T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEMEL İSLAM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
İSLAM HUKUKU BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAŞAM ÖLÜM İKİLEMİNDE ÇOCUK: FIKHÎ VE ETİK YÖNLERİYLE PEDİATRİK ÖTANAZİ

Nevra ÖZDEMİR

2501220628

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Merve ÖZAYKAL

İSTANBUL – 2025

ÖZ

YAŞAM-ÖLÜM İKİLEMİNDE ÇOCUK: FIKHÎ VE ETİK YÖNLERİYLE PEDİATRİK ÖTANAZİ

Nevra ÖZDEMİR

Pediatrik ötanazi, çocuklara ilişkin yaşam sonu kararlarına dair güncel etik ve hukuki tartışmaların en karmaşık alanlarından birini teşkil etmektedir. Uygulamanın bazı ülkelerde yasallaşması, çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarının İslam hukuku açısından nasıl değerlendirileceği sorusunu da gündeme getirmiştir. Bu çalışma, pediatrik ötanazi meselesini etik ve fıkhî perspektiflerden incelemektedir. Bu kapsamda pediatrik ötanazinin hukuki gelişimi, çocuğun ahlaki statüsü, insan hayatının değeri ve dokunulmazlığı, kaygan zemin argümanı, sedd-i zerâi ilkesi ve maslahat-mefsedet değerlendirmelerine ilişkin normatif tartışmalar ile çocukların yaşam sonu kararlarına katılımına dair pratik sorunlar analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda çocuğun İslam hukukunda kıymetli, korunması gereken ve bağımsız ahlaki değere sahip bir özne olarak konumlandırıldığı görülmüştür. Bu doğrultuda insan hayatının dokunulmazlığı ile maslahat, mefsedet ve sedd-i zerâi ilkeleri gereğince aktif ötanazinin meşru kabul edilmediği ve çocuğun aktif ötanazinin öznesi olamayacağı sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşılık tedavinin başlatılmaması veya geri çekilmesi gibi yaşam sonu kararlarının belirli şartlar altında mümkün olabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada karar vericiler arasındaki çatışmalar, karar ölçütlerinin belirlenmesi ve ekonomik faktörlerin etkileri gibi pratik sorunlar da tartışılmıştır. Bu çerçevede çalışma, yaşam sonu kararlarında genel ilkelerin tek başına yeterli olmadığını; her vakanın kendi tıbbi, etik ve sosyal koşulları içerisinde değerlendirilmesini gerektiren çok boyutlu bir maslahat-mefsedet muhasebesine ihtiyaç bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fıkıh, Biyoetik, Biyofıkıh, Pediatrik Ötanazi, Yaşam Sonu Kararları

ABSTRACT

THE CHILD IN THE LIFE–DEATH DILEMMA: PEDIATRIC EUTHANASIA IN ITS ISLAMIC JURISPRUDENTIAL AND ETHICAL DIMENSIONS

Nevra ÖZDEMİR

Pediatric euthanasia is one of the most complex issues in contemporary debates on end-of-life decision-making. Its legalization in certain countries has raised important questions regarding the evaluation of end-of-life decisions involving children from the perspective of Islamic law. This study examines pediatric euthanasia through ethical and Islamic legal perspectives. It analyzes the historical and legal development of pediatric euthanasia, normative debates concerning the moral status of the child, the value and inviolability of human life, the slippery slope argument, *sadd al-dharāʾiʿ*, and *maṣlaḥa-mafsada* assessments, as well as practical issues related to children's involvement in end-of-life decision-making.The study finds that Islamic law regards the child as a valuable subject whose life deserves protection and who possesses inherent moral worth. Accordingly, active euthanasia is not considered legitimate, and children cannot be its subjects, on the basis of the inviolability of human life and the principles of *maṣlaḥa*, *mafsada*, and *sadd al-dharāʾiʿ*. By contrast, withholding or withdrawing treatment may be permissible under certain circumstances. The study also discusses practical challenges such as conflicts among decision-makers, the determination of decision-making criteria, and the impact of economic factors. It argues that general principles alone are insufficient in end-of-life decision-making and that each case requires a multidimensional assessment of benefits (*maṣlaḥa*) and harms (*mafsada*), taking into account its particular medical, ethical, and social circumstances.

Keywords: Fıqh, Bioethics, Biofiqh, Pediatric Euthanasia, End-of-Life Decisions

ÖNSÖZ

Pediatrik ötanaziye ilişkin tartışmalar büyük ölçüde biyoetik ve hukuk literatürü çerçevesinde yürütülmüş, meselenin fıkhî boyutu ise nispeten sınırlı bir şekilde ele alınmıştır. Bu durum, özellikle çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarına dair fıkhî değerlendirmelerin sistematik bir çerçevede incelenmesini gerekli kılmaktadır. Elinizdeki çalışma, meseleyi İslam hukuku perspektifiyle ele alarak çocukların yaşam sonu kararlarına ilişkin etik ve fıkhî tartışmalar arasında bir köprü kurmayı amaçlamaktadır. Bu yönüyle çalışmanın, pediatrik ötanazi ve diğer yaşam sonu kararlarına ilişkin değerlendirmelerin daha tutarlı ve sağlam bir zeminde yürütülmesine mütevazı da olsa bir katkı sunması temenni edilmektedir.

Çalışmamıza katkı sunan birçok isim ve kurum olduğunu söylemekle söze başlayalım. İlk olarak tez süreci boyunca tecrübesi ve birikimiyle bana yol gösteren kıymetli danışmanım Doç. Dr. Merve ÖZAYKAL' a teşekkürlerimi sunarım. Yaptığı her katkı ve tavsiye bu çalışmanın şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Tezimi büyük bir titizlikle okuyarak değerli eleştiri ve katkılarını benimle cömertçe paylaşan saygıdeğer jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Batuhan Buğra AKARTEPE ve Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ONUK DEMİRCİ' ye teşekkür ederim. Tezimin literatür taraması sürecinde ve kaynaklara ulaşmamda çeşitli tavsiyeleriyle bana destek olan Doç. Dr. Maide BARIŞ hocama ve Halime ÇINAR'a müteşekkirim. Ayrıca fıkha olan muhabbetimin gelişmesinde büyük pay sahibi olan, itidali ve samimiyetiyle bizlere örnek teşkil eden ve beş yıllık klasik eğitimim boyunca fıkıh hocalığımı üstlenen Öğr. Gör. Dr. Ahmet AYDIN hocama da hususi teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan birçok arkadaşım oldu. Çalışmamın son okumalarında bana yardımcı olan Fatma YAZIROĞLU, Ar. Gör. Şeyma BÜYÜKORHAN ve Ar. Gör. Feyza AKSAKAL' a katkıları için minnettarım. Kaynaklarından ve çalışma imkânlarından sıklıkla istifade ettiğim İSAM' a, yüksek lisans sürecim boyunca beni destekleyen TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB)'e, ilme olan iştiyakımın başlamasına vesile olan İHAM' a ve üzerimde emeği bulunan tüm kıymetli hocalarıma bana bu ilim yolculuğunda eşlik ettikleri için teşekkür ediyorum. Süreç boyunca maddi ve manevi desteklerini zaman

esirgemeyen aileme en içten şükranlarımı sunuyorum. Son olarak bu çalışmayı ortaya çıkarmak için yoğun emek harcayan, kimi zaman gecesi gündüzüne karışan, pek çok etkinlik ve kahve teklifini reddederek kütüphaneye gitmeyi tercih eden şahsıma da teşekkür etsem zannediyorum hadsizlik etmiş olmam.

Ayrıca bu süreçte kaybettiğimiz iki minik yavrumuz manevi yeğenlerim Rüveyda ve Meva'nın da adını anmadan geçmek istemiyorum. Hiçbir çocuğun ve annene babanın bu ağır bir imtihanla sınanmasını arzu etmesek de ölüm her yaştan insan için tüm gerçekliğiyle var olmaya devam ediyor. Bu çalışmanın, yakından da şahitlik ettiğim bu zor imtihan karşısında anne babaların zihnini berraklaştırarak çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarına ilişkin etik ve fıkhî tartışmaların anlaşılmasına katkı sunması en büyük arzumdur. Çalışmamın çocuklara yönelik yaşam sonu kararlarının fıkhî açıdan nitelikli olarak tartışılmasına vesile olacak bir başlangıç olmasını temenni ederim.

Tezimi Rüveyda ÇETİN, Meva KARABACAK ve Filistin'de hayatını kaybeden bütün çocuklara ithaf ediyorum.

Nevra ÖZDEMİR

İSTANBUL, 2025

İÇİNDEKİLER

ÖZ ..... **iii**

ABSTRACT ..... **iv**

ÖNSÖZ ..... **v**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **x**

GİRİŞ **1**

1. BÖLÜM

PEDİATRİK ÖTANAZİNİN YASALLAŞMA SÜRECİ: HOLLANDA VE BELÇİKA ÖRNEKLERİ

1.1. HOLLANDA ÖRNEĞİ 13

1.1.1. Hollanda Gündemine Düşen Yıldırım "Ötanazi" 13

1.1.2. 1984 Özenli Uygulama Kriterleri 16

1.1.3. Karar Verme Yetkinliğine Sahip Olmayan Hastalar için Ötanazi Tartışmaları 17

1.1.4. Remmelink Komisyonu: Açık Talep Olmaksızın Ötanazi Mümkün mü? . 19

1.1.5. CAL I ve NVK Raporları: Ağır Kusurlu Yenidoğanlarda Yaşam Kısaltan Müdahalenin Sınırları 20

1.1.6. Prins ve Kadjik Davaları: Ağır Kusurlu Yeni Doğanlarda Ötanazi 22

1.1.7. 2002 Ötanazi Yasası: Çocuklarla İlgili Düzenlemeler 25

1.1.8. Groningen Protokolü: Yenidoğan ve Ötanazi 27

1.1.9. 2.1.9. Halka Genişliyor mu? 32

1.2. BELÇİKA ÖRNEĞİ 32
1.2.1. Duyarsızlıktan Yasallığa: Belçika'da Ötanazi Tarihi 32
1.2.2. 1984-1996: Siyaset Arenasındaki Hareketlenmeler 33
1.2.3. 9 No'lu Rapor: Ehil Olmayan Hastalarda Ötanazi Tartışmaları 35
1.2.4. Yeni Koalisyon Yeni Yasa 37
1.2.5. 2002 Ötanazi Yasası: Psikiyatri Hastalarına Ötanazi Serbestliği 38
1.2.6. Yaş Sınırından Temyiz Gücüne 41
1.2.7. Herkes İçin Adalet? 42
1.2.8. Son 10 Yılda Neler Oldu? 44
1.3. DEĞERLENDİRME 45

2. BÖLÜM

ÇOCUKLARDA YAŞAM SONU KARARLARIYLA İLGİLİ NORMATİF ETİK ve FIKHÎ TARTIŞMALAR

2.1. ÇOCUĞUN VE YENİDOĞANIN AHLAKİ STATÜSÜ 47
2.2. BİR AHLAKİ GÖREV OLARAK YAŞAMIN KUTSALLIĞI 59
2.2.1. Batı Literatüründe Yaşamın Kutsallığı 60
2.2.2. Fıkhi Gelenekte Hıf'zu'n-Nefs 62
2.3. KAYGAN ZEMİNDEN SEDD-İ ZERAİ'YE: YAŞAM SONUNA MÜDAHALE TOPLUMSAL DÜZENİ TEHDİT EDER Mİ? 66
2.4. YAŞAM MUTLAK FAYDA ÖLÜM MUTLAK ZARAR İFADE EDER Mİ? 72
2.4.1. Etik Açıdan Yaşam Sonunda Yarar-Zarar Değerlendirmeleri 74
2.4.2. Fıkhî Açıdan Yaşam Sonunda Maslahat-Mefsedet 80
2.4.2.1. Fıkhî Fayda-Zarar Terazisinde: Aktif Ötanazi 84

2.4.2.2. Fıkhî Fayda-Zarar Terazisinde: Tedavi ve Yaşam Sonunda Tedavi 88

2.5. DEĞERLENDİRME..... 102

3. BÖLÜM

ÇOCUKLARDA YAŞAM SONU KARARLARINA İLİŞKİN PRATİK ETİK VE FIKHÎ TARTIŞMALAR

3.1.KARAR YETKİSİ SORUNU..... 107

3.1.1. Ebeveyn Merkezli Yaklaşım: Ebeveyn Rızası (Parental Permission) Doktrini..... 109

3.1.2. Çocuk Merkezli Yaklaşım: Olgun Küçük (Mature Minor) Doktrini 115

3.1.3. Aile Merkezli Yaklaşım: Paylaşımlı Karar Alma (*Shared Decision Making*)..... 121

3.2. KARARA ETKİ EDEN AKTÖRLER ARASINDAKİ ÇATIŞMALAR..... 127

3.3. KARAR ÖLÇÜTLERİNİN BELİRSİZLİĞİ..... 135

3.4. EKONOMİK PROBLEMLER..... 153

3.5. DEĞERLENDİRME..... 158

SONUÇ..... 162

KAYNAKÇA 169

KISALTMALAR LİSTESİ

BACB : Belçika Biyoetik Danışma Komitesi

Bkz. : Bakınız

C. : Cilt

CAL : Tıbbi Uygulamaların Kabul Edilebilirliği Komisyonu

Çev. : Çeviren

DİA : Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi

ECFR : Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi

Ed. : Editör

FCNA : Kuzey Amerika Fıkıh Konseyi

IAHPC : Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği

IOMS : Kuveyt İslam Tıp Bilimleri Teşkilatı

KNMG : Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği

MBSL : Yaşamı Kısaltan Tıbbi Uygulamalar

Md. : Madde

NVK : Hollanda Pediatristler Derneği

NVVE : Hollanda Gönüllü Ötanazi Derneği

RTE : Bölgesel Ötanazi Değerlendirme Komiteleri

Thk. : Tahkik

Vb. : Ve benzeri

Vd. : Ve diğerleri

Y.y. : Basım yeri yok

GİRİŞ

1.Tezin Konusu ve Amacı

Modern tıp teknolojilerinin gelişimi ve ötanazinin belirli ülkelerde yasal zemin kazanması, küresel ölçekte derin bir etik gerilimi beraberinde getirmiştir. Başlangıçta yalnızca terminal dönemdeki ve karar verme yetkinliğine sahip yetişkinleri kapsayan bu yasal düzenlemelerin zamanla genişlemesi, biyoetik tartışmaların da seyrini değiştirmiştir. Uygulamanın, başlangıçtaki hedef kitlesinin ötesine geçerek hukuken reşit olmayan çocukları ve hatta yenidoğanları kapsamasıyla birlikte mesele; salt bireysel otonomi tartışmalarının ötesine geçerek niteliksel olarak farklı ve karmaşık bir boyut kazanmıştır. Bu niteliksel dönüşüm, çağdaş biyoetik literatüründe yoğun kuramsal ve pratik tartışmaları beraberinde getirmiştir. Çocuk hastaların yaşam sonu kararlarındaki bu özel konumu, meselenin hem ahlaki boyutunu hem de klinik uygulamalara yansıyan pratik yönlerini derinlikli bir şekilde gündeme taşımıştır.

Fıkıh perspektifinden bakıldığında; canın korunması ilkesine verilen hayati önem ve intiharı kesin biçimde yasaklayan dini hükümler, ötanazi uygulamalarının fıkhî açıdan doğrudan reddedilmesi sonucunu doğurmuştur. Buna karşın, tıbbi tedavinin başlatılmaması veya sonlandırılması kararlarına yönelik yaklaşımlar daha farklı bir düzlemde seyretmektedir. Klasik fıkıh literatüründe tedavi yükümlülüğüne dair daha esnek bir tutum sergilenmiş olsa da günümüzde bazı fetva otoriteleri bu tür kararları doğrudan "pasif ötanazi" kapsamında değerlendirerek kabul edilemez bulmuştur. Öte yandan, yaşam sonu dönemdeki tedavilerin sınırlandırılması hususunda fıkhın klasik dönemdeki esnek yaklaşımını günümüze taşımaya çalışan modern çalışmalar ve fetva kurumları da mevcuttur. Ne var ki İslam hukuku alanındaki tüm bu tartışmalar, büyük ölçüde yetişkin hastalar odağında ve genel ilkeler çerçevesinde yürütülmüş; söz konusu uygulamaların çocuklara yönelik teorik ve pratik boyutları literatürde büyük ölçüde arka planda kalmıştır. Dolayısıyla klasik ve modern fıkıh geleneği içerisinde bugüne kadar müstakil, derinlikli ve sistematik bir incelemeye konu olmamış olan pediatrik ötanazi ve çocuklara yönelik yaşam sonu kararları, bu araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

.

Bu çalışmanın temel amacı, pediatrik ötanazi ve çocuklara ilişkin diğer yaşam sonu kararları etrafında şekillenen modern biyoetik tartışmaları biyofikhî bir çerçeveden yorumlamak ve analitik bir değerlendirmeye tabi tutmaktır. Bu temel gayeye bağlı olarak tezin alt amaçları; İslami etiğin ve fıkıh doktrininin çocuğu ve onun ahlaki statüsünü tam olarak nerede konumlandırdığını tespit etmek, fıkhın hıfzu'n-nefs, sedd-i zerâi gibi kavramlarının yaşam sonundaki işlevlerini sorgulamaktır. Ayrıca araştırma; yaşam sonundaki tıbbi tedavilerin klasik ve modern fıkhî kaynaklardan hareketle maslahat-mefsedet terazisinde değerlendirilebilme imkanını tahlil etmeyi hedeflemektedir. Tüm bu teorik çerçevenin ardından, söz konusu kararların alınması sürecinde sahada karşılaşılan problemleri ortaya koymak ve bu krizlere fıkhî bir perspektifle nasıl yaklaşılıp çözüm üretilebileceğini ele almak, çalışmanın en temel pratik hedefidir.

2. Tezin Yöntemi, Kapsamı ve Sınırlılıkları

Çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesine dayanmaktadır. Bu kapsamda pediatrik ötanazi ve çocuklara ilişkin diğer yaşam sonu kararlarına dair tarihsel, hukuki, etik ve fıkhî literatür incelenmiştir. Araştırmada karşılaştırmalı bir yaklaşım benimsenmiş; çağdaş biyoetik literatüründe öne çıkan tartışmalar ile İslam hukukunun konuya ilişkin yaklaşımı birlikte değerlendirilmiştir. Bu çerçevede çocuğun ahlaki statüsü, yaşamın değeri ve korunmuşluğu, yaşam kalitesi, fayda-zarar değerlendirmeleri ve yaşam sonu kararlarına ilişkin temel tartışmalar analiz edilmiştir. Ayrıca teorik tartışmaların daha somut biçimde ortaya konulabilmesi amacıyla farklı bölümlerde fetvalardan ve örnek olay incelemelerinden yararlanılmıştır.

Çalışma, kapsamı ve yöntemi gereği bazı sınırlılıklar taşımaktadır. Araştırma ağırlıklı olarak Hollanda ve Belçika'daki pediatrik ötanazi düzenlemelerine odaklandığından diğer ülke uygulamaları sınırlı biçimde ele alınmıştır. Ayrıca biyoetik ile İslam hukukunun karşılaştırılması, her iki geleneğin farklı kavramsal ve metodolojik temellere dayanması nedeniyle belirli güçlükler içermektedir. Bunun yanında yaşam sonu kararlarını çocuklar özelinde ele alan fıkhî çalışmaların sınırlı

olması, araştırmanın karşılaştığı önemli zorluklardan biridir. Son olarak çalışmada incelenen vaka örnekleri ve fetvalar temsilî nitelikte olup alanın tamamını yansıtmamaktadır. Özellikle büyük çocuklar ve ergenlere ilişkin yaşam sonu kararlarını doğrudan konu edinen fetvalara ulaşılamaması araştırmanın önemli sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada bazı kavramsal tercihler de benimsenmiştir. Bu kapsamda aktif ve pasif ötanazi ayrımı esas alınmamış; pasif ötanazi kapsamında değerlendirilen uygulamalar, tedavinin başlatılmaması, tedavinin sonlandırılması ve diğer yaşam sonu kararları çerçevesinde ele alınmıştır. Pasif ötanazi kavramının sınırlarının belirsizliği ve literatürde farklı şekillerde tanımlanması bu tercihte etkili olmuştur. Ayrıca bu yaklaşımın, yaşam sonu kararlarının etik ve fıkhî boyutlarını daha bütüncül bir şekilde değerlendirmeye imkân sağladığı düşünülmüştür.

3.Tezin İçeriği

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde pediatrik ötanazinin Hollanda ve Belçika'daki tarihsel ve hukuki gelişimi incelenerek uygulamanın ortaya çıkışına zemin hazırlayan toplumsal, tıbbi ve hukuki dinamikler ele alınmıştır. Bu kapsamda pediatrik ötanazinin hangi ihtiyaçlar ve gerekçeler doğrultusunda ortaya çıktığı, yasallaşma sürecinde hangi argümanların etkili olduğu ve günümüzdeki uygulamaların başlangıçta ileri sürülen amaçlarla ne ölçüde örtüştüğü değerlendirilmiştir.

İkinci bölümde pediatrik ötanazinin yasallaşmasıyla birlikte ortaya çıkan normatif etik tartışmalar ve uygulamanın ahlaki boyutu incelenmiştir. Bu çerçevede çocuğun ahlaki statüsü, yaşamın değeri ve korunmuşluğu, yaşam kalitesi, kaygan zemin argümanı ile fayda-zarar değerlendirmeleri ele alınarak pediatrik ötanazinin meşruiyetine ilişkin ileri sürülen temel argümanlar analiz edilmiştir. Ayrıca bu tartışmaların İslam hukukundaki yansımaları incelenerek konu fıkhî bir perspektiften değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölümde ise çocuklara ilişkin yaşam sonu kararlarının uygulanmasında ortaya çıkan pratik etik sorunlar ele alınmıştır. Bu kapsamda çocukların karar alma

süreçlerine katılımı, karar vericiler arasındaki çatışmalar, yaşam kalitesinin belirlenmesi, ekonomik faktörlerin etkisi ve karar ölçütlerinin sınırları incelenmiştir. Böylece yaşam sonu kararlarında teorik ilkelerin somut vakalara uygulanması sırasında karşılaşılan güçlükler ve bunların İslam hukuku açısından nasıl değerlendirilebileceği tartışılmıştır.

Bu yapı sayesinde çalışma, pediatrik ötanazi ve çocuklara ilişkin diğer yaşam sonu kararlarını yalnızca tarihsel veya teorik boyutlarıyla ele almakla yetinmemekte; uygulamanın ortaya çıkış koşullarını, meşruiyetine ilişkin normatif tartışmaları ve somut vakalarda karşılaşılan pratik sorunları birlikte değerlendirmektedir. Böylece konu, çağdaş biyoetik literatürü ile İslam hukukunun kavramsal çerçevesi arasında çok boyutlu bir analizle incelenmektedir.

4.Tezin Kaynakları ve Literatür Değerlendirmesi

Pediatrik ötanazi ve çocuklara ilişkin diğer yaşam sonu kararlarına dair literatür, tarihsel, hukuki ve etik boyutları içeren çok disiplinli bir yapıya sahiptir. Bu kapsamda bazı çalışmalar Hollanda ve Belçika'da ötanazinin yasallaşma sürecine, ilgili yasal düzenlemelere ve uygulama kriterlerinin zaman içerisindeki değişimine odaklanırken, diğerleri uygulamanın ahlaki meşruiyetini ve çocukların yaşam sonu kararlarındaki konumunu tartışmaktadır. Bu literatür, pediatrik ötanaziye ilişkin güncel tartışmaların ortaya çıktığı sosyal, hukuki ve etik zeminin anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Hollanda bağlamında John Griffiths, Alex Bood ve Heleen Weyers'ın *Euthanasia and Law in the Netherlands* [1]adlı eseri, ötanazinin yasallaşma sürecini kapsamlı biçimde ele alan temel çalışmalardan biridir. Neonatal ötanazi ve Groningen Protokolü'ne ilişkin tartışmalarda ise A. A. Eduard Verhagen[2] ve P. J. Sauer'in[3]

[1] John Griffiths vd., *Euthanasia and Law in the Netherlands* (Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998).

[2] A. A. Eduard Verhagen, "The Groningen Protocol for Newborn Euthanasia; Which Way Did the Slippery Slope Tilt?", *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 293-295; A. A. Eduard Verhagen, "Neonatal Euthanasia: Lessons from the Groningen Protocol", *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 19/5 (Ekim 2014), 296-299.

[3] A. A. E. Eduard Verhagen - P. J. J. Sauer, "End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach from The Netherlands", *Pediatrics* 116/3 (Eylül 2005), 736-739; A.A.Eduard Verhagen - Pieter J. J. Sauer,

çalışmaları belirleyici bir yer tutmaktadır. Bu çalışmalar, özellikle yenidoğan ötanazisinin gerekçelendirilmesi ve uygulama kriterlerinin şekillenmesi bakımından literatüre önemli katkılar sunmuştur.

Belçika'ya ilişkin literatürde ise Etienne Vermeersch'in "The Belgian Law on Euthanasia: The Historical and Ethical Background"[4] adlı makalesi ötanazi yasasının tarihsel ve etik arka planını bütüncül biçimde ele alan temel kaynaklardan biridir. Bert Broeckaert[5] ve Kasper Raus[6] tarafından kaleme alınan çalışmalar ise Belçika'daki yasal dönüşümü ve çocuklara yönelik ötanazi düzenlemelerinin kapsamını açıklığa kavuşturmaları bakımından önem taşımaktadır. Bu eserler, pediatrik ötanazinin hukuki gelişimini ve uygulama şartlarını anlamada yol gösterici kaynaklar arasında yer almaktadır.

Tarihsel ve hukuki çalışmalar, pediatrik ötanazinin ortaya çıktığı toplumsal ve normatif bağlamı açıklığa kavuştururken, literatürün ağırlık merkezini uygulamanın ahlaki ve hukuki meşruiyetine odaklanan araştırmalar oluşturmaktadır. Özellikle Hollanda ve Belçika'da çocuklara yönelik ötanazi uygulamalarının yasal zemine kavuşmasının ardından bu konu etrafında yoğun normatif etik tartışmalar ortaya çıkmıştır. Bu tartışmaların bir kısmı, yenidoğan ve çocukların ahlaki statüsünün nasıl temellendirileceği sorusu etrafında şekillenmektedir.

Michael Tooley[7] ve Peter Singer[8] gibi düşünürler ahlaki statüyü öz-bilinç ve rasyonellik gibi zihinsel yetiler temelinde açıklarken, Alberto Giubilini ve Francesca Minerva[9] fetüs ile yenidoğan arasında ahlaki statü bakımından belirleyici bir fark

"The Groningen Protocol Euthanasia in Severely Ill Newborns", *The New England Journal of Medicine* 352/10 (10 Mart 2005), 959-962.

[4] Etienne Vermeersch, "The Belgian Law on Euthanasia The Historical and Ethical Background", *Acta Chirurgica Belgica* 102/6 (01 Ocak 2002), 394-397.

[5] Bert Broeckaert, "Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia", *European Journal of Health Law* 8/2 (01 Ocak 2001), 95-107.

[6] Kasper Raus, "The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors", *Journal of Bioethical Inquiry* 13/2 (Haziran 2016), 305-315; Kasper Raus vd., "The Extension of the Belgian Euthanasia Law to Minors in 2014", *International Perspectives on End-of-Life Law Reform : Politics, Persuasion and Persistence* (Cambridge University Press, 2021), 40-62.

[7] Michael Tooley, "Abortion and Infanticide", *Philosophy & Public Affairs* 2/1 (1972).

[8] Peter Singer, *Pratical Ethics* (Cambridge University Press, 2011).

[9] Alberto Giubilini - Francesca Minerva, "After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?", *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 261-263.

bulunmadığını savunmuşlardır. Benzer şekilde Jeff McMahan[10] da ölümün kötülüğünü bireyin gelecekteki benliğiyle kurduğu psikolojik bağlar üzerinden açıklayarak dereceli bir ahlaki statü anlayışı geliştirmiştir. Buna karşılık Regina A. Rini[11], Michael J. Selgelid[12], Eva Feder Kittay[13] ve Neil Levy[14] gibi araştırmacılar kişiliğin yalnızca bilişsel yetiler temelinde açıklanamayacağını ileri sürerek farklı ölçütler önermişlerdir. Bunun yanı sıra yaşamın kutsallığını içkin bir değer olarak savunmak gerektiğini düşünen etikçiler de vardır. Peter Singer ve Helga Kuhse[15] ise yaşamın kutsallığını büyük ölçüde dinî varsayımlara dayandığını ileri sürerek eleştirmişlerdir. Buna karşılık Ronald Dworkin[16] gibi bazı düşünürler, yaşamın kutsallığı fikrini dinî temellere başvurmaksızın yeniden yorumlamaya ve temellendirmeye çalışmıştır. Bu tartışmalar, özellikle yenidoğanlar ve ağır bilişsel engelli bireylerin ahlaki statüsünün nasıl temellendirileceği konusunda literatürde önemli görüş ayrılıklarının bulunduğunu göstermektedir. Fıkıh literatüründe ise çocuğun ahlaki statüsünü doğrudan konu edinen müstakil çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Meseleyi çocuk bağlamında özel olarak inceleyen isimlerden biri Halime Çınar'dır. Çınar, doktora tezinde çocukluk dönemini ehliyet teorisi ekseninde ele alarak çocuğun fıkıhtaki hukuki konumunu değerlendirmiştir.[17] Bununla birlikte insanın ahlaki statüsüne ilişkin tartışmalar, fıkıh literatüründe insan hakları[18] gibi toplumsal meselelerin yanı sıra

[10] Jeff McMahan, *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life* (Oxford University Press, 2002).
[11] Regina A. Rini, "Of Course the Baby Should Live: Against 'After-Birth Abortion'", *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 353-356.
[12] Michael J Selgelid, "Moral Uncertainty and the Moral Status of Early Human Life", *Monash Bioethics Review* 30/1 (2012).
[13] Eva Feder Kittay, "Equality, Dignity and Disability", *Perspectives on Equality: The Second Seamus Heaney Lectures*, ed. Mary Ann Lyons - Fionnuala Waldron (Dublin: The Liffey Press, 2005), 95-122.
[14] Neil Levy, "The Moral Significance of Being Born", *Journal of Medical Ethics* 39/5 (01 Mayıs 2013), 326-329.
[15] Helga Kuhse - Peter Singer, *Should the Baby Live?: The Problem of Handicapped Infants* (Oxford University Press, 1990).
[16] Ronald Dworkin, *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom* (Westminster: Knopf Doubleday Publishing Group, 1993).
[17] Halime Çınar, *Üsrûşenî'den Osmanlı Fetvasına İslam/Hanefi Çocuk Hukukunun Temel İlkeleri* (İstanbul Üniversitesi, Thesis, 2024) ((TDV İslâm Araştırmaları Merkezi)).
[18] Recep Şentürk, *İsmet Âdemiyetledir Haklarımız Varoluşumuzdandır* (İbn Haldun Üniversitesi Yayınları, 2019).

kürtaj[19], ötanazi[20], organ nakli[21] ve estetik müdahaleler[22] gibi biyoetik meseleler bağlamında ele alınmış; bu tartışmalarda insanın korunmaya değer oluşu farklı kavramsal çerçeveler üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte konuya çocuklar özelinde, özellikle de sağlık ve yaşam sonu kararları bağlamında odaklanan ve meseleyi etik teorilerle karşılaştırmalı olarak ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Pediatrik ötanazi ve çocuklara dair diğer yaşam sonu kararlarının ilişkili olarak kaygan zemin değerlendirmelerine de değinilmelidir. Bir kısım araştırmacı çocuklarda ötanazinin yasallaşmasıyla ötanazinin zamanla kapsamının genişleyebileceği iddialarının doğrulandığını düşünürken, bir kısmı da söz konusu endişelerin spekülatif olduğunu ileri sürmüştür. Stephen S. Hanson[23] ve Richard D. W. Hain[24] kaygan zemin tartışmalarını farklı açılardan ele alan araştırmacılar arasında yer almaktadır.

Pediatrik ötanazi literatürünün temel tartışma alanlarından biri yaşam kalitesidir. Özellikle ağır fiziksel ve nörolojik hastalıklara sahip çocukların yaşam kalitesinin nasıl değerlendirileceği konusunda literatürde önemli görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Tom L. Beauchamp ve James F. Childress[25], Bertha Alvarez Manninen[26], Peter Singer ve Helga Kuhse[27], ağır fiziksel ve nörolojik hastalıklara sahip çocukların yaşam kalitesini etik değerlendirmelerde önemli bir ölçüt olarak kabul etmekte; çocukların ve yenidoğanların henüz tam gelişmiş karar verme kapasitesine sahip olmamalarını da bu değerlendirmeleri destekleyen bir unsur olarak

[19] İsmail Bilgili, "İslam Hukukunda Cenin Hakkı ve Onuruyla İlgili Hükümler", *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 24 (2014), 219-240; Tuğba Duru, *İslam Hukukunda Cenine Müdahale / Fetal Intervention According to İslamic Jurisprudence* (Marmara Üniversitesi, Thesis, 2016) ((TDV İslâm Araştırmaları Merkezi)).
[20] Tuba Erkoç Baydar, "Human Dignity from an Islamic Perspective: Concepts and Theoretical Base", *Mission Studies* 41/3 (12 Aralık 2024), 348-360.
[21] Merve Özaykal, *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli* (Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017).
[22] Şeyma Akartepe, "Estetik Müdahale Tartışmaları Bağlamında Mülk Beden Argümanına Eleştirel Bir Bakış", *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 27/1 (15 Haziran 2025), 177-192.
[23] Stephen S. Hanson, "Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together", *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 33/5 (2015), 1-4.
[24] Richard DW Hain, "Euthanasia: 10 Myths", *Archives of Disease in Childhood* 99/9 (01 Eylül 2014), 798-799.
[25] Tom L. Beauchamp - James F. Childress, *Biyomedikal Etik Prensipleri*, çev. M.Kemal Temel (İstanbul: BETİM, 2017).
[26] B. A. Manninen, "A Case for Justified Non-Voluntary Active Euthanasia: Exploring the Ethics of the Groningen Protocol", *Journal of Medical Ethics* 32/11 (Kasım 2006), 643-651.
[27] Helga Kuhse - Peter Singer, "The Quality/Quantity-of-Life Distinction and Its Moral Importance for Nurses", *International Journal of Nursing Studies* 26/3 (01 Ocak 1989), 203-212.

görmektedir. Bununla birlikte, yaşam kalitesinin özellikle karar verme yetisinden yoksun çocuklar açısından değerlendirilmesinin önemli etik sorunlar doğurabileceğini ileri süren görüşler de bulunmaktadır. Buna karşılık Francesca Giglio ve Antonio G. Spagnolo[28] hayatın üstün faydasına, Frank A. Chervenak ve arkadaşları[29] ıstırap kavramının öznelliğine, Jonas-Sébastien Beaudry[30] ise yaşam kalitesi değerlendirmelerinin değer yüklü niteliğine dikkat çekerek yaşam kalitesinin belirleyici bir ölçüt olarak kullanılmasına karşı çıkmaktadır. Andrew M. Siegel[31] de ötanazi ve benzeri kararların çocuklar açısından son derece karmaşık olduğunu savunarak bu yaklaşımı eleştirmektedir.

Pediatrik ötanaziye ilişkin tartışmalar büyük ölçüde biyoetik ve hukuk literatürü içerisinde gelişmiştir. Buna karşılık İslam hukukunda ve çağdaş İslam biyoetiğinde çocuklara yönelik ötanaziyi müstakil olarak ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle çalışmanın İslamî boyutu yalnızca pediatrik ötanazi üzerine yazılmış eserlerden değil genel yaşam sonu kararları literatürü ile çocukların hukuki ve ahlaki statüsünü ele alan fıkhî kaynaklardan hareketle inşa edilmektedir.

Fıkhî açıdan ötanaziyi ele alan Türkçe çalışmalardan Tuba Erkoç Baydar'ın *Bu Can Kimin?*[32] ve Yaşar Yiğit'in *Yaşam-Ölüm Sarmalında Ötanazi*[33] adlı eserleri öne çıkmaktadır. Her iki çalışma da ötanazinin etik, hukukî ve fıkhî boyutlarını ele almakla birlikte pediatrik ötanaziye sınırlı şekilde değinmektedir. Ayrıca bu eserlerin, İslam ceza hukuku ve ötanazinin hukukî sonuçları üzerinde daha ayrıntılı durduğu söylenebilir. Baydar'ın eseri ayrıca diğer yaşam sonu kararları bağlamında nafile tedavi meselesini incelemesi bakımından önem taşımaktadır. Ötanazi haricindeki yaşam sonu kararlarına odaklanan çalışmalardan biri de Ülfet Görgülü'nün "Yaşam

[28] Antonio G. Spagnolo - Francesca Giglio, "Pediatric Euthanasia in Belgium: Some Ethical Considerations", *Journal of Medicine and the Person* 12 (01 Aralık 2014).
[29] Frank A. Chervenak vd., "Why the Groningen Protocol Should Be Rejected", *The Hastings Center Report* 36/5 (2006), 30-33.
[30] Jonas-Sébastien Beaudry, "Death as 'Benefit' in the Context of Non-Voluntary Euthanasia", *Theoretical Medicine and Bioethics* 43/5 (01 Aralık 2022), 329-354.
[31] Andrew M. Siegel vd., "Pediatric Euthanasia in Belgium: Disturbing Developments", *JAMA* 311/19 (21 Mayıs 2014), 1963-1964.
[32] Tuba Erkoç Baydar, *Bu Can Kimin? Ötanazi, Ölme Hakkı ve Tedavinin Reddine Müslümanca Bakış* (İstanbul: İz Yayıncılık, 2021).
[33] Yaşar Yiğit, *Yaşam-Ölüm Sarmalında Ötanazi* (Ankara: Eskiyeni Yayınları, 2024).

Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılmasının Fıkhî Açıdan Değerlendirilmesi" [34] başlıklı makalesidir. Bu çalışma, yaşam sonu kararlarının fıkhî boyutunu ele alması bakımından önemli bir başlangıç noktası teşkil etmekle birlikte, konuyu bütüncül bir çerçevede incelemekten ziyade yaşam desteğinin sınırlandırılması ve sonlandırılması meselesine odaklanmaktadır. Bu nedenle yaşam sonu kararlarının tamamını kuşatan kapsamlı bir değerlendirme sunduğunu söylemek güçtür.

Pediatrik ötanaziyi konu alan Sevim Yağız'ın[35] yüksek lisans tezi ise ağırlıklı olarak literatür değerlendirmesi niteliğinde olup konuya ilişkin kaynakların tespiti açısından faydalı bir çalışma olmakla birlikte kapsamlı bir fıkhî analiz sunmamaktadır. Bu durum, Türkçe literatürde pediatrik ötanaziyi ve diğer yaşam sonu kararlarını İslam hukuku perspektifinden ele alan çalışmaların sınırlı olduğunu göstermektedir.

Yaşam sonu kararlarını fıkhî açıdan ele alan İngilizce çalışmalar arasında, Muhammed Ghaly editörlüğünde yayımlanan *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*[36] adlı eser özel bir yere sahiptir. Yaşam sonu bakımına ilişkin İslami literatürü tarihsel ve çağdaş boyutlarıyla bir araya getiren bu çalışma, alanın en kapsamlı eserlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Eserde beyin ölümü, intihar, ötanazi, yaşam desteğinin sınırlandırılması veya sonlandırılması, palyatif bakım ve erken dönem bebek kaybı gibi güncel biyoetik meseleler ele alınırken; ölüm, acı, ıstırap ve iyi ölüm gibi kavramların İslam düşünce geleneğindeki karşılıkları da incelenmektedir. Bu yönüyle eser, yalnızca belirli fıkhî problemlere çözüm arayan bir çalışma olmanın ötesinde, yaşam sonu kararlarının dayandığı ahlaki ve düşünsel zemini ortaya koyması bakımından önemli bir katkı sunmaktadır. Söz konusu eser yaşam sonuyla ilgili meseleleri bütüncül şekilde alan nitelikli çalışmalardan biri olarak kabul edilmelidir. Ghaly'nin editörlüğünü yaptığı eserde yer alan bazı bölümler, çalışmamızın literatürü açısından ayrıca önem taşımaktadır. Bunlardan biri Rafaqat Rashid'in *"An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-*

[34] Ülfet Görgülü, "Yaşam Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılmasının Fıkhî Açıdan Değerlendirilmesi", *Marife Dini Araştırmalar Dergisi* 12/2 (2012), 44-66.
[35] Sevim Yağız, *Hollanda ve Belçika'da Pediatrik Hastalara Aktif Ötanazi Uygulamaları ve Doğurduğu Etik Tartışmalar* (İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 209M.S.).
[36] Muhammed Ghaly, *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition* (Baston: Brill, 2022).

Sustaining Treatment"[37] başlıklı çalışmasıdır. Rashid, yaşam sonu kararlarını sistematik bir çerçevede ele alarak konuya ilişkin kapsamlı bir değerlendirme sunmaktadır. Çalışmada tedavinin başlatılmaması ve sonlandırılmasının yanı sıra faydasız tedavi, yapay beslenme ve sıvı desteği ile kardiyopulmoner resüsitasyon gibi yaşam sonu bakımında karşılaşılan temel meseleler incelenmektedir. Ayrıca yazar, bu kararların fıkhî açıdan ela alınmasına yönelik maslahat–mefsedet dengesine dayalı bir değerlendirme modeli" geliştirmektedir. Çalışmamız açısından önem taşıyan bir diğer bölüm ise Ayman Shabana'nın "Limits to Personal Autonomy in Isamic Bioethical Deliberations on End-of-Life Issues in Light of the Debate on Euthanasia"[38] başlıklı çalışmasıdır. Shabana, ötanazi ve diğer yaşam sonu kararları tartışmaları bağlamında bireysel özerklik ilkesinin İslam biyoetiğindeki sınırlarını incelemekte ve bireyin kendi yaşamı üzerindeki tasarruf yetkisinin mutlak olmadığını savunmaktadır. Bu yönüyle çalışma, yaşam sonu kararlarının değerlendirilmesinde önemli bir teorik çerçeve sunmaktadır.

Literatüre katkı sunan önemli makalelerden de bahsetmek gereklidir. Aasim I. Padela ve Afshan Mohiuddin'in "Ethical Obligations and Clinical Goals in End-of-Life Care: Deriving a Quality-of-Life Construct Based on the Islamic Concept of Accountability Before God (Taklīf)" [39] başlıklı makalesi ise yaşam sonu kararlarına ilişkin teklîf temelli bir yaşam kalitesi yaklaşımı geliştirmektedir. Yazarlar, yaşam kalitesini kişinin Allah karşısındaki sorumluluğunu yerine getirebilme potansiyeliyle ilişkilendirmekte ve çocukları da bu potansiyelin taşıyıcıları olarak teorik çerçeveye dâhil etmektedir. Bu yönüyle çalışma, yaşam sonu tedavilerinin değerlendirilmesine yönelik özgün bir model sunmaktadır. Omar Qureshi ve Aasim I. Padela tarafından kaleme alınan "When Must a Patient Seek Healthcare? Bringing the Perspectives of

[37] Rafaqat Rashid, "An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment", *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*, ed. Muhammed Ghaly (Baston: Brill, 2022).
[38] Ayman Shabana, "Limits to Personal Autonomy in Islamic Bioethical Deliberations on End-of-Life Issues in Light of the Debate on Euthanasia", *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*, ed. Muhammed Ghaly (Baston: Brill, 2022).
[39] Aasim Padela - Afshan Mohiuddin, "Ethical Obligations and Clinical Goals in End-of-Life Care: Deriving a Quality-of-Life Construct Based on the Islamic Concept of Accountability Before God (Taklīf)", *The American Journal of Bioethics: AJOB* 15/1 (2015), 3-13.

Islamic Jurists and Clinicians into Dialogue"[40] başlıklı çalışması, tedavi arayışının ahlaki statüsünü İslam hukukçuları ve klinisyenlerin perspektiflerini karşılaştırarak incelemektedir. Çalışma, fıkhî değerlendirmeler ile tıbbî veriler arasındaki ilişkinin daha sistematik biçimde kurulması gerektiğini savunması bakımından yaşam sonu kararlarına yönelik önemli metodolojik katkılar sunmaktadır. Yaşam sonu kararlarına ilişkin fetvaları sistematik biçimde inceleyen önemli çalışmalardan biri de Afshan Mohiuddin, Mehrunisha Suleman, Shoaib Rasheed ve Aasim I. Padela'nın "When Can Muslims Withdraw or Withhold Life Support? A Narrative Review of Islamic Juridical Rulings"[41] başlıklı makalesidir. Çalışma, yaşam desteğinin başlatılmaması ve sonlandırılmasına ilişkin fetvaları karşılaştırmalı olarak incelemekte ve kararların merkezinde yer alan "faydasız tedavi" kavramının yeterince açık biçimde tanımlanmadığını ortaya koymaktadır. Bu yönüyle makale, çağdaş fetva literatürünün kavramsal sınırlarını göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Çalışmamız kapsamında modern fetva literatüründen de yararlanılmıştır. Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî, el-Mecmau'l-Fıkhiyyu'l-İslâmî, Din İşleri Yüksek Kurulu, İslam Araştırmaları ve Fetva Daimî Komitesi, Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi, Dâru'l İftâ el-Mısriyye, Malezya Ulusal Fetva Komitesi, Hindistan İslam Fıkıh Akademisi ve Kuzey Amerika Fıkıh Konsili gibi kurumların ve İslamweb.net, İslam-QA gibi güncel fetva sitelerinin aktif ötanazi ve tedaviye ilişkin fetvaları incelenmiştir. İncelenen fetvalarda, İslam hukukunun insan hayatına atfettiği değer, ilahî takdir ve rıza anlayışı ile intiharı ve kasten cana kıymayı yasaklayan temel naslar doğrultusunda aktif ötanazinin İslami fayda anlayışıyla bağdaşmadığı ve söz konusu kurumların bu konuda büyük ölçüde ortak ve katı bir tutum benimsedikleri görülmüştür. Buna karşılık tedavi meselesinde İslam hukukunda yer alan esneklik, yaşam sonu kararlarının maslahat–mefsedet dengesi çerçevesinde değerlendirilmesine imkân tanımış ve tedavinin başlatılması, sürdürülmesi veya sonlandırılması hususunda farklı yorumların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bununla birlikte, incelenen

[40] Omar Qureshi - Aasim I. Padela, "When Must a Patient Seek Healthcare? Bringing the Perspectives of Islamic Jurists and Clinicians into Dialogue", *Zygon: Journal of Religion and Science* 51/3 (02 Eylül 2016).
[41] Afshan Mohiuddin vd., "When Can Muslims Withdraw or Withhold Life Support? A Narrative Review of Islamic Juridical Rulings", *Global Bioethics* 31/1 (01 Ocak 2020), 29-46.

kurumların yaşam sonu tedavi kararlarını değerlendirmede kapsamlı ve sistematik bir metodoloji geliştirdiklerini söylemek güçtür. Meselenin çocuklara ilişkin özel boyutu ise fetvalara yansımamıştır. Özellikle de İslam.web.net, İslam-QA gibi güncel fetva sitelerinde çocuklarla ilgili fetvalara rastlansa da kurumların veya kişilerin fetva verirken metodolojik bir yaklaşım sergilediğini söylemek güçtür. Son olarak, özellikle çalışmamızda Hanefî kaynaklar başta olmak üzere çeşitli klasik fıkıh eserleri başvuru kaynağı olarak kullanılmış ve güncel meselelerle ilişkilendirilmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, pediatrik ötanazi literatürünün tarihsel, hukuki, etik ve biyoetik boyutlarıyla oldukça geniş bir birikim oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte mevcut çalışmaların büyük ölçüde biyoetik ve hukuk perspektifleri etrafında şekillendiği, İslam hukuku literatüründe ise aktif ötanazi, yaşam sonu kararları ve tedavinin sonlandırılması gibi konuların ele alınmasına rağmen pediatrik ötanazinin müstakil bir araştırma konusu olarak yeterince incelenmediği anlaşılmaktadır. Özellikle çocuğun üstün yararı, yaşam kalitesi, karar verme kapasitesi ve yaşam sonu kararlarının İslam hukuku çerçevesinde birlikte değerlendirilmesine yönelik çalışmaların sınırlı olması önemli bir boşluğa işaret etmektedir. Bu çalışma, söz konusu boşluğu gidermeyi amaçlayarak pediatrik ötanazi meselesini İslam hukuku ve çağdaş biyoetik literatürü ışığında kapsamlı biçimde incelemeyi hedeflemektedir.

1. BÖLÜM

PEDİATRİK ÖTANAZİNİN YASALLAŞMA SÜRECİ: HOLLANDA VE BELÇİKA ÖRNEKLERİ

Bu bölümümüzde pediatrik ötanazinin yasal olduğu iki ülke olan Hollanda ve Belçika'daki tarihi arka plan araştırılacaktır. Tarihi arka planın yanı sıra bu ülkelerde pediatrik ötanazi uygulamalarıyla ilgili yasal prosedürler de ele alınmıştır. Bu sayede pediatrik ötanazi uygulamalarının ne türden hastaları hedef aldığını ve ne gibi koşullar altında uygulandığını anlamak ve değerlendirme yapmak mümkün olacaktır. Bu bağlamda çalışmamızda öncelikle pediatrik ötanazinin yasallaştığı ilk ülke olan Hollanda'daki tarihi ve yasal süreci ele aldık. Ardından Hollanda'daki gelişmelerin takipçisi Belçika'daki gelişmelere değindik. Bu ülkelerde pediatrik ötanazi süreci ötanazi tartışmalarından bağımsız incelenemeyeceği için aslında bölümümüzde ötanaziye yönelik bütüncül bir tarih anlatılacaktır. Fakat özellikle pediatrik ötanaziyle ilgili yasal prosedürler ve gelişmeler daha kapsamlı şekilde okuyucuya sunulacaktır.

