü aktif ötanazinin, çalışmamıza katılan sağlık ocağı he-

Tablo 4. Verilen tanımlamalara göre çalışmaya katılan 83 hekimin PÖ. HYİ ve GAÖ ile ilgili tutumları

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	TOPLAM	
	%	%	%	n	%
Pasif ötanazi etik olarak yanlıştır	49.4	21.7	28.9	83	100.0
Hekim yardımcı intihar etik olarak yanlıştır	73.4	13.3	13.3	83	100.0
Gönüllü aktif ötanazi etik olarak yanlıştır	78.3	15.7	6.0	83	100.0
Pasif ötanazi legal olmamalıdır	54.2	19.3	26.5	83	100.0
Hekim yardımcı intihar legal olmamalıdır	67.5	20.5	12.0	83	100.0
Gönüllü aktif ötanazi legal olmamalıdır	67.5	18.0	14.5	83	100.0
Pasif ötanaziyi uygulamaya hazırım	9.6	67.5	22.9	83	100.0
Hekim yardımcı intiharı uygulamaya hazırım	9.6	79.5	10.9	83	100.0
Gönüllü aktif ötanaziyi uygulamaya hazırım	8.4	78.3	13.3	83	100.0
TOPLAM yanıtlar	46.4	37.1	16.5	747	100.0

kimlerine göre daha yüksek oranda kabul edildiği görülmektedir. Yurt dışında yapılmış olan çalışmalara bakıldığında, İngiltere ve ABD’de hekimlerin %70 ve %77’sinin pasif ötanaziyi onayladığı görülmektedir (5, 15).

Çalışmamızda hekimlerin pasif ötanaziyi etik olarak yanlış bulma, yasallaşmamasının gerektiğini düşünme ve uygulamaya hazır olma oranları sırası ile %49.4, %54.2 ve %9.6 olarak bulunmuştur. 19 (%22.9) hekim ise pasif ötanazi uygulamasını yapabilme konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Görülmektedir ki, hekimlerin yaklaşık olarak yarısı pasif ötanaziyi etik olarak doğru bularak yasallaşması gerektiğini düşünmekle birlikte bunu eyleme dönüştürmeye hazır olanların oranı oldukça azdır. ABD’de yapılan bir çalışmada pasif ötanaziyi etik olarak yanlış bulma, yasallaşmamasının gerektiğini düşünme ve uygulamaya hazır olma oranları sırası ile %42, %54 ve %33; Kuzey İrlanda’da yapılan bir çalışmada ise bu oranlar sırası ile %70, %67 ve %49 olarak bulunmuştur (16,17). Çalışmamızda pasif ötanazinin etik olarak doğruluğu ve yasallaşması konuları ile ilgili elde ettiğimiz sonuçlara, ABD çalışmasının sonuçları yakın olmakla beraber, Kuzey İrlandalı hekimlerin her üç konuda ve ABD’li hekimlerin pasif ötanaziyi uygulama konusunda, hekimlerimizden daha fazla oranda hazır oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda hekimlerin hekim yardımcı intiharı etik olarak yanlış bulma, yasallaşmamasının gerektiğini düşünme ve uygulamaya hazır olma

Tablo 5. Çalışmaya katılan 83 hekimin ötanazi talebi ile karşılaşmaları durumunda davranışları

	n	%
Böyle bir talebi yok sayarım	28	33.7
Hastayı dinler. fakat uyguladığım tedaviye devam ederim	18	21.7
Karar veremem / bilmiyorum	16	19.2
Bir başka hekimden tıbbi görüş alırım	10	12
Buna bir heyet karar vermelidir	3	3.6
Talebi onaylarım. fakat uygulayıcı ben olmak istemem	3	3.6
Hastaya psikiatrik yardım sağlarım	3	3.6
Hastayı manevi telkin ile vazgeçirmeye çalışırım	1	1.2

oranlarının sırası ile %73.4, %67.5 ve %9.6 olduğu görülmüştür. Yaklaşık yarısının pasif ötanaziyi etik olarak doğru bulan hekimlerin, hekim yardımcı intihar söz konusu olduğunda kabul oranının dörtte bire düştüğü görülmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada bu oranlar aynı sıra ile %50, %37 ve %40; Kuzey İrlanda’da yapılan bir çalışmada ise %73, %72’si ve %10 olarak saptanmıştır (16,17). Çalışmamızda hekim yardımcı intihar ile ilgili olarak üç parametrenin sonuçları Kuzey İrlanda’nın sonuçlarına çok yakın olmakla beraber, ABD’li hekimlerin her üç konuda da daha hoş görülü oldukları görülmektedir.