1.1. HOLLANDA ÖRNEĞİ

1.1.1. Hollanda Gündemine Düşen Yıldırım "Ötanazi"

Hollanda'da ötanazinin yasallaşması pek çok açıdan derinlikli ve toplumun her kesiminin dahil olduğu tartışmalarla, kısmen kısa ve karmaşık bir süreçte gerçekleşmiştir. Ötanazi tartışmalarının başlama sebebi aslında tıbbi müdahalenin yaşamı haddinden fazla uzatması olduğundan dile getirilmese dahi çocuklar da sürecin başlangıcından itibaren ötanazi olgusundan uzak düşünülmemiştir. Buna rağmen çocuklara yönelik uygulamalar ötanazi tarihi içerisinde kısmen geç diyebileceğimiz bir dönemde gündeme gelmiş ve düzenlenmiştir. Ötanazi yasası hükümet, parlamento, Hollanda Yargısı, Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği (KNMG), Gönüllü Ötanazi Derneği, Sağlık Konseyi, Devlet Ötanazi Komisyonu gibi çeşitli kurumların ve özel komisyonların katkılarıyla ortaya çıkmıştır. Mesele yalnızca profesyoneller nezdinde

değil kamuoyu önünde medya aracılığıyla da tartışılmıştır. Ötanazinin yasallaşma sürecine halk da bizatihi dahil olmuştur.[42]

İlk kez 11 Mart 1952'de Eindhoven'lı bir doktor ötanaziyi çağrıştıracak bir eylem sebebiyle Hollanda'da yargılandı. İleri derecede tüberküloz hastası kardeşi ısrarla doktordan acılarını dindirmesini talep ediyordu. Kardeşinin durumuna dayanamayan doktor isteğini kabul etti. Doktor, kardeşine önce codinovo tabletleri vermiş ardından ona ölümüne yol açacak bir morfin iğnesi yapmıştı. Bölge mahkemesi doktoru istek üzerine adam öldürmekten suçlu buldu. Kardeşinin açık isteği karşısında eli kolu bağlı şekilde oturmaya vicdanının izin vermediğini ifade eden doktora 1 yıl denetimli serbestlik cezası verildi. Normal şartlarda caydırıcı olması için hapis cezası verilmesi beklenen bu ilk ötanazi davasında yargının bu kararı dikkat çekiciydi. Dava ses getirmeyen basın haberleriyle ve Kraliyet Tabipler Birliği Dergisi *Medisch Contact*'ta yayınlanan kısa bir yazıyla kapanmıştı.[43]

Hollanda'da ötanazi tartışmalarının hararetlendiği dönemse 1969'da Jan Hendrik Van den Berg'in *"Medical Power and Medical Ethics"* isimli eseriyle başladı. Büyük ses getiren eserinde yazar, tıbbi teknolojilerin tarihini üç ana dönemde inceliyordu; doktorların ve tıbbi teknolojilerin kısıtlı imkânlara sahip olduğu "tıbbi güçsüzlük dönemi", "geçiş dönemi", tıbbın imkânlarının geliştiği "tıbbî-teknik güç dönemi". Güçsüzlük döneminde zaten kısıtlı imkâna sahip doktorun başlıca görevi insanı hayatta tutmaya çalışmaktı. Peki, Van den Berg'in 1965'lerde başladığını iddia ettiği tıbbi-teknik güç döneminde aynı ilke geçerli miydi? Doktor gelişen teknolojilerle hayatta tutabileceği her hastayı, her durumda yaşatmalı mıydı? Van den Berg'e göre elde edilen bu yeni güç, etik kuralları da değiştiriyordu. Artık insan hayatını korumak, bağışlamak ve uzatmak bunu yapmanın herhangi bir anlamı olduğunda doktorun görevi olmalıydı. Eserde Van den Berg'in bir iddiası daha dikkat çekiyordu. Doktor her zaman hasta için en iyisini bilebilir miydi? Van den Berg bu fikre şiddetle karşı çıktı. Ona göre geleceği için en doğru kararı verecek kişi şüphesiz hastanın kendisiydi. Ayrıca hastalığıyla ilgili neyi, ne zaman öğreneceğini ya da nasıl

[42] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 44.
[43] Martin Buijsen, "Euthanasia in the Netherlands. History, Developments and Challenges", *Derecho Y Religion* 17 (2022), 79.

öleceğini de hasta belirlemeliydi. Doktor yalnızca hastanın isteklerini gerçekleştirmek için ona yardımcı olmakla mesuldü. Ortaya çarpıcı iddialar koyan bu eser Hollanda'da büyük bir kamuoyu tartışmasının fitilini ateşledi. Nerdeyse eş zamanlı olarak Katolik Etikçi Sporken ve Hukukçu Van Till tarafından yayınlanan benzer konulu eserler de tartışmayı besledi. 1970'lerin başına geldiğimizde yaşam sonu kararları Hollanda'da artık toplumsal bir mesele olarak TV programlarında, sempozyumlarda tartışılıyordu.[44]

Ötanazinin meşru sayılabilmesi için bazı şartların öne sürüldüğü ilk dava ise "Postma" davasıydı. 27 Kasım 1972'de bir ötanazi davasının ön duruşmasıyla ilgili haberler medyada büyük yankı uyandırdı. Doktor Bayan Postma 78 yaşındaki felçli annesini morfin enjekte ederek öldürmüştü. Annesi ölmek istediğini hem Bayan Postma'ya hem de huzur evi personeline birkaç defa söylemişti. Annesinin ısrarlarına dayanamayan Bayan Postma kendisi gibi doktor olan eşinin huzurunda annesinin hayatına son verdi. Bakımevi bu durumu tıbbî müfettişe bildirdi. Dava 1973 yılında Leeuwarden'de gerçekleşti. Bayan Postma "istek üzerine adam öldürmek" suçuyla yargılandı. Fakat tıbbî müfettiş Hollanda'da artık doktorun her durumda hastanın hayatını kurtarmak zorunda olmadığına dair yaygın bir kanaatin varlığına dikkat çekiyordu. Bazı koşullar altında verilecek ağrı kesicinin hastanın ölümüne yol açması kabul edilebilirdi. Daha sonra "özenli uygulama kriterleri" olarak resmiyete dökülecek olan ve ötanazinin meşru kabul edilebilmesi için öne sürülen şartlar ilk defa Postma davasında davayla ilgilenen müfettiş tarafından formüle ediliyordu. Bu formülasyona göre, (1) hastanın tedavi edilemeyecek bir hastalığı varsa, (2) hasta çektiği acıyı zihinsel veya fiziksel olarak dayanılmaz buluyorsa, (3) hasta ölme isteğini açık şekilde dile getirmişse, (4) ötanazi talep eden kişi hastalığının son evresindeyse ve (5) bu talebi bir doktor kabul edilebilir buldu ve kabul ettiyse yüksek dozla ölümün hızlandırılması kabul edilebilirdi. Bölge mahkemesi de tıbbî müfettişle hemen hemen aynı fikirdeydi. Fakat Mahkeme, tüm koşullar sağlanmış olsa bile Postma'nın daha düşük bir dozla

[44] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 48-49.

acıyı dindirebilecekken hastaya ölümcül dozda morfin enjekte etmesini yanlış buldu. Postma'yı bir yıl şartlı tahliye ve bir hafta şartlı hapis cezasına çarptırdı.[45]

Bu davadan sonra ötanaziye dair tartışmalar alevlendi. Ötanazi savunucuları ve karşıtları örgütlenmeye başladı. Günümüzde hala aktif olan Hollanda Gönüllü Ötanazi Derneği (NVVE) de bu dönemde kuruldu. NVVE'nin ötanazi konusunda yayınladığı ilk raporunda zikrettiği şartlar da özenli uygulama kriterlerinin şekillenmesinde etkili oldu.[46]

Kamuoyu gündemine yıldırım gibi düşen ötanazinin yasallaşma süreciyse büyük ölçüde davalarla şekillendi. Davalarla birlikte ötanazinin meşru kabul edilebileceği şartlar dile getiriliyor, teferruatlı hale geliyordu. Belirlenen şartlar ise her ne kadar henüz yasal olarak tedavülde olmasa de pratikte doktorların lehinde kullanılıyordu. Özenli uygulama kriterlerinin belirlendiği bu süreçte adeta ötanaziye karşı yasal bir hoşgörü geliştiriliyordu.[47] Ötanazi yasası yargı sahasında pratik olarak şekillenirken diğer taraftan yaşam kısaltan tıbbî uygulamalar (Medical Behavior that Shortens Life- MBSL) ve ötanazinin kapsamı, sahadaki durumun tespitine yönelik çeşitli ilmi araştırmalar da sürdürülüyordu.

1.1.2. 1984 Özenli Uygulama Kriterleri

Postma davasında dile getirilen şartlar süreç içerisinde ötanazi ve intihara yardım davalarında tekrar gündeme gelmiş, çeşitli gelişimler göstermişti (Wertheim Davası, Schoonheim Davası vd.). Bu kriterler artık doktorların beraat etmesini sağlar hale gelmiş, yargı tarafından dikkate alınır olmuştu. Buna rağmen ötanazinin meşru kabul edilebileceği şartlar hala resmi olarak ilan edilmiş sayılmazdı. Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği (KNMG) Yönetim Kurulu Hollanda'da tıp camiasının ötanazi hakkındaki tutumunu ortaya koyan mahkeme kararları üzerinde de etkili olan bir rapor yayınladı. Yayınlanan bu raporda ötanazi ve hekim destekli intihar adeta normal tıbbi uygulama kapsamına dahil ediliyordu. Ayrıca bu raporda daha önce mahkemeler

[45] Barry Rosenfeld, *Assisted Suicide and the Right to Die: The Interface of Social Science, Public Policy, and Medical Ethics.* (Washington: American Psychological Association, 2004), 131.
[46] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 53.
[47] Tinne Smets vd., "The Medical Practice of Euthanasia in Belgium and the Netherlands: Legal Notification, Control and Evaluation Procedures", *Health Policy* 90/2-3 (Mayıs 2009), 182.

tarafından dikkate alınmış özenli uygulama kriterleri ilk defa bir devlet kurumunun raporuyla ilan ediliyordu. Yönetim kurulu raporunda yer alan özenli uygulama kriterleri;

- Talep gönüllü olmalıdır,
- Talep iyi düşünülmüş olmalıdır,
- Ölme arzusu kalıcı bir arzu olmalıdır,
- Hasta, çektiği acıyı kabul edilemez olarak algılamalıdır,
- Ötanazi uygulayan hekim başka bir meslektaşına danışmalıdır,

Şeklinde ilan edilmiş ve belirlenen bu kriterler Hollanda yasasının şekillenmesinde etkili olmuştur.[48]

1.1.3. Karar Verme Yetkinliğine Sahip Olmayan Hastalar için Ötanazi Tartışmaları

19 Ekim 1982'de çıkarılması planlanan ötanazi yasası için belirleyici olacak raporlamalar yapmak üzere Devlet Ötanazi Kurulu (The State Commision on the Euthanasia) kuruldu. 1985 yılında ilk raporunu yayınlayan Kurul, öncelikle ötanazinin tanım ve kapsam problemine işaret etmişti. Kurul, ötanaziyi "kişinin yaşamına, isteği üzerine başka biri tarafından kasıtlı olarak son verilmesi" şeklinde tanımlıyordu. Bu tanım ötanaziyi yalnızca aktif ötanaziyle sınırlandırıyor, yaşamı kısaltan diğer hayat sonu kararlarını ötanaziden ayrıştırıyordu. Yapılan tanımlamadan sonra Hollanda'da ötanazi kelimesi yalnızca aktif olarak hayata son vermeyi tanımlayan bir kavram olarak kullanıldı. Günümüzde de ötanazi kelimesinin Hollandalılar için ifade ettiği birincil anlam aktif ötanazidir. Fakat bu, yaşamı kısaltan diğer tıbbi uygulamalar hakkında tartışmaların devam etmediği anlamına gelmez. Nitekim Devlet Komisyonunun yayınladığı raporda da tedavinin reddedilmesi, esirgenmesi ve ağrıyı gidermek için uygulanan tedavinin ölümü hızlandırması gibi yaşam kısaltan bazı tıbbi uygulamalara değinilmişti. Raporda MBSL kapsamına giren bu türden uygulamaların normal tıbbı uygulama kapsamında değerlendirilmesi gerektiği vurgulanıyordu. Fakat ötanazi ve hekim destekli intihar konusunda tartışmalar sürmekteydi.[49]

[48] Rosenfeld, *Assisted Suicide and the Right to Die*, 133-134.
[49] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 70-71.

Yüksek mahkemenin verdiği kararla uyumlu olarak Komisyon da hastanın ölümü talep ettiği bazı durumlarda doktorun ahlaki görevlerinin çatışabileceği kanaatindeydi. Bu durumda da zaruret prensibi gereği ötanazi uygulaması meşru kabul edilebilirdi. Komisyon doktorun istisnai bir durumla karşılaştığında nasıl ve ne şekilde davranması gerektiğine dair bazı kriterler belirleyerek bu kriterleri taşıyan vakalarda ötanazinin meşru kabul edilebileceğine dair bir görüş bildirdi. Bu tavsiyeler özenli uygulama kriterleri olarak adlandırılan daha önce zikrettiğimiz kriterlerdi. Ayrıca Komisyon'un talep olmadan öldürmeyi engellemeye yönelik olarak 293. maddeye eklenmesini önerdiği ek madde konumuz açısından önemlidir. Talep olmadan öldürme konusu halihazırda Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği'nde (KNMG) de tartışılıyordu. Bu tartışmaları göz ardı etmeyen Devlet Ötanazi Komisyonu 293. maddeye "*Hastanın geri dönüşü olmayan bir komada olduğu ve aynı zamanda uygulanacak herhangi bir tıbbi tedavinin yararsız olması sebebiyle tedavisi durdurulan hasta hariç isteklerini bildiremeyen hastaların yaşamına son verilmesi yasaktır."* ifadesinin eklenmesini teklif etti.[50] Eklenmesi talep edilen bu maddeye bakıldığında Hollanda'da 1985 yılında iradesini açıklayamayan kesimler için (yenidoğanlar, ağır komadaki hastalar vb.) ötanazinin yasal olmaması gerektiği kanaatinin baskın olduğu söylenebilir.

Peki ya çocuklar? Talep etme konusunda yetkinliği tartışmalı olan 16 yaşından küçük çocukların bu tartışmaya dahil olması fazla uzun sürmeyecekti. Devlet Komisyonu'nun tavsiyeleri ardından Hükümet, Parlamento'ya mevcut yasayı değiştirmeye yönelik çalışmalara başlayacağını bildirdi. Fakat öncelikle Sağlık Konseyinden özenli uygulamanın gerekliliklerine dair birtakım tavsiyeler istedi. 1987'de Hükümet'in isteği üzere toplanan Sağlık Konseyi'nin tavsiyeleri arasında henüz tıbbi vesayet altında olan 16 yaşından küçük hastaların ötanazi talebinin yakın aile ile görüşülmesi maddesi de bulunuyordu. Konsey'in böyle bir tavsiyede bulunması 16 yaşından küçüklerin de ötanazi talebinde bulanabileceği istisnai durumların var olduğunu kabul etmek anlamına geliyordu.[51] Görüldüğü üzere Hollanda'da ötanazinin yasallaşma sürecinde çocuklar da meselenin dışında tutulmamıştı.

[50] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 72.
[51] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 75.

1.1.4. Remmelink Komisyonu: Açık Talep Olmaksızın Ötanazi Mümkün mü?

1989'da değişen hükümet, ötanazi yasasını çıkarmak için yaşam sonu kararlarını inceleyen ulusal çaplı, çok daha kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç olduğu kanaatindeydi.[52] Yapılacak çalışmayla hükümet yalnızca ötanazinin değil, hastanın talebi olmaksızın yaşamı sona erdiren eylemlerin, tedavi etmeme kararlarının ve muhtemelen yaşamı kısaltıcı etkiye sahip ağrı ve diğer semptomları hafifletme kararlarının da incelenmesini hedefliyordu. Komisyona o sırada Hollanda Yüksek Mahkemesi başsavcısı olan Profesör J. Remmelink başkanlık etmekteydi. Remmelink Komitesi akademik çalışmayı yürütmesi için Erasmus Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü öğretim üyelerinden oluşan bağımsız bir ekip kurdu. Profesör Van der Maas'ın başkanlık ettiği komisyon araştırmalarının sonucunu 20-22 Eylül 1991'de açıkladı.[53]

Çalışma kapsamında doktorlarla mülakatlar yapıldı. Ayrıca vefat eden kişilerin doktorlarına postalanan anketlerle toplam ölümler içerisinde ötanazi vb. MBSL uygulamalarının sayısını tespit etmek ve ileriye dönük uygulamalar hakkında kanaati ölçmek hedefleniyordu. Çalışma sonucunda 1990 yılında gerçekleşen 2.300 ötanazi vakası tespit edildi, ki bu rakam yıllık ölümlerin 1,8'ine tekabül ediyordu. 400 kişi de hekim yardımlı intiharla -yıllık ölümlerin, 0,03'ü- hayatına son vermişti. 22.500 vakada -yıllık ölümlerin %17,5'i- ise tedaviye başlamama/tedaviyi durdurma kararı alınmış, bu vakalarda ölümü hızlandıracak ağrı ve semptom hafifletici tedavilere de başvurulmuştu. Çalışma esnasında elde edilen bir sonuç ise tezimiz bağlamında oldukça dikkat çekicidir. Van der Maas ve ekibi yılda yaklaşık 1000 vakada -yıllık ölümlerin %0,8'i- hastanın açık talebi olmaksızın yaşam sonlandırıcı eylemlerin gerçekleştirildiğini tespit etmişti.[54]

1000 vakanın %59'unda açık talep derecesine ulaşmasa da hasta karar sürecine dahil olmuştu. Ölümü hızlandırma kararı verilen tüm kararlarda ise doktor; aile, hemşire ve en az bir meslektaşıyla durumu değerlendirmişti. Hastayla bir görüşme

[52] David C. Thomasma vd., *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia* (Springer Science & Business Media, 2008), 25.
[53] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 77; Johannes J. M. Van Delden vd., "The Remmelink Study Two Years Later", *The Hastings Center Report* 23/6 (Kasım 1993), 24.
[54] Van Delden vd., "The Remmelink Study", 24.

yapılmadığı veya isteğini bildiremediği tüm vakalarda ise hastanın ehliyetsiz olduğu tespit edilmişti.[55]Rapor ötanazinin toplumsal olarak korkulacak kadar sık verilen bir karar olmadığını ortaya koyarken diğer taraftan yeni bir probleme işaret ediyordu. Karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar söz konusu olduğunda ötanazi veya yaşam kısaltan herhangi bir uygulamaya başvurmak mümkün müydü?

1.1.5. CAL I ve NVK Raporları: Ağır Kusurlu Yenidoğanlarda Yaşam Kısaltan Müdahalenin Sınırları

Ötanazinin yasallaşma sürecinde talep etme yetkisi bulunmayan kişilerin hayat sonu kararlarına ilişkin tartışmalar Hollanda'da 1991 yılında resmi olarak yayınlanan Van Der Maas'ın çalışmasıyla gündeme gelmişti. Meseleyi neredeyse eş zamanlı olarak Tabipler Birliği de gündemine almıştı. Tabipler Birliği'nin kurduğu Yaşamı Kısaltan Tıbbi Uygulamaların Kabul Edilebilirliği Komisyonu (CAL- Commission on the Acceptability of Medical Behavior that Shortens Life) 1990-1994 yılları arasında talep etme yetkisi bulunmayan hasta gruplarına yönelik 4 rapor hazırladı. Bu raporların ilki 1990 yılında ağır kusurlu yenidoğanlar hakkında yayınlanmıştı. 1992 yılında ise Hollanda Pediatristler Derneği (NVK) yenidoğanlarla ötanazi hakkındaki kanaatini açıkladığı bir rapor yayınlamıştı. Her iki rapor da birbiriyle benzer şekilde meseleyi ele alıyordu.

Yılda ölen 1000'den fazla bebeğin yarısından fazlası hakkında tedavinin esirgenmesi kararı alınmaktaydı. Bu sürece düzenli olarak dozu arttırılan ağrı kesiciler eşlik ediyor, bu da durumu ölüme yardım olarak nitelemeyi kolaylaştırıyordu. Her iki raporunda tartıştığı ilk konu "Ağır kusurlu bir yenidoğan söz konusu olduğunda yaşamı uzatan tedavi kesilebilir mi?" ve "Eğer kesilebilirse ne zaman kesilmelidir?" sorularıydı. Bu bağlamda iki raporda da tedavinin esirgenmesinin meşruiyet dayanağı olarak yaşamın yapay olarak kısaltılması değil yapay olarak uzatılması kabul edilmişti.[56]

Raporlarda yenidoğan hakkında verilmesi planlanan bu kararlar daha çok tıbbi yararsızlık ilkesine dayandırılıyordu. Raporlara göre yaşamı uzatan tedaviyi geri

[55] Van Delden vd., "The Remmelink Study", 25.
[56] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 123-124.

çekmek veya durdurmak için iki durum söz konusuydu: ya bebeğin gerçek bir kurtuluş şansı olmamalıydı ya da bebek yaşamaya değer bir hayat için sınırlı bir şansa sahip olmalıydı. Hollandalı çocuk doktorlarının çoğuna göre bu denklemde her iki durumda da yaşam süresini uzatmaktan kaçınmak meşru kabul edilebilirdi.

Peki bebeğin hayatı aktif olarak sonlandırılabilir miydi? Bu soruyu cevaplarken NVK üç farklı durumdan bahsetmiştir:

a. Artık gerekli olmayan ve yaşamı uzatan tedavi sonucunda bebeğin hayatta kaldığı durumlar -ki bu durumlarda bebeğin durumu baştan öngörülemediği için tedaviye başlanmıştır.-

b. Yaşamı uzatan tedavi kesildiği takdirde bebeğin kabul edilemez bir acıya maruz kalacağı durumlar

c. Bebeğin herhangi bir yaşam uzatan tedaviden bağımsız olarak yaşama potansiyeline sahip olduğu fakat yaşamaya değer hayatla uyumlu olmayan ciddi bir kusurunun bulunduğu durumlar.[57]

NVK raporuna göre bu grupların ilk ikisine dahil olan yenidoğana ebeveyn rızası, katlanılamaz zorlukların varlığı, alternatif tedavinin olmaması, hasta durumunun medikal ekiple tartışılması, bağımsız bir konsültasyonun yapılması ve uygulamanın sorumluluk ile yürütülmesi temel koşullarıyla ötanazi uygulanması meşru kabul edilebilirdi. Üçüncü meselede ise meslek etikçileri adeta ikiye bölünmüştü.[58]

CAL raporuna göre ise eğer prognoz (hastalığın seyri hakkındaki ön görü) bebeğin hayatta kalma şansı olmadığı yönündeyse ortada gerçek bir seçim yoktu. Fakat prognoz yaşamaya değmeyecek hayat olduğunda ailenin durumla başa çıkma kapasitesi dikkate alınmalıydı. Her iki raporda da ailenin bu karardaki rolüne değinilmiş, ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda bile dikkatli uygulama kriterlerinden biri olarak ailenin onayının gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca raporlarda ailenin belirleyici konumunun yanı sıra doktorun ahlaki sorumluluğuna da dikkat

[57] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 124.
[58] H E McHaffie vd., "Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe.", *Journal of Medical Ethics* 25/6 (Aralık 1999), 444; Yağız, *Hollanda ve Belçika'da Pediatrik Hastalara Aktif Ötanazi Uygulamaları ve Doğurduğu Etik Tartışmalar*, 92.

çekiliyordu. Bununla birlikte ebeveyn, bebeğin kendisinin de tedaviyi reddedeceği öngörülen bir durumda tedaviyi esirgeme kararı alma hakkına sahipti.[59]

Ayrıca CAL I Raporu yenidoğana aktif ötanazi uygularken aşamalı bir sürecin takip edilmesi gerektiğine işaret etmekteydi. Rapora göre ağır kusurlu ve tedavinin faydasız olduğu yenidoğan hakkında yaşam sonu kararı alınırken aşağıdaki adımlar takip edilmeliydi:

a. Öncelikle yaşamı uzatan tedavi kesilmelidir.

b. Yaşamı sonlandıracak tedavinin gerekliliği üzerine düşünülmelidir:

- Eğer ölüme giden süreç bebek için kabul edilemez, uzun ve acılı bir süreç olacaksa ölümü kolaylaştırmak adına müdahale edilebilir.
- Aksi durumda ölümü hızlandırmak için müdahalede bulunulmaz.

CAL raporu zaten tedavinin esirgenmesi kararı alındığı zaman ölümün kabul edildiği gerçeğine işaret ediyordu. Bu bağlamda ölümcül dozda ilaç enjekte etmek de ölmeye yardım kabilinden değerlendirilebilirdi. Her iki raporda da ebeveynle ilgili vurgulara rastlansa da çocuğun vasisi olarak ebeveynin hukuki ehliyeti ve bu ehliyetin sonuçları açıkça değerlendirilmemişti.[60] Bu kısımda meseleyi tarihi bir bağlamda aktarmayı hedeflediğimiz için raporların içerikleri hakkında sınırlı bilgiyle iktifa ediyoruz. Bu iki raporun içeriği çalışmanın farklı kısımlarında tekrar gündeme gelecektir.

1.1.6. Prins ve Kadjik Davaları: Ağır Kusurlu Yeni Doğanlarda Ötanazi

İlk CAL raporunun ve NVK'nın görüşlerini yayınlanmasının ardından Prins ve Kadjik davalarının gündeme gelmesi Hollanda'da pediatrik ötanazinin yasallaşma serüveni için önemli bir adımdı. Jinekolog Henk Prins, 22 Mart 1993'te ağır beyin

[59] C. S. Van der Westhuizen, *The Legal Protection of Premature and Critically Ill Neonates: Can South Africa Learn from the Netherlands?* (SSRN Scholarly Paper, 01 Mayıs 2017), Social Science Research Network, 214-215.
[60] Griffiths vd., *Euthanasia and Law*, 125-126.

hasarının geliştiği hidrosefali[61] ve spina bifida[62] ile doğan üç günlük yenidoğana ötanazi uygulama kararı aldı.[63] Bu karardan önce ailenin ve sorumlu ekibin görüşleri alınarak bebeğin tedavisi durdurulmuştu. Ağır spina bifidalı bebeği tedavi etmek yararsız olacaktı. Tedavinin kesilmesi kararıyla bebeğin ölümünün gerçekleşeceği kesinleşmişti. Fakat ölümün ne zaman gerçekleşeceği öngörülemiyordu. Bebeğin davranışlarından, dayanılması güç acılar çektiği anlaşılıyordu. Hâl böyleyken bebeğe ölümcül bir iğne yapılması kararı alındı. Bebek henüz 3 günlükken annesinin kucağında hayata gözlerini kapadı. Dr. Prins bu durumu adli tabibe prosedüre uygun olarak bildirmişti.[64]

İkinci vaka ise Pratisyen Hekim Kadjik tarafından 26 Nisan 1994 yılında gerçekleştirilmişti. Bu vakada da bebek kafatası, yüz ve ellerde deformasyon, kalp ve böbreklerin fonksiyonlarında bozukluk, beyin hasarı gibi belirtilerle kendini gösteren trizomi 13[65] hastalığıyla dünyaya gelmişti. Ailesi ölüm gerçekleşene dek bebeğe evde bakmak istedi. Bebeği tüple beslemeyi öğrenen aile 1 hafta boyunca sorun yaşamasa da sonrasında işler karışacaktı.[66] Bir haftanın sonunda bebeğin, beyin dokusunun kafatasından dışarı çıktığı fark edildi. Bebek şiddetli ağrılar çekiyor, buna rağmen

---

[61] Hidrosefali, "beyinde su" olarak bilinen ve pediatrik beyin cerrahisini en sık meşgul eden problemdendir. Hidrosefali, beyin omurilik sıvısının dolaşımında bozuklukla seyreden bir hastalıktır. Klasik hidrosefali beyin omurilik sıvısının dolanım yollarında tıkanma ya da beyin omurilik sıvısı yapımı ve emilimi arasındaki dengenin bozulmasına bağlı olarak gelişen, ventriküllerde genişleme ve kafa içi basıncın artmasıyla seyreden bir klinik tablo olarak tanımlanabilir. Ayrıntılı bilgi için bkz: Selçuk Göçmen - Ahmet Çolak, "Pediatrik Hidrosefali Sınıflaması ve Patofizyoloji", *Türk Nöroşirürji Dergisi* 23/2 (2013), 174-179.

[62] Spina bifida, gebeliğin 28.gününde nöral tüpün tam olarak kapanmaması nedeniyle omuriliğin düzgün şekilde gelişmediği, merkezi sinir sistemini etkileyen ve kalıcı sakatlığa neden olan en yaygın doğum kusurudur. Ayrıntılı bilgi için bkz. Leslie A. Phillips vd., "Spina Bifida Management", *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 47/7 (01 Temmuz 2017), 173-177. Ayrıca bkz. Laura E. Mitchell vd., "Spina Bifida", *The Lancet* 364/9448 (20 Kasım 2004), 1885-1895.

[63] McHaffie vd., "Withholding/withdrawing treatment from neonates", 444.

[64] H. Jochemsen, "Dutch Court Decisions on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed", *Issues in law & medicine* 13 (01 Şubat 1998), 451.

[65] Trizomi 13 diğer bir ismiyle patau sendromu, DNA'da yer alan 13. kromozomun normalde iki kez yerine üç kez (trizomi) olarak görülmesiyle ortaya çıkan genetik bir sağlık problemidir. Büyüme geriliği, ileri derecede zekâ geriliği, arinensefali, holoprozensefali, mikrosefali, iris kolobomu, malforme kulaklar, yarık damak-dudak, el ve ayaklarda postaksiyel polidaktili, ellerde 2. ve 5. parmakların 3. ve 4. parmakların üzerine binmesi, ayaklarda rocker-bottom görünümü, avuç içlerinde simian çizgisi, konjenital kalp hastalığı, erkeklerde inmemiş testis, kızlarda bikornu uterus ve hipoplastik overler bu sendromun en belirleyici özelliklerindendir. Ayrıntılı bilgi için bkz. John C. Carey, "Trisomy 18 and Trisomy 13 Syndromes", *Cassidy and Allanson's Management of Genetic Syndromes* (John Wiley & Sons, Ltd, 2021), 937-956.

[66] Mary A. Wickline, "Physician-Assisted Death: What Everyone Needs to Know", *Journal of the Medical Library Association* 106/3 (Temmuz 2018), 191.

ölümün altı ay içerisinde gerçekleşmesi bekleniyordu. Bebeğe ağrı kesici tedavi haricinde başka bir tedavi uygulanmaması kararı verildi. Fakat tedavi beklendiği şekilde sonuç vermiyordu. Bebeğin daha fazla acı çekmemesi için Kadjik ve aile ötanazi kararı almıştı. Kadjik de bebeğin ölümünü prosedüre uygun şekilde bildirmişti.[67]

Aslında her iki vakada da ölüm CAL ve NVK'nın bu konuda belirlediği kriterlere uygun şekilde gerçekleşmişti. Bu sebeple Genel Savcılar Komitesi bu iki vaka hakkında soruşturmaya gerek duymamıştı. Fakat dönemin Adalet Bakanı aynı fikirde değildi. 1994 yılında Adalet Bakanı ağır kusurlu yenidoğanlara aktif ötanazi uygulayan bu iki hekime dava açılmasına karar verdi. 26 Nisan 1995'te Prins Alkamaar da cinayetten yargılandı. Prins ölüme sebebiyet verdiğini kabul etti. Fakat bunun büsbütün bir cinayet sayılamayacağını iddia ediyordu. Daha önceki mahkemelerde de gündeme gelen "yasanın esaslı şekilde ihlal edilmemesi" savunmasına başvurdu. Ayrıca hekimin acıyı dindirme ve hayatta tutma görevlerinin çatışması temeline dayanan "Zaruret- mücbir sebep" savunmasına da başvurmuştu. Mahkeme Prins'in yalnızca Zaruret savunmasını haklı buldu. Mahkemeye göre talep olmaksızın yaşamın aktif olarak sona erdirilmesinin meşru kabul edilebileceği durumlar söz konusu olabilirdi. Prins'in ötanazi uyguladığı bebek de böyle bir durumdaydı. Nitekim,

a) Bebeğin çektiği acı dayanılmaz ve umutsuzdu ve bunu hafifletmek için tıbben sorumlu başka bir yol yoktu.

b) Hem yaşamın sona erdirilmesine karar verme sürecinde hem de bunun gerçekleştirilmesinde "özenli uygulamanın kriterlerine' uyulmuştu.

c) Doktorun davranışı bilimsel sağlam tıbbi yargılarla ve tıp etiği normlarıyla tutarlı bulunmuştu.

d) Yaşamın sona erdirilmesi, yeni doğan bebeğin yasal temsilcileri olarak ebeveynlerin açık ve tekrarlanan talebi üzerine gerçekleşmişti.

Mahkeme bu kriterler göz önünde bulundurarak Prins'in beraatine karar verdi. [68]

[67] Jochemsen, "Dutch Court Decisions on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed", 451.
[68] Jochemsen, "Dutch Court Decisions on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed", 152-156.

Kadjik de aynı suçlamayla 13 Kasım 1995'te Groningen'de yargılandı. Mahkeme Kadjik'in de yapmış olduğu "zaruret" savunmasını kabul etmiş, bölge Mahkemesi'nin kararı temyiz mahkemesinde onaylanmıştı. Bu iki dava 2005 yılında yürürlüğe giren ağır kusurlu yenidoğanlarda ötanazi serbestliği tanıyan Groningen Protokolü'ne zemin hazırlamıştı.[69]

1.1.7. 2002 Ötanazi Yasası: Çocuklarla İlgili Düzenlemeler

Hollanda, 1970'li yıllardan itibaren tartışmalara konu olan ve toplumsal olarak da kabul gören ötanaziyi 2002 yılı Nisan ayında yürürlüğe giren mevzuatla yasal kabul eden ilk ülke oldu.[70] Çıkarılan yasa tasarısından önce 1994 yılında Defin Yasası'na eklenen bir maddeyle ötanazi vakalarının raporlanması resmi bir zorunluluk haline gelmişti. Bu prosedürle artık ötanazi gerçekleştiren hekim, hastanın geçmişi, talepleri, hasta için gündeme gelen olası alternatifler, hastanın bilgilendirilmesi, ikinci bir hekime danışıp danışmama, tedavi süreci vb. bilgileri içeren bir rapor hazırlayıp adli hekime teslim etmek zorundaydı.[71]

Zaten halihazırda pek çok yasal prosedürle kuşatılan ötanazi ve yardımlı intihar fiilleri *Hollanda Talep Üzerine Yaşamın Sonlandırılması ve Yardımlı İntihar (İnceleme Prosedürleri) Yasası*'yla tam anlamıyla meşruiyetini kazanmış oldu. Yeni yasayla özenli uygulama kriterleri de yasal olarak belirlenmişti. Yasanın belirlediği kriterler aşağıdaki gibidir:

a) Hekim, hastanın talebinin gönüllü ve iyi düşünülmüş olduğu kanaatine sahip olmalıdır.

b) Hekim, hastanın çektiği acının kalıcı ve dayanılmaz olduğu kanaatine sahip olmalıdır.

c) Hekim, hastayı içinde bulunduğu durum ve beklentileri hakkında bilgilendirmelidir.

---

[69] McHaffie vd., "Withholding/withdrawing treatment from neonates", 444-445.

[70] Penney Lewis - Isra Black, "Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland", *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 41/4 (2013), 2.

[71] Jochemsen, "Dutch Court Decisions on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed", 447.

d) Hekim, hastanın içinde bulunduğu durum için başka makul bir çözüm olmadığı inancına sahip olmalıdır.

e) Hekimin, hastayı gören ve a ve d bölümlerinde belirtilen gerekli özenin gösterildiğine dair yazılı görüş bildiren en az bir başka bağımsız hekime danışmış olması gerekir.

f) Hekim gerekli özeni göstererek bir yaşamı sonlandırmalı veya bir intihara yardımcı olmalıdır.[72]

Bu kriterlerin yanı sıra yasada ötanazi veya yardımlı intihar talep edebilecek kişilerin yaşlarına dair bazı düzenlemelere rastlamak mümkündür. 16 yaşından büyük ve Hollanda yönetmeliğine göre kendileri hakkında tedavi kararlarını verme yetkisine sahip bireyler ötanazi veya yardımlı intihar talebinde bulunabilirler. Ayrıca bu çocukların çıkarlarını gözetebileceklerine kani olunduğu takdirde geleceğe yönelik ötanazi isteklerini dile getirdikleri irade beyanları da geçerlidir. Özenli uygulama kriterleri gereği ailenin karar sürecine dahil edilmesi gerekmektedir. Fakat ailenin onayı şart değildir. Yalnızca sürece dahil olup olmayacaklarına karar verirler.[73] Talepte bulunan çocuk 12-16 yaş aralığındaysa hekim, yalnızca ebeveynlerin veya yasal vasinin yaşamın sonlandırılmasına ya da destekli intihara onay vermesi koşuluyla talebi uygulayabilecektir. Yasada ebeveyn veya vasinin katılımının hangi aşamada gerçekleşmesi gerektiği açık değildir.[74]

Aslında yukarıda da belirttiğimiz üzere belirlenen bu yaş standardı yalnızca ötanaziye mahsus belirlenmiş değildi. Hollanda Tıbbi Tedavi Sözleşmesi Yasası (WGBO) uyarınca reşit olmayan kişi hakkında verilecek herhangi bir tedavi kararında aynı yaş sınırları gözetilmekteydi. Mesela bir diş tedavisi alacak kişi 12 yaşından küçükse öncelikli olarak yasal temsilcisi olan ebeveynin onayı esas kabul edilirken çocuk 12-16 yaş aralığında ise hekim tedaviye başlamak için hem ebeveynin hem de çocuğun onayını almak zorundadır. Hasta 16 yaşından büyük ise yalnızca hastanın onamını alarak müdahale etmek mümkündür. Elbette bu genel kuralın istisnaları

[72] The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act (The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act), (2002), 176-177.
[73] Debbie Mannaerts - Freddy Mortier, "Minors and Euthanasia", *Children's Health and Children's Rights*, (01 Mart 2006), 255.
[74] Lewis - Black, "Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful?", 2.

mevcuttur. Mesela 12 yaşından küçük bir hasta acil müdahale gerektiren bir durumdaysa velinin onayı olmadan da müdahale edilebilir.[75] Peki bu yaş kriteri nasıl belirlenmişti? Bu yaş sınırları çoğunlukla psikososyal gelişim kuramları ve çocukların karar verme yeterliliğine yönelik yapılan saha çalışmalarından ilhamla belirlenmişti. Bu bağlamda 12 yaş çocuğun soyut kararlar alabilme yetisinin belirginlik kazandığı ortalama yaş olarak kabul edilmişti. 16 yaş ise bazı çalışmalara göre kişinin özellikle de tedavi sürecinde bir yetişkinle hemen hemen aynı düzeyde makul kararları verme yetkinliğine ulaştığı yaş olarak karşımıza çıkmaktaydı. Belirlenen bu yaş kriterinin yetkinliğin belirlenmesinde ne kadar isabetli bir kriter olduğu mevzusuysa çalışmamızın da ilerleyen bölümlerinde inceleyeceğimiz büyük bir problem olmaya devam ediyor. Görüldüğü üzere 2002 yasasında 12 yaşından küçük çocuklar için ötanazi veya yardımlı intihar seçenekleri söz konusu değildi. Fakat ağır kusurlu yenidoğanlar için takip edilmesi planlanan yeni bir prosedür çok yakında uygulamaya girecekti.

1.1.8. Groningen Protokolü: Yenidoğan ve Ötanazi

Hollanda'da 1995 ve 2001 yılında yapılan iki anket çalışmasına göre 12 aydan küçük bebeklerinin çoğunun (%65) ölümü, yaşamı idame ettiren tedavinin esirgenmesi veya tedaviye başlanmaması sonucunda gerçekleşiyordu. Haklarında karar verilen bebeklerin %60'ında tedavisi olmayan bir hastalık ve kaçınılmaz ölüm söz konusuydu. Geri kalan %40'lık kesimde ise karar yaşam kalitesinin düşüklüğü sebebiyle alınmıştı. Ayrıca tüm vakaların %1'inde ilaçlar ölümü hızlandırmak için kullanılmıştı. Bu veriler Hollanda'da yılda ortalama 15-20 kadar bebeğe aktif ötanazi uygulandığı gerçeğini açığa çıkarıyordu. Fakat Prins ve Kadjik emsal davalarına rağmen 1997-2005 yılları arasında yalnızca 3 vaka rapor edilmişti. Kanunî belirsizlik doktorları bu vakaları saklamaya itiyordu.[76]

Bunun üzerine 2001 yılında doktorların Groningen Üniversitesi Tıp Merkezi'nde karşılaşmış olduğu bir vaka protokolün hazırlanması için tetikleyici oldu.

[75] Wolter Brands vd., "Limited Rights of Minors in Dutch Healthcare", *The Journal of Forensic Odonto-stomatology*, 2014, 32/31-33.
[76] Verhagen, "The Groningen Protocol for Newborn Euthanasia; Which Way Did the Slippery Slope Tilt?", 293-294.

Distrofik Epidermolizis Bülloza isimli temas halinde deri döküntüsüne ve şiddetli ağrıya sebebiyet veren bir hastalığa sahip kız çocuğunun akıbeti tüm doktorları düşündürmekteydi. Kuvvetli ağır kesicileri bir yana bırakın ağır sedasyon bile bu küçük çocuğun çektiği ağrıları dindirememişti. Ayrıca çocuk herhangi bir tedaviye bağımlı olmadan da hayatta kalma imkanına sahip olduğundan tedavinin esirgenmesi seçeneği tamamen işlevsizdi. Aile çocuğa ötanazi uygulanmasını talep etmişti. Fakat henüz yasal olmaması sebebiyle doktor bu eylemi gerçekleştirmek istemedi. Daha küçük bir hastaneye nakli gerçekleşen bebek birkaç ay içerisinde vefat etti. Bu olay Groningen Protokolü'nün hazırlanmasına zemin hazırlamıştı.[77] Yenidoğanlar söz konusu olduğunda ötanazinin meşru kabul edilebileceği istisnai durumların varlığı aslında Prins ve Kadjik davalarıyla ispatlanmıştı. Bunu yasal bir zemine çekmek için çalışmalara başlayan Eduard Verhangen ve Pieter J.J. Sauer'in öncülük ettiği grubun hazırlamış olduğu Groningen Protokolü 2005 yılında *New England Journal of Medicine*'da yayınlandı.[78] Protokol ötanazinin meşru kabul edilebileceği bebekleri üç sınıfa ayırıyordu:

1. Tıbbi Teknoloji Kullanımına Rağmen Kısa Süre İçerisinde Ölecek Yenidoğanlar

Bu gruba şiddetli akciğer veya böbrek hipoplazisi (bir organın yetersiz gelişme nedeniyle doğumsal olarak küçük kalması) gibi ölümcül hastalığa sahip bebekler örnek olarak verilebilir. Bu bebekler için genelde doğumdan sonra durum tespiti için yaşam desteği sağlanır. Bazen böyle bebekleri kısa süre hayatta tutmak mümkün olabilir. Tedavinin faydasız ve ölümün kaçınılmaz olduğu anlaşıldığında ise yaşam desteği çekilerek bebeğin ebeveynin kollarında ölmesi sağlanmaktadır. Bebeğin yaşam desteği çekildikten hemen sonra ölmemesi durumundaysa gerekli şartlar sağlandığında aktif ötanazi seçeneği uygulanabilir.

[77] Van der Westhuizen, *The Legal Protection of Premature and Critically Ill Neonates: Can South Africa Learn from the Netherlands?* (SSRN Scholarly Paper, 01 Mayıs 2017), 218.
[78] Verhagen, "Neonatal Euthanasia", 297.

2. Yoğun Bakıma Bağımlı ve Kötü Prognozlu Yenidoğanlar

Daha çok ağır beyin anomalileri veya oksijen eksikliği kaynaklı ağır organ hasarı olan bebekler bu sınıfa dahildir. Bu çocuklar hayatta kalsa dahi çok kötü bir yaşam kalitesine sahip olacakları ön görülmektedir. Bu tür bebekler için tedavinin esirgenmesi kararı alındıktan sonra ölümün hemen gerçekleşmesi öngörülmüyorsa aktif ötanazi kararı verilebilmektedir.

3. Hayatta Kalmak İçin Yaşam Desteğine İhtiyacı Olmayan Fakat Sürekli ve Hafifletilemeyen Acılar Çekecek, Kalitesiz Bir Yaşamı Olması Beklenen Kötü Prognozlu Yenidoğanlar

Bu bebekler acısı sürekli, şiddetli ve hafifletilemeyen hastalıklara sahip bebeklerdir. Yoğun bir tıbbi tedavi görmeden de uzun süre yaşayabilirler hatta yetişkinlik yaşlarına kadar ulaşabilirler fakat yaşam kaliteleri çok düşüktür. Bu türe epidermolizis bülloza hastası yenidoğanlar örnek gösterilebilir. Bu hastalığın ciddi formlarında hastalar el ve ayak parmaklarını birleştiren, beslenme ve yutma zorluklarına yol açan sürekli yara izleri oluşturan büyük, ağrılı, sıvı dolu kabarcıklarla hayatlarına devam etmeye çalışmaktadır. Yine spina bfidanın en ciddi formuna sahip bebekler, ömür boyu tam bağımlılık, ömür boyu tam iletişimsizlikle karşı karşıya kalacak bebekler de bu kategori içerisinde yer almaktadır. Bu gruba ikinci gruba dahil olup yoğun bakımdan çıkan ve de şiddetli ağrılar çeken çocuklar da dahil edilebilir.[79]

Protokolde özellikle de ikinci ve üçüncü grup bebeklere ötanazi seçeneği sunulması gerektiği fikri savunuluyordu. Zira bu durumlarda uygulanabilecek tedaviler tıbbi sorunun çözümüne katkı sağlamayacaktı. Ayrıca tedavi, külfet-başarı terazisinde değerlendirildiğinde makul değildi. Bebek için asgari yaşam kalitesi düzeyi de sağlanamamaktaydı. Protokolde bu tür bebeklerim yaşam kalitesi değerlendirilirken de bazı kriterler belirlenmişti. Bu kriterler aşağıdaki gibiydi:

a. Beklenen İletişim Derecesi

b. Beklenen Özerklik/Bağımsızlık Olanakları

[79] Hilde Lindemann - Marian Verkerk, "Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol", *The Hastings Center Report* 38/1 (2008), 43-44; Verhagen - Sauer, "End-of-Life Decisions in Newborns", 736-737.

c. Tıbbi Bakıma Bağımlılık Derecesi

d. Acı Çekme Derecesi

e. Bebeğin Beklenen Yaşam Süresi. [80]

Groningen Protokolü yukarıda bahsettiğimiz grupların birine dahil olan ve hakkında tedavinin esirgenmesi kararı verilen bebek için ölüm süreci dayanılması güç bir hal aldığında aktif ötanaziyi meşru kabul ediyordu. Fakat ötanazinin uygulanması için özenli uygulama kriterlerine benzer bazı maddeler belirlenmişti. Buna göre;

a. Teşhis ve prognoz kesin olmalıdır.

b. Umutsuz ve dayanılmaz acılar mevcut olmalıdır.

c. Teşhis, prognoz ve dayanılmaz acı en az bir bağımsız doktor tarafından onaylanmalıdır.

d. Her iki ebeveyn de aydınlatılmış onam vermelidir.

e. Prosedür, kabul edilen tıbbi standartlara uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

Ayrıca Groningen Protokolüne göre aşağıdaki adımlar takip edilmeden bir yenidoğana ötanazi uygulamak mümkün değildi.[81]

1) Teşhis ve Prognoz

- Tanı koymak için kullanılan tüm ilgili tıbbi verileri ve tanısal incelemelerin sonuçlarını açıklayınız.
- Karar verme sürecindeki tüm katılımcıları, ifade edilen tüm görüşleri ve nihai fikir birliğini listeleyiniz.
- Uzun vadeli sağlığa ilişkin prognozun nasıl değerlendirildiğini açıklayınız.
- Acı çekme derecesinin ve beklenen yaşam süresinin nasıl değerlendirildiğini açıklayınız.
- Alternatif tedavilerin, acıyı hafifletmek için alternatif araçların veya her ikisinin de mevcut olup olmadığını açıklayınız.

[80] Theo A. Boer, "Recurring Themes in the Debate About Euthanasia and Assisted Suicide", *Journal of Religious Ethics* 35/3 (2007), 546; Yağız, *Hollanda ve Belçika'da Pediatrik Hastalara Aktif Ötanazi Uygulamaları ve Doğurduğu Etik Tartışmalar*, 99.

[81] Verhagen - Sauer, "The Groningen Protocol Euthanasia in Severely Ill Newborns", 961.