Hekimlerin, hekim yardımcı intiharı etik olarak yanlış bulma, yasallaşmamasının gerektiğini düşünme ve uygulamaya hazır olma oranlarının sırası ile %73.4, %67.5 ve %8.4 olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada hekim-

lerin %39.8'i ötanazide aktif rol oynayabileceklerini belirtmişlerdir (12). Görülmektedir ki hekimlerimiz kendilerinin aktif adımlar atmasını gerektiren gönüllü aktif ötanaziyi diğer ötanazi tiplerine kıyasla en az oranda benimsemektedirler. Kuzey İrlanda'da yapılan bir çalışmada bu oranlar sırası ile %77, %75 ve %12; Kanada'da yapılan bir çalışmada ise %66, %49 ve %28 olarak saptanmıştır (17,18). Güney Avusturalya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %45'i kesin belirlenmiş şartlarla gönüllü aktif ötanazinin yasallaşması gerektiğini, İngiltere'de yapılan bir çalışmada da hekimlerin %45'i yasaların uygun olması halinde gönüllü aktif ötanazi uygulayabileceklerini belirtmişlerdir (19,20). Çalışmamızın gönüllü aktif ötanazi ile ilgili olarak üç parametre de sonuçları Kuzey İrlanda'nın sonuçlarına oldukça yakın bulunmuş olup, her iki ülke hekimlerinin de gönüllü aktif ötanaziyi yüksek oranda benimsemedikleri saptanmıştır. Bunun yanında Kanada, Güney Avusturalya ve İngiltere'deki hekimlerinin yaklaşık yarısının gönüllü aktif ötanazinin yasallaşması gerektiğini belirttikleri ve uygulamaya daha hoş görülmesi gerektiğini belirttikleri görülmektedir.

Hekimlerin %25.3'ü yakınlarında, %8.4'ü de kendisinde ölümcül bir hastalık bulunduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da çalışmaya katılan hekimlerin %55.1'inde yakınlarında ölümcül bir hastalık olduğu, %62.7'nin bu tür hastalar ile sık karşılaştıkları saptanmıştır (2). Bu durum, Halk Sağlığı açısından ülkemizde kronik ve ölümcül hastalıklar ile ilgili olarak koruyucu hekimliğin önemini göstermektedir.

Beş (%6) hekim daha önce ötanazi talebi ile karşılaşmış olup, talepte bulunan bu hastaların yaş ortalamasının 47.4 ± 27.2 'dir. Tanıları ise, meme kanseri, kolon kanseri, farinks kanseri, metastaz gelişmiş akciğer kanseri ve kronik böbrek yetmezliği olarak belirtilmiştir. Hekimlerin tümü bu talebi yok saydıklarını ve herhangi bir uygulama yapmadıklarını belirtmişlerdir. Üniversite hastanesinde yapılan iki ayrı çalışmanın her ikisinde de hekimlerin aynı oranda (%24.6) ötanazi talebi ve hastalık tanısı (%50'si terminal dönem hastalıkları) ile karşılaşmış olduğu saptanmış olup, çalışma-

ların birinde hekimlerin sadece bir hastanın talebini yerine getirdikleri belirtilmiştir (13,21). Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu sağlık ocağı hekimlerinin ötanazi talebi ile karşılaşma oranı beklendiği gibi, tedavi edici hizmetlerin ön planda olduğu üçüncü basamak hastanelerine göre oldukça düşük oranda bulunmuştur. Hastalıklar yönünden ilk başvuru basamağı olan, komplike hastaların bir üst basamağa sevk edildiği dolayısı ile yaşamdan vazgeçmeyi tercih ettirecek hastalıklarla pek sık karşılaşmayan sağlık ocağı düzeyinde saptanmış olan bu %6'lık oran yine de önemli bir veri olup, burada görev yapan hekimlerin ötanazi konusunda bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu göz önüne alınarak mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitimlere önem verilmesinin şart olduğu görülmektedir.

Hastaları yaşamlarından vazgeçiren nedenler konusunda hekimlerin düşüncelerine bakıldığında, sıklık sırasına göre "dayanılmaz ağrıların olması", "hastalıktan kurtulma ümidinin olmaması", "başkalarına yük olma, kendi ihtiyaçlarını giderememe", "verilen tedavi ile yaşam kalitesinin yükseltilemeyeceği", "sosyal ve ekonomik hayatın tükenmişliği", "tedavi giderleri için maddi olanakların yetersizliği", "geleceğin belirsizliği", "son dönem hastalık" ve "mevcut sağlık hizmetlerinin yetersizliği" neden olarak belirtilmiştir. Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılmış olan çalışmaların tümünde, millet, ırk ve din farklı olsa da hastaların ölmeyi isteme nedenleri tama yakın oranda benzer bulunmuştur (13, 16, 17, 22-28).