2) Ötanazi Kararı

- Ötanazi kararından önceki tedavileri ve tedavi sonuçlarını tanımlayınız.
- Olası ötanazi hakkındaki tartışmayı kimin ve hangi anda başlattığını açıklayınız.
- Karara neden olan düşünceleri listeleyiniz. Karar verme sürecindeki tüm katılımcıları, ifade edilen tüm görüşleri ve nihai fikir birliğini listeleyiniz.
- Ebeveynlerin bilgilendirilme şeklini ve görüşlerini açıklayınız.

3) Konsültasyon

- İkinci bir görüş bildiren doktor veya doktorları tanımlayınız (isim ve nitelikler).
- Muayenelerin sonuçlarını ve danışman doktor veya doktorlar tarafından yapılan tavsiyeleri listeleyiniz.

4) Uygulama

- Fiili ötanazi prosedürünü tanımlayınız (zaman, yer, katılımcılar ve ilaçların uygulanması).
- Seçilen ötanazi yöntemini ve nedenlerini açıklayınız.

5) Ölümden Sonra Atılan Adımlar

- Adli tabibin bulgularını açıklayınız.
- Ötanazinin savcılık makamına nasıl rapor edildiğini açıklayınız.
- Ebeveynlerin nasıl desteklendiğini ve danışmanlık verildiğini açıklayınız.
- Vaka incelemesi, postmortem inceleme ve genetik danışmanlık da dahil olmak üzere planlanan takibi açıklayınız.[82]

Belirlenen bu protokolle ağır engelli yenidoğanların yaşamlarını sonlandırırken belirli bir standardın takip edilmesi hedeflenmişti. Ayrıca raporlamanın 2007 yılından itibaren tıpkı yetişkinler ve 12 yaşından büyük çocuklarda olduğu gibi doğrudan savcılığa değil etikçiler hukukçular ve doktorlardan oluşan bir heyete yapılması doktorların endişelerini dindirmekte ve raporlama faaliyetine teşvik

[82] Lindemann - Verkerk, "Ending the Life of a Newborn", 45; Verhagen - Sauer, "The Groningen Protocol Euthanasia in Severely Ill Newborns", 961.

etmekteydi. Araştırmalara göre protokol kendisinden beklenen performansı da göstermişti. Daha önce yılda ortalama 20 vakadan bahsedilirken Groningen Protokolü'nün devlet tarafından kullanılmasının ardından beş yıl içerisinde sadece 2 vaka raporlanmıştı. Bu azalma öncesinde hem ötanazi ve palyatif bakımın sınırlarının oldukça belirsiz olmasının hem de 2007'den beri Hollanda sağlık hizmetine dahil edilen doğum öncesi tarama testlerinin bir sonucu olarak kabul edilebilirdi.[83] Yani artık ötanazinin hedefi olabilecek bebekler henüz doğmadan anne karnında öldürülüyordu. Peki bu daha iyi bir seçenek miydi?

1.1.9. 2.1.9. Halka Genişliyor mu?

Günümüzde Hollanda'da halen 2002 yılında geçerli olan yasa takip edilmektedir. Yani 12 ila 16 yaş aralığındaki kimseler ebeveynin veya yasal vasisinin onayıyla, 16-18 yaş aralığındaki bireyler ise kendi talepleriyle gerekli şartlar sağlandığı takdirde ötanazi veya yardımlı intiharla yaşamlarına son verebilirler. Ayrıca 2005 yılından beri yenidoğanlarda ötanaziyi düzenleyen protokol Hollanda'da devlet kurumları tarafından kullanılmaktadır.

Peki 1-12 yaş arasındaki çocuklar? Bu yaş aralığı Hollanda'da ötanazinin muhatabı değil mi? Yakın zamana kadar bu yaş aralığındaki çocuklar için ötanazi ve yardımlı intihar henüz yasal bir seçenek değildi. Fakat 1 Şubat 2024 tarihi itibariyle artık Hollanda mevzuatında 1-12 yaş arasındaki çocuklar içinde veli onayı şartıyla ötanazi yasal hale gelmiştir. Bu yeni gelişmeyle artık Hollanda'da yaş kategorisi ayırt edilmeksizin çocuklara ötanaziye erişim imkânı sunuluyor. Halkanın çocuklar için yeterince genişledi peki bu genişlemeden toplumun farklı kesimlerini hedef alıp almayacağını ise ilerleyen zamanlarda göreceğiz.

1.2. BELÇİKA ÖRNEĞİ

1.2.1. Duyarsızlıktan Yasallığa: Belçika'da Ötanazi Tarihi

Belçika'da ötanazinin yasallaşması, Hollanda'ya kıyasla çok daha kısa bir tarihe sahiptir. Zira ötanazi karşıtlarının sesi Belçika'da Hollanda'da olduğu kadar

[83] Verhagen, "Neonatal Euthanasia", 297.

gür çıkmıyor, Belçika mahkemeleri ötanazi davalarını takip etmiyordu. Belçika mahkemeleri yasallaşmadan önce ötanaziyle ilgili herhangi bir içtihat kararı da almamıştı. Ötanazi Belçika'da toplumsal bir gerçeklik olarak varlığını sürdürüyor fakat yasal serbestlik bulunmamasına rağmen bu eylem Belçika'da olumsuz tepkiyle karşılanmıyordu. Bu bağlamda Belçika'da zaten cezası olmayan bir uygulamanın suç olmaktan çıkması gibi ilginç bir süreç yaşanmıştı. Ahlaki duyarsızlığın baş gösterdiği bu durumda ötanazinin yasal statüye kavuşması sürpriz olmayacaktı. Hollanda'da mahkeme kararlarıyla gelişen süreç Belçika'da politikacıların müdahalesiyle şekillenecekti. Belçika'da ötanazi tartışmaları 1970'li yıllarda medya aracılığıyla başlasa da yasallaşma için ilk adımlar 1980'ler gibi geç bir tarihte atıldı. 1981 yılında Belçika'da kurulan ve günümüzde de faaliyetlerini sürdüren Onurlu Ölüm Hakkı Derneği (*ADMD -Association belge pour le Droit de Mourir dans la Dignité*) ve 1983 yılında Flaman bölgesinde kurulan Onurlu Ölüm Hakkı Topluluğu (*RWS- Vereniging voor het Recht op Waardig Sterven*)'nun kurulmasıyla ötanazi lehine örgütlenme yasal olarak başlamış oldu. Eş zamanlı olarak Belçika'da ötanazi destekçisi doktorlar da medyada büyük ilgi görmeye başladı.[84]

Çocukların meseleye dahil olması ise 2014 yılında ötanazi yasasında yapılan bir düzenlemeyle gerçekleşmişti. Bu konudaki tartışmaların fitilini ise "emancipated minors"[85] olarak isimlendirilen, mahkeme kararıyla ergin kabul edilen çocuklara tanınan ötanazi imkânını aynı yaşta diğer çocuklara tanımamanın ayrımcılık olduğu fikri ateşlemişti.[86]

1.2.2. 1984-1996: Siyaset Arenasındaki Hareketlenmeler

1980'li yılların başında ötanazinin yasallaşmasına yönelik ilk toplumsal reflekslerin ardından Belçika'da siyasi hareketlenmeler başlamıştı. 1984-1996 yılları

[84] Toni C. Saad, "Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review", *Issues in Law & Medicine* 32 (2017), 184-186.
[85] Erginleştirilmiş küçükler ya da özgürleştirilmiş küçükler olarak çevrilebilecek olan "Emancipated Minors" tabiri Belçika'da 18 yaşından küçük olup mahkeme kararı veya evlilik sebebiyle yetişkin statüsünde kabul edilen bireyleri ifade etmektedir. Bu tabirin karşılığını Türk Hukukunda "küçüğün ergin kılınması" başlığı altında bulmak mümkündür. Kişi 17 yaşını doldurduğu takdirde evlilikle veya yaştan bağımsız olarak mahkeme kararıyla ergin kılınması mümkündür. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Kemal Oğuzman vd., *Kişiler Hukuku* (İstanbul: Filiz Kitapevi, 2019), 67-73.
[86] Mannaerts - Mortier, "Minors and Euthanasia", 255-257.

arasında Belçika Parlamentosu'na toplamda dokuz ötanazi yasa tasarısı sunuldu (D'Hose 1984; Klein 1986 ve 1988; Standaert 1993; Cuyvers 1994; Boutmans 1995; Moureaux 1995; Monfils 1995; Coveliers 1996). Bu tasarıların dördü 1995-1996 yılları arasında sunulmuştu. Yani 90'lı yılların ortalarına gelindiğinde ötanazi Belçika Parlamentosu'nda oldukça sık gündeme gelmekteydi. Fakat söz konusu tekliflere rağmen kayda değer bir ilerleme gerçekleşmemişti.[87] Hollanda'daki gelişmeleri yakından takip eden Belçika'da ötanazi konusunda yasal düzenleme arzusu giderek büyümüştü. Bu siyasi hareketlenmenin bir sonucu olarak 1995 yılında Federal Biyoetik Danışma Komitesi (*Belgian Advisory Committee on Bioethics-BACB*)[88] kuruldu. 1996 yılında faaliyetlerine başlayan komite 35 asil 35 yedek üyeden oluşmaktaydı. Üyeler arasında, doktorlar, hemşireler, hakimler, avukatlar, sosyal bilimciler, ahlak felsefesi ve teoloji uzmanları bulunmaktaydı. Komitenin birinci görevi ötanazi hakkında kamuoyunun fikirlerini ortaya çıkaracak tavsiyelerde bulunmaktı.[89]

Komite ötanaziyle ilgili mevzuatın tahrip edilebilirliğine ilişkin 1 No'lu raporunu 12 Mayıs 1997'de yayımladı. Bu raporla sağlanan en büyük yarar, ötanazinin tanımının yapılmasıydı. Belçika'da ötanazi tıpkı Hollanda'da olduğu gibi "başka bir kişinin yaşamına, o kişinin isteği üzerine kasıtlı olarak son vermek" şeklinde tanımlanmıştı. Bu raporun ardından Belçika'da süregelen tartışmalarda da ötanazi terimi, tedavinin esirgenmesi vb. yaşam sonu kararlarından ayrışarak yalnızca aktif, doğrudan ve gönüllü yaşam sonu kararını ifade etmek için kullanıldı. Bu tanım tartışmanın sınırlarını belirlemek adına kıymetli bir adımdı. Komite, raporunda tavsiyelerini sunmadan önce yalnıza hastanın umutsuz bir halde olduğu ve yaşamı sonlandırıcı eylemin bir hekim tarafından gerçekleştirildiği durumlara ilişkin görüş bildirdiğini açıkça belirtmişti. BACB'nin ilk raporunda ötanaziye dair dört farklı öneri yer almaktadır.[90]

[87] Broeckaert, "Belgium", 96.
[88] Federal Advisory Committee on Bioethics (FACB) şeklinde de isimlendirilmektedir.
[89] Vermeersch, "The Belgian Law on Euthanasia", 394.
[90] Herman Nys, "Advice of the Federal Advisory Committee on Bioethics Concerning Legalisation of Euthanasia", *European Journal of Health Law* 4/4 (01 Ocak 1997), 389-390.

Bu önerilerin ilki, ötanaziyi bir hasta hakkı olarak tanımlayıp, yasallaştırmayı teklif ediyordu. İkinci öneriye göre ise ötanazi ceza hukukunda suç olma vasfını koruyacak fakat bu fiilin meşru olabileceği bazı zaruri haller ve bu zaruri hallerde dikkate alınacak koşullar belirlenecekti. Doktor ötanazi uygularken bu koşullara uyduğunu kanıtladığı takdirde herhangi bir cezai müeyyideyle karşı karşıya kalmayacaktı. Bu koşullar öneride: (a) hastanın durumunu dayanılmaz bir acı çekme hali olarak deneyimlemesi;(b) hastanın düşünülmüş ve kalıcı bir talebinin olması; (c) ötanazinin bir meslektaşına danıştıktan ve yakınları ile bakım ekibini bilgilendirdikten sonra bir hekim tarafından gerçekleştirilmesi; (d) ötanaziyi gerçekleştirmek için yeterli araçların kullanılması şeklinde yer almıştı. Bu öneriyle Hollanda modeline benzer olarak ötanazi vakalarının hekim tarafından doldurularak adli makamlar tarafından denetlenen bir formla kayıt altına alınması teklif ediliyordu.[91] Üçüncü öneri ise raporlamanın yalnızca geriye dönük olmamasını, uygulama öncesini de kapsayacak şekilde genişletilmesini teklif ediyordu. Yani ötanazi uygulanmadan önce ötanaziyi yasal olarak bağlayıcı hale getirecek bazı prosedürlerin takip edilmesi öneriliyordu. Bu prosedürlerle, kararın başka bir doktor, bakım ekibi ve aile tarafından değerlendirilmesi, bu değerlendirmelerin kayıt altına alınması hedeflenmiştir. Bu kayıt sistemi sayesinde hekim için de zaruret durumunu açıkça ortaya koyabileceği güvenli bir alan oluşacak, ötanazi kararının sorumluluğu pek çok kişi tarafından paylaşılacaktır. Mevcut yasa değişmeden zaruret argümanı ile ötanaziyi sadece belli durumlara mahsus kılacak bu teklif ötanazi karşıtları ve taraftarlarını orta noktada birleştirme potansiyeline sahipti. Dördüncü ve son öneride ise ötanazi hakkındaki yasağın devam etmesi teklif edilmiştir.[92] Bu raporun yayınlanmasının ardından Komite ilgili makamlara geniş bir demokratik tartışma başlatmaları için çağırıda bulundu.

1.2.3. 9 No'lu Rapor: Ehil Olmayan Hastalarda Ötanazi Tartışmaları

Komite'nin çağırısı üzerine 9-10 Aralık tarihlerinde Senato'da bir tartışma başladı. Tartışmada ilginç bir şekilde aşırı sağcı bir parti hariç Hristiyan demokratların

[91] Vermeersch, "The Belgian Law on Euthanasia", 395.
[92] Broeckaert, "Belgium", 96-97.

da içerisinde bulunduğu tüm partilerin ötanazinin düzenlenmesi hususunda istekli olduğu görülüyordu. Fakat bu tartışmanın somut bir çıktısı olmadı. Tartışmalar sonucunda Danışma Komitesi'nden ehliyetsiz hastaların hayatına son verilmesi meselesine dair tavsiyeler içeren bir rapor talep edildi. Bu rapor 1999 yılı şubat ayının sonuna kadar teslim edilmeyecekti.[93]

İki gün süren Senato tartışmasının ardından ötanazi tartışmaları sekteye uğramış gibi gözüküyordu. Çeşitli siyasi sebeplerle ötelenen tartışmalar 2 Şubat 1999'da ötanazinin yasal olarak tanınmasını isteyen iki partinin sunduğu yasa tasarısıyla tekrar başladı. Tasarının sunulmasından birkaç hafta sonra FACB'nin uzun süredir beklenen ve ehliyetsiz hastalarda yaşamı sonlandıran eylemlerle ilgili raporu da yayınlanmıştı. Raporda bahsedilen eylemler "çıkmaz bir durumda olan ve istekleri bilinemeyen bir hastanın yaşamını sonlandırmak için bir doktor tarafından kasıtlı olarak yapılan eylem" olarak tanımlanıyordu. Bu tanım bağlamında bu raporun hedef kitlesini ağır engelli yenidoğanlar, sürekli bitkisel hayattaki hastalar ve demans hastaları oluşturuyordu. Raporda komite üyelerinin fikir ayrılıklarını yansıtan üç farklı öneriden bahsediliyordu.[94]

Bu önerilerden birincisinde ehliyetsiz olan hastanın durumu umutsuz olarak nitelenebildiğinde ötanazinin yasal kabul edilebileceği ifade ediliyordu. Ayrıca halihazırda ehliyetsiz olan fakat öncesinde ehil olan hasta ileriye yönelik sağlık talimatıyla (*advance directive*) bulunmuş veya yasal bir temsilci belirlemişse bu ön direktif ya da temsilcinin kararı doğrultusunda ötanazi uygulaması da yasal kabul edilebilirdi. Doktorun bu durumda başka bir hekime danışması, aile ve bakım ekibini bilgilendirmesi gerekliydi. Hiçbir zaman ehil olmamış hasta söz konusu olduğunda ise aile ve bakım ekibi eylemin arzu edilebilirliği konusunda hemfikirse hekimin yasal temsilcilerin isteği üzerine yaşamı sonlandırması mümkün görülebilirdi. Ehil olmayan hasta ehil durumdayken bir ön direktifte bulunmadıysa veya kendi adına karar verecek herhangi bir temsilci seçmediyse ancak zorunluluk durumunun vuku bulması halinde ötanazi haklı kabul edilebilirdi. *İkinci* öneriye göre ise eğer hasta ehilken bir ön

[93] Vermeersch, "The Belgian Law on Euthanasia", 395.
[94] Paul Schotsmans - Bert Broeckaert, "Debating Euthanasia in Belgium: Part Two", *The Hastings Center Report* 29/5 (1999), 48.

direktifte bulunmuşsa uygulama öncesinde yapılacak bir raporlama prosedürüyle ötanaziye izin verilebilirdi. Eğer hastanın bir direktifi yoksa ötanazi kabul edilemezdi. Bu öneri bazı istisnai durumların varlığını kabul etmekle birlikte ötanazi ve yaşamın aktif olarak sona erdirilmesinin suç olarak kabul edilmeye devam edilmesinin gerekliliğini savunuyordu. *Üçüncü* ve son öneriyi savunanlar ise ehliyetsiz hastalar söz konusu olduğunda mevcut yasağın hiçbir istisna kabul etmeksizin devam etmesini talep ediyorlardı.[95]

1.2.4. Yeni Koalisyon Yeni Yasa

Belçika Parlamentosu'nda her ne kadar ötanazinin uygulanabileceği zarurî durumlar olduğu fikrine sıcak bakılıyor olsa da ötanazinin suç olmaktan çıkmasını onaylamayan bir siyasi damar vardı: Hristiyan demokratlar. Hristiyan demokratların koalisyon hükümetinin bir parçası olması ötanazinin yasal kabul edilmesi önünde büyük bir engeldi. Fakat bu engelin kalkması da uzun sürmeyecekti. 13 Haziran 1999 genel seçimleriyle birlikte Hristiyan demokratların içerisinde bulunduğu koalisyon hükümeti değişti. 1958'ten bu yana iktidarda varlığını sürdüren Hristiyan demokratların yokluğu ötanazinin yasallaşmasına kapı aralayacaktı. 6 liberal demokrat, sosyal demokrat ve yeşil partiyi içerisinde barındıran yeni koalisyon hükümeti (gökkuşağı hükümeti olarak da isimlendirilir) iktidara geldiği ilk andan itibaren ötanazinin yasal kabul edilmesi için harekete geçecekti. Yeni hükümet için kurulacak ittifak anlaşmasının henüz mürekkebi kurumadan ötanazi ile ilgili yasa tasarıları gündeme gelmeye başladı. Bu çağrının ardından parlamentoda beş ay içerisinde farklı partiler tarafından ötanazi düzenlemesi ile ilgili yedi yasa tasarısı sunuldu. Bu yasa tasarılarının ikisini de dönemin muhalefeti olan Hristiyan demokratlar sunmuştu. Sunulan yasa tasarılarının ardından hükümetin farklı partilerinden altı senatörün; ötanazi, ötanazi denetleme komisyonun kurulması ve palyatif bakım hakkında üç yasa tasarısını Senato Meclisi'ne sunması başta Hristiyan demokratlar olmak üzere pek çok kişi için sürpriz oldu. Senato üyeleri her ne kadar bu tasarının 2000 yılında oylanmasını talep etse de Senato içinden ve dışarıdan gelen itirazlar, sunulan tasarıların geliştirilmeye muhtaç olduğu yönündeydi. 2000 yılına

[95] Broeckaert, "Belgium", 98.

geldiğimizde Senato Adalet ve Sosyal İlişkiler Komisyonu ipleri eline aldı, daha önce meclise sunulan tasarılar enine boyuna incelendi. Taslaklarla ilgili 600'den fazla değişiklik tartışılıyor, 40'tan fazla uzmanın görüşüne başvuruluyordu. 8 Kasım 2000 tarihinde çoğunluk tasarısı olarak da isimlendirilen yasa tasarısını sunan senatörler kendi tasarılarına ilişkin bir dizi değişiklik önergesi sundu. Bu önerge sayesinde yasa tasarıları ana maddeler değişmeden yenilenmişti. 2000 yılı Kasım ayında *The Lancet* dergisinde yayınlanan "End-of-Life Decisions in Medical Practice in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey" isimli çalışma işleyişi daha da hızlandıracaktı. Bu çalışma Belçika'da yıllık ölümlerin ortalama %1,3'nün ötanazi ve hekim destekli intiharla gerçekleştiği gerçeğini ortaya koyuyordu.[96] Bu oran bir düzenlemeye ihtiyaç olduğuna işaret etmekteydi.

Yapılan pek çok değişikliğin ardından çoğunluğun beklentilerini karşılayacak hale getirilen yasa tasarısı, 21 Mart 2001'de Senato Adalet ve Sosyal İşler Komisyonlarında, 25 Ekim 2001'de Senato'da, 16 Mayıs 2002'de de Temsilciler Meclisi'nde oylanarak kabul edilmişti. Yasa 23 Eylül 2002 tarihinde yürürlüğe girdi.[97] Peki bu yeni yasa ötanazi için hangi şartları ön görüyordu?

1.2.5. 2002 Ötanazi Yasası: Psikiyatri Hastalarına Ötanazi Serbestliği

2002'de yürürlüğe giren yasa incelendiğinde karşımıza öncelikle ötanazinin suç teşkil etmemesi için doktorun uyması gereken bazı şartlar çıkar. Söz konusu şartlar aşağıdaki gibidir:

> **a.** Hasta talepte bulunduğu anda reşit veya mahkeme kararıyla ergin kabul edilen bir çocuk olmalı ve yine talepte bulunduğu anda yetkin ve bilinçli olmalıdır.
>
> **b.** Talep gönüllü, iyi düşünülmüş ve tekrarlanmış olmalı, herhangi bir dış baskı sonucunda ortaya çıkmamalıdır.

[96] Luc Deliens vd., "End of Life Decisions in Medical Practice in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey", *The Lancet* 356/9244 (25 Kasım 2000), 1806.
[97] Vermeersch, "The Belgian Law on Euthanasia", 396.

c. Hasta, iyileştirilemeyen ciddi bir hastalık veya kaza sonucu oluşan hafifletilmesi mümkün olmayan sürekli, dayanılmaz fiziksel ve zihinsel acıdan mustarip olduğu ve tedavinin tıbben faydasız olduğu bir durumda bulunmalıdır.

d. Doktor bu kanun uyarınca belirlenen koşullara ve prosedürlere saygı göstermelidir.

Yasanın ilerleyen maddelerinde ise hekimin ötanazi uygulamadan önce takip etmesi gereken adımlar belirlenmiştir. Öncelikle hekim hastayı sağlık durumu ve yaşam beklentisi hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmekle mükelleftir. Hastayla ötanazi talebi, olası tedavi ve palyatif bakım seçenekleri tartışılır. Hekimin de hastayla birlikte durumun makul bir alternatifi olmadığına ve hastanın talebinin tamamen gönüllü olduğuna inanması gerekmektedir. Hekim hastayla makul bir zaman dilimine yayılmış birkaç görüşme yapmalıdır. Bu sayede hekim, hastanın sürekli fiziksel veya zihinsel acı çektiğine ve talebin düşünülmüş, kalıcı olduğuna kanaat getirebilir. Ayrıca hekimin durumu bir meslektaşıyla da istişare etmesi gerekmektedir. Danışılan doktor danışma sebebini bilmelidir. Danışılan doktor tıbbi kayıtları inceleyerek ve hastayı muayene ederek durum hakkında kanaatini bildirir. Tedavi eden hekim hastaya bu danışmanın görüşleri hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca hastayla düzenli teması olan bir hemşire ekibi varsa bu ekiple ve hasta istediği takdirde atadığı yakınlarıyla da ötanazi talebi tartışılır. Hastanın talep hakkında konuşma fırsatı bulduğundan ve görüşmek istediği herkesle talebini değerlendirdiğinden emin olmak gerekir. Eğer hastanın yakın bir gelecekte ölümü beklenmiyorsa hekim ilgili bozukluğun uzmanı olan bir psikiyatriste veya bir hekime ikinci doktor olarak danışmalıdır. Danışılan doktor, tıbbi kayıtları gözden geçirir, hastayı muayene eder. Danışılan doktorun da hastanın ötanazi isteğinin gönüllü, iyi düşünülmüş ve tekrar edilmiş taleplere dayanan, hafifletilemeyen sürekli ve dayanılmaz fiziksel veya zihinsel acıdan kaynaklı olduğuna emin olması ve ulaştığı bulguları rapor etmesi gerekmektedir. İkinci olarak görüşüne başvurulan doktor, hastadan ve başlangıçta danışılan doktordan bağımsız olmalıdır. Tedaviyi sürdüren hekim ikinci olarak danıştığı doktorun kanaatini de hastayla

paylaşmalıdır. Ölümün hemen beklenmediği durumlarda hastanın yazılı talebiyle ötanazi eylemi arasında en az bir ay olması gerekmektedir.[98]

Ayrıca yasada talebin niteliği ile ilgili çeşitli detaylara da rastlamak mümkündür. Hastanın talebi muhakkak yazılı olmalıdır. Belge hasta tarafından hazırlanmalı, tarihlenmeli ve imzalanmalıdır. Eğer hasta bunu yapmaya kabil değilse belge atadığı bir kişi tarafından hazırlanır. Atanan kişi reşit ve hastanın ölümünden menfaat sağlamayacak biri olmalıdır. Belge hastanın ötanazi talep ettiği doktorun huzurunda hazırlanır ve tıbbi kayıtlara eklenir. Hastanın istediği zaman talebi geri çekme hakkı vardır. Hastanın yapmış oldu tüm talepler, tedavi eden ve danışılan doktorun yapmış olduğu her türlü işlem ve düzenlediği her rapor hastanın dosyasına işlenmelidir.[99]

Yasanın geri kalan kısmında ön direktifle ötanazi talimatı düzenlenmiş ardından Federal Kontrol ve Değerlendirme Komisyonu'nun (FCECE) yapısından ve görevlerinden bahsedilmiştir. Bu komisyon Hollanda'dakine benzer şekilde hekimle savcılık arasında bir tampon işlevi görerek ötanazi vakalarını değerlendiriyordu.[100] Ayrıca kanunda takip edilmesi gereken ötanazi raporlama prosedürü tüm ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Bütün yasayı detaylı olarak incelemek tarihi seyri takip açısından anlamlı bir katkı sunmayacağından bu kadarla iktifa edeceğiz.

Görüldüğü üzere ötanaziye ilişkin Belçika yasasında karşımıza çıkan şartlar Hollanda yasasına kıyasla oldukça teferruatlı şekilde düzenlenmiş, hastanın içerisinde bulunması gereken durum olabildiğince tasvir edilmişti. Yasanın genel itibariyle daha fazla ayrıntıyı zikreden doğası Belçika mahkemelerinin ötanazi konusunda herhangi bir içtihat kararına sahip olmamasından kaynaklanmaktadır. Hollanda mahkemelerinin zaman içerisinde kazandığı birikimin eksikliğini bu şekilde gidermeye çalışan yasa buna rağmen pek çok eleştiriye maruz kalmaktan kurtulamamıştır.[101] Zira hastanın

[98] "The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002", çev. Kidd Dale, *Ethical Perspectives* 9/2-3 (2002), 183-188. Bu bölümde 2002 yılında Dale Kidd tarafından çevrilerek *Ethical Perspectives* dergisinde yayımlanan kanun çevirinsen yararlanılmıştır.
[99] Raphael Cohen-Almagor, "Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement", *Issues in Law & Medicine* 24/3 (2009), 192.
[100] Jan Jans, "The Belgian 'Act on Euthanasia': Clarifying Context, Legislation and Practice from an Ethical Point of View", *Journal of the Society of Christian Ethics* 25/2 (2005), 167.
[101] Maurice Adams - Herman Nys, "Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002", *Medical Law Review* 11 (2003), 354.

içerisinde bulunması gereken durum tasvir edilse de tespit ve uygulamaya dair pek çok konu hala belirsizdi. Ayrıca Belçika yasası zihinsel acıları da ötanazi sebebi kabul ederek bu alanda yeni bir kulvar açmış oluyordu.[102]

1.2.6. Yaş Sınırından Temyiz Gücüne

Belçika'da ötanaziyi meşru hale getiren yasa 2002 yılında yürürlüğe girdi fakat yasanın yürürlüğe girmesi tartışmaları sonlandırmamıştı. Doktorlar sürece yeterince katılmadıklarından şikâyet ediyor, yasanın yeterince üzerine düşünülmeden kabul edildiği iddia ediliyordu.[103] Bu dönemde gündeme gelen en önemli tartışmalardan biri de mahkeme kararıyla ergin kabul edilen küçüklere tanınan ötanazi hakkının aynı yaşta ve olgunluk düzeyinde olan fakat mahkeme kararıyla reşit kabul edilmemiş çocuklara tanınmamasıyla ilgiliydi. Ayrıca Hollanda'da belirlenen yaş sınırının keyfi olduğu iddiaları ortaya atılıyor, çocuğun birdenbire 18 yaşına bastığı gecede karar verme ayrıcalığını elde etmesi fikri eleştiriliyordu.[104] Üstüne üstlük 2002'de kabul edilen Belçika Hasta Hakları Yasası'na göre reşit olmayanlar olgunlukları ve yaşları nispetince kendileri hakkında verilecek tıbbi kararlara dahil olabiliyorken ötanazi talebinde bulunamıyorlardı.[105]

Çocukların yasaya dahil edilmesi meselesi aslında yasa çıkmadan önce de çok kez gündeme gelmişti. Fakat bu konu ceza kanununda yapılacak radikal bir değişimi de gerektirme ihtimali göz önünde bulundurularak ötelenmişti. 2002 yılından 2014 yılına kadar çocukların da yasaya dahil olması için pek çok yasa teklifi gündeme geldi. Meseleyle ilgili yasa tasarıları 2004, 2006, 2010, 2012 yıllarında detaylı şekilde tartışıldı. Bahsi geçen teklifleri üç başlık altında toplamak mümkündü. a. Biyolojik yaş sınırını korumayı fakat 18 yaşın altına çekmeyi öneren teklifler. b. Yaş sınırını kaldırmayı ve temyiz gücüne sahip (diğer tüm şartları da sağlayan) tüm çocuklarda ötanazi serbestliğini öneren teklifler. c. Temyiz gücüne sahip tüm çocuklara ve temyiz

[102] Sophia Kuby - Jean Paul Van De Walle, *The Legalization of Euthanasia and Assisted Suicide: An Inevitable Slippery Slope* (ADF International, 2021), 29.
[103] Cohen-Almagor, "Euthanasia Policy and Practice in Belgium", 196.
[104] Jo Samanta, "Children and Euthanasia: Belgium's Controversial New Law", *Diversity & Equality in Health and Care* 12 (01 Ocak 2015), 4-5.
[105] Mannaerts - Mortier, "Minors and Euthanasia", 259.

gücüne sahip olmayan çocuklara ebeveynin ve yasal temsilcilerinin talebiyle ötanazi serbestliği öneren teklifler.[106]

2013 yılına kadar sunulan bu tekliflerin hepsi reddedildi. Fakat o yıl meclise çocuklarla ilgili birkaç yasa teklifi daha sunulunca Senato meseleyle ilgili Belçikalı uzmanların görüşlerini almak üzere bir dizi oturum düzenleme kararı aldı. Oturumlar sonucunda uzmanların çoğunun yasanın ehil küçükleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi yönünde kanaat bildirdiği ortaya çıktı. Genel kanaatin olumlu yönde olduğunu gören dört senatör Senato'da uzun uzadıya tartışılan ve üzerinde pek çok değişiklik yapılan bir yasa teklifi daha sundu. Gerekli değişikliklerden sonra teklif Senato'da oy çokluğu ile kabul edildi. Temsilciler Meclisi'nde de onaylanan yasa 2014 yılında resmen yürürlüğe girecekti.[107] Yaş sınırını kaldırarak temyiz gücünü dikkate alan yeni düzenleme haksızlığa mâni olmak ve adalet kaygısıyla ortaya çıkmıştı. Peki bu herkes için adaleti sağlayabilecek miydi?

1.2.7. Herkes İçin Adalet?

Yaş sınırını kaldırarak temyiz gücünü ötanazi ön koşulu kabul eden yasa 18 yaş altı ötanazi için çeşitli ek tedbirler ve değişiklikler de getiriyordu. Yasanın gündeme getirdiği en önemli şartlardan biri 18 yaş altı söz konusu olduğunda psikolojik acının uygun bir endikasyon olarak kabul edilmemesiydi. Ayrıca değişiklikle 18 yaş altı hastalarda ötanazi talebinin yasal kabul edilebilmesi için ölümün kısa süre içerisinde gerçekleşecek olması şart koşuldu. Yine yetişkinlerde ötanazi için sorumlu hekime ek olarak bir hekimin konsültasyonu yeterliyken -yakın gelecekte ölüm bekleniyorsa- bir uzman veya psikiyatristle de görüşmek şart koşulmuştu. 18 yaş altı bireylerde ek olarak hastanın temyiz gücünü ve psikolojik durumunu değerlendirecek bir çocuk psikiyatristi veya psikoloğuna müracaat edilmesi gerekliydi. Danışılan doktor, sonucu hem çocukla hem de çocuğun yasal temsilcisiyle paylaşmakla yükümlüydü. Reşit olmayan bireyin yalnızca kendi rızası da ötanazi için yeterli değildi. 18 yaş altı bireylerde ötanazi için hem çocuğun hem de yasal temsilcisi olan ebeveynin rızası şart koşulmuştu. İki tarafın da rızasını yazılı olarak beyan etmesi ve bu beyanların hastanın

[106] Raus, "The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors", 306-307.
[107] Raphael Cohen-Almagor, "Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors?", *Perspectives in Biology and Medicine* 61/2 (2018), 233.

tıbbi dosyasına eklenmesi gerekliydi. Reşit olmayan hastalar ön direktifle de ötanazi talebinde bulunamayacaktı.[108]

Dönemin çok partili hükümet koalisyonunda olan Hristiyan demokratların itirazlarına rağmen iktidarın diğer üyeleri, muhalefetin de desteğiyle yasa değişikliğini Meclis'ten geçirmeyi başardı. Konuyla alakalı Katolik kilisesinin de tepkisi dikkat çekiciydi. Dönemin Belçika Katolik Kilisesi başkanı Başpiskopos André Leonard, yasa değişikliğini onaylamadıklarını açıkça dile getirmiş, birkaç kilise değişiklik aleyhinde protesto ayinleri düzenlemişti. Tıp dünyasının da değişiklik konusunda kafası karışıktı. Bu değişikliğe karşı çıkan doktorlar kadar değişimi destekleyenler de vardı. Pek çok doktorun değişikliği desteklediğine dair nitel çalışmalar zaten yasa kabul edilmeden önce ortaya konmuştu.[109] Ayrıca çeşitli çocuk doktorlarının çocuk ötanazisini desteklediklerini açıkladıkları mektuplar da Belçika basınında yer aldı. Öte yandan 160'tan fazla doktorun imzaladığı yasa değişikliğine karşı dilekçe Belçika Temsilciler Meclisi Başkanlığı'na sunuldu.[110]

Pek çok tartışmanın gölgesinde ayırt etme gücünü ötanazi için belirleyici kabul eden yasa 2014 yılında yürürlüğe girdi. Özgürleştirilmiş küçüklere verilen hakkın belki yine aynı yaştaki aynı kapasiteye sahip diğer çocuklara tanınmamasının adaletsizlik olacağı fikriyle değiştirilen yasa gerçekten adaleti sağlıyor muydu? Yasa 18 yaş altı bireyler için de ötanazi imkânı sağlıyor olsa da ayırt etme kapasitesine sahip çocuklara özgürleştirilmiş küçüklerin sahip olduğu haktan çok daha kısıtlı bir hak tanıyordu. Ayrıca ayırt etme kapasitesini ötanazi için şart koşarak yenidoğanları, küçük çocukları ötanazinin öznesi olmaktan çıkarıyordu. Peki Belçika Yasası, Hollanda Yasası'ndan daha mı güvenli? Adalet sağlandı mı ya da ötanazi söz konusu olduğunda herkes için adaleti sağlamak gerçekten gerekli miydi?

[108] Raus vd., "The Extension of the Belgian Euthanasia Law to Minors in 2014", 48-50.
[109] Geert Pousset vd., "Attitudes and Practices of Physicians Regarding Physician-Assisted Dying in Minors", *Archives of Disease in Childhood* 96/10 (Ekim 2011), 952.
[110] Ian Traynor, "Belgian Law on Euthanasia for Children, with No Age Limit, Will Be First in World", *The Guardian* (12 Şubat 2014), blm. World news.

1.2.8. Son 10 Yılda Neler Oldu?

Yasanın yürürlüğe girmesinin ardından ilk defa 2016 yılında 17 yaşında bir gencin ötanazi talebi kabul edildi. [111] 2014 ile 2020 arasında ise 18 yaşın altında 4 bireye ötanazi uygulandı. Sayının azlığı yasal düzenleme gerekliliği konusunda şüphe oluşturuyordu. Belçika'da çocuklara tanınan bu özgürlüğün ardından kanunun kapsamı, bazı gruplar ve bazı talepler için genişlemeye başladı. Hedeflerden biri de demans hastalarıydı. Belçika'da ilk defa 2008 yılında bir demans hastasına ötanazi uygulandı. Başlangıçta ötanazi demans hastalarına nadiren uygulanıyorken zaman geçtikçe talep artıyor. Belçika'da 2020 yılında 22 demans hastasının ötanazi talebi karşılık buldu.[112] Ayrıca polipatoloji olarak isimlendirilen "bir kişide birden fazla kronik veya akut hastalık ve tıbbi durumun birlikte görülmesi" durumu da artık ötanazi için sebep kabul edilebiliyor. Aslında birden fazla hastalığın ötanazi şartlarını oluşturması ilk bakışta problem olarak görülmeyebilirdi. Fakat polipatolojinin sınırları genişlemeye oldukça müsait. Öyle ki görme bozukluğu, işitme kaybı, diyabet, tansiyon vb. hastalıkların varlığı da hastanın durumunu ağırlaştıran etkenler kabul edilerek vakanın polipatoloji şeklinde değerlendirilmesine katkıda bulunabiliyor. Bu kavramın giderek kapsamını genişletip 70-80 yaşlarındaki tüm bireyleri ötanazinin hedef kitlesi haline getirmesi ihtimali de uzak değil. Halihazırda Belçika'da "hayat yorgunluğu" tartışmaları da başlamış durumda. Artık hayatı yaşamaya değer bulmayan sevdiklerini ve hayata karşı motivasyonlarını kaybetmiş yaşlıların ötanazi taleplerinin nasıl değerlendirileceğini çok da uzak olmayan bir gelecekte göreceğiz. [113]

FCECE'nin 2023 yılında yayınladığı güncel verilere göre Belçika'da ötanaziye başvuranların sayısı giderek artıyor. 2023 yılında Belçika'da 3.423 kişiye ötanazi uygulandı. Bu rakam 2022 yılı verilerine kıyasla %15 oranında bir artışı ifade ediyor. 2023 yılında 18 yaş altı bir bireye ötanazi uygulandığı kaydedildi. Ayrıca Belçika ötanazi turizmi için de tercih edilen bir ülke olmaya devam ediyor. FCECE'nin yayınladığı son rapora göre 2023 yılında 110 kişi ötanazi için Belçika'yı seçti.

[111] "Belçika'da İlk Kez Reşit Olmayan Bir Kişiye Ötanazi Uygulandı", *Euronews* (17 Eylül 2016).
[112] Radboud M. Marijnissen vd., "Euthanasia in Dementia: A Narrative Review of Legislation and Practices in the Netherlands and Belgium", *Frontiers in Psychiatry* 13 (02 Haziran 2022), 7.
[113] Kasper Raus vd., "Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice", *The Journal of Medicine and Philosophy* 46/1 (25 Ocak 2021), 89.

Yayınlanan raporda ikamet yerinin belirlenmesi öncelenmediğinden bu sayının minimum değer olduğu da ifade ediliyor. Belçika'nın ötanazi için hasta kabul ettiği ülkeler arasındaysa Fransa başta olmak üzere Almanya, Hollanda, İspanya, İngiltere, İtalya ve Güney Kore gibi ülkeler yer alıyor.[114]

1.3. DEĞERLENDİRME

Hollanda ve Belçika ötanazinin gündeme geldiği ve erken dönemde yasallaştığı iki ülke olarak ötanazi pratikleri açısından önemli örneklerdir. Bu bağlamda her iki ülkede erken dönemde pediatrik ötanazinin yasallaşması tesadüf değildir. Hollanda'da ötanazinin yasallaşma sürecine toplum daha çok katkı sunmuşken Belçika'daki düzenlemeler daha çok siyasi arenadaki tartışmalarla şekillenmiştir. Söz konusu devletlerin ötanazi uygulamasına dair çeşitli kurumları ve geniş prosedürleri vardır. Buradaki devlet tecrübesi sadece ötanazi uygulaması açısından değil yaşam sonu kararları ve palyatif bakım süreçleri için de önemli bir pratik değer sunmaktadır. Söz konusu ülkelerde çocuklarla ilgili düzenlemeler ölüme oldukça yakın terminal dönemdeki hastaları hedefe almaktaysa da beklenen yaşam kalitesi ve dayanılamaz acı gibi belirleme kriterler sağlık ekibi ve ailenin büyük oranda öznel değerlendirmelerine dayanır.

Hollanda'da gerekli uygulama kriterlerini sağladıkları takdirde 0-18 yaş arasındaki bütün çocuklar bazen ebeveynin bazen çocuğun ve bazen de her ikisinin talep etmesi şartıyla ötanaziye ulaşabilmektedir. Belçika'da ise çocuğun yeterliliği bireysel olarak değerlendirilmiş bu değerlendirme sonucunda yetkin olduğuna karar verilen çocuğun ötanazi talebi, ailesinin de onay vermesi şartıyla herhangi bir yaş kriteri olmaksızın kabul edilmektedir. Belçika'daki bu uygulama bebekleri ve kısmen küçük çocukları uygulamanın dışında bırakmaktadır. Her iki ülkedeki düzenlemeler down sendromu gibi hayatın kalitesiyle ile ilgili bir şüphe bulunmayan veya tedavisi mümkün hastalıklara sahip çocukları uygulama alanı dışında bıraksa da bu konuda yapılacak öznel değerlendirmeler toplumdaki engelli bireylerin yaşama hakkı konusunda endişe uyandırmaktadır.

[114] Federal Control and Evaluation Commission for Euthanasia (FCECE) *Figures for* 2023(27 Şubat 2023).

2. BÖLÜM

ÇOCUKLARDA YAŞAM SONU KARARLARIYLA İLGİLİ NORMATİF ETİK ve FIKHÎ TARTIŞMALAR

Hollanda ve Belçika'da çocuklar için ötanazinin yasal hale gelmesi meseleye ilişkin etik tartışmaları da yoğunlaştırmıştır. Etik teorisyenleri, bir yandan pediatrik ötanazinin ve çocuklar hakkında tedaviyi başlatmama veya durdurma gibi yaşam sonu kararı vermenin ahlaken doğru bir eylem olup olmadığını tartışırken bir yandan da bu uygulamanın ortaya çıkarabileceği pratik sorunları ele almaktadır. Tezin ikinci bölümünde ağırlıklı olarak meselenin ahlaki meşrutiyetine ilişkin normatif etik tartışmalara odaklanılacaktır. Çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarının kendine özgü yapısına dair fıkhi literatürdeki üretim sınırlı olduğundan pediatrik ötanazi ve çocuklarda yaşam sonu kararları ile ilgili normatif etik meseleler incelenirken öncelikle etik argümanlar ele alınacaktır. Ardından bu kavramların fıkhi düşüncede hangi düzlemde değerlendirilebileceği ve hangi kavramsal bağlantılar üzerinden temellendirilebileceği tartışılacaktır.

Bölüm içerisinde öncelikle çocuğun ahlaki açıdan değer taşıyan bir özne olup olmadığı meselesi ele alınacak; ardında yaşamın kutsallığı anlayışının etik ve fıkhi açıdan ne anlama geldiği ve hangi temellere dayandığı değerlendirilecektir. Daha sonra genel olarak ötanaziye özel olarak pediatrik ötanaziye yönelik temel itirazlardan olan kaygan zemin teorisi incelenecek ve bu itirazın fıkhi bir dayanağı bulunup bulunmadığı araştırılacaktır. Ardından yaşam sonu tercihlerini şekillendiren temel unsurlardan biri olan yaşam kalitesi değerlendirmelerinin, özellikle çocuklar gibi henüz fiziksel ve duygusal olgunluğa erişmemiş bireyler açısından ne ölçüde etik olduğu üretilen argümanlar ışığında tartışılacaktır. Bu konudaki fıkhi yaklaşımlar ise modern fetva kurumlarının söz konusu kararlarla ilişkin değerlendirmelerinden hareketle incelenecektir. Son olarak, bu kurumların tutumlarının tutarlılığı ve fıkhi düşünceye katkıları değerlendirilecek; ayrıca yaşam sonuna ilişkin değerlendirmelerin daha sistematik bir çerçeveye kavuşturulabilmesi için atılması gereken adımlar üzerinde durulacaktır.

2.1. ÇOCUĞUN VE YENİDOĞANIN AHLAKİ STATÜSÜ

1990'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde görülen Baby K vakası, çocukların ahlaki statüsüne ilişkin tartışmaların en dikkat çekici örneklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Anensefali ile doğan Baby K'nın beyninin büyük bir kısmı gelişmemişti ve hekimler çocuğun bilinçli bir yaşam sürdürmesinin mümkün olmadığını düşünüyordu. Bu nedenle yoğun bakım müdahalelerinin tıbbî açıdan faydasız olduğu ileri sürülmüş ve yaşam desteğinin sınırlandırılması savunulmuştur. Buna karşılık Baby K'nın annesi, dini inançlarından hareketle, çocuğun yaşamının sahip olduğu bilişsel kapasiteye veya yaşam kalitesine göre değerlendirilemeyeceğini, her insan hayatının eşit ve dokunulmaz bir değere sahip olduğunu ileri sürerek çocuğunun hayatta kalmasını anlamlı buluyordu. Anne çocuğun her solunum krizinde yeniden entübe edilmesini ve yaşam desteğinin sürdürülmesini talep etti.[115] Uyuşmazlık mahkemeye taşındı. Mahkeme sonunda hastanenin, acil solunum desteği sağlamaya devam etmesi gerektiğine karar verdi. Böylece Baby K, anensefalik olmasına rağmen yıllarca yaşamını sürdürdü ve vaka Amerikan tıp etiği literatürünün en çok tartışılan örneklerinden biri hâline geldi.[116]

Baby K vakası, çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarında karşımıza çıkan daha temel bir soruyu görünür kılmaktadır: Henüz özerk kararlar veremeyen, bilinç geliştirme ihtimali son derece sınırlı olan ve kısa süre içinde ölmesi beklenen bir çocuğun yaşamı neden ahlaken değerlidir? Bu soruya verilecek cevap, yalnızca anensefalik yenidoğanlar hakkında değil, yaşam sonu kararları tartışmaları hakkında da belirleyici sonuçlar doğurmaktadır.

Ahlaki açıdan değerli bir özne olmak bu özneyle ilgili alınacak kararlarda bu değeri göz önünde bulundurmayı gerektirir. Söz gelimi yere çöpe atılmış bir kâğıt parçası değerli bir özne olamayacağından bu kâğıdı parçalamak, deforme etmek ciddi bir etik sorgulamayı gerektirmez. Fakat üzerinde tasarrufta bulunduğumuz şey insan

[115] Stephen G. Post, "Baby K: Medical Futility and the Free Exercise of Religion", *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 23/1 (01 Mart 1995), 20-22.
[116] Ellen J. Flannery, "One Advocate's Viewpoint: Conflicts and Tensions in the Baby K Case", *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 23/1 (01 Mart 1995), 7-8.

gibi ahlaki açıdan değerli bir özne olduğunda tasarruflarımız önemli bir hale gelmektedir. Çocukla ilgili verilecek yaşam sonu kararları söz konusu olduğunda da çocuğa/bebeğe atfedilen ahlaki statü, meseleye yaklaşımımızı etkileyecektir. Çocuk ahlaki olarak değerli bir özne ise onun maruz kalacağı muamelelerin de ahlaki olması önemlidir. Fakat çocuk ahlaki olarak değersiz bir özne kabul edildiğinde artık ona nasıl davranıldığının hiçbir önemi kalmaz.

İnsanı ahlaki olarak değerli kılan şey nedir? Bu soru tutarlı bir etik yaklaşım sergilemek için oldukça önemlidir. Biyoetikte yalnızca insan türüne mensup olmanın ahlaki olarak değerli/yaşam hakkına sahip olmak için yeterli olmadığı, insanın bu vasfı kazanmak için kişilik (*personhood*) sahibi olması gerektiğine dair bir eğilim vardır. Bu konuyla ilgili çeşitli teoriler üretilmiş, kişi olmak dolayısıyla ahlaken değerli ve yaşama hakkına sahip olmak "rasyonalite", "duyarlılık", "kendi geleceğine dair ilgi", "toplumun atfettiği değer" gibi farklı olgularla ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda özellikle yetişkin bir insandan pek çok açıdan eksik olduğu düşünülen fetüs ve yenidoğanın ahlaki statüsüne dair marjinal değerlendirmeler de yapılmıştır. Yenidoğanın çevreyle olan sınırlı iletişim kapasitesine ve gelişmeyen öz farkındalığı etikçileri, yenidoğan ile fetüsün ahlaki olarak birbirinden ayrılmayacağı; yenidoğanın yaşamını korumanın ahlaki bir öneminin olmayacağı gibi düşüncelere sevk etmiştir. Tartışmalar yenidoğanın ne zaman ahlaki bir değer kazanacağı konusunda ise keskin sınırlar çizmediğinden çocuğun ahlaki statüsünü ortaya koymak konusunda yetersiz kalmıştır.

Micheal Tooley, yaşam hakkının korunması için kişilik şartı koşan yazarlardandır. Tooley "Bir organizma ancak ve ancak deneyimlerin ve diğer zihinsel durumların sürekli öznesi olduğu yönünde bir benlik kavramına sahipse ve kendinin bu özelliklere haiz sürekli bir varlık olduğuna inanıyorsa ciddi bir yaşam hakkına sahiptir." diyerek öz bilinç kavramına atıfta bulunur. Ancak böyle bir kavrama sahip olan varlıklar yaşamayı arzulayabilir. Kişi, arzulayabildiği şeyler üzerinde hak sahibidir. Bu sebeple bir yenidoğan, yaşamayı arzulama kapasitesine sahip olmadığından yaşamda tutulması da ahlaki bir görev olarak algılanamaz. Tıpkı yenidoğan bir kedi gibi yenidoğan bebek de süreklilik arz eden benlik kavramına sahip değildir. Bu kapasitenin ne zaman kazanılacağı konusunda psikolojik araştırmalara

ihtiyaç olduğunu söyleyen yazar, doğumdan sonra bir iki gün içinde bu bilincin gelişmediğinin kesin olduğunu bu sebeple de doğumdan sonra bir hafta gibi bir süreçte bebek katlinin (*infaticide*) meşru olabileceğini ifade etmektedir.[117]

Peter Singer, *Pratik Etik* eserinin "Can Alma (*Taking Life*)" başlığı altında da yenidoğan bebek ve fetüs üzerinden bir değerlendirme yapmaktadır. Homosapiens türünün bir ferdi yani insan olmakla kişi olmayı birbirinden ayıran Singer, bir insana özel bir değer atfetmeyi yalnızca kişi olma vasfını kazandığında mümkün görür. Kişi olmak ise sahip olunan rasyonellik ve öz bilinçle ilişkilendirilmiştir. Yine kürtaj tartışmaları ve fetüsün ahlaki statüsüne dair yapılan değerlendirmeler yazarı özellikle de yenidoğan bebeklerin ahlaki statüsünü incelemeye itmiştir. Singer'a göre bebekler kendilerini gelecekleri olabilecek veya olmayabilecek varlıklar olarak göremezler. Bu sebeple de yaşama devam etmek gibi bir arzuya sahip değillerdir. Hayat hakkının yaşamaya devam etme arzusuyla ilişkilendirilmesi gerektiğini düşünen yazar yenidoğanların böyle bir arzudan yoksun varlıklar olduklarını söyler. Yine tercihler yapmaya muktedir olmayan yenidoğanı özerk bir varlık olarak kabul etmeyen Singer, bir bebeği öldürmenin özerkliğe saygı ilkesine de aykırı olmadığını ifade ederken çocukların ne zaman varlıkları konusunda öz farkındalık geliştirdiklerini tespit etmenin zor olduğunu söylemektedir. Bununla beraber kürtaj olan bir kadınla bebek cinayeti işleyen bir kimseyi de aynı kefeye koymayan yazar, bebek cinayetini içkin yanlışlığından ziyade çevre üzerine tesirinden hareketle gayrı ahlaki bir davranış olarak nitelendirmektedir. Yani yazar, anne babanın hayatta kalmasını arzu ettiği bir bebeğin öldürülmesinin -anne babanın gördüğü zarar sebebiyle- kürtajla aynı statüde değerlendirilmeyeceğini söyler.[118] Ayrıca bebeğin ahlaki statüsünü "potansiyel kişi (*possible people*)" olarak niteleyen Singer'a göre potansiyel kişiler birbiriyle değiştirilebilir/ yerine başkası konabilir. Singer bu ifadelerle eğer bir kadın, yaşamı açıkça yaşamaya değer olacak bir çocuk ile daha az elverişli koşullarda yaşayacak örneğin fiziksel ya da zihinsel bir engelle doğacak bir çocuk arasında seçim yapma imkânına sahipse, iyi bir yaşam potansiyeline sahip çocuğu dünyaya getirmesinin daha iyi olacağını savunmaktadır. Fetüslere yönelik tarama testleriyle de benzer bir seçimin

[117] Tooley, "Abortion and Infanticide", 62-65.
[118] Singer, *Pratical Ethics*, 160-167.

yapıldığını ifade eden Singer'a göre fetüslerle bebekler arasında ahlaki bir ayrım bulunmadığından yenidoğan için de benzer bir seçim yapmak mümkündür. Singer'a göre yeni doğmuş bir bebeği öldürmek bir başka potansiyel kişinin varlığının önlenmesi açısından çocuk yapmama kararı vermekten ne daha fazla ne de daha azdır.[119]

Alberto Giubilini ve Francesca Minerva'nın *"After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?"* isimli çalışmasını bu bağlamda ele almak mümkündür. "Kürtajı haklı çıkaran sebepler doğumdan sonra öğrenilirse ne olur?" sorusu üzerinden etik çıkarımlarını temellendiren yazarlar, fetüsü öldürmeyi haklı kılan sebeplerin bir yenidoğanı öldürmek için geçerli olup olmayacağını sorgulamaktadır. Kişiliği "kendi varoluşuna değer atfetmekle" ilişkilendiren Giubilini ve Minevra'ya göre fetüs ve yenidoğan ahlaki statü olarak eşdeğerdir ve kendi varoluşlarına değer atfedemediklerinden bu varoluştan mahrum bırakılmaları onlar için bir kayıp anlamına gelmez. Ebeveynin çıkarına olmayan bir durumda sağlıklı fetüslerin kürtajına müsaade ediliyorsa sadece ağır engelli yenidoğanlara değil sağlıklı yenidoğanlara da ötanazi uygulanabileceği fikrinin de savunulduğu makalede yenidoğan ötanazisini infantisid olarak değil "doğum sonrası kürtaj" olarak isimlendirilmesi de teklif edilmektedir. Fetüsün ve yenidoğanın potansiyel kişi olduğunu da kabul eden yazarlar, söz konusu potansiyeli geliştirme hakkının ebeveynin/ailenin/toplumun kendi iyilik hallerini sürdürme çabalarıyla bertaraf edilebileceğini düşünürler. Engelli olmadığı varsayılsa bile ebeveynin iyilik hali çocuğun gerektirdiği enerji, para ve bakım ihtiyacı sebebiyle tehlike altına girebilmektedir. Yenidoğan ötanazisinin ne zamana kadar ahlaki kabul edilebileceğine dair görüş bildirmeyen yazarlar, yeni doğan ötanazisini kürtaja iyi bir alternatif olarak kabul etmediklerini, fakat söz konusu bebek sosyal, ekonomik ve psikolojik şartlar sebebiyle ebeveyn için katlanılamaz bir yüke dönüşmüşse kişilere, altından kalkamadıkları bu durumdan çıkış hakkı tanınabileceğini ifade ederler.[120]

Bu konuda özgün ve kapsamlı bir değerlendirme yapan etikçilerden biri de Jeff McMahan'dır. Ölümün kötülüğünü kaybın büyüklüğü ile ilişkilendiren yazar söze 30'lu yaşlarda ölen birine 80 yaşında ölen birine kıyasla daha çok üzüldüğümüzü

[119] Kuhse - Singer, *Should the Baby Live?*, 133-134.
[120] Giubilini - Minerva, "After-Birth Abortion", 261-263.

söyleyerek başlar. Fakat aynı durum 30'larında bir adamla bir fetüsün düşmesi veya yenidoğan bebeğin ölmesiyle karşılaştırdığımızda geçerli değildir. Neden bir bebeğin ölümüne 15 yaşındaki bir genç kadar üzülmüyoruz? Halbuki bebek daha büyük bir potansiyeli kaybeder. Meseleye insanların potansiyel hayatlarını karşılaştırarak bakmanın yanlış olacağını düşünen yazar ölümün mağdur üzerindeki etkisine odaklanmayı teklif eder. Eserde "Zamana Bağlı İlgi Hesabı (*Time-Relative Interest Account*)" şeklinde isimlendirilen teoriye göre kişinin gelecekteki benliği ile kişisel fayda bağları ne kadar zayıfsa kişinin ölümünün önemi de o ölçüde zayıflamaktadır. Yenidoğan örneğini tekrar ele alan yazar şunları söyler: Yenidoğan bebeğin ölümü sezgisel olarak daha az talihsiz bir olay olarak kabul edilir çünkü kaybedilen potansiyelin büyüklüğüne rağmen bebek ile onun ileride bir kişi olarak var olacak hali arasındaki mesafe çok büyüktür. Yani yazara göre bebeğin neredeyse tamamen gelecekteki benliğinden kopuk olması onun ölümünü daha büyük yaştaki çocukların veya yetişkinlerin ölümünden sezgisel olarak daha az ciddi bir talihsizlik olarak kabul etmemize sebep olmaktadır. Bu teoriye göre, ölümün kötülüğünün dolayısıyla da öldürmeye yönelik ahlaki yasağın gücünün sürekli olarak değişeceğine itirazların gelebileceğini söyleyen yazar, öldürmenin ahlaki değerinin değişmesinin mutlak olarak zarara yol açacağı gerçeğini değiştirmediğini ifade eder. Söz konusu eserde, birçok insanın belirli durumlarda zihinsel engelli bir bireyin yaşamını sonlandırmayı ya da doğum sonrası ötanaziyi, yetişkin ve sağlıklı bir bireyin hayatına son vermeye kıyasla sezgisel olarak daha az ciddi bir hata/yanlış olarak değerlendirdiği iddia edilmektedir. Ölümün kötülüğünü değerlendirirken, geleceğe hizmet eden anlamlı bir hikâyeye/anlatıya sahip olma, kendini geleceğine yönelik anlamlı bir yatırım yapma, geleceğe dair arzu geliştireme vb. çeşitli kriterleri dikkate almanın gerekliliğine değinen yazara göre fetüs ve bebeği öldürmek bu bağlamda bir yetişkini veya ileri yaşta bir çocuğu öldürmekle tam olarak aynı kategoride değildir. Bu bağlamda McMahan'ın dereceli bir ahlaki statü önerisi yaptığı görülmektedir. [121]

Yukarıda incelenen kişi olma argümanına karşı çıkan isimlerden biri Regina A. Rini'dir. *"Of Course the Baby Should Live: Against 'After-Birth Abortion"* adlı makalesiyle özellikle de Giubilini ve Minevra'nın argümanlarına yönelik bir eleştiri

[121] McMahan, *The Ethics of Killing*, 165-174.

de sunmaktadır. Rini'nin makaledeki başlıca iddiası ise doğum anında insanın ahlaki olarak önemli bir değişim geçirdiği yönündedir. Biyolojik olarak artık anneden bağımsız olan çocuk daha öncesinde sahip olmadığı amaçlara sahiptir. Fetüs iken ihtiyaçları göbek bağı ve rahim ortamından karşılanırken artık yenidoğan bebek kendi başına nefes almaya, besinleri sindirmeye, dışkılamaya ve sıcaklık aramaya başlamak zorundadır. Bu ihtiyaçlarını tutma, emme, ağlama gibi basit davranışlarla da olsa karşılamaya çalışır. Bu gibi davranışlar -tıpkı engelli yetişkinlerin ve hayvanların sahip olduğu amaçlar gibi- yenidoğanın yaşamını uğruna idame ettirdiği amaçlar olarak değerlendirilebilir. Rini insana ahlaki statü kazandıracak amaçların büyük bir farkındalık içeren yüce amaçlardan ziyade yeme, içme gibi basit amaçlar da olabileceğini iddia etmektedir. Kişinin sahip olduğu amaçları karşılayamaması halinde hayal kırıklığına uğraması kişiyi ahlaken değerli yapıyorsa yenidoğan bu türden amaçlara yönelik tepki ortaya koyabildiğinden fetüsten ahlaki olarak farklıdır.[122]

Michael J. Selgelid de Tooley'in bebeğin süreklilik teşkil eden bir varlık olduğuna dair kavramlara ve arzulara sahip olmadığı iddialarına karşı çıkmaktadır. Bebeklerin belki de bahsedilen kavramlara ve arzulara bir dereceye kadar sahip olabileceğini ifade eden Selgelid, dereceli bir ahlaki statü teorisinin benimsenmesini sezgisel olarak da makul bulmaktadır. Bununla birlikte erken dönem insan varlıkları hakkında, yaşam hakkına hiç sahip olmamak; yaşam hakkına sıradan insanlar gibi tam olmasa da önemli bir derecede sahip olmak; tam yaşama hakkına sahip olmak, şeklinde üç farklı pozisyondan bahsedilebileceğini ifade eden yazar, bunun herhangi birisinin doğruluğunun veya yanlışlığının ahlaki olarak tespit edilebilmesini ise kesin bir şekilde ispat etmenin mümkün olmadığına inanır. Bu inanç da şöyle bir durum doğurmaktadır, embriyolar, fetüsler ve yenidoğanlar ahlaki statüye sahip olma ihtimali bulunan varlıklarsa onların öldürülmesi de ahlaken sorunludur. Michael J. Selgelid'e göre bu varlıkların öldürülmesi risk almak demektir. Risk almak içinse geçerli bir gerekçeye ihtiyaç vardır.[123]

Etik gelenekte ahlaki olarak değerli olmak, kişi olmak dışında farklı değerlerle de ilişkilendirilmiştir. Mesela Eva Feder Kittay ahlaki olarak değerli olmayı bakım

[122] Rini, "Of Course the Baby Should Live", 355-356.
[123] Selgelid, "Moral Uncertainty and the Moral Status of Early Human Life", 53-55.

verebilme ve bakım alabilme kapasitesiyle ilişkilendirmiştir. Bakım erdemi olarak isimlendirilen ekole göre bir ahlaki değer olarak bakım verebilme kapasitesi özellikle, yaşlı, engelli ve hastalarla yönelik olduğunda yalnızca insana özgü bir özelliktir. Eva, onuru ikinci olarak toplumsal ilişki kurma kapasitesiyle ilişkilendirir. Bu kavramı da insana has bir onuru temellendirmek için kullanan Eva'nın görüşüne göre bir bebek ya da çocuk- ona bakım veren ya da bakım vermeye gönüllü bir insanın varlığıyla da ilişkili olarak- insan onuruna sahip ve ahlaki olarak değerli kabul edilecektir. Genelde insan onurunun özerklikle ilişkilendirildiğinden bahseden yazar, özerkliğe zarar geldiğinde insan onuru kavramının tehlikeye girdiğinden bahsetmektedir. Engelli bir kız çocuğu annesi Eva, insanın hakkı olan saygıyı rasyonel düşünme kapasitesi ile ilişkilendirmeyi oldukça tehlikeli bulur ve bebek, çocuk, engelli gibi pek çok insanın bu kriter sebebiyle ahlaki olarak değersizleştirilmesinden endişe eder.[124]

Yenidoğanın ahlaki statüsünü belirlerken içsel değil ilişkisel özelliklerin daha belirleyici olduğunu düşünen yazarlar da mevcuttur**.** Neil Levy bu yazarlardan biridir. Doğumla ahlaki statünün bariz şekilde arttığını düşünen Levy'e göre çocuk anne dışında doğrudan etkileşime geçebilme imkânı elde ettiğinde ahlaki statü açısından bir sıçrama yaşar ve toplumsal bir varlığa dönüşür. Çocuğun ilk kez sınırsız sayıda ve çeşitlilikte bireyle etkileşim kurabilme kapasitesi elde etmesi onu birey olarak tanımlar. Levy'e göre çocuk doğmakla toplumun parçası haline gelmektedir. Bu, fetüsün ahlaki olarak değersiz olduğu anlamına gelmemekle birlikte yenidoğanın toplumun ferdi olmak açısından fetüsten oldukça farklı olduğu anlamına gelir. Yenidoğan toplumsal ilişkilere tamamen çağırılmış ve topluma girmiş olduğundan bizden biridir ve değerlidir.[125]

Yenidoğanın ahlaki statüsü, benimsenen sistemin kişiyi ahlaki olarak değerli kılarken temele aldığı kavrama göre değişebilmektedir. Bu bağlamda bazı etikçiler teorilerinin ana merkezine öz farkındalık/ rasyonalite gibi bazı kavramları koyarken bazı yazarlar bakım alma/verme, toplumla ilişki kurabilme gibi kavramları kullanmıştır. Biyoetikte merkeze alınan kavram özbilinç veya rasyonalite olduğunda özellikle de bebekler özünde bir değere haiz olmaktan ziyade çevreyle olan ilişkisine

[124] Kittay, "Equality, Dignity and Disability", 111-115.
[125] Levy, "The Moral Significance of Being Born", 328-329.

nispetle değerli kabul edilir. Fakat bu durum ebeveynin bakım sağlamayı reddettiği, istemediği durumlarda bebeği ve çocuğu başta ötanazi olmak üzere pek çok tehlikeyle karşı karşıya bırakmaktadır.

Bahsettiğimiz teorilerin çoğu kürtajın etik kabul edildiği bir sistemde yenidoğanın ahlaki statüsünü belirlemeye çalışırken ortaya çıkmıştı. Fıkıh sistemi incelendiğinde hem fetüsün hem de yenidoğanın hayatının korunmasına yönelik tavrın biyoetikteki gibi bir çelişki doğurmadığını görmek mümkündür.

Fıkıhta fetüs ve yenidoğan, hayatın korunması bakımından eşit haklara sahip gözükmektedir.[126] Günümüzde, klasik dönemde cenine ruh üflenmeden kürtaja izin verilebileceğine yönelik bazı görüşlerin ise dönemin koşullarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle de bugün bir bebeği kalp atışlarını ana rahmine düşmesinden çok kısa bir süre sonra duyulabilmek mümkünken… Fakihler muhtemelen o dönemde fetüsün henüz canlanma emareleri göstermediğini düşünüyorlardı. Fakat yaratılış ve ruh üflenmesine dair bu rivayet, halen bazı çevreler tarafından kürtaj uygulamalarına cevaz verilirken fıkhî dayanak olarak kullanılmaktadır.[127] Her ne kadar hayat hakkının korunması bakımından cenin ve yenidoğana eşit şekilde muamele edilse de İslam hukukunda da sağ doğumun insan için önemli bir eşik olduğunu iddia etmek yanlış olmayacaktır gebelikte annenin hayatı riske girdiğinde kürtaja cevaz verilmesi, gurre cezası ve vucüb ehliyeti telakkisi İslami etik sisteminde fetüs ile yenidoğanın ahlaki statüsü hakkında bizlere fikir verebilir.

Biyoetikçilerin gündeme aldıkları kişilik(personhood) tartışmalarını hukuk sistemleri içerisinde şahsiyet mefhumuyla ilişkili olarak değerlendirilebilir. Hukuki anlamda şahıs hak sahibi olabilen haklardan yararlanabilen varlık anlamına gelmektedir. Bir haktan bahsetmek için bu hakkın kendine bağlı olduğu bir şahıstan bahsetmek gerekir. İslam hukuk sisteminde henüz doğum gerçekleşmeden cenine birtakım haklar tanınmıştır. Henüz gelişiminin ilk evrelerinde dahi cenin, müstakil fiziki bir varlık olarak kabul edilmiştir. Bu da ceninin İslam hukukunda insan

[126] Bilgili, "İslam Hukukunda Cenin Hakkı ve Onuruyla İlgili Hükümler", 233.
[127] Mehmet Dirik, "İslam Hukuku Açısından Kürtaj", *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi* 5 (10 Haziran 2018), 81.

varlığı/potansiyel insan olarak şahsiyet sahibi olduğuna işaret eder. Fakat bununla birlikte cenine yönelik hükümlerdeki bazı düzenlemeler İslam hukuk sisteminde de ceninin doğmuş bir bebekten farklı değerlendirildiğini göstermektedir.[128]

Bu bağlamda öncelikle gurre cezasını ele alalım. İslam hukukunda gurre, "düşürülen ceninden dolayı verilmesi gereken mali tazminat" anlamında kullanılan bir terimdir.[129]Bu değer cumhura göre annenin diyetinin onda birinin yarısı yani yirmide biridir. Bu kıymet cumhura göre tam diyeti on bin dirhem kabul edenler dikkate alındığında takriben 500 dirheme; on iki bin dirhem olarak kabul edildiğinde ise 600 dirheme tekabül etmektedir. Bununla birlikte gurrenin kıymet olarak sınırlandırılmaması gerektiği düşünenler de bulunmaktadır. Cariyenin ve zimmilerin düşük yapmasına sebep olana verilen ceza konusunda ise mezhepler arasında ihtilaf söz konusudur.[130] Bu durumda ödenecek değerin anneyle ilişkili olarak belirlenmesi ve sağ doğmuş bebekteki gibi tam bir diyetin veya kısas hakkının gündeme gelmeyişi meselelerinden ceninin hukuki bağlamda şahsiyet olarak kabul edilse de doğumla kazanılan şahsiyet mertebesine tam manada ulaşmadığı anlaşılmaktadır. Fıkıh sisteminde "doğum" çocuğun hukuki statüsünü değiştiren bir olaydı. Hatta çocuk neredeyse bir bebeğin tüm kapasitelerine sahip ve doğacak kadar büyük olsa da durum değişmemektedir. Bu durumla ilgili çarpıcı örneklerden birine İbn Âbidînîn, ed-Dürrü'l-Muḫtâr isimli eseri şerhi Reddü'l Muhtâr'da, diyetle ilgili karışık farazi hukukî sorulara yer verilen bir fasılda rastlamaktayız. Henüz tam olarak doğumu gerçekleşmeyen bebeğin kafasının kesilmesiyle ilgili ifadeler ve izahı şu şekildedir:

> "*ed-Dürrü'l Muhtâr: Hangi insana, kulağını keserse yarım diyet, ama başını keserse onun sadece onda birinin yarısı gerekir?" Cevap: Annesinden doğururken başı dışarı çıkmış bir cenin. Eğer biri onun başını keserse, ona sadece gurre (yani cenin diyeti) gerekir.*
>
> *Reddü'l Muhtâr: "جَنِينٌ خَرَجَ رَأْسُهُ" ifadesi hakkında: Yani (başka nüshalarda belirtildiği üzere) "ceninin başı dışarı çıktı ve biri onu kesti" demektir. Bu durumda gurre*

[128] Mustafa Uzunpostalcı, "İslam Hukukunda Şahsiyet ve Hakiki Şahıs", *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 7 (Nisan 2006), 62-63.
[129] Muhsin Koçak, "Gurre", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 1996).
[130] Kadı Ebü'l Velîd Muhammed b. Ahmed b. Muhammed el- Hafid İbn Rüşd, *Bidayetü'l-Mücтehid ve Nihayetü'l-Muktesid* (Kahire: Daru'l Hadis, 2004), 4/198.

gerekir. Gurre, 500 dirhem, yani annenin diyetinin onda birinin yarısıdır. Eşbâh şöyle der: "Bir ceninin başı çıktı ve biri onun kulağını kesti; eğer çocuk ölmezse yarım diyet gerekir. Eğer başı kesilirse gurre gerekir." Şunu da bil ki, bu hükümler cenin ağlayarak doğmuş (istiḥlâl etmiş) ama başı dışında bedeninin yarısı ya da çoğu dışarı çıkmamışsa geçerlidir. Eğer cenin bağırır ve bedeninin yarısı veya çoğu da doğarsa, o zaman öldürmede ve organ kesmede kısas gerekir. Bu mesele, "el-Muctebâ" ve "et-Tatarhâniyye" kaynaklarında, cinayetlerin başında belirtilmiştir."[131]

Verilen bu örnek her ne kadar farazi de olsa özellikle de sağ doğumun İslam hukuk sisteminde insanın hukuki dolayısıyla ahlaki statüsünü değiştiren bir olay olarak algılandığını ortaya koymaktadır.

Cenin ve yenidoğanın ahlaki statüsüne dair İslami tutumun izlerini sürebileceğimiz bir başka mesele ise vucüb ehliyetidir. Usul kitaplarında vucüb ehliyeti, kişinin haklara sahip olabilme ve borç altına girebilmeye yetkinliği olarak tanımlanır.[132] İslam hukuku sisteminde vucüb ehliyeti akıl veya temyizle ilişkilendirilmez; aksine insanın insan olarak var oluşuyla ve zimmet kavramıyla ilişkilendirilir.[133]Zimmet, fıkıhta insanın hukuki kişilik şahıs olma özelliği ve bu özelliğin bir sonucu olarak hukuki kişinin borçlarının sabit olduğu mahal anlamında kullanılmıştır. Zimmet kavramını felsefi olarak inceleyen ve vucüb ehliyetiyle ilişkilendiren ilk kişi Hanefi usul alimlerinden Debûsî'dir.[134] Debûsî, vucüb ehliyetini "şer'an belirlenmiş hakların kendi üzerine vacip olmasına insanın ehliyeti" (ehliyyetü'l-âdemî li-vücûbi'l-hukûk el-meşrû'a aleyh) şeklinde açıklamış ve bu kavramı "insanın yüklendiği emanettir" diyerek, Kur'an'da bahsi geçen dağların göklerin ve yerin kabul etmekten yüz çevirdiği teklifle ilişkilendirmiştir. İnsanın yaratıldığı andan itibaren zimmete sahip olduğunu düşünen Debûsî'ye göre Allah insanı emaneti taşımak üzere yarattığında ona bu görevi taşıma yetkinliğini akıl ve zimmetle vermiştir. İnsan yaratılışından itibaren özgür ve hak sahibi dolayısıyla da bu

[131] Muhammed Emîn İbn Âbidîn, *Reddü'l Muhtâr*, thk. Mustafa el-Bâbî el-Halebî (Beyrut: Darû'l Fikr, 1966), 6/573.
[132] Ali Bardakoğlu, "Ehliyet", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 1994).
[133] A Cüneyd Köksal, "Hanefî Fıkıh Düşüncesinde Vücub-Eda Ehliyeti Ayırımı ve Bu Ayrımla İlişkili İki Mesele", (2011), 109.
[134] Eyyüp Said Kaya - Hasan Hacak, "Zimmet", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 2013).

hakların sorumluluklarını üstlenebileceği zimmet sahibidir. Bu bağlamda Debûsî çocuğun zimmet sahibi ve yükümlülüğün muhatabı olarak kabul eder. Fakat küçük olma vasfını bu yükümlülüğü yerine getirmek konusunda bir özür olarak telakki eder. Bu özür sebebiyle çocuğu söz konusu mükellefiyetlerden muaf tutar. Bu yaklaşım insanın yaratıldığı zamandan itibaren teklif ehli olarak korunmasını desteklemek için kıymetlidir.[135]

Fıkıh geleneğinde vucüb ehliyetinin kâmil anlamda kazanılması için sağ doğum şart koşulsa da ceninin de insan olarak var olma potansiyeli sebebiyle bir çeşit ehliyete sahip olduğu düşünülmektedir. Serahsî'nin aşağıdaki ifadeleri söz konusu ehliyetin mahiyetini anlamak açısından incelenebilir:

> *"Cenin, annesinin karnında bulunduğu sürece henüz geçerli bir zimmete sahip değildir. Çünkü o hâlâ annesinin bir parçası hükmündedir. Bununla birlikte, o ayrı bir hayat taşıdığı ve kendi başına zimmet sahibi bir nefis olmaya hazırlandığı için, bu yönü dikkate alındığında, bazı hakların onun lehine sabit olması mümkündür: Mesela; azad edilme, miras, nesep, vasiyet gibi konularda hak sahibi olabilir. Ancak ilk yön (annesinin bir parçası oluşu) dikkate alındığında, onun aleyhine bir yükümlülük sabit olmaz. Ne var ki, doğduktan sonra artık onun geçerli bir zimmeti vardır. Bu sebeple, bir kimsenin malına zarar verse, mesela onun malı üzerine devrilse ve tahrip etse, bu durumda tazminle yükümlüdür."*[136]

Söz konusu satırlarda cenin hem annenin parçası olması yönüyle hem de kendi başına hayat sahibi ve zimmet sahibi bir nefis olma potansiyeliyle birlikte değerlendirilmektedir. Annenin parçası olması sebebiyle cenin müstakil bir zimmete sahip değildir. Fakat zimmet sahibi bir kişi olma potansiyeli sebebiyle de kendisine lehinde olabilecek bazı haklara sahiptir. Bu haklarda biri de şüphesiz hayat hakkıdır. Öyle ki İslam hukukunda ceninin hayatının devam ettirilmesi ve korunması için anne

[135] Ebu Zeyd Debûsî, *Takvîmü'l-Edille fi Usûlİ'l Fıkh*, thk. Halîl Muhyiddîn el-Meys (Beyrut: Dârü'l-Kutubi'l-İlmiyye, 2001), 417; Köksal, "Hanefî Fıkıh Düşüncesinde Vücub-Eda Ehliyeti Ayırımı ve Bu Ayrımla İlişkili İki Mesele", 108-111.
[136] Ebû Bekir Muhammed b. Ahmed b. Ebî Sehl es-Serahsî, *Usûlü's-Serahsî*, thk. el-Efgânî Ebü'l-Vefâ (Haydarabad, Hindistan: Lecnetü İhyâʾi'l-Meʿârifi'n-Nuʿmâniyye, ts.), 2/333.

aleyhinde hükmedilen cezaların infazı dahi tecil edilir.[137] İslam hukuku sisteminde kendisine ait bir zimmete sahip olmayan cenine tanınan hayat hakkı, doğumla birlikte zimmet ehline dahil olan yenidoğana evleviyetle tanınmalıdır. Zira sağ doğumla birlikte kişi teklifin muhatabı olan eşrefi mahlukat zümresine tam anlamıyla katılmıştır. İslam hukukunda insanı ahlaki olarak değerli kılan unsur Debûsî'nin de ifade ettiği üzere teklife muhatap olmaktır.

İslam düşüncesinde insan, rahme düştüğü andan itibaren kerâmeti yani saygınlığı da hak eden bir özne olarak kurgulanmıştır.[138]Cenini potansiyel insan olarak kabul etmek onu onurlu bir varlık olarak kabul etmek için yeterli sayılmıştır. Doğum ise şahsiyetin tamamlanmasında bir eşik olarak kabul edilmiş çocuğun ne zaman ahlaki olarak değerli bir özne olduğunu sorusu biyoetikte olduğu gibi ciddi bir gündem oluşturmamıştır. Değeri sabit olan çocuğun elde edeceği haklar ve sorumluluklar kısmı ise fıkıh açısından daha ciddi bir günden oluşturmaktadır. Bu sebeple kürtajın kabul edilebilir sayıldığı bir etik sistemin kendi içerisindeki tutarsızlığının sebep olduğu çocuğun ve yenidoğanın ahlaki statüsüne ilişkin etik gerilim fıkıh sistematiğinde başlangıç itibari ile yoktur. Fıkha göre bebek ana rahmine düştüğü andan itibaren potansiyeli sebebiyle ahlaken değerlidir. Sağ doğumla potansiyel ortaya çıkar ve bebek şahsiyet sahibi bir insan olarak kabul edilir. Bu da ebeveyne emanet olduğu düşünülen çocuk için daha özenli titiz bir değerlendirme yapmayı gerektirir.

Çocuğun ahlaken değerli bir varlık olduğu konusunda fıkhi bir kaygı olmadığı muhakkaktır. Peki ahlaki olarak değerli olan öznelerin yaşamını kutsal kabul etmemizin asıl sebebi nedir? Ahlaki olarak değerlilik yaşamın kutsallığını ve korunmuşluğunu garanti eder mi?

[137] Mehmet Dirik, "İslâm Fıkhında Ceninin Yaşama Hakkını Koruyan Düzenlemeler", *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 22 (2013), 54-58.
[138] Rashid, "An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment", 306.

2.2. BİR AHLAKİ GÖREV OLARAK YAŞAMIN KUTSALLIĞI

Bebek Houle, 9 Şubat 1974'te Maine Tıp Merkezi'nde dünyaya geldi. Houle çiftinin erkek bebekleri ciddi deformasyonlara sahipti. Bebeğin vücudunun sol tarafı tamamen biçimsizdi. Sol gözü yoktu, kulak kanalı olmayan ilkel bir sol kulağa sahipti. Yine bebeğin sol eli deforme olmuş, bazı omurları ise kaynamamıştı. Üstelik trakeoözofageal fistül adı verilen yemek borusunda gelişen bir anomali sebebiyle ağız yoluyla beslenemiyordu. Nefes aldığında ise hava ciğerlere sızıyor mide içeriği ise akciğerlere geri kaçıyordu. Uzmanlara göre bebeğin görünenden fazla iç organ deformasyonuna sahip olması olasıydı. Günler geçtikçe çocuğun durumu kötüleşti ve zatürre gelişti. Çocuğun refleksleri zayıfladı ve dolaşımı yavaşladı. Doktorlar yavaşlayan dolaşımın ciddi beyin hasarlarına sebep olabileceği endişesini dile getirdiler. Yemek borusundaki deformasyonu nispeten kolay bir ameliyatla düzeltmek mümkündü. Önerilen cerrahi müdahale trakeoözofageal fistülün onarılmasıydı. Bu sayede bebek normal şekilde beslenip solunum yapabilecekti. Fakat diğer problemlerini de göz önünde bulunduran baba, ameliyatın yapılmasına izin vermedi. Ayrıca damar yoluyla beslenen bebeğin beslenmesinin de durdurulmasını talep ediyordu. Fakat çocuğu hayatta tutmak için bu tedaviyi zorunlu kabul eden bazı doktorların müracaatıyla mahkeme 11 Şubat tarihinde söz konusu ameliyatın gerçekleşmesi kararını aldı. Özellikle tedavinin uygulanmaması halinde ölümün kaçınılmaz olması mahkemenin kararını etkilemişti. Ameliyatın ardından Bebek Haule'un durumu kötüye gitti. Bebeğin solunumu yapay şekilde sürdürüldü ve sebebi bilinmeyen birkaç nöbet geçirdi. Sağ gözünün ışığa yanıt vermemesi gibi bazı semptomlardan anlaşıldığı üzere kaynamamış omurlar ve yavaşlayan solunum sebebiyle bebeğin beyninde de kalıcı hasar meydana gelmişti. Anlatılan süreçlerin ardından Bebek Houle 24 Şubat 1974'te doğduğu hastanede hayatını kaybetti.[139]

Bebek Houle ebeveynlerinin de itirazlarına rağmen hayati riski sebebiyle kendisi için çok da uzun bir yaşam öngörülmese de söz konusu ameliyatı oldu.

[139] David G. Roberts, "Trial Court Decision in Houle Case", *Issues in Law & Medicine* 2/3 (Kasım 1986), 237-238; Richard A. McCormick, "To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine", *JAMA* 229/2 (08 Temmuz 1974), 172.

Ameliyattan sonra ise toparlayamadı ve hayatını kaybetti. Bu operasyonun gerçekleşmesinin en büyük sebeplerinden biri o dönemdeki hukuk sisteminde yaşamın kutsal kabul edilen ve korunması gereken bir değer olarak inşa edilmesiydi. Yaşamı kutsal kabul etmek hem hukuki hem de etik açıdan hayat sonu ile ilgili kararlarımızı şekillendirmektedir. Bu anlayışın temelleri ile ilgili ise hem etik camiada hem de fıkhi sahada çeşitli dayanaklar bulmak mümkündür. Bu başlık altında da hem Batı literatüründe hem de fıkhi gelenekte yaşamın kutsallığının veya korunmuşluğunun nasıl konumlandırıldığı ele alınacaktır.

2.2.1. Batı Literatüründe Yaşamın Kutsallığı

Yaşamı kutsal kabul etmek ve öldürmeyi gayrimeşru ve gayri ahlaki bulmak, insanlık tarihinin çok eski zamanlarından beri sosyal hayatı düzenleyen, can güvenliğini sağlayan bir ilke olarak benimsenmiştir. Yaşamın kutsallığı Avrupa merkezli sistemde genellikle Yahudilik-Hristiyanlık temelli etik bir doktrin olarak tanımlanır. Bu doktrine göre insan yaşamı içsel bir iyiliktir ve masum bir insanı öldürmek yasaktır.[140] Modern tıbbi gelişmelerle birlikte ortaya çıkan ve bu ilkeye aykırı olan hekim destekli intihar, ötanazi gibi bazı tıbbi uygulamalar, etikçileri yaşamın kutsallığı ilkesini yeniden ele almaya itmiştir. Doktrinin dini çağrışımı seküler dünyada yeterince kabul görmeyerek itirazlara sebep olmuş ve yaşamın kutsallığı tartışmaya açılmıştır.[141]

Örneğin, Peter Singer ve Helga Kuhse, kürtaj ve ötanazinin yaşamın kutsallığına aykırı olduğunu kabul ederken bu doktrinin teolojik kökenlerinin artık Batı liberal çoğulcu toplumlarda sağlık politikaları için uygun olmadığını iddia etmektedir. Yahudi ve Hristiyan olmayan kişilerin veya bu inançlara sahip olmasına rağmen ötanazi, kürtaj gibi uygulamaları inancına aykırı kabul etmeyen kişilerin bu doktrini benimseyenler tarafından tasarlanan kısıtlamalara uymak zorunda bırakılmaları Singer ve Kuhse gibi düşünenler için kabul edilemezdir.[142]

---

[140] Steve Clarke, "The Sanctity of Life as a Sacred Value", *Bioethics* 37/1 (2023), 32-35.
[141] Stephen Wear, "Sanctity of Life and Human Dignity at the Bedside", *Sanctity of Life and Human Dignity* (Springer, Dordrecht, 1996), 58.
[142] Ayrıntılı bilgi için bkz. Helga Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique* (Oxford, New York: Oxford University Press, 1987); Peter Singer, *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics* (Oxford, New York: Oxford University Press, 1995).

Bazı itirazlara rağmen doktrinden vazgeçmenin büyük etik problemlere sebebiyet vereceğini düşünen etikçiler ilkeyi dini çağrışımından uzaklaştırarak yeniden yorumlamaya çalışmıştır. Dworkin, yaşamın kutsallığı öğretisinin toplum nezdinde dinden bağımsız olarak işlevsel şekilde kullanıldığını iddia etmektedir. Dworkin'e göre insanlar dindarlıklarından bağımsız olarak yaşamı kutsal kabul etmektedir. Ötanazi ve kürtaj ile ilgili tartışmalar ise aslında bu kutsallığa nasıl saygı gösterileceği hakkındadır. Dworkin'e göre hepimiz insan yaşamında içsel değerin iki kaynağı olduğunu düşünürüz. Bunları doğal sermaye ve yaratıcı sermaye olarak isimlendiren Dworkin, bu iki kaynağa atfedilen göreli önemin kutsallığa bakışı etkilediğini söyler. Mesela, kişi doğal sermayeyi yani varoluşumuzla birlikte gelişen özü önemli görüyorsa kürtaja karşı çıkar. Çünkü kürtaj bu doğal sermayeyi yok edecektir. Ancak yaratıcı sermayenin kutsallık için daha önemli olduğunu düşünenler için mesele bu kadar basit değildir. Mesela bir çocuğun doğumu annenin yaşam planlarını ve geleceğini etkileyerek engellemesi yaratıcı sermayenin gücünü azaltabilir. Aynı şekilde kadın çocuğa düşük düzeyde içsel değere sahip olabileceği bir hayat sunacağını düşünebilir. Bu çocuk tatmin edici yaşam planlarını gerçekleştiremediği yaratıcı değerine yeterince katkı sağlayamadığı bir süreç yaşayacaktır. Bu nedenlerle bir kadın, çocuk sahibi olmanın kendi yaşamında meydana getireceği yaratıcı sermaye kaybıyla, bir çocuk dünyaya getirmeyle elde edebileceği doğal ve yaratıcı sermaye artışını kıyaslayarak hangisinin daha ağır basacağına karar verebilir. Dworkin'e göre, kadın böyle bir kararla kürtaj yapmayı seçtiğinde, bunu yaşamın kutsallığına dair bir değerlendirme temelinde yapmış olur.[143]

Bu ve benzeri yaklaşımlar yaşamın kutsallığını yalnızca tanrı buyruğuyla ilişkilendirmeyip toplumsal bir zeminde ele almayı denemektedir. Kutsallığı biyolojik yaşamın ontolojik bir özelliği değil de ahlaki bir edim olarak yeniden inşa ederek erdem etiğiyle ilişkilendirmek, kavramı sekülerleştirip, modern biyoetik tartışmalarına dahil etmek için önemsenmiştir.[144] Peki neden yaşamın kutsallığı doktrinine hala ihtiyacımız var? Yaşamın kutsallığı ilkesine duyulan ihtiyaç, çağdaş biyoetik

[143] Dworkin, *Life's Dominion*, 97-101.
[144] Heike Baranzke, "'Sanctity-of-Life' A Bioethical Principle for a Right to Life?", *Ethical Theory and Moral Practice* 15/3 (01 Haziran 2012), 295-296.

tartışmalarda insan yaşamının değerini yalnızca işlevsellik ya da yaşam kalitesi ölçütlerine indirgemekten kaçınma gerekliliğinden doğmaktadır. Zira böyle bir indirgeme, özellikle çocuklar, yaşlılar, engelliler ve ağır hastalar gibi kırılgan grupların yaşamlarının daha az değerli görülmesine yol açabilir. Bu ilke, insan yaşamına koşullardan bağımsız, asgari bir dokunulmazlık atfederek etik ve hukuki sınırları belirginleştirmektedir. Ayrıca yaşamın kutsallığı insan onuru kavramının somut bir temeli olarak, bireylerin insan oldukları için yaşam hakkına sahip oldukları fikrini de güvence altına alır. Bu sebeple kutsallık ilkesinin sekülerleştirilmiş yorumları farklı dünya görüşleri arasında da ortak bir değer inşa etmeyi hedefler. Böylelikle bu ilke, yalnızca teolojik bir dayanak olarak değil, toplumsal güvenin koruması ve en kırılganların hayatının güvence altına alması yönleriyle de vazgeçilmezdir.

2.2.2. Fıkhi Gelenekte Hıf'zu'n-Nefs

İslam geleneğinde de benzer bir şekilde insan hayatına ciddi bir değer atfedilir. Fıkhî literatürde bu ilke hıfzu'n nefs yani canın korunmuşluğu şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Fıkıh geleneğinde insan diğer canlılardan farklı özel bir konuma sahiptir. Fıkıhta insana verilen bu değer kişinin çeşitli yetkinlikleri kazandırdığı bir statü değil yaratıcının onu bu şekilde vasıflandırmasından kaynaklanan bir değerdir.[145]

Hıfz'un'nefs yani canın korunması sorumluluğu İslam hukuku haklar teorisi çerçevesinde Allah hakları ve kul haklarının karışık olduğu haklar bağlamında değerlendirilmiştir. Bu hakkın yalnızca kul hakkı olarak değil Allah hakkıyla karışık haklar içerisinde ele alınmasını şu şekilde okumak mümkündür: Canı koruma sorumluluğu yalnızca bireyi değil toplumu ve insanlığı ilgilendiren bir sorumluluktur. Canın insana emanet olarak verilişi ise canı korumanın kul hakkı olarak değerlendirilmesine sebep olmaktadır.[146]

[145] Özaykal, *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli*, 91.
[146] Hasan Hacak, *İslam Hukukunun Klasik Kaynaklarında Hak Kavramının Analizi* (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi, ts.) (Erişim 11 Şubat 2026), 98; Tuba Erkoç Baydar, "Ölme Hakkı: Fritz Jahr ve İslam Hukuku Açısından Mukayeseli Bir Yaklaşım", *Darulfunun İlahiyat Dergisi* 29/2 (31 Aralık 2018), 275.

İslam'da insan, diğer canlılardan farklı özel bir konuma sahiptir. Bu fark insana bazı haklar tanıyıp sorumluluklar yüklerken insanın hayatını, sağlığını ve bedenini de dokunulmaz kılmıştır. Bu durum insanı canı, bedeni ve hayatıyla ilgili pek çok tasarrufunu kısıtlar. Ve kişiyi hem kendisine hem de başka bir insana zarar vermekten alıkoyar.[147] Fıkıhta insana verilen bu değer kişinin çeşitli yetkinlikleri kazandığı bir statü değil yaratıcının onu bu şekilde vasıflandırmasından kaynaklanan bir değerdir.[148] Bu değer insana anne rahmine düştüğü andan itibaren insanın tüm yaşam döngüsünde eşlik etmektedir. Yani Dworkin'in yaşamın kutsallığına yönelik sınıflandırmasında fıkıh, doğal sermayeyi kıymetli gören taraftadır.

Canın korunması zarûriyat-ı diniyyeden yani şer'i hükmün maksatlarından sayılmıştır. Bu maksatların gözetilmesi din ve dünya işlerinde maslahatın gerçekleşmesini sağlarken bunların yokluğunda ise bozulma ve cennete kavuşma ihtimali azalmaktadır. Zaruriyat haciyat ve tahsiniyat için asıl teşkil ettiğinden ihlale uğradığında daha büyük bir zarar ortaya çıkar. Şatibî canın, dinin, nesebin aklını ve malın korunmasını zaruriyât olarak değerlendirmiştir.[149] Fıkıhta masum bir insanın canına kastetmenin büyük günahlardan sayılması ve bu suçu işleyenin kısas veya diyet gibi ağır cezai yaptırımlara çarptırılması; kişinin intihar etmesinin, hatta ölümü temenni etmesinin bile yasaklanması ve nihayet canın henüz cenin aşamasındayken ilahi bir güvence altına alınması gibi pek çok hüküm, hayatı korumanın şeriatın en temel zaruri maksatlarından biri olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.[150]

Canın korunmuş olması onun kutsal kabul edilmesini de mündemiçtir. Fıkhi ıstılahta canın korunmuşluğunu ifade etmek için karşımıza çıkan kavramlardan biri de ismettir. Aynı kökten gelen *Ma'sum'd-dem/ismetüd'dem* kavramları da insanın her türlü haksız fiilden korunmuş olduğunu ifade eder. İnsana tanınan bu dokunulmazlık hakkı devredilemez ve vazgeçilemezdir. Bunun sebebi de insanın teklife muhatap

[147] Yıldız, *İslam Sorumluluk Hukuku: Akit Dışı Sorumluluk*, 111-112.
[148] Özaykal, *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli*, 91.
[149] Ebû İshâk İbrâhîm b. Mûsâ b. Muhammed el-Lahmî eş-Şâtıbî, *el-Muvâfakât*, thk. Ebû Ubeyde Meşhûr b. Hasan Âl-i Süleyman (y.y.: Dâr İbn Affân, 1997), 2/8-15-16.
[150] Özaykal, *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli*, 92.

olmakla kazandığı bu statünün ilahi kaynaklı oluşudur. Teklifi yerine getirebilmek için yaşıyor olmak temel şarttır.[151]

Bununla birlikte ölümü arzu etmek ile ilgili bazı yasaklar da İslamî gelenekte canın korunmuşluğu fikrini güçlendirmektedir. *"Sizden hiç kimse, maruz kaldığı bir zarar sebebiyle ölümü temenni etmesin. Mutlaka onu yapmak mecburiyeti hissederse bari şöyle söylesin: Hakkımda hayat hayırlısı ise yaşat. Ölüm hayırlısı ise canımı al."*[152] hadisi bunlardan biridir. Kişinin kuvvetli bir acı çekmesi dahi kendisini öldürmek için yeterli bir sebep olarak kabul edilmeyerek günah olarak değerlendirilmiştir. Tufeyl b.Amr'ın arrkadaşı ile ilgili rivayeti bu bağlamda zikredilebilir.

"Efendimiz 'in (s.a.v.) Medine'ye hicretinden sonra Tufeyl b. Amr da kavminden birisiyle beraber Medine'ye hicret eder. Tufeyl b. Amr'ın yol arkadaşı Medine'de hastalanır ve ciddi sıkıntılar çeker. Acılarına dayanamayınca bir gün keskin bir bıçakla parmaklarını eklem yerlerinden keser ve kan kaybından vefat eder. Sonra Tufeyl b. Amr arkadaşını rüyasında çok güzel bir surette fakat elleri sarılı halde görür. "Rabbin sana ne yaptı?" diye sorunca "Peygamberinin yanına hicret ettiğim için Rabbim beni affetti, mağfiret etti." diye cevap verir. Tufeyl bu sefer ellerinin neden sarılı olduğunu sorunca da arkadaşı "Bana 'Kendi vücudundan bozduğun şeyi düzeltmeyiz.' denildi." diye cevap verir. Daha sonra Tufeyl b. Amr (ra) bu rüyayı Efendimiz'e (sas) anlatınca Efendimiz "Allah'ım! İki eli için de mağfiret buyur." diye dua eder."[153]

Rivayette acı çeken kişinin dahi canına kastetmesinin büyük bir günah olduğu anlaşılmaktadır. Buna rağmen Allah'ın bu kimseye dilerse mağfiret edebileceği düşünülmüştür. Bu sebeplerle can üzerinde tasarrufta bulunmak fıkhi olarak kişinin takdir yetkisini aşan ve İslami açıdan kabul edilemez bir uygulama olarak görülmüş;

[151] Erkoç Baydar, *Bu Can Kimin?*, 98.
[152] Buharî, "Merda", 19(5347)
[153] Müslim, "İman", 49.

doktor açısından kasten öldürme, ötanazi talep eden kişi açısındansa intihar şeklinde değerlendirilmiştir.[154]

Ölüm arzusunun insan fıtratına aykırı patolojik bir istek olması argümanı da hayatı korumak için bir sebep olarak kabul edilmiştir. Kur'an beyanına göre de insan aslında ölümsüz olmayı arzu etmektedir.[155] Bu bağlamda hasta da olsa insanın ölümü arzu etmesi normal kabul edilmemiş bunun bir patoloji olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür.[156] Yine İslam hukukunda kişi kendi canını korumakla vazifelendirilmiştir. *"Kendinizi tehlikeye atmayın"*[157] ayet-i kerimesi ve vebalı olan yere girmek gibi kişinin sağlığını tehlikeye atacak fiillerden alı koyan hadis-i şerifler buna örnek teşkil etmektedir.