Hekimlerin ötanazi talebi ile karşılaşmaları durumunda nasıl bir yol izleyecekleri sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında, hekimlerin %55.4'ü böyle bir isteği dinleyerek veya dinlemeyerek tedavilerine devam edeceklerini, %12'si bir başka hekimden görüş alacağını, %4.8'i kendisinin bizzat veya psikiyatri uzmanı yolu ile hastayı destekleyeceğini belirtirken, %3'ünün bu kararı bir heyetin vermesi gerektiğini, %3'ü böyle bir isteği kabul edebileceğini fakat uygulayıcı olmak istemediğini belirtmiştir. Hekimlerin %16'sı ise böyle bir durumda ne yapacaklarını bilemediklerini veya karar vermede zorlanacaklarını belirtmişlerdir. Bir üniversite hastanesi çalışmasında hekimlerin

%80.6'sı ötanazi taleplerini yerine getirebileceklerini belirtmişlerdir (13). Üçüncü basamak hekimlerinin sağlık ocağı hekimlerine göre, ötanazi uygulamalarına daha olumlu baktığı görülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada hekimlerin %30'u ötanazi talebini yerine getirebileceklerinin saptanmış olmasına rağmen ABD'li ve Hollanda'lı hekimlerin davranışlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ABD'li hekimlerin ötanazi uygulamasını daha az kabul edilebilir buldukları saptanmıştır (29,30). Güney Avustralya'daki bir çalışmada hekimlerin %68'i ötanazi kararı vermede ve uygulamada bir kılavuzun gerekliliği kabul edilmiştir (19). Kanada'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %84'ü hastanın ailesinin ötanazi talebini, %90'ı da hastanın kendisinin bu talebini haklı bulabileceğini belirtmiştir (31). ABD'de yapılan çalışmada hekimlerin %51'i pasif ötanazi, %16'sı gönüllü aktif ötanazi isteğini uygulayabileceğini belirtmiştir (15).

Hekimlerin %13.3'ü kendileri için gerekli durumda ötanazi talebinde bulunacaklarını belirtmektedir. Bu oran, bir diğer çalışmada %55.5, bir üniversite hastanesi çalışmasında da %33 olarak saptanmıştır (2, 21).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılan sağlık ocağı hekimlerinin ancak dörtte birinin ötanazi konusunda kendi bilgi düzeylerini yeterli bulduğu ve bilgi kaynağı olarak da birinci sırayı medyanın almış olduğu görülmektedir.

Ötanazi uygulamaları içerisinde ise pasif ötanazi, diğer iki uygulamaya göre daha yüksek oranda kabul görmekte ve onaylanmaktadır.