Hem İslami geleneğin hem de biyoetik perspektifinin ifade ettiği üzere toplumsal düzenin insani koşullarda sürdürülebilmesi için her ne kadar inanç kaynaklı olmasa da insan canına bir dokunulmazlık veya kutsallık atfetmek gerekmektedir. İnsan hayatının kıymetli olmadığı ve korunmasının gerekmediği her toplumsal yapı bir vahşete ev sahipliği yapmaktan öte geçemez. Seküler dünya cana artık dinden bağımsız bir şekilde kıymet atfetmeye çalışmaktadır. Bunu yaparken de aslında dini yapıların kapalı şekilde kastettiği bazı sebep sonuç ilişkilerinden beslenir. Canın korunması şeriatın maksatlarını yeşertecek bir ilkedir. Zira bu sayede dünyevi hayatın düzeni sağlanır. Dünyevi düzen sağlanmadan insanın ahirete yönelik fayda elde etmesi güçleşmekte, ahlaki ve erdemli olanla insan arasındaki mesafe artmaktadır.

Yaşamın kutsal olması ilkesinin gerek şer'i perspektifle gerekse de etik perspektifle bir zaruriyet ifade ettiğini gördük. Fakat bu ilkeyi yürürlüğü koymak için hala daha bazı sorulara cevap aramız gerekmektedir. Ötanazinin, ölüme sebep vermesi sebebiyle canının korunmuşluğunu tehlikeye atan bir uygulama olduğu iddia edilebilir.

---

[154] Ayrıntılı bilgi için bkz. Ömer b. Abdullah el-Meşârî es-Sadun, *el-Katlü'r-Rahim fi'l-Fıkhi'l-İslami ve'l-Kanuni'l-Vaz'i* (Riyad: Daru İbni'l-Cevzi, 2014); İsmail Aka Bâbâî Benî, *el-Katlü'r-Rahîm beyne'l-Fıkh ve'l-Kânûn* (Beyrut: Merkezü'l-Hadara li-Tenmiyeti'l-Fikri'l-İslami, 2017); Erkoç Baydar, *Bu Can Kimin?*; Ali Kaya, "İslam Hukuku Açısından Yaşamı Bırakıp Ölümü Tercih Etmek: Ötenazi", *Helal ve Etik Araştırmalar Dergisi* 3/1 (30 Haziran 2021), 50-70; Yiğit, *Yaşam-Ölüm Sarmalında Ötanazi*.
[155] Enbiya 21/34-35
[156] Kaya, "İslam Hukuku Açısından Yaşamı Bırakıp Ölümü Tercih Etmek: Ötenazi", 55.
[157] el-Bakara2/195

Detaylara bakılınca ise ötanazinin aslında tıbbi koşuların sağlanmasıyla ve ciddi yasal prosedürlerle uygulandığı görülmektedir. Ayrıca kişi canice ve kişisel ihtiraslarla değil bizzat kendi isteğiyle tedavinin mümkün olmadığı, acılı durumlarda ötanaziyi tercih etmektedir. Yine benzer bir değerlendirme yaşam desteğinin veya tedavinin geri çekilmesi/başlatılmaması uygulamaları için de yapılmaktadır. Buradan bakınca ötanazi toplumsal düzenin sarsılmasına sebep verecek bir öldürme olarak gözükmemektedir. Canın korunmasındaki asıl maksat toplumsal düzenin sürdürülebilirliği ise ötanazi bir katil suçu gibi kişinin can güvenliğini tehlikeye atarak toplumsal istikrarı ve güvenliği tehdit eden bir uygulama mıdır?

Bu hususlar bazı biyoetikçileri ötanazi vb. yaşam sonuna müdahaleye yönelik uygulamalara karşı müspet bir tavır sergilemeye iterken bazı etikçilerin kaygılarını dindirememiştir. Bu ilkeyi benimsemek noktasında birleşen Batılı etikçiler hangi konularda ayrışıyor? "İslam hukuku geleneğinde canın mutlak surette korunması ve insanın kendi hayatı üzerinde nihai bir tasarruf yetkisinin bulunmadığı tezi, ötanazi karşıtı duruşun temel ahlaki ve hukuki zeminini oluşturmaktadır. Bununla birlikte fıkıh doktrininde, canın korunmuşluğu ilkesinin meşru müdafaa, cihad ve kısas gibi hukuki gerekçelerle kamu otoritesinin denetiminde istisnaya tabi tutulabildiği bilinmektedir. Ötanazinin niçin bu vb. katillere verilen izin bağlamında değerlendirilemeyeceğini ortaya koymak için daha nitelikli bir değerlendirme yapmak gerekiyor.

2.3. KAYGAN ZEMİNDEN SEDD-İ ZERAİ'YE: YAŞAM SONUNA MÜDAHALE TOPLUMSAL DÜZENİ TEHDİT EDER Mİ?

Bebek Doe 1963 yılında, 34 yaşında hemşire anne ile 35 yaşında avukat babanın üçüncü çocuğu olarak dünyaya geldi. Prematüre doğan erkek çocuğuna doğumdan hemen sonra down sendromu teşhisi kondu. Buna ek olarak bağırsak tıkanıklığı (duodenal atrezi) da bulunan bebeğin hayatta kalması ve beslenebilmesi için düşük riskli bir operasyon geçirmesi ve bağırsaklarındaki problemin düzeltilmesi gerekiyordu, aksi takdirde çocuk beslenemeyecek ve ölecekti. Doğum esnasında çocuğun down sendromlu olduğunu duyan anne hemen orda çocuğu istemediğini dile getirmişti. Ertesi gün doktorla yaptığı görüşmede de bebeğin bağırsaklarını düzeltmek

üzere yapılacak operasyonu reddetti. Eşi de anneyi bu kararında destekliyordu. Anne down sendromlu bir çocuğa sahip olmanın diğer iki çocuğuna haksızlık olacağı kanaatindeydi. Doktorları ebeveyne down sendromu ile ortaya çıkacak zihinsel engelin derecesinin yenidoğanda gözlemlemenin mümkün olmadığını, zihinsel engelliliğin en hafif formu olan bu sendromda IQ'nun 50-80 bandı arasında, bazen daha da fazla olabileceğini açıkladı. Ayrıca bu çocukların eğitilebileceklerini, basit işlerde çalışabileceklerini ve mutlu uzun bir hayat sürebileceklerini de ekledi. Anne baba bu açıklamalara rağmen kararından dönmedi. Hastane personeli de bu kararı geçersiz kılmak için mahkemeye başvurmadı. Bebek Doe bir yan odaya alınarak yaklaşık 11 gün açlığın ardından-bağırsaklarındaki tıkanıklık beslenmesine imkân vermiyordu- öldü. [158]

Yukarıda aktardığımız Bebek Doe vakası; ötanazi ve diğer yaşam sonu kararları yasal çerçevelerle kontrol altına alınmış olsa dahi, toplumsal düzene yönelik olası tehditlerin tamamen bertaraf edilemeyeceğini gösteren en önemli örneklerden biridir. Vaka da tedavi alamayan Doe muhtemelen o küçük operasyonu geçirseydi kendisi için anlamlı bir hayat hakkına sahip olacaktı. Özellikle de çocuk, engelli, akli dengesi yerine olmayan veya komadaki hastalar gibi kırılgan gruplar için yaşam sonuna müdahale toplumsal düzeni sarsabilecek tehlikeler barındırır. Bu tehlikelere dikkat çekmek üzere etik literatürde bir kavram kullanılmaktadır: Kaygan Zemin

Genel anlamda yaşam sonuna müdahalenin özel anlamda ötanazinin toplumsal güvenliği sarsacak bir zemin kaymasına sebep olup olmayacağı meselesi bu uygulamanın ortaya çıkma tarihinden bugüne hala tartışılmaktadır. Kürtaj gibi farklı konularda da sıklıkla gündeme gelen kaygan zemin argümanı, ötanazi hakkındaki etik tartışmaların yoğunlaşmasıyla birlikte kuramcılar tarafından yeniden yorumlanmıştır. Bu argüman, izin verilmesi söz konusu olan bazı uygulamaların zamanla aslında ahlaki olarak izin verilmesi kesinlikle mümkün olmayanları içine alacak şekilde kapsamını genişletebileceği varsayımıyla baştaki uygulamayı da ahlaken meşru kabul etmemeyi savunur. Basitçe şöyle açıklanabilir: "Eğer A'ya izin verirsek, B kaçınılmaz olarak ya

[158] James M. Gustafson, "Mongolism, Parental Desires, and the Right to Life", *Perspectives in Biology and Medicine* 16/4 (1973), 529-530.

da büyük olasılıkla gerçekleşecektir… Ancak B ahlaken kabul edilemezdir; bu nedenle A'ya da izin vermemeliyiz"[159]

Ötanazi için de gündeme gelen bu argüman, ötanazi uygulamaları pediatrik hastalar, psikolojik endikasyona sahip hastalar gibi başlangıçta aktif ötanazinin öznesi olmayan grupları da kapsayacak şekilde genişledikçe kendini doğrular hale gelmiş ve pediatrik ötanaziyi gayri ahlaki bulan kuramcılar tarafından kullanılmıştır. Özellikle de ötanazinin çocuklar için yasal hale gelmesi ciddi bir aşama olarak kabul edilebilir.[160] Zira henüz karar verme kapasitesi gelişmemiş veya gelişmekte olan bir canlı için böyle bir uygulamayı ahlaki olarak tanımak, aynı şekilde karar verme kapasitesine sahip olmayan komadaki hastalar; alzheimer hastaları ve zihinsel engelli hastalar gibi pek çok savunmasız gurubu da ötanazinin öznesi haline getirme tehlikesini barındırır.

Bununla birlikte kaygan zemin argümanının büyük bir komplo teorisini çağrıştırdığını düşünen etik düşünürler de vardır. Stephen S. Hanson bu düşünürlerden biridir. Ötanazinin kapsamının genişlediğini kabul eden yazar, bunun neden sorun olarak kabul edildiğinin açık olmadığını düşünmektedir. Zira bir yasanın zamanla kapsamının genişlemesi yasanın işleyişinin doğal getirisidir. Burada endişe çocuklarda ötanazinin kapsamının ölümcül ve acı verici hastalıklardan-mesela epidermolizis büllozanın[161] en ağır versiyonları gibi- Down sendromu gibi tolere edilebilir hastalıklara kayacağıdır. Fakat burada sorun söz konusu durumlarda kullanılacak yöntemden ziyade bu hastalıklarla mücadele eden çocuk için yaşamının yüksek yarar ifade edip etmemesiyle ilgilidir. Burada fayda değerlendirmesi daha berrak yapıldığında sorun ortadan kalkacaktır. Bu bağlamda aktif ötanazi uygulamasını yasaklayarak kanuni bir seçenek olmaktan çıkarmak kaygan zemini engellemek için işlevsel değildir. Benzer bir süreç ötanaziye kıyasla çok daha az denetlenen tedaviyi

[159] Wibren Van der Burg, "The Slippery Slope Argument", *Ethics* 102/1 (1991), 42.
[160] Spagnolo - Giglio, "Pediatric Euthanasia in Belgium", 148.
[161] Halk arasında Kelebek Hastalığı olarak da bilinen Epidermolizis bülloza, cildin hassaslaşmasına ve kolayca su toplamasına neden olan nadir bir hastalık grubudur. Ciltte yırtıklar, yaralar ve kabarcıklar, bir şeyin cilde sürtünmesi veya çarpması sonucu oluşur. Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilirler. Şiddetli vakalarda, ağız, yemek borusu, mide, bağırsaklar, üst solunum yolu, mesane ve genital bölge gibi vücudun içinde de kabarcıklar ve yaralar gelişebilir ve şiddetli ağrılara sebep olabilir. Ayrıntılı bilgi için bkz. Ferit Kulalı vd., "Epidermolizis Bülloza: Olgu Serisi", *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 16/2 (01 Nisan 2019), 69-73.

sonlandırma kararlarında da karşımıza çıkar. Söz konusu fiillerdeki denetimsizlik göz önünde bulundurulduğunda çocuklar daha büyük bir risk altındadır. Bu sebeple kaygan zemin argümanına dayanarak aktif ötanaziyi yasal bir seçenek olmaktan çıkarmak çözüm değildir.[162]

Elbette Hanson'ın iddiasına karşı çıkan isimlere de rastlamak mümkündür. Richard DW Hain'e göre ise kaygan zeminin iyi bir yasal düzenlemeyle yok edilebileceği iddiaları gerçekçi değildir. Ötanazinin yasallaşması sadece kişiye ölüm hakkı değil bazı kişilere de öldürme hakkı tanımaktadır. Özellikle ekonomik gerçeklik göz önünde bulundurulduğunda bu hakkın savunmasız bireylerin ölümünü hızlandırması ihtimali göz ardı edilmemelidir. Özellikle de palyatif bakımın maliyetli olduğu sağlık sistemlerinde çocuğu öldürmek hem daha rasyonel hem de daha ekonomik bir çözüm haline gelebilir. Şu hâlde insan doğasını bilen herkes zeminin kaygan olduğu ve bu kaymayı engelleyecek bir engele ihtiyaç olacağının farkında olmalıdır. Pediatrik ötanaziyi meşru kabul ederken kullanılan dayanılmaz acı, yaşam kalitesi gibi argümanların belirsiz doğası bu uygulamaların iyi bir yasal düzenlemeyle kontrol altına alınmasını da güçleştirmektedir. Hain'e göre, etiğin yararcı ilkeleri, bu problemi çözmek için sağlam bir zemin oluşturmakta işlevsiz kalmaktadır. Belki insan hayatının kutsiyeti, savunmasız kişilere karşı bakım sorumluluğu gibi dini öğretilerden beslenen ahlaki teoriler bu kaymayı yavaşlatabilir. Fakat bu yaklaşımlar ne modern tıp etiği tarafından kabul görür ne de ampirik temellidir. Bu durumda ise zemini sabitlemek hiç kolay gözükmemektedir. Hain, ötanazinin yasallaşmasının ardından yatak işgal ettiği düşünülen hastalara ötanazi uygulamalarının yasal olarak artmasına işaret ederek iddialarını destekler.[163]

Fıkhî geleneğin de bu türden bir zemin kaymasını engellemek üzere konumlanacağını tahmin etmek güç değildir. Fıkıh usulünün delillerinden biri olan sedd-i zerai, bizlere bu etik ikilemi nasıl yorumlamamız gerektiğini hakkında yol gösterebilir. Bir fıkıh usulü terimi olarak sedd-i zerai, kendi başına mübah olan bir fiilin şer'an sakıncalı bir sonuca götüreceğinden emin olunması veya bunun kuvvetle

[162] Hanson, "Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together", 2-3.
[163] Hain, "Euthanasia", 799.

muhtemel bulunması sebebiyle yasaklanması anlamına gelir.[164] Haksız katil aslında şer'an yasaklanmış bir fiildir. Fakat ötanazinin belirlenen şartlar ve teorik perspektife uygun şekilde uygulandığında şeriatın maksatlarını tehlikeye atmayan nefs-i müdafaa veya savaşta öldürme gibi haklı sebepleri olan bir katil gibi değerlendirilebileceğini varsayalım. Bu koşullar altında da ötanaziye icazet verebilir miyiz?

Sedd-i zerai ilkesi ışığında meseleyi ele alırsak cevabımızı hayır şeklinde vermeliyiz. Özellikle de günümüzde ötanazinin hedef kitlesinin sürekli olarak genişlediği göz önünde bulundurulursa iyi bir yasal düzenlemenin sahayı kontrol altına almak için yetersiz olduğunu veya bilinçli olarak daha esnek kullanıldığını inkâr etmek mümkün gözükmemektedir. Mesela son yıllarda Hollanda'da çift ötanazilerinin yaygınlaştığı[165], psikolojik endikasyonlara sahip hastaların taleplerine karşılık verildiği, yaşam yorgunluğu gibi bazı gerekçelerin özellikle de yaşlı hastalar için ötanazi sebebi sayıldığı bir düzlemde[166] ötanazi imkanının sadece dayanılmaz acılar çeken ve acıyı dindirmek için başka bir alternatifin bulunmadığı çocuklara has kalmayacağı ihtimali hiç de uzak değil. Bu durumda ötanazi çeşitli kanuni düzenlemeler sayesinde toplumsal düzeni sarsacak şekilde canın korunmasına aykırı kabul edilmese bile-ki kişinin öldürülmesi ile ilgili tek problem toplumsal düzenin sarsılması değildir.- halihazırda sebep olduğu ve sebep olması muhtemel sonuçlar bakımından toplumsal düzeni ve güvenliği sarsacak niteliktedir. Çift ötanazisi gibi uygulamalar kişileri ölüme özendirme, ölümü romantize etme vb. tehlikeler taşırken; psikolojik endikasyonlar, yaşam yorgunluğu gibi sebepler pek çok tedavisi mümkün hastanın canını tehlikeye atmaktadır. Ayrıca ötanazinin hedef kitlesinin genişleyerek bunu talep etmeyen veya edemeyecek durumda olan kişileri kapsaması, bu uygulamanın sebep olabileceği en sarsıcı toplumsal güvenlik ihlallerinden olabilir. Bu olası zararların önüne geçmek fıkhi açıdan ciddi bir delil teşkil ederek ötanazinin yasaklanması anlamına gelmektedir.

---

[164] İbrahim Kâfi Dönmez, "Sedd-i Zerâi'", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 2009).

[165] Els J. van Wijngaarden vd., "Till Death Do Us Part: The Lived Experience of an Elderly Couple Who Chose to End Their Lives by Spousal Self-Euthanasia", *The Gerontologist* 56/6 (01 Aralık 2016), 1062-1063.

[166] Wim Graafland, "The Future of Euthanasia in the Netherlands", *Global Bioethics-Current Challenges, New Developments and Future Directions*, ed. Peter Clark (IntechOpen, 2025), 218-220.

Fakat sağlam bir temel için ötanaziye karşı takınacağımız bu tavır çocuklarla ilgili diğer yaşam sonu kararlarında da bizleri agresif tedavi yanlısı bir konuma götürmeli midir? Katar Vakıflar Heyeti tarafından finanse edilen ve elektronik ortamda fetva yayınlayan bir web sayfası olan *İslamweb.net*' e gelen bir soruya ve kurum tarafından verilen fetvaya göz atalım. [167]

"Soru: Dördüz çocuklarım erken doğdu (gebeliğin 24. haftasında). İç organlarının iflası nedeniyle biri vefat etti. Şu an bebeklerden birinde 4. derece beyin kanaması var, başı beyin kanamasından dolayı sıvıyla dolmuş durumda. Sadece ağrı kesicilerle yaşıyor. Böbrekleri çok zayıf çalışıyor, dışkılama da yapamıyor. Bağırsağında delik var ve solunum cihazına bağlı. Karın bölgesi dışkı yapamama ve gaz birikimi nedeniyle şişmiş. Doktor kilosunun 600 gramın altında olması nedeniyle ameliyat yapmayı reddetti. Bugün bir doktor, karnına bir delik açılarak gazın dışarı atılmasının sağlanabileceğini söyledi. Ancak bu çözüm iyileşme anlamına gelmiyor, aksine daha fazla acı verebilir. Ayrıca beyindeki kanamanın bebeği kesin engelli bırakacağı bildirildi. Ameliyat sadece -Allah'ın izniyle- birkaç gün daha yaşamasını sağlayabilir, ama bu süre acıyla geçecek. Bu durumda, ameliyatı yaptırmamak günah sayılır mı? Bebeğin hakkını ihlal etmiş olur muyum? Cevap: Hamd Allah'adır. Salât ve selâm Peygamberimiz Muhammed'e, ailesine ve ashabına olsun. Evvela şunu söyleyerek başlayalım: Allah'tan, vefat eden evladınızı sizin için önceden gönderilmiş bir hayır vesilesi ve şefaatçi kılmasını, hayatta kalan yavrularınıza da şifa vermesini dileriz. 3499 ve 123003 numaralı fetvalara bakılabilir; zira bu fetvalarda, evlatların vefatı karşısında sabretmenin karşılığı olarak cennet vaadi ele alınmaktadır. Söz konusu ameliyat, tedavi kapsamında değerlendirilir. Âlimler, tedavinin hükmü konusunda farklı görüşler beyan etmiş olmakla birlikte, üzerinde ittifak ettikleri husus şudur: Tedavi olmak farz değildir; ancak tedavinin sonucu kesin olarak biliniyor ve tedavi edilmediği takdirde ölüm gerçekleşecekse, o zaman tedavi farz olur. Buna göre: Ameliyatın sağlayacağı yarar kesin değil, ihtimale dayalı olduğundan, bu operasyonu yaptırmamanızda dinen bir sakınca yoktur. Günah işlemiş olmazsınız.[168]

[167] "About Fatwa", *İslamweb.Net* (Erişim 03 Haziran 2025).
[168] "حكم ترك إجراء عملية نسبة نجاحها ضئيلة", *İslamweb.net* (Erişim 22 Haziran 2025).

Yukarıdaki örnekteki gibi tedavi kapmasında değerlendirilebilecek durumlarda süreci İslami açıdan ele alan bazı kurumların da farklı değerlendirmeler yaptığını görmek mümkündür. Tedavinin geri çekilmesi veya sonlandırılması süreçleri, ötanaziden farklı etik ve hukuki dinamiklere sahiptir. Bu süreçlerde kararlar; bireyin yaşamını doğrudan sona erdirmeyi amaçlayan müdahalelerden ziyade hastalığın doğal seyri, tedavinin faydasızlığı ve tıbbi gerçeklikler tarafından daha belirgin biçimde şekillendirilmektedir.Özellikle de tedaviyi başlatmama veya durdurma gibi yaşam sonu kararlarında zeminin kaygan olması elbette istediğimiz bir şey değildir. Fakat tedavi gibi kesin doğruların olmadığı süreçlerde yaşamı korumak için zemini demir kazıklar çakarak sabitlemek de bizlere gerekli esnekliği sağlamayacak gibi gözüküyor. Mesela kişinin hayatla bağını ciddi şekilde zayıflatan bir hastalığa sahip olması halinde canın korunması ilkesinin hangi yönde işletileceğini yeniden düşünmek gerekmektedir.

2.4. YAŞAM MUTLAK FAYDA ÖLÜM MUTLAK ZARAR İFADE EDER Mİ?

Ella Louise 2016 yılında sinir sisteminin miyelin kılıfını etkileyen nadir, çoğu zaman öldürücü dejeneratif bir hastalık olan Krabbe hastalığı ile dünyaya geldi. Yaklaşık 10 aydır yaşam mücadelesi veren bebekten artık tıbbi olarak ümit kesildi ve ölümü bekleniyordu. Artık beslenme ve su takviyesi de almayan bebeğin acısı morfin bantlarıyla dindirilmekteydi Fakat Louise bebek artık pek de yaşıyormuş gibi gözükmüyordu. Oldukça derin bir uykuda ve hiç hareket etmiyordu. Artık beslenmeyen bebeğin ölümü gerçekleşecek, fakat sürecin ne kadar daha uzayacağı belli değildi. Belçikalı anne Linda Van Roy bebeğin hayatta kalmasının artık ona acı vermekten başka işe yaramadığını düşünüyordu. Bu şartlar altında bebeğin, her ne kadar farkında olmasa da aç ve susuz ölümünü beklemesinin öldürmekten daha ahlaki bir eylem olmadığı kanaatindeydi. Belçika yasalarına göre ise henüz 10 aylık olan Ella Louise için ötanazi bir seçenek değildi. Hollanda'ya benzer bir uygulamanın burada da geçerli olmasını talep eden anne Linda Van Roy bu konuda bir kampanya da

başlatmıştı. Bebek Louise eğer Hollanda'da dünyaya gelseydi onun için süreç biraz daha farklı ilerleyebilirdi.[169]

Linda Van Roy gibi hayat ve ölümle ilgili dini kaygıları olmayan pek çok anne-baba çocuğu için bazı hayat formlarının gerçekten yarar ifade edip etmediği konusunda ikilemler yaşamaktadır. Dini kaygıları olan ebeveynler de bu gibi durumlarla sıklıkla baş etmek zorunda kalmaktadır. Söz konusu zorlu durumlarda nasıl davranacağını bilemeyen ebeveynler, karar vermek için fetva otoritelerine başvurmaktadır. Yine *İslamweb.net*' e gelen bir soru şu şekildedir:

"Yedi aylık kızım "Werdnig-Hoffmann" adı verilen doğuştan gelen bir sinir hastalığına yakalandı. Uzuvlarını hareket ettiremiyor, solunum ve yutma işlevleri giderek zorlaşıyor. Şu anda cihazlara olan bağımlılığı artmaya başladı. Doktorların bana söylediğine göre, bu hastalığa yakalanan tüm çocuklar (Allah daha iyi bilir) 18 ay içinde vefat ediyorlar ve bir süre sonra tamamen cihazlara bağımlı hâle geliyorlar; sadece gözlerini oynatabiliyorlar. Hastanın nefes alması için boğazına bir delik açılıyor ve buradan bir tüp yerleştiriliyor, mideye de beslenme için başka bir delik açılıyor. Bu hastalar sürekli bakım ve temizlik gerektiriyor ve konuşamıyorlar, yalnızca inlemeleri duyuluyor. Bana durumu anlatan doktor Müslüman, güvenilir ve emin bir kişidir (öyle olduğunu umuyoruz, Allah en doğrusunu bilir). Dediğine göre, merhum Şeyh İbn-i Useymîn bu durumda olan ve iyileşme umudu olmayan hastaların cihazlarının çıkarılabileceği ya da hastalık ilerleyip cihaza ihtiyaç duyulsa bile bu cihazların takılmayabileceği yönünde fetva vermiştir. Kızım da şu anda giderek bu cihazlara muhtaç hâle geliyor. Onun acı çekmesini istemiyorum. Bu durumda doktorlara, ihtiyaç hâsıl olduğunda cihaz takmamalarını söylemem caiz olur mu? Allah sizden razı olsun."[170]

Yukarıdaki gibi zor durumlarla karşılaşan ebeveynler ve doktorlar çocuklar için neyin yarar neyin zarar ifade ettiği konusunda ciddi ikilemler yaşamaktadır. Bu gibi durumlarda hem mutlak yaşam yanlısı bir tutum sergilemenin hem de ölmeye izin vermeyi seçmenin olası zararları ve ciddi sonuçları vardır. Bu durumdaki yarar-zarar

[169] "Euthanasia for Sick Children in Belgium", haz. PlayGround Stories, *YouTube* (18 Eylül 2016).
[170] "حالات جواز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض", İslamweb.net (Erişim 03 Haziran 2025).

dengesi etik açıdan değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerin Müslüman ebeveynlere hitap edebilmesi için fıkhın kendine özgü değerlerinin de gözetilmesi gerekmektedir.

2.4.1. Etik Açıdan Yaşam Sonunda Yarar-Zarar Değerlendirmeleri

Yaşamın ve ölüm arasında yarar zarar dengesiyle ilişkin argümanlar genelde "yaşam kalitesi" ifadesi çevresinde gelişmiştir. Yaşam kalitesi argümanı yetişkinler için ötanazinin meşru kabul edilmesi için ciddi bir dayanak oluşturmuştur. [171] Fakat konu çocuklar olduğunda yaşam kalitesi değerlendirmelerinde daha farklı faktörler de meseleye dahil olmaktadır. Bu durum etikçileri meseleyi çocuklar özelinde tekrar değerlendirmeye itmiştir.

Mesela Tom L.Beauchamp ve James F. Childress'a göre de hastanın yaşam kalitesi bazen agresif tıbbi prosedürler ve yoğun bakım kendisine yarardan çok zarar getirecek kadar düşmektedir. İşte bu durumlarda tıpkı daha büyük hastalarda olduğu gibi yenidoğanlarda da tedaviyi sonlandırmak veya tedaviye hiç başlamamak meşru bir seçenektir. Mesela doğum esnasında oksijensiz kalma sebebiyle geçirilen ağır beyin hasarı, giderek artan spastisite ve demans görülen ve 3-4 yıldan fazla yaşam beklentisi olmayan Tay Sachs hastalığı[172] ve kontrol edilemeyen spazmalarla birlikte zekâ geriliği, kendini yaralama kompulsiyonu ile seyreden ve yine kısa yaşam beklentisine sebep olan Lesch Nyhan sendromu[173] bu durumlardan bazılarıdır. Bu gibi durumlarda hastanın en iyi çıkarı standardını kullanmak tek çaredir. Onlara göre, vekil karar vericilerin böyle bir durumda tedavi opsiyonel olduğunda makul seçenekler arasında hastanın en iyi yararını gözeterek yaşam kalitesi argümanına başvurmasında hiçbir sakınca yoktur.[174]

---

[171] John R. Connery, "Quality of Life", *The Linacre Quarterly* 59/2 (01 Mayıs 1992), 26.
[172] Tay Sachs Hastalığı, çocuğunuzun beyin ve omuriliğindeki sinir hücrelerini etkileyen ölümcül ve genetik bir hastalıktır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Jose Americo Fernandes Filho - Barbara E. Shapiro, "Tay-Sachs Disease", *Archives of Neurology* 61/9 (01 Eylül 2004), 1466-1468.
[173] Lesch-Nyhan sendromu, hipoksantin-guanin fosforibosiltransferaz enziminin eksikliğinden kaynaklanan nadir bir kalıtsal hastalıktır. İleri yaşlarda parmakları ısırma dudakları ve damağı yeme gibi davranışlara sebep olur. Ayrıntılı bilgi için bkz. Hayri B. Toksoy vd., "Bir Lesch Nyhan Sendromu Olgusu", *Türk Pediatri Arşivi* 28/4 (01 Aralık 1993).
[174] Beauchamp - Childress, *Biyomedikal Etik Prensipleri*, 265.

Özellikle de terminal durumlarda ölümün bazen yarar ifade edebileceğini düşünen yazarlardan biri Bertha Alverez Manninen'dir. Manninen, varlığını sürdürmenin bir kişinin sahip olabileceği en temel yarar olduğu fikrine katılır. Zira yaşamdan mahrumiyet diğer tüm faydalardan mahrumiyeti de ifade eder. Fakat bazı insan varoluş biçimleri o kadar yetersizdir ki yaşam yaşamaya değmez hale gelir. Bu sebeple bazen kişi için en iyi yarar ölüm olabilir. Yalnızca şiddetli acıdan oluşan bir yaşamın hiç yaşamamaktan daha iyi olduğu da söylenemez. Bu sebepledir ki pek çok insan yaşam destek tedavisini sonlandırmayı tercih eder veya vekiller başkası adına bu kararı alır. Yaşamı sürdüren tedaviyle devam eden zahmetli bir varoluş süreci artık hasta için negatif bir değer oluşturuyorsa tedavinin durdurulması yönünde de bir yükümlülükten bahsedilebilir. Fakat buna rağmen yetişkinler, belki son kez gün doğumunu görmek, eşiyle ve çocuğuyla biraz daha vakit geçirmek gibi bazı deneyimler için acı içinde olsa da yaşamayı tercih edebilirler. Fakat özellikle de bebekler bu türden varlıklar değildir. Bebekler geleceğe yönelik bir beklenti geliştireme, sevdiklerini gördüklerinde teselli duyma gibi bilişsel yetilerden yoksundurlar. Bebeklerin istekleri ve arzuları şimdiki zamana yöneliktir. Bu sebeple acı çeken ve ölümcül hasta bebekler için yaşamı uzatmak yalnızca ıstırabı uzatmak anlamına gelir. Bunun da onlar için zarar teşkil etmemesi mümkün değildir. Yani Manninen'e göre bebeklerin yararı sürekli yaşamda değil ölümde yatar. Bu yüzden de bebeklerde tedaviye başlanmaması veya durdurulması ahlaki sorun olmadığı gibi ötanazi de ahlaki sorun teşkil etmez.[175]

Özellikle yaşam sonu kararlarında hayatın kutsallığından ziyade hayatın kalitesine odaklanılması gerektiğini ima edenlerin arasında Peter Singer ve Helga Kuhse'de vardır. Yazarlara göre herkes için hayatın kutsallığını savunmayı arzu edenler olsa da tıbbi pratikte işler öyle işlememektedir. Mesela Katolik gelenekte dahi kabul gören orantısız tedavi hastanın durumu ve müdahalenin sağlayacağı yaşam süresi ve kalitesiyle ölçülmektedir. Bununla birlikte tıbben faydasız/nafile kabul edilen tedavilerin geri çekilmesinde de aslında kişinin kalan yaşamı hakkında bir kalite değerlendirmesi yapılarak yaşamı gereksiz uzatmaktan kaçınmak amaçlanmaktadır. Mesela son evre bir kanser hastasına antibiyotik vermemek yaşamı uzatma ihtimali

[175] Manninen, "A Case for Justified Non-Voluntary Active Euthanasia", 644-646.

olsa da çoğu kişi için etik bir uygulamadır. Yani Singer ve Kuhse'ye göre insan hayatı her zaman her koşulda değerli değildir. Yaşamın değeri kişinin o yaşamdan fayda sağlayabilme kapasitesine bağlıdır. Bu sebeple örneğin kişi bilinçli değilse ve deneyim yaşayamayacaksa -anensefalik bebekler gibi- bu yaşamın bir değeri yoktur. Kişi acı içerisindeyse bu yaşam birey için zararlı olabilir. Kısa ve yoğun acı hissedilerek geçirilen yaşamın nadiren de olsa kısa ve güzel anlarla telafi edilebilirliği ise yazarlara göre tartışılmalıdır. Yenidoğan bir bebeğin hayatının sürdürülmesinin onun yararına olup olmadığı, yalnızca biyolojik yaşama devam etmesiyle değil, bu yaşamın içerdiği bilinçli deneyimlerle değerlendirilebilir. Kuhse ve Singer'a göre, henüz kendi varoluşunu anlamlandıramayan ve geleceğe dair arzu geliştiremeyen bir bebek için, yaşamı sürdürmenin "potansiyel" temelli faydaları abartılmış olabilir. Gelecekte mutlu bir çocuğun varlığı, geçmişte ağır acılar yaşamış olan bilinçsiz bir yenidoğanın menfaatini garanti etmez. Bu nedenle, yoğun acı içeren tedavilerin uygulanması kararında, sadece gelecekteki olasılık değil, bebeğin şu andaki çıkarları da belirleyici olmalıdır.[176] Kuhse ve Singer'ın bu değerlendirmesi her şeyin kontrol altında tutulabildiği bir sistemde makul gözükmektedir. Fakat özellikle de aktif ötanazi söz konusuyken faydanın henüz kendini ifade etmekten yoksun veya kapasite olarak yeterli olduğu şüpheli bir çocuk için nasıl tespit edileceğini belirlemek oldukça güçtür. Bebek Doe vakasını hatırlayalım. Down sendromlu olarak sürdürülen bir hayatta bazen ebeveyne yeterince kalitesiz gelebilir. Ya da inançların devreye girdiği bir sistemde bu vazgeçiş kadir-i mutlaktan ümidini kesmek anlamına gelme ihtimali taşıyabilir. Bu gibi çok boyutlu bir kararı rasyonel zemine çekmek hiç de kolay değildir.

Francesca Giglio ve Antonio G. Spagnolo ölümün fayda olarak değerlendirilmesinin kendi içeresinde çelişkili ve oldukça muğlak bir kavram olduğunu düşünürler. Ölüm hayatın karşıtıdır. Hayat herhangi bir faydalı eylemin ön koşulu olarak asli faydayı ifade eder. Ölüm belki sübjektif yönden faydalı kabul edilebilir fakat nesnel düzlemde ölümü fayda kabul etmek makul kabul edilmez. Çünkü yaşam olmadan herhangi bir fayda da söz konusu değildir. Ayrıca kişiye hayat

[176] Kuhse - Singer, "The Quality/Quantity-of-Life Distinction and Its Moral Importance for Nurses", 204-211.

kalitesini referans alarak karar verme yetkisi tanımak bunu sadece öznel tercihe indirgeyip meselenin nesnel ahlaki boyutunu ve kamu yararına etkisini yok saymak anlamına gelir. Giglio ve Spagnolo için toplumlar hayatı bir ontolojik iyilik (*bonum onticum*) olarak korumakla yükümlüdür. Hayatı koruma yükümlülüğü ortadan kalkarsa medeni toplum düzeninin temeli de ortadan kalkar. Ve baskın kültürün, siyasi partilerin eğilimleri ile yaşam yok edilebilir. Toplum hekimlere, hayatı koruma görevi vermiştir. Kişi korumakla yükümlü olduğu değeri yok edemez. Belirli bir mesleği icra edenler toplumun onlara verdiği sorumluluğu yerine getirmekle yükümlüdür. Toplumun hekimlere verdiği hayatı koruma yükümlülüğü ötanazi ve destekli intihar gibi uygulamalardan alıkoymalıdır. Giglio ve Spagnolo nafile tedaviyi sürdürmeyi ötanazi ve yardımlı intihardan ayırırlar. Hastanın iyileşmesine katkı sağlamayan tedaviyi sonlandırmak da hekimin etik görevidir. [177] Giglio ve Spagnolo yaşama bakışları ve bu hali mutlak fayda olarak kabul etmeleri belirsizlikleri kaldırmak kullanışlı bir zemin sunuyor gibi gözükmektedir. Ayrıca yazarlar nafile tedaviyi de bunun dışında bırakarak çocuğa yarar sağlama ihtimali neredeyse bulunmayan tedavilerin külfetinden kurtarırlar. Bu bakış açısı kısmen daha belirli bir alan sunmaktadır. Fakat tedavinin artık ne zaman nafile olarak değerlendirilmesi gerektiği ciddi bir pratik sorundur.

Frank A. Chervenak ve arkadaşlarına göre yaşam kalitesi, kişinin yaşam görevlerini seçip bunlardan doyum alabilme kapasitesi ile ilişkilidir. Istırap ve ağrı kavramını birbirinden ayıran yazarlar, ıstırabı kişinin arzularını, umutlarını ve niyetlerini gerçekleştirme kapasitesini farklı derecelerde yitirmesiyle oluşan karmaşık bir psiko-sosyal olgu olarak anlarlar. Ağrı ise fizyolojik bir durumu tanımlar. Bu sebeple özellikle de bebeklerin ne yaşam kalitesine dair değerlendirme yapacak ne de ıstırap çekecek kapasiteleri yoktur. Bu sebeple onlara klinik anlamda varoluşlarıyla ilgili bir ıstırap çektikleri düşünülemez. Burada çocuğun varoluşuyla ilgili ıstırap çeken ebeveyndir. Ebeveynin bu sıkıntısını bebeğin durumuna yansıtmak hekimin asli olarak hastasının yararını gözetme yükümlülüğünü bulanıklaştırmaktadır. Ayrıca bebeklik dönemindeyken Groningen protokolünde değerlendirilen bazı hastalıklar henüz fiziksel olarak engelleyici hale gelmemiştir. Bu da protokolün hali hazırdaki

[177] Spagnolo - Giglio, "Pediatric Euthanasia in Belgium", 147-148.

değil öngörülen yaşam kalitesini hesaba kattığını düşündürmektedir. Fakat yapılan çalışmalara göre engelli çocukların kendi beyanlarına dayanan yaşam kalitesi engelsiz olanlardan farklı değildir. Bu sebeple henüz boyutu bile belirli olmayan bir engelliliğin bireyin yaşam kalitesine tesirini dikkate alarak ötanazi kararı vermek yanıltıcı olabilir.[178] Chervenak ve arkadaşlarının bu değerlendirmesi çocuklara yönelik yaşam sonu kararlarının kendine özgü problemlerini çok iyi tespit etmektedir. Yaşam kalitesi, hatta ağrı ve ızdırap çekme gibi meseleler oldukça subjektiftir. Çocukların bu gibi değerlendirmelerinin dikkate alınıp alınamayacağı da ciddi tereddütler doğurmaktadır. Bu saha kısmında daha da büyük tehlikeleri beraberinde getirir. Ayrıca tıbbi öngörüye nasıl bir değer atfedileceği meselesi de fıkhi açıdan ciddi değerlendirmeleri gerektirmektedir.

Jonas-Sébastien Beaudry, ölümün özellikle de kendisini ifade edemeyecek özneler için fayda kabul edilip edilemeyeceğini tartışmaya açmaktadır. Çünkü "ölümü fayda haline getiren ıstırap", "yaşamaya değmez hayat", "katlanılamayan acı", "ölümün kurtuluş olması" gibi ölümün fayda olduğunu ima ederek ötanaziyi meşru kabul ederken kullanılan argümanalar, normatif değil değer temelli argümanlardır. Bu argümanın değer ifade edebilmesi için söz konusu acıyı deneyimlemiş ve ölümün kendi yararına olduğunu ifade edebilen, kendine has değerleri, öncelikleri, inançları olan birinin bulunması gerekir. Çünkü bu değerlendirmeler pek çok inanç, duygu ve yargıyı içinde barındıran oldukça öznel değerlendirmelerdir. Mesela eşi yedi aylık hamile son evre kanser hastası bir kişi için yaşayacağı son iki ay acı içerisinde geçecek olsa da yaşamaya değer olabilir. Ayrıca ölümle ilgili bir tasavvuru olmayan veya ehliyet sahibi olmayan birey için böyle bir karar ancak mantıksal bir sıçrama ile alınabilir. Söz konusu bebeğin hakikaten de dışarıdan gözlemlenen ve başka hiçbir şekilde dindirilemeyen dayanılmaz bir ıstırap çektiğini varsayalım. Bu durumda bile fiziksel acının zararlı oluşu, ölümün bir yarar olarak kabul edilmesini açıklayamamaktadır. Söz konusu fiziksel yokluğu tercih etmenin etik açıdan kabul edilebilir olması için bu iki zor durumun birini tercih edecek, "bu acıyla yaşamaktansa ölmeyi yeğlerim" diyecek bir özne bulunmalıdır. Böyle bir yönelim olmadığında kişinin acı çekmesi önermesinden direk olarak ölümün onun için daha iyi olduğu

[178] Chervenak vd., "Why the Groningen Protocol Should Be Rejected", 30-32.

sonucuna varılır ki özellikle de başka seçenekler olduğunda bu değerlendirme bir mantık hatasıdır. Yani özne ehliyetsiz hasta olduğu zaman acı/ıstırap ölçeklerini güvenilir bir biçimde uygulayabileceğimizi varsaysak bile, bu ölçeğe "ölümden daha kötü" bir şiddet düzeyi dâhil edemeyiz. Zira ölümün fayda olduğu iddiası epistemolojik olarak belirsizdir. Bu tür ifadeleri yalnızca özerk bireyler kendi acılarını tanımlarken kullanabilir. Bu sebeple bu kavramları normatif anlam yüklenmiş halleriyle ehliyetsiz kişilere uygulamak doğru gözükmemektedir. Hatta bu söylem örtük bir engelli ayrımcılığının getirisi olabilir. Beaudry, bu yargılardan ziyade "hafifletilmesi gereken acı" yargısını ehliyetsiz kişilere taşımayı teklif eder. Acının hafifletilmesi için ise palyatif bakım ve daha zor durumlarda palyatif sedasyon oldukça işlevsel bir çözüm olarak görülmektedir.[179]

Andrew M. Siegel'e göre ise çocuklar ağrı hissetme kapasitesine sahiptir. Ötanazi gibi ileri düzey müdahaleler çocuklar için oldukça sofistike kararlardır. Çünkü ötanazi kararı her ne kadar dayanılmaz acıların etkisiyle alınıyor olsa da genelde hastaları güdüleyen temel duygu onur kaybı ve özerkliklerini yitirme korkusudur. Yani ötanazi kararı yalnızca fiziksel acıya değil aynı zamanda deneyimlere ve soyut değerlere de dayanılarak verilen bir karardır. Bu türden soyut değerlendirmeler hayat karşısında tecrübesiz olan çocuğun anlayışının ötesindedir. Bu sebeple çocukların asıl talep edebileceği ve ihtiyaç duyduğu şey ağrı yönetimi ve palyatif tedavilerdir. Zira amaç fiziksel acıyı dindirmekse fayda fiziksel acıyı dindirmektedir. Ötanazi, yalnızca ölüm karşısında sofistike kaygılar besleyebilen bir yetişkin için fayda anlamına gelebilir.[180]

Tasavvuf geleneğinde de Mevlânâ, acının öznel bir tecrübe olduğunu ve aynı olayın farklı kişiler tarafından farklı şekillerde yaşanabileceğini belirtmektedir. Bu yaklaşım, yaşam sonu kararlarında kullanılan "dayanılmaz acı" gibi kavramların tamamen nesnel ölçütlerle belirlenmesinin güçlüğüne işaret eden çağdaş tartışmalarla belirli ölçüde örtüşmektedir.[181] Bu açıdan bakıldığında, Mevlânâ'nın acının bireysel ve

[179] Beaudry, "Death as 'Benefit' in the Context of Non-Voluntary Euthanasia", 337-341.
[180] Siegel vd., "Pediatric Euthanasia in Belgium", 1963-1964.
[181] Shahaboddin Mahdavi - Amir Abbas Alizamani, "Jalāl al-Dīn al-Rūmī wa-Falsafat al-Alam wa-l-Muʿānā(جلال الدين الرومي وفلسفة الألم والمعاناة)", *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*, ed. Muhammed Ghaly (Baston: Brill, 2022), 116-117.

öznel niteliğine yaptığı vurgu, acı ve ıstırabın aynı şey olmadığı yönündeki çağdaş yaklaşımlarla kısmen paralellik arz etmektedir.

Meselenin farklı düşünürler tarafından farklı değerlendirildiği görülmektedir. Fakat buradan çıkarılabilecek sonuç şudur; Ölümün mutlak zarar yaşamın mutlak fayda ifade edip etmediği kişinin sahip olduğu değerler sistemiyle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca bu çocukların bu değerlendirmeyi yapabilecek özneler olup olmadığı meselesi de oldukça şüphelidir. Fıkhın yaşam ile ilgili algısı ise daha çok Giglio ve Spagnolo'nun da ifade ettiği üzere yaşam halini fayda sağlamak için ön koşul olarak aktarıyor gibi gözükmektedir. Fakat fıkhın da tedavi bağlamında şüphe duyduğu ve tedavinin terkine müsaade ettiği bazı hallerde söz konusudur. O halde fıkıh ölüm ve tedaviyle ilgili fayda-zarar dengelerini nasıl inşa etmektedir?

2.4.2. Fıkhî Açıdan Yaşam Sonunda Maslahat-Mefsedet

Fıkıhta maslahatın belirlenmesi, bireyin anlık tercihleri veya yalnızca dünyevi yararların hesaplanmasıyla sınırlı değildir. İnsan, dünya hayatıyla birlikte ahirete uzanan bir varlık olarak kabul edildiğinden, bir fiilin gerçekten faydalı olup olmadığı değerlendirilirken fiilin uhrevî sonuçları dikkate alınır. Bu durum özellikle yaşam sonu kararlarında belirginleşmektedir. Zira yaşamın sürdürülmesi, tedavinin sonlandırılması veya ağır acılar karşısında alınacak kararlar değerlendirilirken fayda ve zarar yalnızca tıbbî sonuçlar üzerinden değil, İslam'ın insan, hayat, ölüm ve kulluk anlayışı çerçevesinde ele alınmalıdır. Fıkıh geleneğinde özellikle de yaşam sonu için maslahat anlayışını şekillendiren üç baskın temadan bahsetmek mümkündür.

a. Şer'i Emirlere ve Yasaklara Uygunluk

Fıkıhta maslahat kavramı, bireyin anlık çıkarlarını veya yalnızca dünya hayatındaki refahını esas alan bir menfaat anlayışına indirgenemez. Bir fiilin gerçekten fayda ifade edip etmediği, onun şer'î hükmüyle yani Allah'ın rızasına uygun olup olmamasıyla ilişkilidir. Bu durum, fıkıhtaki fayda-zarar analizini yalnızca dünyevi sonuçlara odaklanan etik yaklaşımlardan ayıran temel özelliklerden biridir.

Bu meseleyi en iyi açıklayan isimlerden biri de Gazzâlî'dir. Gazzâlî, maslahat kavramını insanların faydalı gördüğü şeylerle özdeşleştiren yaklaşımları eleştirerek

ona daha sınırlı ve şer'î bir içerik kazandırmaya çalışmıştır. Ona göre maslahatın fayda elde etmek veya zararı gidermek şeklinde tanımlanması ilk bakışta doğru görünse de bu tanım yeterli değildir. Çünkü fayda ve zarar insanların kendi amaç ve arzularına göre değişebilen göreli kavramlardır. Bu nedenle maslahatın ölçütü insanların yarar algısı değil, şeriatın gerçekleştirmeyi hedeflediği maksatlar olmalıdır. Gazzâlî bu maksatları dinin, canın, aklın, neslin ve malın korunması şeklinde belirlemekte ve bu beş temel değerin korunmasına hizmet eden her şeyi maslahat, bunların zedelenmesine yol açan her şeyi ise mefsedet olarak nitelendirmektedir. Bu çerçevede Gazzâlî, maslahatın bağımsız ve sınırsız bir hukuk kaynağı olarak kullanılmasına da karşı çıkmaktadır. Nitekim Ramazan ayında cinsel ilişkiye giren zengin bir hükümdara, daha caydırıcı olacağı düşüncesiyle doğrudan iki ay oruç kefareti verilmesini savunan görüşü eleştirerek, maslahat gerekçesiyle nassın değiştirilmesini açıkça reddeder. Ona göre böyle bir yaklaşım kabul edildiği takdirde şeriat hükümleri değişen şartlar ve kişisel değerlendirmeler doğrultusunda sürekli yeniden şekillendirilebilir hâle gelir. Dolayısıyla maslahat, şer'î hükümlerin yerine geçen bağımsız bir fayda hesabı değil; ancak şeriatın maksatları ve nassların ortaya koyduğu çerçeve içerisinde anlam kazanan bir ilkedir.[182]

b. İlahi Takdire Rıza

İslam geleneğinin, pek çok dini ritüelle şekillenen orijinal bir ölüm tasavvuruna sahip olduğu bilinmektedir. Ölüme, ölüm zamanına ve ölüm şekline dair geliştirilen çeşitli tasavvurlar pek şüphesiz bugün Müslümanların yaşam sonuna dair verecekleri kararlarda belirleyici olmaktadır. Ölüm, Kur'ân-ı Kerîm'de insanı alıp götüren;[183] insana gelip çatan;[184] insanı yakalayan;[185] her nerede olursa olsun, sözgelimi yükseklerde tahkim edilmiş kalelerde bile olsa insanı bulan[186] gibi vasıflarla vasıflanmıştır. İslami gelenekte ölüm zamanını ifade ederken kullanılan ecel kelimesinin Kur'ân'da zikredilme şekilleri de ilgi çekicidir. Kur'ân'da ecelle ilgili, hiç

[182] Ebû Hâmid Muhammed b. Muhammed et-Tûsî. Gazzâlî, *el-Mustasfâ min İlmi'l-Usûl*, thk. Muhammed Abdüsselâm Abdüşşâfî (Beyrut: Dârü'l-Kütübi'l-İlmiyye, 1993), 173-175.
[183] Nisa 4/15, "…o kadınları ölüm alıp götürünceye yahut Allah onlara bir yol açıncaya kadar…"
[184] Nisa 4/18, "Yoksa kötülükleri yapıp yapıp da içlerinden birine ölüm gelip çattığında…"
[185] Nisa 4/100, "…Kim Allah ve resulü uğrunda hicret ederek yurdundan çıkar da sonra ölüm onu yolda yakalarsa..."
[186] Nisa 4/78, "Nerede olursanız olun ölüm sizi yakalar; sarp ve sağlam kalelerde olsanız bile!"

kimsenin Allah (c.c.) tarafından yazılıp takdir edilmiş izni dışında ölemeyeceği,[187] yine Allah'ın ömür için belirli bir süre tayin ettiği,[188] ecel geldiğinde ölümün bir an dahi ertelenemeyeceği[189] ifadeleri kullanılmıştır. Bu anlatımlar ölümün aniliğine, kaçınılmazlığına ve Allah takdirinde oluşuna dair kuvvetli vurgulara sahiptir.

Ölüm Allah'ın takdir ettiği değiştirilemez ve belirlenmiş bir vakitte gerçekleşecektir. Her Müslüman'ın kader anlayışının gerektirdiği üzere bu takdire rıza göstermesi beklenmektedir. Bu fikir Müslüman alimlerin düşünce yapısını da şekillendirmiştir. Mesela Mısırlı âlim ve kadı Zekeriyyâ b. Muhammed el-Ensârî (ö. 926/1520), veba ile ilgili olarak kaleme aldığı *Tuḥfetü'r-Râġıbîn fî Beyâni Emri'ṭ-Ṭavâʿîn* isimli risalesinde de Allah'ın hüküm ve yasaklarına uyarak ilahi kazaya ve kadere teslim olmak tavsiye edilmekte, kişinin gösterdiği sabır ve tevekkül bir kurtuluş vesilesi olarak kabul edilmektedir.[190]

Müslümanlar, özellikle yaşamı sonlandırmaya yönelik kararlar söz konusu olduğunda, Allah'ın iradesine ve takdirine müdahale etmekten, insanın yetki alanını aşan bir tasarrufta bulunmaktan kaçınma eğilimindedir. Zira böyle bir fiil, her ne kadar dünyevi açıdan kişinin acılarının sona ermesi sonucunu doğurabilecek olsa da birçok Müslüman için ilahî takdire müdahale anlamı taşıyabilmektedir. Bu takdire aykırı olup ilahi alana müdahale edecek bir davranışın da maslahat ifade etmesi mümkün görülmemektedir.[191]

c. Ahiret Eksenli / Çift Yönlü Fayda Anlayışı

İslam düşüncesinde ölüm ve hastalıkla ilgili pek çok tasavvur ahiret inancıyla ilişkili olarak şekillenmiştir. *"Bir Müslüman'a herhangi bir musibet, bir sıkıntı, bir keder, bir üzüntü, bir eziyet, bir gam dokunursa, hatta kendisine bir diken bile batarsa,*

[187] Alî İmran 3/145, "Hiçbir kimse Allah'ın yazılıp bir süreye bağlanmış izni olmadan ölmez…"
[188] En'âm 6/2, "Sizi (özel) bir çamurdan yaratan, sonra ölüm zamanını (ecel) takdir eden ancak O'dur. …"
[189]Münafıkûn 63/11 "Allah, eceli gelince hiç kimsenin ölümünü ertelemez. Allah yapıp ettiklerinizden tamamen haberdardır."
[190] Hans Daiber, "Plague, Proper Behaviour and Paradise in a Newly Discovered Text by Zakariyyā al-Anṣārī", *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition* (Baston: Brill, 2022), 148-149.
[191] Chaïma Ahaddour vd., "'God Is the Giver and Taker of Life': Muslim Beliefs and Attitudes Regarding Assisted Suicide and Euthanasia", *AJOB Empirical Bioethics* 9/1 (2018), 10-11.

mutlaka Allah bunları onun günahlarına kefaret yapar[192] gibi hadisler müminleri faydayı yalnızca dünyevi açıdan değerlendirmemeye sevk eder. Hastalıkların günahlara kefaret olacağı fikri, hasatlıkların insanlar için imtihan vesileleri olarak vasıflanması Müslümanları, hastalığı sırf insanın zararına bir olgu olarak değerlendirmekten alıkoymaktadır.

Tasavvuf geleneğinde de acı ve musibet çoğu zaman yalnızca olumsuz bir tecrübe olarak görülmemiştir. Mevlânâ, insanın yaşadığı çeşitli sıkıntıların kalbi arındırma, gafleti giderme, Allah'a yöneltme ve insanı ölüme hazırlama gibi işlevlere sahip olabileceğini ileri sürmektedir. İlahi musibetleri birer rahmet olarak adlandırmaktadır. Bu yaklaşım, İslam düşüncesinde acının her durumda salt zarar olarak değerlendirilmediğini ve fayda-zarar muhasebesinin yalnızca fiziksel sonuçlarla sınırlandırılmadığını göstermektedir.[193]

İslam geleneğinde Allah'ın kâdir-i mutlak olarak konumlandırılması bazen oldukça umutsuz bir durumda bile Allah'ın takdirinden ümit kesmemeyi mümine öğütlemektedir. Aynı zamanda İslam ölümü, hayatın doğal bir cüzü ve her canlının kaçınılmaz akıbeti olarak da tanımlar. Ankebût Sûresi'nin 57. ayetinde geçtiği üzere her canlı ölümü tadacaktır.[194] Bu nedenle fıkhî düşüncede fayda veya maslahat, yalnızca dünya hayatıyla sınırlı bir kavram olarak değerlendirilemez. Bir davranışın yahut tercihin doğurduğu sonuçlar, sadece bireyin fiziksel, psikolojik veya sosyal durumu açısından değil, ahiret hayatı üzerindeki etkileri bakımından da dikkate alınır. Bu bağlamda Allah'ın rızasını gözeterek katlanılan bir hastalık, engellilik, acı veya mahrumiyet, dünyevi açıdan ciddi bir zarar olarak görülebilse de uhrevî açıdan önemli bir fayda ve kazanç olarak değerlendirilebilir.

Dolayısıyla fıkıhta fayda-zarar ve maslahat-mefsedet dengesi, yalnızca bireyin mevcut yaşam koşullarını esas alan bir hesaplamaya indirgenemez. Aksine bu denge,

---

[192] Ebû Abdillâh Muhammed b. İsmail el-Buhârî, *el-Câmiʿu'ṣ-ṣaḥîḥ*, nşr. Muṣṭafâ Dîb el-Buġâ (Dımaşk: Dâr İbn Kesîr – Dâr el-Yemâme, 5. bs., 1414/1993), "Merda", 1 (No.531), Ebü'l-Ḥüseyn Müslim b. el-Ḥaccâc, *el-Câmiʿu'ṣ-Ṣaḥîḥ*, nşr. Muḥammad Fuʾâd ʿAbdülbâqī (Kahire: Maṭbaʿat ʿĪsâ al-Bābī al-Ḥalabî, 1374/1955)," Bi'r, Sıla ve Adâp"44.

[193] Mahdavi - Alizamani, "Jalāl al-Dīn al-Rūmī wa-Falsafat al-Alam wa-l-Muʿānā وفلسفة الرومي الدين جلال) والمعاناة الألم.", 125-124

[194] Ankebut 29/57 "Her canlı ölümü tadacak ve sonunda dönüp huzurumuza geleceksiniz."

dünya ve ahiret hayatını birlikte dikkate alan daha kapsamlı bir değerler sistemi içerisinde kurulmaktadır. Bu durum, fıkhî değerlendirmelerde kullanılan fayda-zarar analizinin, seküler etik teorilerde kullanılan benzer kavramlardan farklı bir mahiyet kazanmasına yol açmaktadır.

2.4.2.1. Fıkhî Fayda-Zarar Terazisinde: Aktif Ötanazi

Özellikle de Allah nezdinde ölüm kararının takdir edildiği düşüncesi Müslümanları ölüme doğrudan müdahil olmak anlamına gelen aktif ötanaziye ciddi şekilde karşı çıkmaya itmiştir. Yukarıda açıkladığımız pek çok ahlaki bakış açısı İslam hukukunda ötanazinin caiz olmadığı sonucunu doğurmuştur. Günümüzde aktif olarak fetva yayımlayan bazı âlimler ve fetva kurumları da ötanaziyi yasaklayan fetvalar yayımlamıştır.

Ele almak istediğimiz ilk fetva Türkiye Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulunun fetvasıdır. Diyanet İşleri Başkanlığı, yayınlamış olduğu fetvada ötanaziyi talepte bulunan kişi açısından intihar, uygulayan kişi açısından cinayet olarak değerlendirmiştir. Fetva metninde Kur'an-ı Kerim' de kendinizi öldürmeyin emrinden ve intihar temennisinin yasaklandığı hadislerden yola çıkılarak ötanazinin büyük bir cürüm olduğu ifadelerine yer verilmiştir. Canın insana verilen bir emanet olduğu hususu vurgulanmış ötanazinin Allah'ın sınırlarını çiğnemek, onun takdirine isyan etmek olduğu ifade edilmiştir.[195]

Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Fetva Daimî Komitesinin de kişinin çektiği acılar sebebiyle ölüm talep etmesiyle ve bu talebi yerine getirmenin hükmüyle

[195] "Ötanazi Caiz Midir?", *Din İşleri Yüksek Kurulu* (Erişim 23 Haziran 2025) Sitede yayınlanan fetva metni şu şekildedir: "Tıbbi verilere göre yaşama ümidi kalmamış veya şiddetli acılar hisseden bir insanın, hayatına bir başkası eliyle son verdirmesi demek olan ötanazi, talepte bulunan kişi açısından intihar, bunu uygulayan açısından cinâyettir. İslâm dinine göre, kişinin kendi canına kıyması (intihar) haramdır. Nitekim Kur'ân-ı Kerîm'de, 'Ey iman edenler!... Kendinizi öldürmeyin Şüphesiz Allah size karşı çok merhametlidir. Kim düşmanlık ve haksızlık ile bunu (haram yemeyi veya öldürmeyi) yaparsa (bilsin ki) onu ateşe atacağız; bu ise Allah'a çok kolaydır.' (en-Nisâ, 4/29-30), '…Allah'ın haram kıldığı cana haksız yere kıymayın. Allah, bunları size düşünesiniz diye söylemektedir.' (el-En'âm, 6/151) buyrulmuştur. Peygamberimiz (s.a.s.), acı ve sıkıntılardan dolayı ölümün temenni edilmemesini istemiştir. (Buhârî, Merdâ, 19 [5671]; Müslim, Zikir, 10 [2680]) Temennisi bile yasak olan bir işi gerçekleştirmek elbette büyük bir cürüm olur. Bu deliller de gösteriyor ki Allah'ın emanet ettiği cana kıymak caiz değildir. (Tahtâvî, Hâşiye, 602-603) Çünkü bu hem Allah'ın koyduğu sınırları çiğnemek hem de O'nun takdirine karşı isyan anlamına gelir. Çekilen dertler ve acılar, müminin günahları için keffârettir. Üstelik bugün, yaşamından ümit kesilen hasta için hızla gelişen tıpta yeni bir tedavi imkânının ortaya çıkması, ihtimal dışı değildir."

ilgili çeşitli fetvaları bulunmaktadır. Komite, kişinin gerek intihar ederek gerek farklı ilaçlar kullanarak (hekim destekli intihar gibi) kendini öldürmesini veya ölümü hızlandırmasını hastanın iyileşmesinden ümit kesilmiş dahi olsa haram olarak nitelendirmiş bu şekilde öldürmeyi haksız bir öldürme olarak kabul etmiştir. Komite bu hükmü "Allah'ın haram kıldığı canı, haklı bir sebep olmadıkça öldürmeyin."[196] ayetiyle ilişkilendirmiştir.*"Kim ne ile intihar ederse, kıyamet günü onunla azap olunur"*[197], *"Kim kendisini bir demir parçasıyla öldürürse, o demir elinde olduğu hâlde cehennem ateşinde ebedî olarak karnına saplayacaktır. Kim zehir içip kendisini öldürürse cehennemde onu sürekli içecektir. Kim dağdan atlayıp kendisini öldürürse cehennemde sürekli kendisini aşağı atacaktır."*[198] gibi pek çok intihar etmeyi yasaklayan hadis de komitenin fetvasında yer bulmuştur. Hastalık ise yukarıda da bahsettiğimiz üzere bir çeşit imtihan olarak değerlendirilmiş ve kişilerin bu imtihana sabretmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu durumda katlanılan cefa ise ahirette kişiye fayda sağlayacak bir süreç olarak kurgulanmıştır.[199]

Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi *(ECFR)*'de ötanazi ile ilgili fetva yayınlayan kuruluşlardandır. *ECFR* yayınladığı metinde pek çok ülkede halen bu uygulamanın yasal olmadığından ve pek çok doktorun aktif ötanaziyi ahlaki olarak sorunlu bir uygulama olarak kabul ettiğinden bahsetmiştir. Kurul metninde tedavinin mümkün olmadığı bir durum söz konusu olsa dahi ötanazi, bir nevi intihar ve insanın yetkisini aşan bir eylem olarak nitelenmiş ve ötanazinin haram olduğu belirtilmiştir. Hastalıklarla ilgili olarak da özellikle tedaviye teşvik eden hadislere yer verilmiş, insanın tedaviyi aramakla yükümlü olduğu hususunun altı çizilmiştir. Ayrıca fetvada AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların da ötanaziyi caiz hale getirmeyeceği hususuna yer verilir.[200]

---

[196] el-En'âm 6/151
[197] Buhârî, "Edep",44(No.5700).
[198] Buhârî, "Tıp", 55(No.5442).
[199] *Fetâvâ'l-Lecneti'd-Dâime I* (Riyad: Riyaset İdaret el-Buhus el-İlmiyye ve'l-İftâ', ts.), 25/85-91.
[200] "Euthanasia/ قتل المرحمة", *المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث* (07 Kasım 2018). Fetva metninin bir kısmının tercümesi-öncesinde kavramsal açıklamalara yer verildiği için aktarılmamıştır-: *"...Çünkü iyileşmesinden ümit kesilmiş hastanın öldürülmesi; şer'î açıdan ne doktorun ne hastanın ailesinin ne de hastanın kendisinin verebileceği bir karar değildir. Hastanın hastalığı ne olursa olsun ve durumu ne kadar ağır olursa olsun, iyileşmesinden ümit kesildiği veya hastalığının başkalarına bulaşmasının önlenmesi amacıyla öldürülmesi câiz değildir. Bunu yapan kimse kasten adam öldürmüş olur. Kur'ân nassı can öldürmenin kesin olarak haram olduğunu açık biçimde göstermektedir: 'Allah'ın haram*

Mısır Dâru'l İftası da ötanazi hakkında bir fetva yayınlamıştır. Hastanın talebi veya doktorun inisiyatifi gibi farklı durumların ötanazi hükmünü değiştirmediğini söyleyen fakih Doktor Ali Cum'a Muhammed ötanaziyi haram kabul etmektedir.[201]

Malezya Ulusal Fetva Komitesi de ötanaziyi kişinin kendisini öldürmesini yasaklayan ayetlere dayanarak haram kabul etmiş doktorun hastasına merhamet etmesinin veya yardım etme isteğinin bu fiilin meşru kabul edilmesine sebep olmayacağını ifade etmiştir. Faydasız tedavinin sona erdirilerek yalnızca destekleyici tedavilerle yola devam edilebileceğini de ifade eden kurul kesilebilecek tedavi konusunda ise ayrıma gitmiştir. Mesela solunum desteği gibi tedavi durdurulduğunda ölümün gerçekleşeceği tedavilerin çekilmesine cevaz verilmemiştir.[202]

---

kıldığı canı haksız yere öldürmeyin.' [el-En'âm 6/151] Yine Allah Teâlâ şöyle buyurmuştur: 'Bundan dolayı İsrailoğullarına şöyle yazdık: Kim bir cana kıymamış veya yeryüzünde bozgunculuk yapmamış bir kimseyi öldürürse bütün insanları öldürmüş gibi olur.' [el-Mâide 5/32] 2.Hastanın kendi canını öldürmesi haram olduğu gibi, başkasının da onu öldürmesi haramdır; hasta buna izin verse bile hüküm değişmez. Birincisi intihardır, ikincisi ise başkasına karşı öldürme yoluyla saldırıdır. Hastanın izni haramı helal kılmaz. Çünkü insan kendi ruhuna sahip değildir ki başkasına onu yok etme izni verebilsin. İntiharın haramlığı hakkında hadisler meşhurdur. İntihar eden kişi, intihar ettiği araçla cehennemde azap görür. Eğer bunu helal saymışsa küfre girer ve cezası ebedî azaptır; helal saymamışsa da şiddetli biçimde azap edilir. 3.Bulaşıcı hastalığının başkalarına geçmesinden korkulan bir hastanın — iyileşmesinden ümit kesilmiş olsa bile (örneğin AIDS hastası gibi) — öldürülmesi câiz değildir. Onun zararını önlemek amacıyla öldürülmesi meşru olmaz. Çünkü zararını önlemek için karantina ve hastayla temasın engellenmesi gibi başka yollar vardır. Aksine ona insan olarak muamele edilmeli; Allah hükmünü gerçekleştirinceye kadar ihtiyaç duyduğu yiyecek ve ilaç sağlanmalıdır. Buhârî ve Müslim'de geçen hadiste şöyle buyurulmuştur: 'Allah hiçbir hastalık indirmemiştir ki onun şifasını da indirmemiş olsun.' Tirmizî'nin rivayet ettiği hadiste: 'Ey Allah'ın kulları! Tedavi olunuz. Çünkü Allah hiçbir hastalık yaratmamıştır ki ona bir deva yaratmamış olsun.' Ahmed'in rivayet ettiği hadiste ise: 'Allah hiçbir hastalık indirmemiştir ki ona bir şifa da indirmiş olmasın; bunu bilen bilir, bilmeyen bilmez.' Bu hadisler bize, insanların şifasından ümit kestikleri hastalıklara bile ileride tedavi bulunabileceği konusunda umut vermektedir. Bu sebeple hastayı iyileşme ümidi yok diye veya sağlıklı insanlara zarar verebilir düşüncesiyle öldürmek doğru değildir. 4. Tıp açısından 'ölmüş' veya 'ölü hükmünde' kabul edilen hastadan, beyin sapı veya beynin tamamen tahrip olması sebebiyle yaşam desteği cihazlarının çekilmesine gelince: Doktorun yaptığı işlem sadece tedavi cihazlarını durdurmaktan ibaretse bu, tedaviyi terk etmek sayılır. Bu ise meşrudur ve bunda bir sakınca yoktur. Özellikle de bu cihazlar, gerçekte ölü olan hastada sadece solunum ve dolaşım gibi dış görünüşteki hayat belirtilerini sürdürüyorsa…Çünkü hasta artık bilinç sahibi değildir; hissetmez ve farkında değildir. Zira bütün bunların merkezi olan beyin tamamen tahrip olmuştur. Hastanın bu şekilde tutulması faydasız yere büyük masraflara yol açmakta ve tedaviden yararlanabilecek başka hastaların ihtiyaç duyabileceği cihazları meşgul etmektedir. Allah en iyi bilendir."

[201] Ali Cuma Muhammed, "القتل الرحيم", *موقع دار الإفتاء المصرية* (09 Aralık 2004).

[202] *"Hukum Eutanasia Mercy Killing", i-fiqh.islam.gov (Erişim 15 Haziran 2025). Fetva metninin tercümesi: "Malezya Ulusal İslam İşleri Fetva Konseyi'nin 15-17 Aralık 2011 tarihlerinde gerçekleştirilen 97. toplantısında 'Ötanazi veya Mercy Killing'in Hükmü' konusu görüşülmüş ve şu karar alınmıştır: Uzmanların sunum ve açıklamaları dinlendikten, ileri sürülen delil, gerekçe ve görüşler incelendikten sonra toplantı şu kanaate varmıştır: Bir kimsenin hayatını, ölümü kesinleşmeden önce herhangi bir yöntemle ve hangi gerekçeye dayanırsa dayansın sona erdirmek İslam'da haram ve yasaktır. Buna bağlı olarak toplantı; gönüllü (Voluntary), gönülsüz/irade dışı (Non-Voluntary) veya*

Bu konuda değinilmesi gereken bir konu da Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî ve Râbıtatü'l-Âlemi'l-İslâmî'nin fıkıh konseyi olan el-Mecmau'l-Fıkhiyyu'l-İslâmî'nin ötanazi konusunda özel olarak yayımlanmış bir fetvasına rastlanmamasıdır. Her ne kadar yaşam desteğinin beyin ölümü gerçekleşmeden sonlandırılmasına izin vermeyen iki kurumun bu konudaki kanaati belli olsa da ötanazi ismini kullanarak fetva yayımlamamaları ilginçtir. Bu durum ötanazinin henüz dünyanın pek çok yerinde yasal bir seçenek olmamasıyla ya da bu kurumların ötanazinin haramlığını tartışmaya gerek olmayacak kadar kesin kabul etmesiyle ilişkilendirilebilir.

İncelediğimiz fetva otoriteleri, aktif ötanaziyi oy birliği ile haram kabul etmektedir. Aktif ötanazi, talep eden kişi açısından bir nevi intihar olarak değerlendirilmiş, kişinin canı üzerinde böyle bir tasarruf hakkının bulunmadığı özellikle vurgulanmıştır. Bu fiil, uygulama yapan doktor/sağlık çalışanı açısından ise kasten adam öldürme olarak değerlendirilmiş, mağdurun fiile rızasının cezaya etkisi

---

istemsiz (Involuntary) ötanazi yahut mercy killing uygulamalarıyla ölümü hızlandırmanın İslam'a göre haram olduğuna karar vermiştir. Çünkü bu uygulamalar öldürme fiiline benzemekte ve ayrıca Malezya Tıp Etiği'ne de aykırı düşmektedir. Bu karar, Allah Teâlâ'nın Nisâ sûresi 92. ayetindeki şu buyruğuyla uyumludur: 'Bir müminin başka bir mümini öldürmesi asla söz konusu olamaz; ancak yanlışlıkla olması müstesna…' Ayrıca Nesâî'nin rivayet ettiği hadiste Resûlullah (sav) şöyle buyurmuştur: 'Ölümü temenni etmeyiniz. Çünkü kişi iyi biri ise belki iyiliğini artıracaktır; günahkâr biri ise belki tevbe edip Allah'ın rızasını kazanacaktır.' Toplantı ayrıca vurgulamıştır ki doktorun görevi hastaya faydalı konularda yardımcı olmaktır. Ölümü hızlandırmaya yardım etmek iyilik kapsamında değil; yasak ve günah kapsamındadır. Bununla birlikte, uzman doktorlar hastanın kalbinin ve/veya beyninin gerçek anlamda işlevini tamamen yitirdiğini, artık yaşama ümidi kalmadığını ve yalnızca solunum destek cihazına bağlı olduğunu kesin biçimde tespit etmişlerse, solunum destek cihazının kapatılması İslam'a göre câizdir. Çünkü hasta uzman doktorlar tarafından ölü kabul edilmiş olup artık tedavinin bir anlamı kalmamıştır. Aynı şekilde uzman doktorların hastanın iyileşme ümidi bulunmadığını tespit edip eve gönderilmesine izin verdikleri durumlarda, temel tedavinin durdurulup yalnızca destekleyici (conventional/supportive) tedavinin sürdürülmesi de câizdir. Çünkü bu durum, haram kılınan ötanazi veya mercy killing kapsamında değerlendirilmez. Ancak söz konusu destek cihazı veya tedavi başka bir amaç için kullanılıyorsa -örneğin solunumu kolaylaştırmak amacıyla sıvı tahliye eden bir cihaz gibi- bunun çekilmesi veya durdurulması câiz değildir. Uzman doktorların, hastanın iki seçenek arasında kaldığı durumlarla karşılaşmaları hâlinde- yani tedaviyi sürdürmenin ölümcül yan etkilere yol açma ihtimali bulunması veya hastanın sürekli acı içinde yaşamaya devam etmesi durumunda -toplantı şu kararı almıştır: Doktorların hastaya, hayatını etkileyebilecek ihtimali bulunsa bile ağrı kesiciler gibi ilaçlar veya tedaviler uygulaması câizdir. Bu hüküm şu fıkıh kaidesine dayanmaktadır: 'Zaruretler yasakları mubah kılar.' Dolayısıyla 'Dolaylı Ötanazi' veya 'Double-Effect Medication' denilen uygulama, hastanın çektiği ağır acıyı kontrol altına almak amacıyla yapıldığı ve doğrudan ölümü hızlandırmayı hedeflemediği sürece şer'an uygulanabilir kabul edilmiştir. Toplantı ayrıca tıpta 'beyin ölümü'nün gerçek ölüm kabul edildiğine ve uzmanlar tarafından bu ölümün kesinleşmesi hâlinde, ölümle ilgili bütün şer'î hükümlerin geçerli olacağına karar vermiştir. Bu sebeple, organ bağışı işlemlerinde görev almayan iki uzman doktorun onayı ve yakın varislerin rızasıyla, ventilatör gibi yaşam destek cihazlarının durdurulması câizdir."

tartışılsa da kişi bu suçun faili kabul edilmiş, bununla ilgili ahirette hesap vereceği varsayılmıştır.[203]

Fetva kurullarının da uzlaştığı üzere fıkhi sistemde fayda-zarar değerlendirmesi yapılırken önce şeriata uygun olup olmama meselesi ön plana çıkmaktadır. Aslında modern hukuk sisteminde de düzen böyle işler. Fakat modern hukuk sistemleri beşerî kaynaklı olduğundan esnemeye daha müsaittir. Bu sebeple de toplum güvenliğini ihlal etmeme, faydalı ve zararlı olma gibi hususlarda geliştirilen teoriler bir fiile meşrutiyet alanı açmakta daha etkili olabilmektedir. Bu sebeple de bu konuda daha derin düşünmek ve etik teoriler üretmek önemli hale gelmiştir. Bu üretim akademik olarak da karşılık bulmuştur. Bunun yanı sıra şeriatın özellikle de kişinin hayatına son vermesine yönelik yasakları, aşılaması teklif edilemeyecek kadar kavi gözükmektedir. Başlangıç itibariyle şeriatın yasakladığı bir fiile yönelik fayda ve zarar denklemini kurmak fetva kurullarının tavırlarından da anlaşılacağı üzere fıkıh sistemi içerisinde anlamlı kabul edilmemiştir. Yayımlanan fetvalarda şeriata aykırı olmak bizatihi zarar ifade edeceğinden kişiyi bilfiil öldürmek kesin bir dille yasaklanmıştır. Aktif ötanazi söz konusu olduğunda çocuklar da bu yasaktan payını almaktadır. Bununla birlikte söz konusu kurumların ötanazi meselesini yeterince derinlikli ele aldığını söylemek güçtür.

2.4.2.2. Fıkhî Fayda-Zarar Terazisinde: Tedavi ve Yaşam Sonunda Tedavi

İslam dünyasında aktif ötanaziye ilişkin büyük ölçüde ortak bir tutum varken tedaviyle ilgili süreç ise fakihler tarafından ötanaziden daha farklı değerlendirilmiştir. Tedavinin sonuçlarının çoğu zaman kesin olarak öngörülememesi ve tıbbî müdahalelerin başarı ihtimaline dayalı bir karakter taşıması, bu konuda tek yönlü hükümler vermekten kaçınılmasına neden olmuştur. Ayrıca tedavinin her durumda zorunlu olduğuna işaret eden açık ve kesin nasların bulunmaması da farklı yaklaşımların gelişmesini kolaylaştırmıştır. Bu nedenle aktif ötanazi, şer'î emir ve yasaklara uygunluk bakımından aşılması mümkün görülmeyen bir sınır olarak değerlendirilirken; tedavinin başlatılması veya sonlandırılması meselesi daha çok maslahat, zarar, faydasızlık ve ilahî takdir anlayışı çerçevesinde yorumlanmaya müsait

[203] Mohammed Madadin vd., "The Islamic Perspective on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia", *Medicine, Science, and the Law* 60/4 (Ekim 2020), 283.

gözükmektedir.[204] Nitekim hem klasik hem de modern dönemde Müslüman âlimler ve sıradan müminler, tedavi ile ilahî takdir arasındaki ilişkiyi farklı şekillerde yorumlamış; bu durum yaşam sonu kararlarında belirli ölçüde ictihadî çoğulculuğun ortaya çıkmasına yol açmıştır.[205]

Şer'î emir ve yasaklara uygunluk temel bir kriter olmakla birlikte, tedaviye ilişkin değerlendirmelere yönelik farklı hükümler, tedaviyi ele alırken maslahat ve mefsedet analizlerinin de dikkate alınmasına zemin hazırlamıştır. Bu durum, ilahî takdire rıza anlayışının tedaviyi mutlak biçimde reddetmeyi gerektirmediğini, aksine tedavinin sağlayacağı fayda ve doğuracağı zararların da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Nitekim modern yaşam sonu kararlarına ilişkin tartışmalarda da ilahî takdire rıza anlayışının Müslümanlar tarafından tek biçimli şekilde yorumlanmadığı görülmektedir.

Belçika'da yaşayan orta yaşlı ve Fas kökenli Müslüman kadınların yaşam sonu tercihlerini inceleyen bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi faydasız olduğu düşünülen tedavilerin sürdürülmesine karşı çıkmıştır. Bu katılımcılar, ölüm vaktinin Allah tarafından belirlendiği inancından hareketle, tıbbî müdahalelerle ölüm sürecinin gereksiz yere uzatılmaması gerektiğini savunmuşlardır. Buna karşılık katılımcıların yaklaşık üçte biri, tedavi edici veya yaşamı sürdürücü müdahalelerin başlatılması ya da sürdürülmesi gerektiği görüşünü benimsemiştir. Ancak onlar, ilahî takdirin sebepler dünyasını dışlamadığını, tedavinin de Allah'ın yarattığı meşru sebeplerden biri olduğunu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar ayrıca Allah'ın her türlü hastalığa şifa verme kudretine dikkat çekmiştir.[206] Ayrıca tedavinin reddi her durumda aynı kesinlikle emredilmediğinden bu sürece katlanmak bazen tevekkül olarak algılanmış ve kişiye Allah'ın rızasını kazanmakta yardımcı bir pozisyonsa değerlendirilmiştir.[207] Dikkat çekici olan husus, her iki grubun da aynı şekilde ölüm vaktinin Allah tarafından takdir edildiği inancına dayanmasıdır.

[204] Qureshi - Padela, "When Must a Patient Seek Healthcare?", 619-622.
[205] Qureshi - Padela, "When Must a Patient Seek Healthcare?", 619.
[206] Shabana, "Limits to Personal Autonomy in Islamic Bioethical Deliberations on End-of-Life Issues in Light of the Debate on Euthanasia", 273; Ahaddour vd., "God Is the Giver and Taker of Life".
[207] Qureshi - Padela, "When Must a Patient Seek Healthcare?", 599.

Tedavi bir yönüyle bedene müdahaleyi içerir. Bazı tedaviler bedenin dokunulmazlığını ihlal edebilmektedir. Bu sebeple insan bedeninin dokunulmazlığı yani *hurmet* kavramı da maslahat-mefsedet açısında değerlendirilebilmektedir. Modern çalışmalarda insan bedenine ilişkin hürmet kavramı farklı boyutlarıyla da ele alınmaktadır. Bunlardan ilki, bedenin fiziksel bütünlüğünün korunmasını ifade eden bütünlük hürmetidir (integrity ḥurma). Ancak bu hürmet mutlak olmayıp, tedavi gibi daha üstün maslahatlar söz konusu olduğunda sınırlı müdahaleler meşru görülebilir. İkincisi, bedenin yaşamını ve temel fonksiyonlarını sürdürmesini ifade eden işlevsel hürmettir (functional ḥurma). Buna göre ağrı, psikolojik travma ve ciddi işlev kayıpları, kişinin yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitesini azalttıkları ölçüde bu kategori altında değerlendirilmelidir. Bu nedenle fiziksel acı ve psikolojik ıstırap yalnızca sübjektif deneyimler değil, bedenin işlevsel hürmetine yönelik zararlar olarak da görülebilir. İslam hukukunda çeşitli ruhsatların tanınması, hastalık hâlinde bazı yükümlülüklerin hafifletilmesi ve tedavinin teşvik edilmesi, işlevsel hürmetin korunmasına verilen önemin bir göstergesidir. Bu çerçeve, yaşam sonu kararlarında maslahat ve mefsedet değerlendirmesinin yalnızca yaşam süresi, tedavi başarısı veya ağrı düzeyi gibi faktörlere indirgenemeyeceğini göstermektedir. Zira bir müdahale aynı anda beden bütünlüğüne zarar verirken işlevsel hürmeti koruyabilir; buna karşılık başka bir müdahale fiziksel acıyı sona erdirse bile bedenin işlevsel hürmetini ortadan kaldırabilir. Bu tasnif, yaşam sonu kararlarında maslahat ve mefsedet değerlendirmesinin yalnızca yaşam süresi veya ağrı düzeyi gibi unsurlara indirgenemeyeceğini göstermektedir. Zira farklı müdahaleler beden haysiyetinin farklı boyutlarını etkileyebilmekte ve bu nedenle karar süreçlerinde birden fazla maslahat ve mefsedetin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.[208]

Görüldüğü üzere tedavi fıkhi açından fayda-zarar değerlendirmesi yapmak için daha uygundur. Tedavinin hükmüyle ilgili temel yargılara da aslında bir yarar-zarar değerlendirmesi sonucunda ulaşılmıştır. Fakihler klasik dönemde tıbbi tedavinin hükmünü, tedaviden umulan faydaya göre değerlendirmiştir. Dönemin tıbbi koşulları göz önünde bulundurulduğunda çoğu tedavi yönteminin fayda sağlayıp sağlamayacağı

[208] Rashid, "An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment", 307-309.

şüpheli kabul edilmiştir. Bu da fakihleri tedaviyi kesin, zannî ve mevhum olmak üzere üç kategoride incelemeye sevk etmiştir. Kesin tedavi su ile susuzluğun giderilmesi, ekmek ile açlığın giderilmesi gibi sonuç vereceği hususunda herhangi bir şüphenin bulunmadığı tedavidir. Zannî tedavi ise kan alma, hacamat yaptırmak, müshil içmek, soğuğa sıcak, sıcağa soğuk uygulamak gibi tıpta faydalı olduğu düşünülerek kullanılan tedavilerdir. Mevhum tedaviler ise dağlama, rukye gibi faydalı olacağı şüpheli olan bazı uygulamalardır. Bazı fakihler nezdinde kesin olan tedaviyi terk etmek tevekkülden sayılmamış aksine ölüm endişesi ortaya çıkarsa bu türden tedavilerin terki haram kabul edilmiştir. Zannî tedaviye başvurmak ise çoğunluğa göre tevekküle aykırı kabul edilmemiş fakat terki de kesin tedavi gibi haram sayılmamıştır. Mevhum tedavinin terki ise tevekküle daha uygun kabul edilmiştir.[209]

Günümüzde de İslam aleminde yaygın kanaat tedavinin niteliğine göre hükmünün değiştiği yönündedir. Tedavi genel anlamda mübah kabul edilirken, bedenin zayıf düştüğü hallerde mendup, ölüm tehlikesi söz konusuysa vacip olarak değerlendirilir.[210] İslam İş Birliği Teşkilatına bağlı Mecmau'l Fıkhi'l İslâmî ed-Düvelî, tedavinin hükmünü, asıl itibariyle dinen meşru/caiz olarak kabul etmiş fakat hükmün kişinin durumuna ve hastalığın niteliğine göre farklılık arz edeceğini ifade etmiştir. Akademi kararına göre: Eğer tedaviyi terk etmek, kişinin kendisinin ya da bir uzvunun yok olmasına, ölümüne veya kalıcı sakatlığa yol açacaksa yahut hastalık başkalarına bulaşacaksa (bulaşıcı hastalıklar gibi), bu durumda tedavi farz olur. Eğer tedavi olunmadığında sadece bedenî zayıflık ortaya çıkacaksa, fakat ölüm, sakatlık veya başkasına zarar gibi ağır sonuçlar doğmayacaksa, bu durumda tedavi olmak mendup olur. Yukarıdaki iki duruma da girmeyen hâllerde, yani tedavinin terk edilmesinde ne ağır bir zarar ne de belirgin bir fayda yoksa, kişi için tedavi olmak mubah, yani serbesttir. Eğer uygulanacak tedaviden, hastalığın kendisinden daha büyük bir zarar

[209] Şeyh Nizâmüddîn el-Birnâbûrî el-Belhî - vd., *Fetâva'l-Alemgîriyye: el-Fetâva'l-Hindiyye* (Mısır: el-Matbaʿa el-Kübrâ el-Emîriyye, 1893), 5/355; Özaykal, *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli*, 155-156.

[210] *Karârâtu Mecmai'l-Fikhiyyu'l-İslâmî li Râbıta el-Âlem el-İslâmî* (Mekke: Rabitat'-ül-Alem'il-İslâmî, ts.) (Erişim 15 Ekim 2019), 1/93.

(örneğin ciddi yan etkiler, komplikasyonlar) ortaya çıkması bekleniyorsa, bu durumda tedavi olmak mekruhtur, yani hoş karşılanmaz.[211]

Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Fetva Daimî Komitesi'nin de tedavinin hükmü konusunda çeşitli özel fetvaları bulunmaktadır. Bu fetvalara ve hükümlere kısaca değinecek olursak; komite tedaviyi genel anlamda meşru/mübah olarak değerlendirmiş;[212] ameliyatın reddi sonucunda yüksek ihtimalle ölümün gerçekleşeceği bildirilmesine rağmen başarı oranı yüzde %30'u geçmeyen ameliyatı yaptırmamak caiz midir sorusuna da caizdir şeklinde cevap vermiştir. Komite, başarı oranının düşüklüğünün, tedaviye mâni olmayacağını söyleyerek tedaviyi uygulayıp Allah'tan şifa ummanın daha uygun olduğunu sezdirmiş fakat ameliyat olmaya dair farz vacip gibi de bir vurgu yapmamıştır.[213] Görüldüğü üzere Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Daimî Fetva Komitesi aslında tedaviyle ilgili genel bir yaklaşım sunmuş bunun yanı sıra bazı özel durumlara yönelik de fetva yayımlamıştır. Tedavi meselesinde bu gibi özel durumlara verilmiş fetvalar fayda-zarar denklemini nasıl kurmamız gerektiğini göstermesi açısında önemlidir.

Mecmau'l Fıkhi'l İslâmî ed-Düvelî'nin tedaviyle ilgili yaklaşımı uluslararası bir kurum olması sebebiyle muhtemelen daha çok yankı uyandırmıştır. Öncelikle söz konusu fetvanın oldukça genel olduğunu söylemeliyiz. Fakat kurum yapısı gereği özel sorulara cevap vermek yerine meseleleri genel hatlarıyla ele almaktadır. Kurumun tedaviye yönelik bu yaklaşımı yaşam sonunda uygulanan pek çok tedaviyi geri çekme kararını ekarte eder niteliktedir. Çünkü genelde yoğun bakımdaki bir hastanın tedavisini durdurmak veya yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duyacak hastanın tedavisine başlamamak tam anlamıyla öldürmek olmasa da en azından ölümü hızlandırma anlamına gelir. Fakat aynı zamanda yaşam sonundaki uygulanan tedavilerin bazıları ciddi yan etkileri barındıran ve ciddi komplikasyonlara yol açması muhtemel tedavilerdir. Bu durumda tedavinin hükmü ne olacak? Muhtemeldir ki bu

[211] Mecmau'l Fıkhi'l İslâmî ed-Düvelî, *Karârâtû ve Tavşiyâtû Mecma'il Fıkhi'l-İslâmî* (Cidde: Menşûrât Mecmaʿl el-Fıkh el-İslâmî ed-Düvelî, ts.), 1/210-211.
[212] *Fetâvâ'l-Lecneti'd-Dâime I*, 25/42-43.
[213] *Fetâvâ'l-Lecneti'd-Dâime I*, 25/43.

durum bazı fetva kurumlarını, özellikle de yaşam sonunda tedaviyle ilgili özel fetvalar yayımlamaya itmiştir.

Yaşam sonunda tedavilerin çoğu mevhum tedavi kategorisine benzer şekilde iyileşmeye katkı sağlayıp sağlayamayacağı şüpheli tedavilerdendir. Fakat bu tedavi çekildiğinde ölümün gerçekleşmesi muhtemel olduğundan bir açıdan vacip olarak değerlendirilmişlerdir. Fakat bu tedavilerin kişiyi hayatta tutacağı ihtimali yemek içme veya kanayan yaraya tampon yapılması gibi bir kesinlik arz etmez. Fıkhi açıdan yaşam sonunda tedaviyle ilgili maslahat-mefsedet değerlendirilmesi yaparken yaşamın hem niteliğini hem de niceliğini dikkate almak gerektiği de düşünülmektedir. Niceliksel değerlendirme, tedavinin hastanın yaşamını anlamlı ölçüde uzatıp uzatamayacağına; niteliksel değerlendirme ise hastalığın yüklerini hafifletip hafifletmeyeceğine ve hastaya anlamlı bir yaşam imkânı sağlayıp sağlayamayacağına odaklanır. Böylece maslahat değerlendirmesi yalnızca yaşam süresine değil, tedavinin hastaya sağlayacağı gerçek faydaya yönelmiş olur.[214]

Yaşam sonu bakımında tedaviye başlamama veya mevcut tedaviyi sonlandırma kararları farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Yaşam desteğinin geri çekilmesi, yaşam desteğinin hiç başlatılmaması, resüsitasyon uygulanmaması (DNR) ya da yararı kesin olmayan bir tıbbi müdahalenin reddedilmesi bu uygulamalardan bazılarıdır. Bu kararların her biri alınırken tedavinin sağlayacağı muhtemel fayda ile doğuracağı zarar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi gerekir. Bu nedenle benzer fayda-zarar dengelerine sahip uygulamalar arasında ahlâkî veya fıkhî açıdan keskin ayrımlar yapmak, kararların tutarlılığı bakımından sorunlu sonuçlar doğurabilmektedir.

Bununla birlikte İslam dünyasında yaşam sonu tedavi kararlarına ilişkin fetvalar ve kurumsal kararlar çoğu zaman bu uygulamaların yalnızca belirli türlerine odaklanmıştır. Bazı metinler resüsitasyonun uygulanmamasını ele alırken, bazıları yalnızca beyin ölümü sonrasında yaşam desteğinin sonlandırılmasına odaklanmış, bazıları ise tedavinin hükmü tartışmalarıyla yetinmiştir. Bu parçalı yaklaşım, yaşam

[214] Rashid, "An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment", 291.

sonu kararlarının dayandığı ortak ilkelerin sistematik biçimde ortaya konulamamasına ve benzer vakalarda farklı sonuçlara ulaşılmasına yol açabilmektedir.

Kurumsal değerlendirmelerin önemli bir kısmı özellikle beyin ölümü gerçekleşen hastalarda yaşam desteğinin sonlandırılması meselesine odaklanmaktadır. Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastada yaşam desteğinin sonlandırılmasının ötanazi olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Ancak yaşam desteğinin yalnızca beyin ölümü gerçekleştiğinde sonlandırılabileceğini kabul etmek, hastanın biyolojik olarak hayatta olduğu tüm durumlarda tedavinin sürdürülmesi gerektiği sonucunu doğurabilir. Böyle bir yaklaşım, tedavi ve yaşam desteği uygulamalarını fayda-zarar dengesi açısından değerlendirmeksizin devam ettirmeyi gerektirmekte ve bu nedenle yaşam sonu kararlarına ilişkin daha kapsamlı bir etik ve fıkhî tartışmayı zorunlu kılmaktadır.

İlk olarak Kuveyt İslam Tıp Bilimleri Teşkilatı (IOMS), 1981 yılında el-Misâku'l-İslâmil-Âlemî li'l-Ahlâkiyyâti't-Tıbbiye ve's-Sıhhiye (*Islamic Code of Medical Ethics*) adıyla yayınladığı, tıbbi kararlara ilişkin İslami tavsiyelerde bulunduğu belgede beyin ölümü halinde ve tedavinin, uzman tıp heyeti tarafından faydasız olduğuna karar verilmesi halinde yaşam destek cihazlarını da kapsayacak şekilde tedavinin sonlandırılmasına izin vermiş, bu uygulamaları ötanazi kapsamında değerlendirmemiştir. Ancak tedavinin faydasız olarak nitelendirildiği hallerle -kalıcı bitkisel hayat örneği hariç- ne kastedildiği açıklanmamış, muğlak bırakılmıştır.[215] Fakat kurumun güncel 2022 yılına kadarki tavsiyelerini içeren kitabında bu değerlendirmeye yer verilmemesi kurumun bir tutum değişikliğine gidip gitmediği konusunda soru işareti oluşturmaktadır.[216]

Yaşam sonunda tedaviyi geri çekme kararları ile ilgili görüş beyan eden ele alacağımız kurumlardan biri İslam İş birliği Teşkilatı'na bağlı Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî'dir. 3 Temmuz 1986 tarihli 17(3/5) sayılı kararında yaşam desteğini geri çekmenin, yalnızca hastanın kalbinin/solunumunun tamamen durduğu,

[215] "Misâku'l-İslâmil-Âlemî li'l-Ahlâkiyyâti't-Tıbbiye ve's-Sıhhiye / Islamic Code of Ethics" (el-Munazzama el-İslamiyye li'l-Ulum et-Tıbbiye/IOMS, 1981), md.63.
[216] Ayrıntılı bilgi için bkz. *Tavsiyât el-Munazzama el-İslamiyye li'l-Ulum et-Tıbbiye* (Kuveyt: el-Munazzama el-İslamiyye li'l-Ulum et-Tıbbiye/IOMS, ts.).

doktorların da durumun geri dönüşünün olmadığına kanaat getirdiği veya beyin ölümünün gerçekleştiği hallerde caiz olacağını bildirmiştir. Yani kurum hakiki ölüm veya beyin ölümü gerçekleşmeden tedavinin geri çekilmesine izin vermemiştir.[217] Bu karar, tedaviyi sonlandırmaktan ziyade ölen kişiden desteklerin kaldırılabileceğini ifade etmektedir. Ancak yine de Akademinin bu kararı, tıbbi ölüm gerçekleşmeden yaşam desteğinin çekilmesine izin vermemesi yönüyle konumuz açısından zikre değerdir.