Ötanazi istemi ile karşılaşma oranları düşük olabileceği düşüncesi ile, ölüm ve ölüm süreci konularında, öncelikli grup olarak ele alınmayan sağlık ocağı hekimleri, topluma dayalı hizmet sunmaları ve sağlık eğitimi gibi önemli bir koruyucu sağlık hizmetini sunmaları nedeniyle öncelikle ele alınmalıdır. Bu doğrultuda ötanazi ile ilgili bilgi alınması gereken kaynağın ise medyadan çok mezuniyet öncesi ve sonrası bilimsel eğitim programları olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. Halk Sağlığı. 1.baskı, Ankara. A.Ü.T.F. Antip A.Ş. Yayınları 1998; 3-13.
2. Oğuz Y, Şenol S, Özgüven HD, Arıkazan M, Özen AR, Ünal Ş. Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötanazi İle İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması, 3P Dergisi 1996; 4 (Ek.3) 43-8.
3. Anderson JG, Caddel DP. Attitudes of Medical Professionals Toward Euthanasia, Soc Sci Med 1993; 37(1):105-14.
4. Williams JR, Lowy F, Sawyer DM. Canadian Physicians and Euthanasia: 1. An Approach To The Issues 1993; 148(8):1293-97.
5. Şenol S, Özgüven HD, Dağ İ, Oğuz Y. Hekimler İçin Ölüm Ve Ölümcül Hastaya İlişkin Tutum Ölçeği (ÖTÖ)'nin Faktör Yapısı ve İç Tutarlılığı, 3P Dergisi 1996; 4(3): 185-90.
6. Gündüz T, Öner S, Çınar T, Din H. Hekimler Ötanaziyi Savunuyorlar mı?, Adli Tıp Bülteni 1996; 1(2):82-8.
7. Akçil M, Bilgili N, Türkan SK, Yardım M, Yıldız AN. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Ötanazi Konusundaki Görüşleri, III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri, Ankara 1998; 149-56.
8. Dietrich V. Engelhardt, Tıbbın Güncelik Yaşamında Etik, Türkçesi: Arın Namal, 2000, Türk Tabipleri Birliği, Nobel Tıp Kitabevleri, 1-13.
9. Öz F. Ötanazi, T Klin Tıbbi Etik 1998; 6:40-7.
10. Oral U. Ötanazi, T Klin Tıbbi Etik 1995; 1:8-11.
11. Aydın E. "Buzda Kaymak" ve Biyoetik, T Klin Etik 1997; 5: 28-31.
12. Ünlüoğlu İ, Gündüz T, Din H, Çınar T. I. Basamak Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Hekimlerin Ötanaziye Yaklaşımı, Aile Hekimi 1995; 2:1;1-7.
13. Öz F. Hemşire ve Hekimlerin Ötanazi ile İlgili Tutum ve Görüşleri, Klinik Bilimler ve Doktor 1999; 5(4):450-9.
14. Değer M. Ötanazi konusunda Yaptığımız Bir Anket Çalışması, Dirim 1994; 1-2-3: 32-8.
15. Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of Medical students, housestaff, and Faculty Physicians toward Euthanasia and Termination of Life-sustaining Treatment, Critical Care Medicine 1992; 20(5):683-90.
16. Cohen SC, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes Toward Assisted Suicide And Euthanasia Among Physicians in Washington State, New England J Med 1994 July; 331(2):89-94.
17. McGlade KJ, Slaney L, Bunting BP, Gallagher AG. Voluntary Euthanasia In Northern Ireland: General practitioners' beliefs, experiences, and actions, Br J Gen Pract 2000 Oct; 50(459):794-7.
18. Kinsella TD, Verhoef MJ. Alberta Euthanasia Survey: 1. Physicians' Opinions About Morality and Legalization of Active Euthanasia, Can Med Assoc 1993; 148(11):1921-26.
19. Stevens AS, Hassan R. Management of Death, Dying And Euthanasia: Attitudes And Practices of Medical Practitioners in South Australia, J Med Ethics 1994; 20:41-6.
20. Ward BJ, Tate PA. Attitudes Among NHS Doctors To Requests For Euthanasia, BMJ 1994; (308):1332-34.

21. Ataç A, Erdem L. Ötanazi İle İlgili Bir Anket Çalışması, T Klin Tıbbi Etik 1996; (4), 79-81.
 22. Kuhse H, Singer P. Doctors' Practices And Attitudes Regarding Voluntary Euthanasia, Med J Australia 1988; (148)623-7.
 23. Baume P, O'Malley E. Euthanasia: Attitudes And Practices of Medical Practitioners, Med J Australia 1994; 161:137-40.
 24. Verhoef MJ, van der Wal G. Euthanasia In Family Practice In The Netherlands. Toward A Better Understanding, Can Fam Physician 1997; 43: 231-7.
 25. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes And Desires Related To Euthanasia And Physician-assisted Suicide Among Terminally Ill Patients And Their Caregivers, JAMA 2000 Nov 15; 284(19):2460-8.
 26. Macer D, Hosaka T, Niimura Y, Umeno T. Attitudes Of University Doctors To The Use Of Advance Directives And Euthanasia In Japan, Eubios J Asian and International Bioethics 1996; 6: 63-9.
 27. Bannink M, Van Gool AR, van der Heide A, van der Maas PJ. Psychiatric consultation and Quality Of Decision Making In Euthanasia, Lancet 2000 Dec; 16; 356(9247):2067-68.
 28. Williams JR, Lowy F, Sawyer DM. Canadian Physicians and Euthanasia: 3. Arguments and Beliefs 1993; 148(10):1699-1702.
 29. Shapiro RS, Derse AR, Gottlieb M, Schiedermayer, Olson M. Willingness to Perform Euthanasia, Arch Intern Med 1994; 154:575-84.
 30. Williams DL, Daniels ER, van der Wal G, van der Maas PJ, Emanuel EJ. Attitudes and Practices Concerning the End of Life: A Comparison Between Physicians From The United States And From The Netherlands, Arch Intern Med 2000; 160 (1): 63-8.
 31. Genuis SJ, Genuis SK, Chang WC. Public Attitudes Toward The Right To Die, Can Med Assoc J 1994; 150(5):701-8.
-
- Geliş Tarihi:** 09.05.2002
- Yazışma Adresi:** Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD, ANKARA
caliskan@ankara.edu.tr
- ¹Çalışma II.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi'nde, 18-20 Ekim 2001, Kapadokya, Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.