Ülkemiz Din İşleri Yüksek Kurulu da yaşam sonu desteğinin geri çekilmesine yönelik yayımlamış olduğu fetvada Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düveli'nin görüşüne atıfta bulunmuş ve aynı kanaati paylaşmıştır.[218] Suudi Arabistan merkezli Râbıtatü'l-Âlemi'l-İslâmî'nin fıkıh konseyi olan el-Mecmau'l-Fıkhiyyu'l-İslâmî ise 17 Ekim 1987 tarihli 49 (2/10) sayılı kararında yaşam destek cihazlarının çıkarılmasını ele almış ve üç uzman doktorun beyin ölümünün gerçekleştiğini onayıyla yaşam desteğinin çekilmesine cevaz vermiştir.[219]

Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi (ECFR), yapay solunum desteğinin geri çekilmesine yönelik bir açıklama yapmıştır. Beyin sapı veya beynin işlevleri tamamen durmuşsa ve doktorlarca ölümün gerçekleştiği kabul edilmişse hastadan yapay solunum desteğini geri çekmeye icazet verilmiştir. Her ne kadar fetvada beyin ölümü ifadesi yer almasa da fetva heyetinin tarif ettiği söz konusu durumun beyin ölümü olduğu anlaşılmaktadır.[220]

Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Daimî Fetva Komitesi ise verdiği detaylı ve uzun fetvayla dikkat çekmektedir. Resüsitasyon yapmamanın caiz olduğu durumlara yönelik bir fetva yayınlayan komite bu halleri şöyle sıralamaktadır:

a. Hasta hastaneye ulaştığında ölü durumdaysa;
b. Hastanın durumu resüsitasyona uygun değilse;

---

[217] Mecmau'l Fıkhi'l İslâmî ed-Düvelî, *Karârâtû ve Tavşiyâtû Mecma'il Fıkhi'l-İslâmî*, 1/72-73.
[218] "Yaşam Desteğinin Sonlandırılmasının Dinî Hükmü Nedir?", *Din İşleri Yüksek Kurulu* (Erişim 17 Haziran 2025).
[219] *Karârâtu Mecmai'l-Fikhiyyu'l-İslâmî li Râbıta el-Âlem el-İslâmî*, 231-232.
[220] " *المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث* ,"قرارات الدورة الحادية عشرة/ قتل المرحمة(12 Mayıs 2017); "Euthanasia/ قتل المرحمة" (07 Kasım 2018).

c. Hasta, tedaviye yanıt vermeyen ve ölümle sonuçlanacağı kesin olan bir hastalığa sahipse;
d. Hasta yaşlı veya bitkisel hayatta olmakla birlikte kronik bir hastalığa, ileri derecede kanser hastalığına / tekrarlayan kalp ve solunum durmasına sebep olan kronik kalp ve akciğer hastalığına sahipse;
e. Eğer hastada tedavisi imkânsız beyin hasarı mevcutsa;
f. Eğer kalp ve solunum fonksiyonlarının yerine getirilmesi, belirli bir durumda tıbben etkisiz ve uygun değilse;

ve hastanın içinde bulunduğu söz konusu durumları üç güvenilir, uzman doktorun onaylaması şartıyla-sadece hastaneye ölü gelmesi durumunda üç doktor onayı aranmamaktadır- hastaya resüsitasyon yapmamanın caiz olduğu ilan edilmiştir.[221]

Güney Afrika'nın KwaZulu-Natal eyaletindeki Müslümanları temsil eden bir fetva kuruluşu olan Jamiatul Ulama, hem Müftü Ebrahim Desai'nin şahsi fetvasını hem de Desai'nin onayıyla yayımlanan Ml. Mohammad Ashhad bin Said'in fetvasını web sitesinde yayınlayarak konu hakkında görüş bildirmiştir. Yayınlanan iki farklı fetvada, yaşam desteğinin geri çekilmesi konusunda iki farklı ifade kullanılmıştır. Müftü Ebrahim Desai fetvasında doktorların, dolaşımı ve solunumu yapay olarak sürdürmekten başka bir etkisi kalmadığına karar verdiklerinde yaşam desteğini geri çekebileceğini, söz konusu fiilin ölümün vaktine tesir etmediğini, ölümün takdir edildiği zamanda gerçekleşmiş olacağını ifade etmiştir Ml. Mohammad Ashhad bin Said'in fetvasında ise klinik olarak ölmüş veya beyin ölümü gerçekleşen kişiden yaşam desteğinin yalnızca görünürdeki yaşam belirtilerini sürdürdüğü ifade edilmiş, kişinin asıl itibariyle ölmüş olması sebebiyle desteğin geri çekilmesi caiz kabul edilmiştir.[222]

Hindistan İslam Fıkıh Akademisi'nin yayınlamış olduğu fetva, özellikle ailenin maddi imkanlarına yaptığı atıfla dikkat çekmektedir. Yapay solunum cihazını çıkarmanın caiz olduğu hallere yönelik fetva yayımlayan kurum, hekimlerin hastanın doğal solunumunun geri döneceğine inanmalarına rağmen aile tedavi masraflarını karşılayamıyorsa veya hekimler hastanın hayatta kalma ihtimalinden tamamen ümit

[221] *Fetâvâ'l-Lecneti'd-Dâime I*, 25/78-82.
[222] "Status of Euthanasia", *Jamiatul Ulama KZN* (Erişim 18 Haziran 2025).

kestiyse solunum cihazının çıkarılmasına cevaz vermektedir. Fetvada yalnızca beyin ölümünü çağrıştıracak bir ibare kullanılmamış hekimin durumu ümitsiz olarak nitelendirmesi şart koşulmuştur. İncelediğimiz yaşam sonu kararları ile ilgili fetvalarda ilk kez ailenin tedavi masraflarını karşılayamaması durumuna değinilmiştir. Muhtemelen sağlık sisteminin vatandaşa sunduğu kısıtlı desteğin ve sosyoekonomik koşulların fetva üzerinde tesiri vardır. Yine kurul, ilgili fetvasında elde yeterli imkânlar bulunmasına rağmen, hastanın daha erken ölmesini sağlamayı amaçlayarak tedaviyi kesmek caiz değildir, diyerek tedavinin geri çekilmesine dair de görüş bildirmiştir.[223]

Kuzey Amerika İslam Cemiyeti (ISNA)'nin bir alt kuruluşu olan Kuzey Amerika Fıkıh Konsili (FCNA)**,** yaşam desteğini/yaşam sonunda tedaviyi sonlandırma konusunda görüş bildiren fetva kuruluşlarındadır. Konsil, ölümcül derecede hasta olan ve tamamen yapay desteklerle yaşamını sürdüren bir hasta söz konusu olduğunda, uzman hekim, bu desteklerin iyileşmeye katkı sağlamadığını ve ölüm sürecini uzattığına dair görüş bildirirse bu tür ilaçların ve tedavilerin alınmasının artık zorunlu olmadığını ifade etmektedir. Ayrıca fetvada yaşam destek ünitelerinin, yapay solunum cihazlarının, hatta yapay beslenme tüplerinin çıkarılmasının da faydasız tedavi olarak değerlendirilebileceği hususuna da dikkat çekilmiştir. Bu kararların aile bireyleri ve sağlık ekiplerinin istişaresiyle alınması gerektiğinin de altını çizen fetva kurumu, bu durumun ötanaziden tamamen farklı olduğunu da belirtmiştir. Beslenme tüplerinin çıkarılmasına da icazet veren konsil kendi başına yiyen ve içen kişiyi aç bırakmakla yapay/makine aracılığıyla beslenmeyi birbirinden ayırmaktadır. Fetvada kendi başına yiyip içebilen kişiyi aç bırakmak haram olarak nitelendirilirken yapay beslenme, bir ilaç/tedavi hükmünde kabul edilmiş, hastanın durumunu iyileştirmediği yalnızca acısını uzattığı tespit edildiğinde söz konusu ilacın/tedavinin kesilmesine izin verildiği gibi yapay beslenmenin de kesilmesinde bir sakınca olmadığı ifade edilmiştir.[224]

Yusuf el-Karadavî de bu konuda bireysel fetva veren âlimlerden biridir. Yusuf el-Karadâvî, şiddetli acıların söz konusu olduğu, tedaviden olumlu sonuç alınabileceği

[223] "Medical Issues/ Death, when it is to be declared & Artificial Respiratory Apparatus/ Euthanasia – What the Shariah Enjoins", *Islamic Fıqh Academy India* (Erişim 18 Haziran 2025).
[224] "What Is the Islamic View on Ending Life Support?", *Fiqh Council of North America* (16 Kasım 2022).

ve iyileşme ümidi bulunduğu durumlarda tedaviye başvurulmasını gerekli görmektedir. Buna karşılık, iyileşme ihtimalinin bulunmadığı hallerde hem hastanın hem de yakınlarının durumunu gözeterek doktorun tedaviye başlamamasını veya sürdürmekte olduğu tedaviyi sonlandırmasını caiz ve meşru kabul eder. Ona göre cihaz, ilaç veya benzeri yollarla tedaviyi sürdürmek yalnızca hastalığı uzatmakta ve hastanın uzun süre acı çekmesine yol açmaktadır. Bu durumda hasta fiilen ölmüş olsa da yaşam destek ünitelerine bağlı olduğu için solunum ve dolaşım sistemleri işlev görmeye devam etmektedir; ancak hasta bu durumun bilincinde değildir. Böyle bir halde hastanın cihazlara bağlı tutulması, büyük maliyetler doğurmasının yanı sıra, yaşam desteğine ihtiyaç duyan diğer hastaların bu imkândan mahrum kalmasına da sebebiyet verir. Dolayısıyla doktorun cihazı durdurması, tedavinin terk edilmesi anlamına gelir ki Karadâvî'ye göre bu davranış dinen caizdir.[225]

Mesele faydasız tedavi olduğunda Tuba Erkoç Baydar'ın değerlendirmelerine de değinmek gerekir. Baydar, ötanaziyi bir tür öldürme fiili olarak değerlendirmekte ve bu nedenle aktif ötanaziyi kesin biçimde reddetmektedir. Bununla birlikte, "tedavinin esirgenmesi" başlığı altında beyhude veya faydasız tedavilerin sürdürülmesinin her durumda gerekli olmadığı görüşüne yer vermektedir. Fukahânın tedavinin hükmüne ilişkin klasik tartışmalarını esas alan Baydar, modern tıbbın tedavi imkânlarını önemli ölçüde geliştirdiğini kabul etmekle birlikte, tedavinin doğası gereği her zaman belirli ölçüde öngörüye dayalı ve belirsizlik içeren bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle bir tedavinin faydasız olup olmadığına ilişkin değerlendirmelerin dinî veya ahlâkî varsayımlardan ziyade öncelikle tıbbî ölçütler ve uzmanlık görüşleri doğrultusunda yapılması gerektiğini savunmaktadır.[226]

Yaşam sonunda tedaviye ilişkin en kapsamlı ve sistematik öneriyi ise Refaqat Rashid sunmaktadır. Rashid yaşam sonunda tedaviyi yaşamı kurtarmadaki faydası ve zarar verme potansiyeli açısından çift aşamalı olarak değerlendirilen bir sistem sunmaktadır. Rashid'e göre yaşam sonu tedavi kararlarında belirleyici olan husus, tedavinin faydası ile tedavinin doğuracağı zararlar arasındaki ilişkinin birlikte değerlendirilmesidir. Eğer bir tedavinin hayatı kurtarma başarısı yakīn veya

[225] Yusuf el-Karadâvî, *Fetâva'l-Muâsıra* (Kuveyt: Dârü'l-Kalem, 1996), 2/525-529.
[226] Erkoç Baydar, *Bu Can Kimin?*, 307-308.

galebetü'z-zan düzeyinde ise, yani tedavinin başarılı olacağına dair güçlü bir kanaat mevcutsa, kural olarak bu tedavinin sürdürülmesi gerekir. Böyle durumlarda tedavinin sağlayacağı fayda, ortaya çıkaracağı zarardan daha büyük ya da ona eşitse tedaviyi başlatmamak veya sonlandırmak dinî sorumluluk doğurur. Buna karşılık tedavinin neden olduğu zarar, sağlayacağı faydadan daha büyükse tedaviyi sürdürmek artık meşru görülmez; aksine tedavinin devamı dinen sakıncalı hâle gelir. Buna karşılık tedavinin başarı ihtimali yalnızca zan, şek veya vehim düzeyinde kaldığında, yani tedavinin etkili olacağına dair güçlü bir kanaat bulunmadığında, tedavi artık zorunlu bir yükümlülük niteliği taşımaz. Bu durumda tedavinin sürdürülmesi veya sonlandırılması kural olarak ihtiyarîdir. Ancak tedavinin doğurduğu zararların beklenen faydadan daha fazla olduğu durumlarda yine tedavinin sürdürülmesi uygun görülmez ve sonlandırılması tercih edilebilir hâle gelir. Böylece Rashid, yaşam sonu kararlarında hükmün yalnızca tedavinin hayatı uzatıp uzatmamasına göre değil, tedavinin başarı ihtimalinin derecesi ile ortaya çıkardığı maslahat ve mefsedetin birlikte değerlendirilmesine göre belirlendiğini savunmaktadır. Ona göre bir tedavinin hükmü sabit değildir; tedavinin etkinliğine ilişkin epistemik kesinlik derecesi ile fayda-zarar dengesi değiştikçe hüküm de değişebilmektedir.[227]

Yaşam sonunda tedaviyle ilgili değindiğimiz yaklaşımları ele alırken ilk olarak şunu belirtmeliyiz ki burada incelediğimiz her fetva kuruluşu aynı türden yaşam sonu kararıyla ilgili görüş bildirmemiştir. Ele alınan pek çok fetvada yaşam desteği ve yapay solunum cihazının geri çekilmesi konusuna değinilmesine rağmen bazı istisnalar da söz konusu olmuştur. Mesela *Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Daimî Fetva Komitesi,* resüsitasyon yapmamanın caiz olduğu durumlara dair görüş bildirmiştir. Yine *FCNA* beslenme tüpleri ve faydasız tedavinin geri çekilmesinden bahsetmiştir. Söz konusu kuruluşların yaşam sonu kararlarının her türüne sistematik bir şekilde yaklaşmamış olması değerlendirme yapmayı zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte söz konusu tabloda fetva kuruluşlarının üzerine eğildiği ortak kavramlar söz konusudur.

[227] Rashid, "An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment", 299.

Yaşam desteğinin/yaşam sonunda tedavinin geri çekilmesinde esas alınan en temel kavram beyin ölümüdür.[228] Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî, Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî, ECFR, Jamiatul Ulama, yayınladıkları fetvalarda yalnızca beyin ölümü ifadesi veya beyin ölümünü kasteden ifadeler kullanarak yaşam desteğinin veya yaşam sonunda tedavinin bu durumlarda geri çekilebileceğine dair görüş bildirmiştir. Beyin ölümü kavramını fetvalarda temele koyan kuruluşlar yaşamın korunması konusunda daha temkinli ve ihtiyatlı bir tutum sergileyerek ölümün kesinleşmesini şart koşmuş, bu durumun tespiti dışında yaşam sonuyla ilgili takdiri doktorun inisiyatifine bırakmayı tercih etmemiştir. Fetva kurulların genel tavrı, yaşam sonunda ölüm kesinleşmeden tedaviyi geri çekmemek olduğu göz önünde bulundurulduğunda fakihlerin tıpkı Giglio ve Spagnolo tedaviyi her ne kadar külfetli olsa da yaşamı mutlak bir fayda olarak konumlandırdıklarını düşündürmektedir. Bu durum tedavinin geri çekilmesine ilişkin bir fayda-zarar değerlendirmesine olan ihtiyacı da ortadan kaldırmıştır.

Diğer kurumların yayınladıkları fetvalarda ise özellikle tıbbi faydasızlık/uygunsuzluk/ hayatta kalma şansı olmama gibi tıbben uzman doktorun görüşünü öne çıkaran ifadelere yer verilmiştir. IOMS'un fetvasında "*tıbbi olarak tedavinin faydasız olduğu haller"* ifadesinde; Suudi Arabistan İslam Araştırmaları ve Daimî Fetva Komitesi'nin saydığı durumlardaki "*hastanın durumu resüsitasyona uygun değilse, eğer kalp ve solunum fonksiyonlarının yerine getirilmesi,, belirli bir durumda tıbben etkisiz ve uygun değilse"* ifadelerinde; Hindistan İslam Fıkıh Akademisi'nin "*hekimler hastanın hayatta kalma ihtimalinden tamamen ümit kestiyse*" ifadesinde; yine FCNA'nın "*uzman hekim görüşü, bu desteklerin iyileşmeye katkı sağlamadığını ve ölüm sürecini uzattığını belirtiyorsa"* ifadesinde, uzman doktorun söz konusu durumda tedavi sağlamaya devam etmeyi *faydasız/nafile* olarak nitelendirilmesi hususuna vurgu vardır. Bu yaklaşımı benimseyen kuruluşlar tıbbi süreçlerde faydasızlığı tanımlamamış, söz konusu durumda hekime ve tecrübesine alan bırakmışlardır.

[228] Mohiuddin vd., "When Can Muslims Withdraw or Withhold Life Support?", 36.

Hemen hemen her fetvada aranan uzman doktor veya doktorların onayı ve görüşüne başvurulması şartına yer verilmesi tıbbi olarak kesin bilgiye dayanarak hüküm verme arayışıyla ilişkilendirilebilir. Hindistan İslam Fıkıh Akademisi verdiği fetvayla farklı sosyoekonomik koşulların, fetvaya nasıl tesir edebileceğini gözler önüne sermektedir. Bu durum bizleri, benzer ve daha zorlu koşullara sahip bölgelerde yaşam sonu kararlarında ne gibi tavizlerin verildiği hakkında düşünmeye sevk etmelidir. Yaşam kararları konusunda FCNA'nın fetvasından özel olarak bahsetmekte de fayda vardır. Bu fetva hem yaşam destek cihazlarının hem de yaşam sonunda tedavinin geri çekilmesi konusunda fikir beyan eden, bununla birlikte yapay beslenme meselesi için de ayrı bir parantez açan oldukça kapsamlı ve güncel bir fetvadır. Tahmin edilen sonuç ölüm de olsa uygulanacak tedaviye dair hükmü tedavinin olası başarısı/niteliğiyle ilişkilendirilen kurum bu tavrıyla diğer kuruluşlardan ayrılmaktadır.

Bireysel fetva verenler arasında Refaqat Rashid'in yaşam sonu tedavilerine ilişkin yaklaşımı, diğer değerlendirmelere kıyasla daha kapsamlı ve uygulamaya dönük görünmektedir. Nitekim Rashid, geliştirdiği çerçeveyi yalnızca yaşam desteğinin sonlandırılması meselesine değil; CPR, mekanik ventilasyon, yapay beslenme ve sıvı desteği gibi yaşam sonu bakımında karşılaşılması muhtemel farklı senaryolara da uygulamayı önermektedir. Bununla birlikte, Rashid'in tedavinin hükmünü değerlendirmek için kullandığı yakîn, galebe-i zan, zan ve şek gibi epistemik kategoriler teorik açıdan işlevsel görünse de bu kategorilerin klinik pratiğe nasıl aktarılacağı konusunda önemli belirsizlikler devam etmektedir. Yine de söz konusu yaklaşımın tedavi süreçlerini yorumlamak için öncü ve işlevsel bir zemin sunma potansiyeline sahip olduğunu düşünüyoruz.

Gerek fetva kurumlarının kararlarında gerekse konuya ilişkin bireysel çalışmalarda, yaşam sonu kararlarında yapılacak fayda-zarar değerlendirmesinin önemli ölçüde hekimlerin takdirine bırakıldığı izlenimi ortaya çıkmaktadır. Kuşkusuz, tıbbi yarar ve zararın belirlenmesinde hekimin uzmanlığı ve rehberliği vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Ancak çağdaş İslam biyoetiğinde bazı araştırmacılar, yaşam sonu

kararlarının yalnızca belirli tıbbi kriterlerin veya hukukî hükümlerin tespitiyle sınırlı biçimde ele alınmasının yetersiz olduğunu ileri sürmektedir. Aasim I. Padela'nın beyin ölümü tartışmaları bağlamında dikkat çektiği üzere, bir yaşam sonu uygulamasının sağlıklı biçimde değerlendirilebilmesi için kararın amacı, bu amaca ulaşmak için kullanılan kriterler ve kararın doğurduğu bireysel ve toplumsal sonuçların birlikte ele alınması gerekir. Bu açıdan bakıldığında bazı fetva metinlerinin daha çok hükmün kendisine ve teknik şartlarına odaklandığı, buna karşılık kararın arka planındaki değer çatışmalarını ve sosyal sonuçları sınırlı ölçüde tartıştığı söylenebilir.[229]

2.5. DEĞERLENDİRME

Bu bölümde incelenen normatif etik tartışmalar, pediatrik ötanazi ve çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarının yalnızca tıbbî verilere dayanılarak çözülemeyecek derin ahlaki problemler içerdiğini göstermektedir. Bölümün ilk kısmında ele alınan tartışmaların merkezinde çocuğun kim olduğu ve hangi sebeple ahlaken korunmaya değer kabul edildiği sorusuna cevap aranmıştır. Etik literatüründe çocuğun ahlaki statüsü çoğu zaman öz bilinç, rasyonalite, özerklik veya geleceğe yönelik tercihler geliştirebilme kapasitesi gibi nitelikler üzerinden temellendirilmektedir. Bu yaklaşım, özellikle fetüsler, yenidoğanlar ve ağır nörolojik hasara sahip çocuklar söz konusu olduğunda ahlaki statünün dereceli biçimde yorumlanmasına yol açabilmektedir. Bunun sonucunda bazı teorisyenler, belirli şartlarda yenidoğanın öldürülmesinin yetişkin bir insanın öldürülmesiyle aynı ahlaki kategoride değerlendirilmesi gerektiğini savunabilmiştir. Buna karşılık ilişkisel yaklaşımlar, bakım etiği ve insan onuru merkezli teoriler ise çocuğun değerini bilişsel kapasitesinden bağımsız şekilde temellendirmeye çalışarak daha kapsayıcı bir ahlaki çerçeve geliştirme çabası göstermiştir. Fıkhî perspektif ise meseleyi farklı bir zeminde ele almaktadır. İslam hukukunda insanın değeri, belirli zihinsel yetkinlikler kazanmasına bağlı değildir. İnsan, yaratılışı itibarıyla keramet sahibi kabul edilir ve bu değer insana ceninlikten itibaren tanınır. Her ne kadar cenin ile sağ doğmuş çocuk arasında bazı hukukî farklılıklar bulunsa da bu farklılıklar insanın temel değerini değil, hak ve sorumluluklarının kapsamını ilgilendirmektedir. Bu nedenle fıkhî gelenekte çocuğun

[229] Aasim I Padela, "Muslim Disquiet Over Brain-Death", *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*, ed. Muhammed Ghaly (Baston: Brill, 2022), 71-73.

ahlaki statüsünün temellendirilmesi için seküler etikte görülen kişi olma tartışmalarına benzer yoğun bir teorik arayış ortaya çıkmamıştır.

Benzer bir ayrım yaşamın kutsallığı tartışmalarında da görülmektedir. Seküler etik içerisinde yaşamın kutsallığı ilkesi, insan yaşamına koşullardan bağımsız bir değer atfetme ihtiyacını sürdürmekle birlikte, bu değerin kaynağı konusunda ciddi görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Fıkhî gelenekte ise canın korunmuşluğu (hıfzü'n-nefs) doğrudan şeriatın temel maksatlarından biri olarak kabul edilmekte ve insan hayatının dokunulmazlığı ilahî temellere dayandırılmaktadır. Bu ilkenin asıl amacı kişiler için güvenli ve dinin yaşanabileceği bir toplum inşa etmektir. Ötanazinin bu açıdan toplum güvenliğini sarsmadığını söylemek mümkünse de farklı etkileri göz önünde bulundurmak gerekir.

Mesela etik literatürde bazı yazarlar kaygan zemin argümanı altında ötanazinin sıkı yasal düzenlemelerle sınırlandırılabileceğini savunurken, diğerleri uygulamanın kapsamının zamanla genişlemesinin kaçınılmaz olduğunu ileri sürmektedir. Pediatrik ötanazinin kabulüyle birlikte ortaya çıkan gelişmeler, bu endişelerin tamamen temelsiz olmadığını göstermektedir. Fıkhî açıdan bakıldığında ise sedd-i zerâi ilkesi, yalnızca tekil vakadaki yararı değil, uygulamanın uzun vadede doğurabileceği toplumsal sonuçları da dikkate almayı gerektirmektedir. Bu sebeple fıkıh, yaşam sonuna müdahale konusunda daha ihtiyatlı bir tutum sergilemiştir.

Etik düzlemde yaşam sonu kararlarına ilişkin fayda-zarar analizi, ağırlıklı olarak yaşam kalitesi ve dayanılmaz acı gibi kavramlar üzerinden temellendirilmektedir. Ötanazinin belirli koşullarda bir fayda sağlayabileceğini savunan biyoetikçilere karşın; ötanazinin çocuklar için fazlasıyla sofistike bir karar olduğunu, ölümün bir 'fayda' olarak nitelendirilmesinin ise felsefi açıdan çelişkili, muğlak ve belirsiz bir zemin yarattığını savunan güçlü bir muhalif literatür de mevcuttur. Bu çerçevede, ıstırap ve dayanılmaz acı kavramlarının son derece sübjektif olduğu ve çocuklardaki tespitinin imkânsızlığı vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, yaşam kalitesinin 'yaşamdan doyum alma kapasitesiyle' ilişkili olduğu ve çocukların yetişkinlere kıyasla bu eşiği çok daha esnek deneyimleyebildiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte, pediatrik hastaların terminal dönemde ciddi acılara maruz kaldığı ve

faydası muğlak olan agresif tedavilerle yıpratıldığı da yadsınamaz bir gerçektir. Dolayısıyla ötanaziyi bir seçenek olarak reddeden etik yazarlar, çocuk hastayı beyhude tıbbi çabalardan korumak adına, küratif süreçlerin sonlandırılmasını ve etkin bir palyatif bakıma geçilmesini en makul ve ahlaki çözüm yolu olarak önermektedir.

Fıkıhta yarar ve zarar değerlendirmeleri, seküler etik teorilerde olduğu gibi bağımsız ve nihai belirleyici ölçütler olarak değil, şer'î hükümlerin çizdiği sınırlar içerisinde anlam kazanmaktadır. Bu sebeple insan hayatına doğrudan son vermeyi konu alan aktif ötanazi, sağlayabileceği muhtemel yararlardan bağımsız olarak değerlendirilmekte; intihar ve haksız yere cana kıymayı yasaklayan açık nasslar sebebiyle şer'î açıdan meşru bir seçenek olarak kabul edilmemektedir. Buna karşılık tedavinin hükmüne ilişkin nassların yorumunda ortaya çıkan farklı yaklaşımlar, klasik fıkıh literatüründe belirli bir görüş çeşitliliğinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. Tedavinin her durumda zorunlu kabul edilmemesi ve bazı durumlarda terk edilmesinin mubah, hatta daha faziletli görülebilmesi, çağdaş dönemde faydasız tedavilerin sınırlandırılması veya sonlandırılmasına imkân tanıyan içtihatların ortaya çıkmasını da mümkün kılmıştır. Bu yönüyle fıkhî gelenekte aktif olarak ölüme sebebiyet verme ile yarar sağlamayan veya aşırı külfet doğuran tedavileri sürdürmeme arasında ahlâkî ve hukukî bakımdan önemli bir ayrım yapılmaktadır.

Yaşam sonunda tedaviye başlama, tedaviyi sürdürme veya sonlandırma meseleleri çağdaş fetva kurumları ve araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ele alınmış olsa da bu konuda bütüncül ve sistematik bir yaklaşımın geliştirildiğini söylemek güçtür. Özellikle yaşamı sürdürücü tedaviler söz konusu olduğunda, hayatı koruma yükümlülüğü ile tedavinin beklenen faydasına ilişkin belirsizlikler zaman zaman birbiriyle çatışabilmektedir. Bu durum, meselenin yalnızca hayatın korunması ilkesi üzerinden değil, tedavinin sağlayacağı muhtemel yarar, ortaya çıkaracağı külfet ve hastanın genel durumu birlikte değerlendirilerek ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Bu bağlamda Refaqat Rashid'in geliştirdiği yaklaşım, yaşam desteği, resüsitasyon, yapay beslenme ve hidrasyon gibi farklı müdahaleleri ortak bir teorik çerçevede değerlendirmesi bakımından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Rashid'in tedavinin hükmünü yakîn, galip zan, zan ve şekk gibi klasik fıkhî bilgi

kategorileri üzerinden temellendirmeye çalışması, yaşam sonu kararlarının daha sistematik biçimde analiz edilmesine imkân vermektedir. Bununla birlikte, mesele çocuklar özelinde ele alındığında teorik çerçevenin ötesine geçen çeşitli pratik etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çocuğun karar süreçlerine katılımı, ebeveyn ve hekimler arasındaki görüş ayrılıkları, çocuğun üstün yararının nasıl belirleneceği ve yarar-zarar değerlendirmelerindeki belirsizlikler, teorik olarak tutarlı görünen modellerin uygulamada yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

3. BÖLÜM

ÇOCUKLARDA YAŞAM SONU KARARLARINA İLİŞKİN PRATİK ETİK VE FIKHÎ TARTIŞMALAR

Çocuklarla ilgili yaşam sonu kararları yalnızca normatif sorunlar değil, aynı zamanda çeşitli pratik güçlükler de barındırmaktadır. Ötanazi veya diğer yaşam sonu kararlarının ahlaki açıdan meşru olduğu kabul edilse dahi, bu kararları kimin vereceği, karar sürecine hangi aktörlerin katılacağı ve farklı aktörler arasında ortaya çıkabilecek görüş ayrılıkları uygulamada önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bunun yanında gerek etik değerlendirmelerde gerekse fıkhî hükümlerin oluşturulmasında meselenin ekonomik boyutunun da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Nitekim fıkhî açıdan belirli şartlar altında tedavinin sonlandırılmasının mümkün kabul edildiği durumlarda dahi, söz konusu pratik sorunlar karar sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak varlığını sürdürmektedir.

Tezin üçüncü bölümünde bu pratik problemler hem etik hem de fıkhî açıdan ele alınacaktır. Bu kapsamda ilk olarak "Karar Verme Yetkinliği" başlığı altında çocuklarla ilgili tıbbî kararların alınmasında nihai yetkinin kime ait olması gerektiği meselesi incelenecektir. "Karar Mercileri Arasındaki Çatışmalar" başlığında ise ebeveynler, hekimler ve diğer ilgili aktörler arasında ortaya çıkabilecek görüş ayrılıklarının yaşam sonu kararları üzerindeki etkileri değerlendirilecektir. "Karar Ölçütlerinin Belirsizliği" başlığında, tıbbi faydasızlık kavramının teorik düzeyde tanımlanabilmesine rağmen pratikte belirlenmesinin neden güç olduğu incelenecek, ardından bu güçlüğün yaşam sonu fetvalarına nasıl yansıdığı ele alınacaktır. Son olarak "Ekonomik Problemler" başlığı altında, ebeveynlerin, sağlık profesyonellerinin ve devletin ekonomik çıkarlarının yaşam sonu kararları üzerindeki etkisi değerlendirilecektir.

3.1.KARAR YETKİSİ SORUNU

Julianna'ya iki yaşındayken nörolojik olarak kasların kontrolünü imkânsız hale getiren bir hastalık olan Charcot-Marie-Tooth (CMT) teşhisi kondu. Julianna'nın hastalığı kas sistemini etkilese de nörolojik bir probleme yol açmıyordu. Yani Julianna, yaşıtı bir çocuk gibi düşünebiliyor ve çevresini algılayabiliyordu. Aynı hastalığa sahip babasının aksine Julianna'da hastalık oldukça hızlı ilerlemiş, 4 yaşına geldiğinde kollarını ve bacaklarını kullanamaz hale gelmişti. Son zamanlarda yutma ve çiğneme kasları zayıfladığı için midesindeki bir tüp sayesinde beslenebiliyordu. Solunum kasları da çalışmayan Julianna nefes almak için de çoğunlukla maske kullanmalıydı. Sıklıkla Oregon'daki Doernbecher Çocuk Hastanesi'ne gitmek zorunda kalan Jullianna ve ailesi için süreç pek parlak ilerlemiyordu. Durumun giderek kötüye gittiğini gözlemleyen doktorların aileye artık Julliana adına zor tıbbi kararlar almak zorunda olduklarını söylediklerinde Julianna henüz dört yaşındaydı. Doktorlar, anne nörolog Michelle Moon ve baba hava kuvvetleri savaş pilotu Steve Snow'a, kızlarının nefes almasını zorlaştıracak bir enfeksiyon durumunda ne yapmak istediklerini düşünmeleri gerektiğini anlattılar. Böyle bir durumda Julianna'yı hastaneye götürmek isteyip istemediklerini öğrenmek istediler. Julianna'ya hastanede müdahale edilse bile acı verici prosedürlere maruz kaldıktan sonra ölme ihtimalinin yüksek olduğunu belirttiler. Yaşasa bile, bunun kısa bir süre için olacağını ve muhtemelen palyatif sedasyonla sakinleştirileceğini, düşünemeyeceğini ve konuşamayacağını söylediler. Aile ne yapmak istediğini Julianna'ya sormak istedi. Anne Moon'un Julianna'yla gerçekleştirdiği diyalog aşağıdaki gibiydi:

> ***Michelle:*** *Julianna, eğer tekrar hastalanırsan tekrar hastaneye gitmek ister misin yoksa evde mi kalmak istersin?*
> ***Julianna:*** *Hastane değil.*
> ***Michelle:*** *Evde kalırsan cennete gideceğin anlamına gelse bile mi?*
> ***Julianna:*** *Evet.*
> ***Michelle:*** *Ve annenle babanın hemen seninle gelemeyeceğini biliyorsun? Önce kendin gideceksin.*
> ***Julianna:*** *Endişelenme. Tanrı benimle ilgilenecek.*

Michelle: *Ve eğer hastaneye gidersen, iyileşmene yardımcı olabilir ve tekrar eve gelip bizimle daha fazla zaman geçirmeni sağlayabilir. Bunu anlamanı sağlamam gerekiyor. Hastane, annen ve babanla daha fazla zaman geçirmeni sağlayabilir.*

Julianna: *Anlıyorum.*

Michelle: *(ağlayarak) – Üzgünüm, Julianna. Ağladığımda bundan hoşlanmadığını biliyorum. Sadece seni çok özleyeceğim.*

Julianna: *Önemli değil. Tanrı benimle ilgilenecek. O benim kalbimde."*

Juliana hayatının son 18 ayını bir bakımevinde kendisine ait odasında ve ailesiyle geçirdi. Bir süre sonra ani şekilde hastalanan Julianna'yı hastaneye götürmediler. Solunumunu sağlamak için bakım evinde müdahale edildi. Bu sefer yaşam mücadelesini kazanamayan beş yaşındaki Julianna 24 saatten biraz fazla bir süre içerisinde kendi annesinin kollarında yaşamını kaybetti.[230]

Ebeveynleri, henüz beş yaşında olan Julianna'nın yaşamının sonuna ilişkin bu hayati kararı bizzat kendisinin vermesi gerektiğini düşünmüş ve süreci onun tercihleri doğrultusunda şekillendirmiştir. İlk bakışta çocuğun iradesine saygıyı esas alan bu yaklaşım, önemli bir pratik soruyu gündeme getirmektedir: Çocuklar kendi yaşamları hakkında böylesine ağır sonuçlar doğuran kararları verebilecek yeterliliğe sahip midir? Eğer sahiplerse bu yeterlilik hangi ölçütlere göre ve hangi yaşta kazanılmış kabul edilmelidir?

Cevaplanması gereken bir başka soru da çocuk kavramının sınırlarıyla ilişkilidir. Biz bugün "çocuk" kavramıyla yasal olarak hangi yaş grubunu kastetmekteyiz? Pek çok ülkede rüşd yaşı farklılık göstermekte, bazı hukuk sistemlerinde ise sağlıkla ilgili kararlar bakımından çocuklara daha erken yaşlarda belirli ölçülerde karar verme yetkisi tanınabilmektedir. Her ne kadar genel yasal kabul rüşd yaşını on sekiz olarak belirlese de bu yaş sınırı bireyin kendi yaşamına ilişkin karar süreçlerine katılımını değerlendirmek açısından her zaman yeterli bir ölçüt olarak kabul edilmemektedir. Zira on sekiz yıllık gelişim süreci, iletişim becerilerinin son derece sınırlı olduğu bebeklik döneminden, benlik algısının, muhakeme

[230] Elizabeth Cohen, "Heaven Over Hospital: Julianna Snow Dies at Age 5", *CNN* (14 Haziran 2016); "Parents Allow Child to Make Life or Death Decision", haz. CNN.

yeteneğinin ve soyut düşünme kapasitesinin önemli ölçüde geliştiği ergenlik ve ilk gençlik dönemlerine kadar uzanan çok farklı evreleri kapsamaktadır.

Bu nedenle iki yaşındaki bir çocuğun ötanazi talebinde bulunmaya veya tedaviyi reddetmeye yetkin olmadığını söylemek nispeten kolayken, ergenlik dönemine ulaşmış ya da bu döneme yaklaşmış ve pek çok açıdan karar verme kapasitesi geliştirmiş bireyler hakkında aynı değerlendirmeyi yapmak daha güç görünmektedir. Nitekim özellikle rüşt yaşına yaklaşan bazı ergenler, yetişkinlerden hangi gerekçelerle farklı muamele gördüklerini sorgulamakta ve yaşamlarını doğrudan etkileyecek kararları ebeveynlerinden bağımsız olarak vermek istemektedirler.

Bu sorunu çözmek için çeşitli etik yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Çocuklarla ilgili sağlık kararlarında ebeveyn rızası (parental permission), olgun küçük doktrini (mature minor doctrine) ve paylaşımlı karar verme (shared decision-making) yaklaşımları etik literatürde öne çıkan başlıca modeller arasında yer almaktadır.

3.1.1. Ebeveyn Merkezli Yaklaşım: Ebeveyn Rızası (Parental Permission) Doktrini

Ebeveyn Rızası doktrinine göre çocuk kendi sağlık kararlarını verecek yeterliliğe ya da kapasiteye sahip değildir. Bunun için de çocuk onun adına karar vermesi gereken bir vekil karar vericiye ihtiyaç duymaktadır. Ebeveyne reşit olmayan çocuk hakkında pek çok sağlık kararını verme hakkını tanıyan doktrine göre ebeveyn çocuğun refahını sağlama konusunda geniş yönlü ve pek çok ülkede anayasal olarak korunan bir yetkiye sahiptir. Çocuğu yetiştirmekle görevli olan ebeveynin bu yetkiye sahip olmasında pek çok etken söz konusudur. Aile çocuğun duygusal, sosyal ve fiziksel pek çok ihtiyacının karşılandığı, toplumsal rolleri yerine getirmek için oldukça uygun olan benzersiz bir kurumdur. Ebeveyne verilen takdir yetkisi ebeveynin reşit olmayan çocuğa karşı yüklendiği bakım ve koruma görevlerinin de bir tamamlayıcısıdır. Ebeveyn çocuk için üstlenmesi gereken sorumlulukları karşılığında adeta çocuk üzerinde bir takdir yetkisiyle ödüllendirilmelidir. Bu verilen yetki sayesinde ebeveynin çocuğa bağlılığı ve çocuğa yatırım yapma isteği de artmaktadır. Ayrıca çocuk hakkında verilecek kararın sonuçlarına çocuktan sonra en çok maruz

kalacak kişi de ebeveyndir.[231] Çocuğu en iyi tanıyan, bilen, davranışlarının sebebini anlayabilecek ilk mercii de şüphesiz ebeveynlerdir.[232]

Bu doktrinin taraftarları ergenlerin daha küçük çocuklardan ayrılarak karar verme yetkinliğine sahip olması fikrine karşı çıkmaktadır. Yapılan araştırmalara göre ergenlik döneminde sosyal yargı ve öz denetimle ilgili beyin bölgelerindeki gelişim süreci hala sürmektedir. Bu da ergenlerin olası rasyonel kararlar verme kapasitesine sahip olmadıkları görüşünü destekler. Bu dönmedeki duygusal iniş çıkışlar ve akran ilişkileri rasyonel düşünceye ket vurması muhtemel diğer etkenlerdendir. Çocuk belirli bir noktada yetişkinin sahip olduğu işlevleri kazansa bile bir yetişkin korumasına ve rehberliğine ihtiyaç duyar. Ayrıca her çocuk için bu yeterliliğin tespiti imkânsız ve oldukça güçtür. Bu sebeple devletin belirlemiş olduğu yaş sınırı hukuki süreçleri düzenleyen pratik bir araçtır.[233] Ayrıca ebeveyn, çocuk karar verme yetkinliğe sahip olmadığında çocuğun en yüksek menfaatine göre karar verme motivasyonuna ve ehliyetine sahip en güçlü mercii olacaktır. Zira ebeveyn ve çocuğun menfaatleri bazı istisnai durumlar haricinde örtüşmektedir. Ayrıca ebeveyne verilen takdir yetkisi devletin de çocuğa aşırı müdahalesinin önünde bir bariyer teşkil etmektedir. Ebeveyn tarafından çocuğun muhtemelen zararına yol açacak bir karar alınmışsa da devlet çocuğu korumakla görevli olduğundan ebeveyne müdahale etmekle yükümlüdür.[234]

Bu doktrine karşı en büyük itiraz çocukların belli bir yaştan sonra -buradaki yaş aralığı genelde 14-17 olarak kabul edilir.- ergenlerin zihinlerinin yetişkinlerle aynı düzeyde değerlendirme yapabileceğine yöneliktir. Fakat söz konusu fikri savunanların bu konuda çeşitli itirazları da mevcuttur. Öncelikle çocukların söz konusu kapasiteye sahip olsa bile yeterince deneyime sahip olmadığı iddiaları dile getirilmiştir. Ayrıca çocuklar, kısıtlı hayat tecrübeleri dolayısıyla temel değerler ve bağlılıklar geliştirme yönünden de dezavantajlıdırlar. Yani istikrarlı bir kimlikle beraber inşa edilmiş

[231] Lois A. Weithorn, "When Does a Minor's Legal Competence to Make Health Care Decisions Matter?", *Pediatrics* 146/1 (Ağustos 2020), 26-27.
[232] Christy L. Cummings - Mark R. Mercurio, "Ethics for the Pediatrician: Autonomy, Beneficence and Rights", *Pediatrics in Review* 31/6 (Haziran 2010), 253-254.
[233] Ann Eileen Driggs, "The Mature Minor Doctrine: Do Adolescents Have the Right to Die ?", *Health Matrix* 11/2 (2001), 715-717.
[234] Weithorn, "When Does a Minor's Legal Competence to Make Health Care Decisions Matter?", 26-27.

yerleşik değerler ve amaçlara sahip değillerdir. Bu yoksunluk da çocuğa karşı paternalist bir yaklaşım geliştirmenin gerekçesi olabilir.[235] Ayrıca ergenlerin kısa vadeli çıkarlarına aşırı derecede önem verirken uzun vadeli çıkarları fark etmek konusunda yeterli öngörüye sahip olmadıklarına, zayıf dürtü kontrolleri ve yüksek risk alma eğilimlerine de sahip olduklarına yönelik çeşitli bilimsel yayınlar ebeveyn rızasının, özellikle de hayati tıbbi kararlar söz konusu olduğunda iyi bir denetleyici olduğunu düşündürmektedir [236]

Fıkıh düşüncesinde de ebeveyn veya veli, bulûğ çağına kadar çocuğun temsilcisi ve haklarının koruyucusu olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın temelinde, çocuğun henüz kendi maslahatını tam olarak değerlendirebilecek yeterliliğe ulaşmadığı düşüncesi yer almaktadır. Nitekim bazı fakihler, çocuğun kendi menfaatine uygun seçimler yapma kapasitesinin sınırlı olduğunu açıkça ifade etmişlerdir. Bu bağlamda, annenin hidâne hakkının sona ermesinden sonra çocuğun hangi ebeveynle kalacağı konusunda tercih hakkına sahip olup olmadığı meselesi, çocukların seçimlerinin klasik fıkıhta nasıl değerlendirildiğini göstermesi bakımından önemli bir örnek teşkil etmektedir.

Hanefî fakihleri, hidâne süresi sona erdikten sonra çocuğa bağımsız bir tercih hakkı tanınmasını genel olarak kabul etmemişlerdir. Bunun temel gerekçesi, çocuğun çoğu zaman kendi uzun vadeli yararını değil, anlık istek ve arzularını esas alarak karar vereceği düşüncesidir. Bu nedenle çocuk, kendisini daha sıkı biçimde terbiye edecek veya bazı arzularını sınırlandıracak ebeveyn yerine, daha fazla serbestlik tanıyan tarafı tercih etmeye meyilli görülebilir.[237]

Hanefîler, Hz. Peygamber'in anne ve babası arasında seçim yapma konusunda bir çocuğu serbest bıraktığını bildiren rivayeti de bu çerçevede yorumlamışlardır. Hanefi kaynaklarında söz konusu rivayetin, çocuğa mutlak bir tercih hakkı tanındığını göstermediği ileri sürülmektedir. Bazı fakihler, Hz. Peygamber'in çocuk seçim

[235] Tamar Schapiro, "What Is a Child?", *Chicago Journals* 109/4 (Temmuz 1999), 730.
[236] Brian C. Partridge, "The Mature Minor: Some Critical Psychological Reflections on the Empirical Bases", *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 38/3 (01 Haziran 2013), 290-294.
[237] es-Serahsî, *el-Mebsût*, 5/208.

yapmadan önce "Allah'ım onu doğru olana yönelt" şeklinde dua ettiğini hatırlatarak, çocuğun doğru tercihe ilahî yönlendirme sayesinde ulaştığını savunmuşlardır. Diğer bazı Hanefî âlimleri ise rivayetin bulûğa ulaşmış veya bulûğa yakın bir kimse hakkında varit olmuş olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Şafiiler ise bu rivayetten hareketle çocuğa seçme hakkı tanımaktadır. [238]

Bu yorumlar, Hanefîlerin çocukların tercihlerini mutlak belirleyici kabul etmekten kaçındıklarını ve karar verme yetkisinin değerlendirilmesinde çocuğun maslahatını merkeze aldıklarını göstermektedir. Bu yaklaşım dikkat çekicidir. Zira klasik fıkıhta çocuğun hangi ebeveynle yaşayacağı gibi doğrudan kendi hayatını etkileyen bir konuda dahi tercih hakkı sınırlı görülürken, ölümle sonuçlanabilecek yaşam sonu kararlarında çocuğun iradesine ne ölçüde belirleyici bir rol tanınabileceği sorusu daha da karmaşık bir hâl almaktadır. Ayrıca Hanefîlerin ilgili rivayeti yorumlama biçimi, bulûğa ulaşmış bireylerin karar verme yetkinliğinin sınırları üzerine de yeniden düşünmeyi gerekli kılmaktadır.

Fıkıhta çocuklarla alakalı ahkam incelendiğinde dönemin tedavi koşulları gereği oldukça sınırlı sayıda işlemden bahsedilir. Modern dönemde karşımıza çıkan karmaşık meseleleri kıyasla oldukça basit işlemler olsa da bu işlemler esnasında çeşitli aksilikler yaşanmış ve çocuklar can kaybından uzuv kaybına kadar çeşitli açılardan zarara maruz kalmıştır. Bu müdahaleler konusunda ahkamı değiştiren en temel unsur ise velinin izni olmaktadır. Klasik dönemde karşımıza çıkan temel tıbbi müdahaleler, farklı tekniklerin kullanıldığı hacamat, sünnet ve altı parmaklı çocuklarda çocuklara yapılan cerrahi müdahale olmak üzere üç başlık altında incelenebilir

Ahkâmü's-Sığâr incelendiğinde, çocuklara yönelik tıbbî müdahaleler bağlamında karşımıza çıkan başlıca örnek hacamattır. Eserde, hacamat sırasında meydana gelen ve muhtemelen aşırı kan kaybından kaynaklanan ölüm vakalarında hâcemin tazmin sorumluluğunun çocuğun rızasına değil, velinin iznine bağlandığı görülmektedir. Nitekim hacamat yapan veya kan alan kimse çocuktan velisinin izniyle kan alacak olsa ve çocuk ölse kan alana daman gerekmezken çocuk kan alan birine gitse ve benim kanımı al dese ve kan alan kişi mutad şekilde kan alsa fakat çocuk ölse

[238] Burhâneddin el-Mergīnânî, *el-Hidâye* (Beyrut: Daru İhyai't-Turas el-Arabî, 1325), 2/284.

kan alanın âkilesine diyet gerektiği bildirilmektedir. Aynı hüküm çocuğun sünnet edilmesinde de geçerlidir. Ayrıca velinin izniyle de olsa aşırı uygulamalar çocuk için tazmin yükümlülüğü doğurmaktadır zira velinin izni bu aşırı müdahaleye değil mutad olan uygulamayadır. Nitekim çocuğu sünnet ederken deri yerine haşefenin bir kısmını koparsa çocuk için hükümet-i adl gerekir. Çocuk böyle bir müdahale sebebiyle ölecek olursa sünnetiçi, diyetin yarısını tazmin eder. Diyetin yarıya inmesinin sebebi telefin iki fiil sonucunda ortaya çıkmasıdır. Doktor her ne kadar haşefenin kesilmesi konusunda izinli olmasa da derinin kesilmesine izinlidir bu sebeple diyetin yarısı gerekir. Kişi haşefeyi izinsiz olarak haşefenin tamamını kesse onun diyet ödemesi gerekir.[239] Burada dikkat çekici olan husus, fıkhî tartışmanın çocuğun müdahaleye razı olup olmaması etrafında değil, müdahalenin velinin izniyle gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği etrafında şekillenmesidir. Bu durum, klasik fıkıhta çocukların tıbbî müdahaleler bakımından hukukî temsilinin ebeveyn veya veli aracılığıyla yürütüldüğüne işaret etmektedir.

Bu konuda bahsedebileceğimiz bir başka meselede altı parmaklılığa yönelik cerrahi müdahalelerdir. Bu konuyla *el-Fetâvâ el-Âlemgîriyye'*den bir örnek vermek mümkündür:

"*Bir adam fazla bir parmağını veya başka bir şeyi kesmek isterse, Nasîr –Allah ona rahmet etsin– şöyle demiştir: Eğer böyle bir şeyin kesilmesinde genellikle ölüm meydana geliyorsa, bu yapılmaz. Eğer genellikle kurtuluş gerçekleşiyorsa, bunda bir sakınca yoktur. Bir erkek veya kadın, çocuğunun fazla parmağını keserse, bazılarına göre tazmin sorumluluğu yoktur; çünkü onlara tedavi etme yetkisi (velâyetü'l-muʿâlece) vardır. Bu, tercih edilen görüştür. Eğer bunu baba ve anne dışında bir kimse yapar ve çocuk ölürse, tazmin sorumluluğu vardır. Baba ve anne ise bunu ancak elin zayıflaması (kuvvet kaybı) veya aşırı zarar verme tehlikesi bulunmadığı durumda yapma yetkisine sahiptir." (ez-Zahîrî'de de böyledir.)."*[240]

[239] Ebü'l-Feth Mecdüddin Muhammed b. el-Hüseyin b. Ahmed el-Üsrûşenî, *Câmiʿu Ahkâmi's-Sığār*, thk. Osmânhân Tîmûrhân Alîmof - Müslim Rızkî Atâ' (Taşkent: Darü'ş-Şarki li'n-Neşr ve't-Tabâa, 2013), 414-415.
[240] el-Birnâbûrî el-Belhî - vd., *Fetâva'l-Alemgîriyye: el-Fetâva'l-Hindiyye*, 5/360.

Ebeveynin kural olarak çocuğun maslahatını gözettiği varsayıldığından, müdahalenin tedavi edici bir amaç taşımasının yanında çocuğun yararına olduğu düşünülen bazı durumlarda estetik nitelikli müdahalelere de izin verilebilmiştir. Bu yaklaşım, velayet ilişkisinin merkezinde çocuğun menfaatinin bulunduğunu göstermektedir. Nitekim metinde geçen "velâyetü'l-muʿâlece" ifadesi de velinin çocuk üzerinde tedaviye ilişkin karar verme ve müdahaleye izin verme yetkisine işaret eden dikkat çekici bir kavramdır. Daha da önemlisi, tedavi amacıyla gerçekleştirilen müdahale sonucunda çocuğun ölmesi hâlinde veli veya müdahaleyi gerçekleştiren kişinin bazı durumlarda tazmin sorumluluğundan muaf tutulması, çocuğun yararının hedeflendiği varsayımına dayanmaktadır. Başka bir ifadeyle burada belirleyici olan sonuçtan ziyade müdahalenin çocuğun maslahatını gerçekleştirme amacıyla yapılmış olmasıdır. Bu durum, veli ile çocuk arasındaki ilişkinin sıradan bir temsil ilişkisinden farklı olarak şefkat, koruma ve maslahat temelli özel bir hukukî statüye sahip olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, el-Fetâvâ el-Âlemgîriyye'de zikredilen ve muhtemelen dönemin hukuk dilinde kullanılan "velâyetü'l-muʿâlece" kavramına diğer fıkıh eserlerinde rastlayamadık. Bu nedenle söz konusu kavramın yaygın ve yerleşik bir teknik terimden ziyade belirli bir fıkhî bağlamda kullanılan bir ifade olup olmadığı ayrıca araştırılmaya muhtaç görünmektedir.

Tartışmalardan çıkarılabilecek temel sonuç, özellikle bulûğ öncesi dönemde çocuğun kendi yararını ilgilendiren farklı ve çoğu zaman birbiriyle çatışan unsurları değerlendirerek kapsamlı bir maslahat muhasebesi yapabilecek yeterliliğe sahip kabul edilmemiş olmasıdır. Bu nedenle fakihler, çocuğun tercihlerini tek başına belirleyici bir ölçüt olarak görmemiş; karar alma süreçlerinde onun sübjektif isteklerinden ziyade objektif yararını gerçekleştirdiği düşünülen seçenekleri esas almışlardır. Bu yaklaşımın temelinde, çocuğun henüz kendi maslahatını tam anlamıyla kavrayıp koruyabilecek bir muhakeme gücüne ulaşmadığı kabulü yatmaktadır. Bununla birlikte bu durum, çocuğun görüşlerinin bütünüyle değersiz görüldüğü anlamına gelmemektedir. Nitekim temyiz ve rüşd kavramları etrafında şekillenen ehliyet teorisi, çocuğun muhakeme kapasitesi geliştikçe tercih ve değerlendirmelerine daha fazla ağırlık verilmesine imkân tanımaktadır.

3.1.2. Çocuk Merkezli Yaklaşım: Olgun Küçük (Mature Minor) Doktrini

Benny Agrelo Florida'da yaşayan 15 yaşında bir gençti. İki karaciğer nakli geçirmek zorunda kalan genç, nakledilen organların reddedilmesini önlemek için bağışıklık baskılayıcı bazı ilaçlar kullanmak zorundaydı. Ancak bu ilaçların fazlasıyla ağır yan etkileri vardı. Benny doktorların ve ailesinin karşı çıkmasına rağmen ilaçları bırakmaya karar verdi. Annesi zamanla bu kararında Benny'yi destekledi. Bunun üzerine hastane anneye ihmal davası açtı ve Benny hastaneye götürüldü. Orada da söz konusu tedaviyi reddetmeye devam etti. Davayla ilgilenen çocuk mahkemesi hâkimi Benny, anne ve sağlık ekibiyle tek tek görüştü. Benny'yi yeterince olgun bulan hâkim kararına müdahale edilmemesi gerektiğine hükmetti. Benny birkaç ay içerisinde karaciğer yetmezliğimden hayatını kaybetti.[241]

Olgun Küçükler doktrini olarak dilimize aktarabileceğimiz *mature minor* doktrini temelde basit bir prensibe dayanmaktadır. Yeterli olgunluk düzeyine ulaşmış reşit olmayan bireylerin kararlarına üçüncü şahsın müdahalesi olmadan saygı gösterilmelidir. Tıpkı mahkemenin Benny'nin kararına saygı gösterdiği gibi… Özellikle çocukların sağlıkla ilgili kararları söz konusu olduğunda karşımıza çıkan bu doktrinin kapsamı ve sınırları pek çok tartışmanın da fitilini ateşlemiştir. Başta ergen gençler için cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kürtaj gibi ebeveynlerinden çekindikleri için tedaviden uzak durabileceği durumlardan korumak adına bazı tıbbi destekleri sağlama söylemleriyle gündeme gelen mature minör doktrininin sınırları zamanla genişlemiştir. Özellikle de ergin kılınmış küçüklerin (emancipated minors) yani mahkeme kararıyla veya evlenmek suretiyle erginliğini kazanmış çocukların varlığı hukuki olarak da çocukların ergenlik yaşından önce hayati kararlar alabileceği yönünde yol gösterici olmuştur. Söz konusu doktrin, yeterli olgunluğu gösterdiği takdirde ergenlere hayat kurtaran veya yaşamı devam ettiren tedaviyi reddetmek,

[241] Jonathan F. Will, "My God My Choice: The Mature Minor Doctrine and Adolescent Refusal of Life-Saving or Sustaining Medical Treatment Based upon Religious Beliefs", *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 22 (2006 2005), 268-269.

cinsiyet değiştirmek gibi önemli ve ölümle sonuçlanacak kararlar alma özgürlüğü tanıyan çeşitli davalarda kullanılmıştır.[242]

Doktrinin temel eleştirisi pek çok ülkede on sekiz kabul edilen rüşd yaşına bastığında çocuklara sihirli bir değnekle olgunlaştığı fikrinin çok isabetli olmadığıdır. On yedi yaşının son saniyesine kadar söz olgunluktan yoksun çocuğun birdenbire bu olgunluğa eriştiğini iddia etmek pek de isabetli gözükmez. Çocuğun bir süreç içerisinde olgunlaştığı bir gerçektir. Yapılan araştırmalar sonucunda bazı akademisyenler özellikle de sağlıkla ilgili kararlarda on sekiz yaşına ulaşmamış bazı bireylerin de bilinçli ve bağımsız karar verme yetisine sahip olabileceğini savunmaktadır.[243]

Aslında mature minör doktrini 14-17 yaş gibi belirli bir aralıkta çocuğun yetişkin kabul edilebileceği fikri üzerine bina edilse de bu doktrinden hareketle olgunluğu belirlemek için belirli bir yaş kriterini dikkate almayı uygun görmeyen etikçiler de ortaya çıkmıştır. Bu etikçilere göre özellikle de yaşam sonu kararları söz konusu olduğunda hastalıkla başa çıkmak zorunda olan çocuk bazen çok daha küçük yaşlarda bu konuda karar verme kapasitesine sahip olabilir. Çocuğun bu süreç içerisinde kazandığı deneyimlerin çocuğu pek çok açıdan olgunlaştırabileceği düşünülmüştür. Böyle bir süreç geçiren çocuklar genellikle hastalıkları hakkında bilgilidir ve sürece dahil olurlar. Ayrıca süreci aktif olarak yaşayan ve zorluklara katlanan kişi olarak başına ne geleceğini anlayabilir ve karar verebilirler.[244] Hollanda ve Belçika'daki ötanazi uygulamalarında mature minör doktrininin izlerine rastlamak mümkündür. Hollanda bu bağlamda çocuğun bağımsız olarak karar vereceği yaş sınırını geriye çekmekle yetinirken Belçika kişiye özel değerlendirme yapmayı uygun görmüştür.

Mesele her ne kadar teoride basit ve net gözükse de pratikte özellikle de yargı sürecinde Mature Minör doktrinine pratik alanda uygulanabilir kılmak zordur. Zira çocukların karar alabilecek kadar olgun olabileceğini ifade etmek kolayken bu

[242] Garry S. Sigman - Carolyn O'Connor, "Exploration for Physicians of the Mature Minor Doctrine", *The Journal of Pediatrics* 119/4 (01 Ekim 1991), 521-522.
[243] Will, "My God My Choice", 237-239.
[244] Samanta, "Children and Euthanasia", 4-5.

olgunluğun nasıl tespit edileceği konusu oldukça karmaşıktır. Özellikle de verilecek tıbbi karar yaşam ve ölüm arasında bir tercihe sebep oluyorsa durum daha da karmaşık hale gelebilmektedir.

Aslında fıkhî açıdan da çocuk belirli bir olgunluğa eriştikçe belirli bir yetki alanı kazanmaktadır. Temyiz, buluğ ve rüşd kavramları fıkıh geleneğinde çocukların farklı akitleri kurma yetkinlikleri kazanmaları açısından önemsenmiştir. Ayrıca yine ergenliğe yaklaşmış çocuklar için mürâhık-mürâhıka[245] terimleri kullanılmış ve bu yaştaki çocuklar için de özel bazı hükümlerden bahsedilmiştir. Bu bağlamda fıkhın geliştirdiği çok katmanlı sistem, bugün yaklaşık on sekiz yılı kapsayan çocukluk dönemine dair düzenlemelerde yol gösterici olabilir. Fıkıhta üç dönemde de belirli ölçüde çocuğun kapasitesini dikkate almak mümkün olabilmektedir.

Çocuk buluğa erdikten sonra mükellef sayılarak hayatıyla ilgili sorumluluk sahibi bir birey olarak kabul edilir. Fıkıh düşüncesinde ittifakla kabul edildiği üzere akıl sahibi kişinin teklife yani İslami emir yasaklarla muhatap olabilmesi için cinsi gelişimini tamamlaması veya adeten bu gelişimin gerçekleştiği yaşa ulaşması gerekir. İslam hukukunda buluğa ulaşma iddiasının değerlendirilmesi için erkeklerde on, kızlarda dokuz yaş, alt sınır olarak belirlenmiş, bu yaşlara ulaşmadan önce çocukların buluğ iddiaları dikkate alınmamıştır. Söz konusu yaşlara ulaştıkları takdirde çocukların cinsel gelişimlerini tamamladıklarında yani kızlar hayız, erkeklerin ihtilam gördüklerinde baliğ kabul edilirler. Fıkıhta adeten cinsel gelişimin gerçekleştiği yaşlarda çocuk bu gelişimi göstermezse hükmi olarak da baliğ vasfını kazandığı düşünülür. İmam Ebû Hanife'ye göre kızlarda on yedi erkekler on sekiz yaşına; cumhura göre ise kız erkek ayrımı yapılmadan on beş yaşına girdiğinde fiilen buluğa erip ermediği dikkate alınmaksızın baliğ kabul edilmektedir. Buluğ ile kişi artık resmen fiili olarak özne olma yetisi kazanır, fiillerinden ve tasarruflardan sorumlu bir bireye dönüşümünün tamamlandığı varsayılır.[246]

[245] Ayrıntılı bilgi için bkz. Nihat Dalgın, "Mürâhik", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 2006).
[246] Ali Bardakoğlu, "Bulûğ", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 1992).

Fakat çocuğun bazı tasarrufları için buluğ tek başına yeterli kabul edilmemiş bununla birlikte rüşd şartı koşulmuştur. Rüşd kelimesi, doğruluk, isabetli karar verme, hak yolda istikamet üzere olma ve yolda kararlılık gösterme anlamlarına gelir.[247] Nisa Sûresi 6.ayetten hareketle İslam geleneğine mâl olan rüşd kavramı genelde yetim çocuğa mallarını teslim etmeden önce bu malı yönetme kabiliyetine sahip olmasıyla ilişkilendirilir. Tefsir literatüründe rüşd ifadesine birbirine yakın 15 farklı anlam verilmiştir. Bunların başlıcaları; "aklî olgunluk", "dindarlık ve malı idare etmede olgunluk", "malı koruma ve idare edebilme yeterliliği" "ahlâkî meziyetlerle donanmak", "bulûğdan bir yıl sonraki dönem" ve "namaz kıldırabilme" şeklindedir.[248] Rüşd terimi genel olarak fıkıhta kişinin mallarını din, akıl, mantık ve iktisat prensiplerine uygun biçimde koruyup harcamasını sağlayan fikrî olgunluğa sahip olması olarak tanımlanır. Ve yalnızca buluğdan sonra kazanılması mümkün bir vasıf olarak kabul edilmiştir. İmam Şâfiî'ye göre bunun yanı sıra çocuğun dinî ve ahlâkî açıdan adalet vasfını taşıması da şarttır. Hanefî ve Malikîlere göre ise rüşd, malı işletebilme kabiliyetiyle ilişkilidir. Malikîler kız ve erkek çocuğu arasında da bir ayrıma giderler ve kız çocuklarında rüştün evlilikle vuku bulduğu düşünürler.[249]

Buluğ ve rüştün ehliyetle ve velayetle ilişkisiyle ilgili Ebû Yusuf ve İmam Muhammed'in Ebû Hanife'den aktardığı görüşte şöyle açıklanır: Kişi reşit olmadan buluğa ulaşsa ehliyeti kâmil olur fakat o kişi üzerinden velayet kalkmaz. Baliğ kişinin malları kendisinde rüşd sabit oluncaya kadar velisinin veya vasinin yönetimi altındadır. Bu görüş bağlamında velayet rüştle ilişkili bir kavram olarak kabul edilmiş kişinin üzerinde baliğ olsa da devam etmesi düşünülmüştür.[250] Yine Ebû Hanife bu durumun yirmi beş yaşında son bulacağını ve mallarının kişiye teslim edileceğini ifade eder. Çünkü bu uygulama ihtiyat ve çocuğu tedip etmek üzere yapılır. Buluğdan sonra bu yaşa erişmiş kişi terbiye verilecek yaştan çıkmıştır.[251] Buradaki ifadelerden şu anlaşılabilir. Velayetin amaçlarından biri de çocuğu terbiye etmek, hayatı deneyimlerken rehberlik etmektir. Bu bağlamda fıkıh velinin yani öncelikli olarak

[247] "Rüşd", *el- Mevsû'atü'l-fikhiyye el-Kuveytiyye* (Mısır: Dârü's-Safve, ts.), 22/212.
[248] Betül Dal - Osman Güman, "Bulûğ ve Rüşd Kavramları Çerçevesinde Ceza Ehliyetinin Yeniden Değerlendirilmesi: Cezaî Rüşd", *Bilimname* 2020/41 (15 Mayıs 2020), 771.
[249] Saffet Köse, "Rüşd", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 2008).
[250] "Rüşd", 22/215.
[251] es-Serahsî, *el-Mebsût*, 24/162.

ebeveynin çocuğu buluğa erişince tamamen hür bıraktığı bir sistem ön görmez çocuk bu noktada desteklenmesi gereken bir konumdaysa ebeveynin yalnızca ergen konusunda bazı hususlarda tam yetki kullanabilmesi bile kabul edilmiştir. Fakat kişi özellikle de ergenlikten sonra hayatıyla ilgili karar verme iradesini gösteren rüşd sahibi biri olduğunda yetki ilgili çocuğa geçmektedir. Rüşd genel de mali tasarruflar konusunda çocuğun sınanması ile mümkün görüldüyse tıbbi olarak da çocuğun yeterliliğine dair yapılacak psikolojik testler bu konuda delil teşkil edebilir Çocuğun ergenliğe ulaşıp tıbbi karar verme bakımından yeterli bir olgunluk ve kavrayış sergilediği durumlarda ise onun kararlarına saygı gösterilmesi fıkhî açıdan da savunulabilir bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir

Gördüğümüz üzere buluğ ve rüşd kavramları, farklı yeterliliklere sahip olup olmaması yönüyle kişinin hukuki şahsiyetine ve tasarruflarına etki eden iki kavramdır. Bu bağlamda buluğ, daha çok kişinin fiziksel/cinsel gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Ancak birey fiziksel olgunluğa erişmiş olsa bile, bâliğ sayılabilmesi için belirlenen asgarî yaş kriteri ile çocukların belirli bir yaştan sonra hükmen bâliğ kabul edilmeleri, bulûğun esasen yaşla değil, o yaşta sahip olunan bilişsel kapasiteyle ilişkilendirildiğini düşündürmektedir. Öyle ki çocuk, fiziksel olgunluğa normalden önce erişse de henüz söz konusu fiziksel olgunluğun gerektirdiği yeterli zihinsel kapasiteye sahip olamayacağı varsayıldığından baliğ kabul edilmemiştir. Benzer bir durum hükmî buluğ için de geçerlidir. Çocuk belirlenen yaşa ulaştığında fiilî bulûğ alametleri ortaya çıkmamış olsa bile hükmen bâliğ kabul edilir. Bunun gerekçesi klasik kaynaklarda doğrudan zihinsel olgunluğun kesin olarak gerçekleşmiş olması şeklinde açıklanmamakla birlikte, hukukî sorumluluğun belirli ve uygulanabilir ölçütlere bağlanması ihtiyacıyla ilişkili görünmektedir. Her ne kadar buluğ ile zihinsel gelişimin paralel olmadığı bazı hallerden bahsetmek mümkün olsa da adeten çocukların bu yaşlarda zihinsel kapasitelerinin de geliştiği gözlemlenmektedir. Zihinsel tekamülün ne zaman gerçekleştiğini tam olarak bilmek çok zor olduğundan hükümlerin düzenlenmesi için bir kolaylık olması için buluğ yaşının takdir edilmiş olması da ihtimal dahilindedir. Ayrıca toplumlar çok eski dönemlerden beri cinsel gelişimi kişinin toplumsal statüsü açısından bir dönüm noktası olarak görmüşlerdir. Bu

toplumsal statü değişimi de buluğ ile teklifin ilişkilendirilmesine sebep olmuş olabilir.[252]

Rüşd kavramı bu bağlamda tıbbî karar verme süreçlerine uygulanmaya da elverişlidir. Fıkhî ehliyet teorisinin merkezinde yer alan rüşd dikkate alındığında, özellikle bulûğa ulaşmış bazı ergenlerin belirli tıbbî kararlar bakımından yeterli muhakeme ve değerlendirme kapasitesine sahip olabilecekleri ileri sürülebilir. Nitekim uzun süreli veya kronik hastalıklarla mücadele eden çocuklar, hastalıklarının seyri, tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin muhtemel sonuçları hakkında yaşıtlarına göre daha fazla bilgi ve tecrübe edinebilmektedir. Bilgi ve tecrübenin muhakeme yeteneğini geliştirebildiği dikkate alındığında, her ergenin yalnızca yaşı esas alınarak aynı karar verme kapasitesine sahip olduğunun varsayılması isabetli görünmemektedir. Bu nedenle tıbbî kararlar bakımından çocuğun yeterliliğinin somut olarak değerlendirilmesi, fıkıhtaki rüşd anlayışıyla da uyumlu bir yaklaşım olarak görülebilir. Böyle bir değerlendirme sonucunda yeterli kavrayış ve muhakeme gücüne sahip olduğu tespit edilen ergenlerin görüşlerine daha geniş bir ağırlık tanınması mümkündür. Örneğin bazı fakihler, tüccar bir ailenin çocuğunun ticaret konularındaki yeterliliğinin, çiftçi bir ailenin çocuğunun ise ziraatla ilgili becerilerinin esas alınabileceğini ifade etmişlerdir. Bu yaklaşım, rüştün yalnızca biyolojik yaşla değil, belirli alanlarda ortaya çıkan muhakeme ve tecrübe kapasitesiyle de ilişkili görüldüğünü göstermektedir.[253]

Bu konuda güncel çalışmalardan biri olan *"Bulûğ ve Rüşd Kavramları Çerçevesinde Ceza Ehliyetinin Yeniden Değerlendirilmesi: Cezaî Rüşd"* isimli çalışmalarıyla Betül Dal ve Osman Gürman içerisinde bulunduğumuz dönemin şartlarını da dikkate alarak rüşd kavramını yalnızca mali tasarruflarla sınırlı kalmamasını başka alanlarda da maslahatları korunmak için uygun bulmuşlardır. Özellikle de çocukların artık hayata oldukça geç atılması ve tecrübesizliklerini de göz önünde bulundurarak evlilik, ticaret, ceza ehliyeti gibi alanlarda da rüşd kavramını

[252] Dal - Güman, "Bulûğ ve Rüşd Kavramları Çerçevesinde Ceza Ehliyetinin Yeniden Değerlendirilmesi", 778.
[253] "Rüşd", 22/215.

kullanmayı teklif etmektedirler.[254] Benzer şekilde, "tıbbî rüşd" olarak adlandırılabilecek bir yeterlilik düzeyinin de bireyin tıbbî süreçleri anlama ve yönetebilme kapasitesi üzerinden değerlendirilmesi mümkündür. Bununla birlikte, söz konusu yeterliliğin özellikle yaşam sonu kararları gibi geri döndürülemez sonuçlar doğuran meselelerde son derece titiz ölçütlere bağlanması gerekir. Bu çerçevede tıbbî rüştün tespitinde aşağıdaki kriterlerin dikkate alınması önerilebilir:

- Bulûğa veya en azından ileri ergenlik dönemine ulaşmış olmak,
- Psikolojik açıdan karar verme yetisini zedeleyecek ciddi bir bozukluğun bulunmaması,
- Duygusal istikrar gösterebilmek,
- Tedavi seçenekleri ve bunların taşıdığı riskleri kavrayabilmek,
- Verilecek kararın kısa ve uzun vadeli sonuçlarını anlayabilmek,
- Kendi yarar ve zararını değerlendirebilecek düzeyde muhakeme kapasitesine sahip olmak,
- Kararını dış baskılardan bağımsız olarak oluşturabilmek,
- Hastalığı ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmak.

Bu tür kriterlerin karşılanması dahi tek başına ergenin yaşam sonu kararlarında mutlak belirleyici olmasını gerektirmez. Asıl tartışma, bu kapasitenin hangi düzeyde karar yetkisi doğuracağı ve ergenin iradesi ile ebeveynlerin, hekimlerin ve toplumun koruma yükümlülüğü arasında nasıl bir denge kurulacağı noktasında ortaya çıkmaktadır.

3.1.3. Aile Merkezli Yaklaşım: Paylaşımlı Karar Alma (*Shared Decision Making*)

Çocuğun varlığını yok sayan ebeveyn merkezli yaklaşım ile çocuğun özerkliğini fazlaca vurgulayan çocuk merkezli yaklaşımı birbirine yaklaştırabilecek bir diğer yaklaşım aile temelli yaklaşımdır. Bu süreç içerisinde çocuklar; karar verme kapasitesinden yoksun olanlar (bebekler ve okul öncesi çağdaki çocuklar), gelişen karar kapasitesine sahip olanlar (genelde ilkokul çağındaki çocuklar) ve gelişmiş karar kapasitesine sahip olan çocuklar (ergenler) olmak üzere üç grupta incelenir. Çocuklar,

[254] Detaylı bilgi için bkz. Dal - Güman, "Bulûğ ve Rüşd Kavramları Çerçevesinde Ceza Ehliyetinin Yeniden Değerlendirilmesi".

içerisinde bulundukları yaş grubuna göre tıbbi kararlara dolayısıyla yaşam sonu kararlarına da dahil edilmelidir. Örneğin, Amerika'daki klinik karar alma standardı, birinci kategori için ebeveyn rızasını, üçüncü kategori için çocuğun rızasını ve ikinci kategori için ise hem ebeveyn rızasını hem de çocuğun onayını gerektirecek şekilde evrilmiştir.[255]

Bazı etikçilere göre çocuklar, her ne kadar yetişkinler düzeyinde yetkin olmasalar da içinde bulundukları koşulları gözeterek kendileri için neyin en iyi olduğuna dair fikir yürütebilirler. Bu nedenle çocukları dinlemek ve kapasitelerini dikkate alarak kendileriyle ilgili verilecek kararlara dahil etmek çocuğun en iyi çıkarının ne olacağını belirlemek açısından anlamlı olacaktır. Bu katılımı sağlamak için "onay (*assent*)" kavramı özellikle de karar verme kapasitesi gelişmekte olan çocukların kendileriyle ilgili süreçlere dahil edilmesi için önemli bir rol oynamaktadır. Onay kavramı genelde rıza/onam vermekten ayrılarak özgürlük, bilgi ve karar alma kapasitesi açısından daha düşük bir standart gerektirir. Çocuğa onay hakkı tanınırken ebeveyne de son sözü söyleme rıza gösterme imkânı tanımak çocuğu makul olmayan risklere karşı koruyacaktır. Fakat çocuğun onayıyla ilgili de pek çok pratik-etik gündemden bahsedilebilir. Öncelikle bu onayın resmi olarak bağlayıcı olmaması pek çok etik problemi de beraberinde getirir. Çocuğun onayının anlamlılığı, çocuk için zorunluluğu, çocuğun reddinin bağlayıcılığı, ebeveynin rızası ile çocuğun reddinin çakışması ya da tam tersi durumlarda nasıl hareket edilmesi gerektiği meseleleri irdelenmelidir. Özellikle ebeveyn iradesi ile çocuğun iradesi çakışırsa onay, etik anlamını yitirebilir. [256]

Söz konusu yaklaşım sadece ötanazi, yaşam sonu kararları gibi verilecek net kararlarla ilgili değil, çocukların tedavi sürecine nasıl dahil edilecekleriyle de ilişkilidir. Tedavi süreçleri konusunda örneğin küçük bir bebeğin bilgilendirilmesi anlamlı olmayacakken, karar verme kapasitesi gelişmiş veya gelişmekte olan çocuğun bu süreçle ilgili bilgilendirilmesi, tedavi sürecinde nelerle karşılaşacağını ve olası

[255] Christine Harrison vd., "Treatment Decisions Regarding Infants, Children and Adolescents", *Paediatrics & Child Health* 9/2 (01 Şubat 2004), 101.
[256] Wilma C. Rossi vd., "Child Assent and Parental Permission in Pediatric Research", *Theoretical Medicine and Bioethics* 24/2 (2003), 141-143.

riskleri bilmesi-bu noktada çocuğa herhangi bir karar verme yetkisi tanınmasa dahi-önemlidir. Çocuğun sürece dahil edilmesi, olası seçenekler hakkında bilgilendirilmesi, çocuğa süreç hakkında ne düşündüğünü ifade etme imkânı tanınması yalnızca karar verme kapasitesine değil çocuğun iletişimsel ihtiyaç ve yeteneklerine de saygı duymak anlamına gelir. Bu sayede aileyi merkeze koymak mümkün olacaktır. Aile merkezli bir yaklaşım çocuktan, ebeveyne verilecek kararın tüm aile bireyleri üzerindeki etkisini ve tüm bireylerin sürece dahil edilmesini ister, ailenin tüm üyelerinin birbirine karşı sorumluluklarını ve verilen kararın her birey için oluşturacağı yükümlülükleri ve faydaları dikkate alır. Bunu yaparken pediatrik hastanın kırılganlığına da dikkat eder.[257]

Aile merkezli yaklaşımın hedefi, ailenin çıkarlarını çocuğun çıkarlarına öncelemek değildir. Aksine bu yaklaşımda ailenin çıkarlarının çocuğun çıkarları ile iç içe geçtiği düşünülür ve çocuğun çıkarı diğer aile üyelerinin çıkarlarıyla bağlantılı olarak değerlendirilir. Aile merkezli yaklaşım ebeveyni, öncelikli bakım yükümlülüğünün çocuğa karşı olduğunu unutmadan sürece dahil eder.[258] Bu bağlamda kişinin yaşı, başına gelen olayları anlama ve anlamlandırma kapasitesi arttıkça kendisiyle ilgili kararlara dahil olma süreci de artmalıdır. Çocuklara kendi hayatları üzerinde belirli ölçüde kontrol hakkı tanımak hayatları boyunca kullanacakları sorumlu karar alma becerilerinin de gelişmesini sağlar. On sekiz yaşına kadar bu beceriyi geliştiremeyen bireyin birdenbire bu yetkinlikle başa çıkması da oldukça güç olacaktır.

Paylaşımlı karar verme yaklaşımında nihai karar ebeveyne ait olsa da çocuğun sürece razı olmasının gerektiği düşünülmektedir. Bu kuram hem çocuğun gelişimsel kapasitesine karşı saygı gösteren hem de aile yapısı ve yasal sorumlukları koruyan orta yol olarak gözükmektedir. Fakat bu kuramda çocuğun onayının yasal olarak bağlayıcı olmaması pratikte bu sürecin atlanmasına sebep olabilir. Bu durum özellikle de çocuğun bireyselliğinin çok da önemsenmediği toplumlarda çocuğun onayının pratikte

[257] Nuala Kenny vd., "Respectful Involvement of Children in Medical Decision Making", *The Cambridge Textbook of Bioethics*, ed. Peter A Singer - A M Viens (New York: Cambridge University Press, 2008), 123-124.
[258] Kenny vd., "Respectful Involvement of Children in Medical Decision Making", 123.

bir karşılığı olmayan âtıl bir sembolden öteye geçememesine sebebiyet verebilir. Fakat özellikle de ergenlik öncesi okul çağı çocukları söz konusu olduğunda bu yaklaşımı gerçekten etkin şekilde kullanmak aile ve çocuğun söz konusu süreci en az zararla atlatması anlamına gelecektir.

Çocuğun karar alma süreçlerine kademeli olarak dâhil edilmesini, ancak nihai denetim ve onay yetkisinin ebeveynde kalmasını öngören aile merkezli yaklaşımın benzerlerine klasik fıkıhta da rastlamak mümkündür. Bu bağlamda temyiz dönemindeki çocuğun hukukî tasarruflarına ilişkin geliştirilen teori dikkat çekici bir örnek teşkil etmektedir.

Fıkıh geleneğinde temyiz, çocuğun ehliyet bakımından önemli bir aşama kaydettiği ara bir evre olarak kabul edilir. Bu evreden önce çocuk, vücûb ehliyetinin sonucu olarak bazı hak ve yükümlülüklerin süjesi kabul edilse de bunları bizzat yerine getirme veya yönetme kapasitesine sahip görülmez. Bu nedenle hukukî işlemlerinde tamamen velisi veya hukukî temsilcisi tarafından temsil edilir. Temyiz dönemine ulaşmasıyla birlikte ise çocuğun muhakeme kapasitesinin belirli bir düzeye eriştiği varsayılır ve sosyal hayatta kendisini sınırlı ölçüde temsil edebilmesine imkân tanınır. Her ne kadar bu dönüşüm bulûğ dönemindeki kadar kapsamlı olmasa da çocuğun karar ve tasarruf yetkisinde önemli bir genişleme meydana gelir.[259]

Fakihler, mümeyyiz çocuğun doğru ile yanlışı, yarar ile zararı belirli ölçüde ayırt edebilecek bir muhakeme gücü kazandığını kabul etmişlerdir. Bununla birlikte bu yeterlilik tam bir edâ ehliyeti değil, eksik bir edâ ehliyeti olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle mümeyyiz çocuğun hukukî tasarrufları üçlü bir ayrıma tâbi tutulmuştur. Hibe kabulü gibi sırf yararına olan işlemler veli onayına ihtiyaç duyulmaksızın geçerli kabul edilirken, malını bağışlaması gibi sırf zararına olan işlemler geçersiz sayılmıştır. Alım-satım gibi hem yarar hem de zarar ihtimali taşıyan işlemler ise velinin onayına veya iznine bağlanmıştır.[260]

[259] İbrahim Kâfi Dönmez, "Temyiz", *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi* (İstanbul: TDV Yayınları, 2011).
[260] Hayreddin Karaman, *Mukayeseli İslam Hukuku* (İz Yayıncılık, 2001), 1/241-244.

Mümeyyiz çocuğun davranışlarında ileri seviyede bir olgunluk ve makullük fark edildiğinde ve alışverişlerde de yetişkin bir kimse gibi davrandığı gözlemlendiğinde Hanefîlere göre veli çocuğa ticaret izini verebilir. Böyle bir olgunluk gösteren ve velinin kendisine izin verdiği çocuğa me'zun çocuk denmektedir. Bu durumda çocuğun tasarrufu geçerli olur. Bu hal bir açıdan buluğdan önceki rüşd hali olarak değerlendirilir, ne var ki fıkıhta buluğdan önce rüşde itibar edilmediğinden çocuğa ancak izin verilirse böyle bir hakkı elde eder.[261]

Verilen izin mümeyyiz çocuğun üzerinde hacri kaldırma işlevi görür ve çocuk muamelelerinde kendine izin verildiği ölçüde bir serbestlik kazanır. Hanefîlerin çoğunluğu ve Mâlikîler çocuğa izin vermeyi caiz kabul ederken Hanefî âlim Züfer ve Şâfiî mezhebi bu görüşe karşı çıkmıştır. İmam Şâfiî'ye göre mümeyyiz çocuğa verilecek böyle bir izin geçerli sayılmaz çünkü onun üzerindeki kısıtlama zihinsel yetersizliği sebebiyle değil çocukluğundan dolayıdır ve bu hal devam ettiği sürece kısıtlama da devam etmelidir. Mümeyyiz çocuk velayet altındadır ve velisi onun üzerinde tasarrufta bulunmaya ve ona hacir koymaya yetkilidir. Çocuğun hem velayet altında olması hem de kendi yetkisine dayanarak işlem yapması Şâfiî mezhebinde çelişki olarak değerlendirilmiştir. Şafiiler çocuğun alışverişini tıpkı boşama ve köle azadı gibi sırf zararına olacak bir işlem olarak değerlendirirler. Bu işlem namaz ve oruçtan farklıdır zira veli bu işleri çocuk yerine yapamaz. Nitekim vasiyette de durum böyledir. Bu gibi durumlarda çocuğun tasarrufunun geçerli olmasında zaruret vardır. Fakat alım satımı veli üstlenebileceği için burada herhangi bir zaruretten bahsedilemez. Hanefîlere göre ise çocukluk, hacir altına alınmanın sebebidir fakat bu zatından dolayı değil doğruyu ayırt edememesindendir. Velinin izniyle çocuğun yeterli olduğu sabit olmuş olur. Velayetin devam etmesi ise çocuğun halinin değişmesi ihtimaline karşı maslahatını gözetmek içindir. Ayrıca Hanefîler alışverişi boşama ve köle azadı gibi mahza zarara sebebiyet verecek bir işlem olarak değerlendirmemişler burada zarara ve yarara ihtimal olduğu için tasarrufu velinin izni ile kayıt altına almışlardır. Bu sebeple çocuk izinden sonra bu işlemleri yerine getirmek konusunda

[261] Orhan Çeker, *İslam Hukukunda Çocuk* (İstanbul: Kayıhan Yayınları, 1990), 41-44.

tasarruf hakkına sahiptir.[262] Âlimler arasında henüz temyiz kabiliyetine sahip olmayan gayri mümeyyiz çocuğun herhangi bir inanca sahip olmadığı bu sebeple ne İslam'ının ne de irtidadının mümkün olmadığı hususunda ittifak söz konusu iken buluğa yaklaşmış olup mürahık olarak da isimlendirilen mümeyyiz çocuğun Müslümanlığı ve irtidadı konusunda farklı içtihatlardan bahsedilebilir. Hanefîler mümeyyiz çocuğun Müslümanlığını isithsanen kabul ederler. Fakat çocuğun irtidadı konusunda ihtilaf vardır. Ebû Hanife ve İmam Muhammed'e göre aklı eren yani mümeyyiz çocuğun irtidadı geçerli bir irtidattır. Ebû Yusuf'a göre ise çocuğun İslam'ı geçerlidir fakat irtidadı geçerli sayılmaz. Çünkü çocuğun irtidadı onun saf zararına olacak bir tasarruftur. Ebu Hanife'nin sonradan bu görüşe döndüğüne dair bilgiler de kaynaklarda yer alır.[263]

Teori dikkatle incelendiğinde, klasik fıkhın çocuğun gelişen muhakeme kapasitesini tamamen göz ardı etmediği, aksine ona belirli ölçüde hukukî alan açtığı görülmektedir. Bununla birlikte çocuğun kararları mutlak ve bağımsız kabul edilmemiş, özellikle zarar ihtimali bulunan durumlarda veli denetimi korunmuştur. Bu yönüyle mümeyyiz çocuğun tasarruflarına ilişkin yaklaşım, günümüzde savunulan aile merkezli karar verme modelleriyle benzerlik göstermekte; çocuğun karar alma sürecine katılımını teşvik ederken nihai sorumluluğun yetişkinlerde kalmasını öngörmektedir. Bu çerçevede yaşam sonu kararları, sırf yararına veya sırf zararına olduğu açıkça söylenebilen işlemlerden farklı olarak son derece karmaşık maslahat değerlendirmeleri içermektedir. Bu nedenle temyiz çağından sonra çocuğun bu süreçte tamamen dışlanması kadar, kararın bütünüyle onun iradesine bırakılması da fıkhî ehliyet teorisinin genel mantığıyla tam olarak örtüşmemektedir.

İslam hukukunda da yaşam sonu kararlarında yetkinin kime ait olacağı konusunda üç farklı yaklaşımın karşılığını bulmak mümkündür. Öncelikle temyiz çağı öncesinde veli, çocuğun yasal temsilcisi ve maslahatını gerçekleştirmekle yükümlü kişi olarak karar verme yetkisine sahiptir. Temyiz döneminden, çocuğun tıbbi rüşd

[262] Burhânuddîn Ebü'l-Hasen Ali b. Ebî Bekr b. Abdülcelîl er-Rüşdânî el-Merğînanî, *el-Hidâye fî Şerh Bidâyetü'l-Mubtedî*, thk. Talâl Yusuf (Beyrut: Dâr İhyâ᾽u't-Türâsi'l-Arabî, 2004), 4/294.
[263] el-Merğînanî, *el-Hidâye*, 2/411; es-Serahsî, *el-Mebsût*, 10/122; Abdussamed Atasoy, "İslam-Osmanlı Hukukunda Küçük Çocukların İrtidadı", *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 15/1 (30 Haziran 2024), 259.

kazandığının kabul edilebileceği aşamaya kadar olan süreçte ise çocuğun görüş ve tercihleri dikkate alınmakla birlikte, nihai onay merciinin veli olarak konumlandırılması daha isabetli görünmektedir. Buluğ da çocuğu tek balına yetkin kabul etmek için yeterli sayılmamıştır. Bununla birlikte fıkıh ebeveyni rüşte kavuşunca da çocuğun hayatından dışlamaz. Ebeveynin rehberliğini önemser ve tedip konusunda yetkili kabul eder.

Fıkhi açıdan karar merci değişse de verilen kararın dayandığı temel ilke gözden kaçırılmamalıdır: çocuğun maslahatı. İslam hukukunda çocuk adına yapılan tasarrufların geçerliliği, bunların veli, çocuk veya başka bir kişi tarafından gerçekleştirilmesinden ziyade çocuğun maslahatına uygun olup olmamasına bağlıdır. Bu nedenle çocuğun maslahatına aykırı bir tasarruf geçersiz kabul edilirken, maslahatını gerçekleştiren tasarruf geçerli sayılmıştır. Dolayısıyla karar verme mekanizması hangi model üzerine kurulursa kurulsun, nihai ölçüt olarak çocuğun maslahatının gözetilmesi zorunludur.

3.2. KARARA ETKİ EDEN AKTÖRLER ARASINDAKİ ÇATIŞMALAR

Çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarında ebeveynler, hekimler ve mahkemeler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıkların en dikkat çekici örneklerinden biri Charlie Gard vakasıdır. Mitokondriyal DNA tükenme sendromunun nadir ve ağır bir formundan muzdarip olan Charlie Gard, doğumundan kısa bir süre sonra yoğun bakım desteğine ihtiyaç duymuş ve mekanik ventilasyona bağımlı hâle gelmiştir. Tedavisini yürüten hekimler, mevcut tıbbî imkânlar çerçevesinde hastalığın geri döndürülebilir olmadığı, uygulanan tedavilerin çocuğa anlamlı bir fayda sağlamadığı ve yaşam desteğinin sürdürülmesinin yalnızca acılarını uzattığı kanaatine ulaşmıştır. Bu nedenle yaşam desteğinin sonlandırılarak yalnızca palyatif bakım verilmesini önermişlerdir.[264]

Charlie'nin ebeveynleri ise Amerika Birleşik Devletleri'nde önerilen deneysel bir tedavinin uygulanmasını talep etmiş ve bu tedavinin finansmanı için gerekli

[264] *BBC News Türkçe*, "8 aylık bebek Charlie, mahkeme kararıyla yaşam destek ünitesinden çekilecek" (Erişim 04 Haziran 2025).

kaynağı toplamayı başarmıştır. Buna rağmen tedaviyi yürüten hekimler, söz konusu yöntemin daha önce hayvanlar üzerinde bile denenmediğini, başarı ihtimalinin son derece düşük olduğunu ve çocuğun maruz kalacağı yükleri haklı çıkaracak ölçüde bir fayda beklentisinin bulunmadığını ileri sürmüştür. Taraflar arasındaki anlaşmazlık mahkemeye taşınmış ve İngiliz mahkemeleri, deneysel tedavinin uygulanmasının Charlie'nin üstün yararına olmadığı sonucuna ulaşarak yaşam desteğinin sonlandırılmasına hükmetmiştir.[265]

Charlie Gard vakası, çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarında nihai karar yetkisinin kime ait olduğu sorusunu gündeme getirmesi bakımından önemlidir. Ebeveynler çocuklarının yararını en iyi şekilde korumaya çalışan doğal temsilciler olarak görülse de hekimler meslekî uzmanlıkları doğrultusunda farklı bir değerlendirmeye ulaşabilmekte ve bazı durumlarda uyuşmazlık yargı mercilerinin müdahalesini gerekli kılabilmektedir. Mesela doktor tedavinin yaşamı makul şekilde uzatabileceğini düşünürken ebeveyn ağır engelli bir çocukla hayatını sürdüremeyeceğini, masraflarını karşılarken çok zorlanacağını düşündüğü için tedavi konusunda isteksiz davranabilir. Ya da sağlık personeli yaşamı fiilen sonlandıracak adımlar atmak isterken ebeveyn dini inanışları ve bir mucize beklentisiyle aslında faydasız kabul edilen bir tedaviyi sürdürmekten yana olabilir. Bu gibi sebeplerle bazen taraflar arasında çıkar çatışmaları ortaya çıkar ve en iyi yararı tespit etmek zorlaşır. Bu noktada kaynak tahsisi meselesi de göz önünde bulundurulmalıdır. Devlet bir çocuğun iyileşemeyeceğine veya verilen tedavinin bir yarar sağlamadığına dair ikna edici bir kanıt varsa bu tedaviyi sürdürmek için kullanılan kaynakların iyileşme şansı yüksek hastalarda kullanılmasının daha uygun olacağını savunulabilir.[266]

Çoğu zaman taraflar arasında uzlaşma sağlanıyor olsa da aksi bir durumda devreye mahkemeler girmektedir. Mahkemelerin çok zor bir görevle karşı karşıya olduğu aşikardır. Mahkemeler bir çocuğun tıbbi bakımıyla ilgili uyuşmazlık önlerine geldiğinde, her iki tarafın argümanlarını büyük bir dikkat ve hassasiyetle incelemek zorundadırlar. Ebeveynler her ne kadar çocuklarıyla ilgili tıbbi tedavilere onam verme

[265] J J Paris vd., "The Charlie Gard Case: British and American Approaches to Court Resolution of Disputes Over Medical Decisions", *Journal of Perinatology* 37/12 (Aralık 2017), 1268.
[266] Rob Heywood, "Parents and Medical Professionals: Conflict, Cooperation, and Best Interests", *Medical Law Review* 20/1 (01 Mart 2012), 30-31.

yükümlülüğüne sahip olsalar da yalnızca çocuğunun en iyi yararına olan tedavilere onay verebilirler ve çocuğun uzun vadeli refahını tehlikeye sokacak tedavileri reddedemezler. Bu sebeple ebeveyne verilen yetki kısmi bir yetkidir. Çocuğun refahı tehlikeye girdiğinde hukukun belli ebeveyn kararlarını iptal etme yetkisi önemlidir. Bununla birlikte bu müdahale durumları bir istisna kabul edilmeli, ebeveynlerin makul biçimde temellendirilmiş görüşlerine müdahale etme konusunda gerçek bir isteksizlik olmalıdır.[267]

Mahkemeye verilen, en iyi yararı tespit işi zamanla boyut değiştirmiştir. Eskiden sadece tıbbi yarar değerlendirilirken şimdilerde yararın daha bütüncül bir perspektifle ele alınmasının daha doğru olacağı düşünülmüştür. Ama bu düşüncenin yargı sistemine yansıyıp yansımadığı hala araştırılmaya muhtaçtır. Bazı çalışmalarda hukuk sisteminin en üstün yararı daha geniş perspektifle ele aldığını ima eden ifadelere rastlansa da mahkemelerin, halen tıbbi fayda perspektifinden çok da uzaklaşamadıkları düşünülmektedir. Açıkçası bebeklerin çektikleri acı ve ebeveynin istekleri nesnel bir değerlendirme için çok uygun bir zemin sunmaz. Bu sebeple tıbbi etken mahkeme için daha rasyonel bir zemin inşa etmek açısından hala daha uygun gözükür.[268] Bazı meselelerde ise dini kaygılar devreye girebilmektedir.

Tafida Rageep vakası yaşam sonu kararlarında ebeveynlerin dini kaygılarla da hareket ettiğini gösteren bir örnektir. Beş yaşındaki Tafida beyin damarlarında gelişen ani bir yırtılma sonucu beyninde büyük ölçüde geri döndürülemez hasarla hastaneye kaldırıldı. Royal London Hastanesi'ndeki ekip, daha ileri tedavinin Tafida'nın en yüksek yararına aykırı olduğunu belirttiğinde ve yaşam desteğini geri çekmek istediklerinde ebeveynler dünya genelinde başka hastanelerle iletişime geçmiştir. Cenova'daki Gaslini Pediatri Hastanesi vakayı incelemiş ve nakil talebini kabul etmiştir, ancak hastane ekibi, bu durumun Tafida'nın çıkarına aykırı olduğunu düşündüklerinden nakli kabul etmemiştir. Hastane, 1989 Çocuklar Yasası ve mahkemenin doğal yetkisi kapsamında Yüksek Mahkeme'de dava açmıştır.

[267] Cressida Auckland - Imogen Goold, "Parental Rights, Best Interests and Significant Harms: Who Should Have the Final Say Over a Child's Medical Care?", *The Cambridge Law Journal* 78/2 (Temmuz 2019), 41-42.
[268] Heywood, "Parents and Medical Professionals", 35-37.

Ebeveynler ise aynı anda, hastanenin başka bir AB Üye Devleti'nde tedaviyi engelleme kararına karşı yargı denetimi başvurusunda bulunmuş, bu kararın Avrupa Birliği İşleyişi Antlaşması'nın 56. maddesini – hizmet alma ve sunma hakkını – ihlal ettiğini öne sürmüşlerdir. Yargı sürecinde çeşitli tıbbi değerlendirmelerin yanı sıra Tafida'nın İslam inancını benimseyerek yetiştirilmesi, inancı anlamaya ve uygulamaya başlaması da etkili olmuştur. Aile, ECFR'den hayatın kutsallığı ilkesini yeniden ifade eden bir fetvâ da temin etmiştir. ECFR fetvada yaşam desteğinin çıkarılmasına rıza göstermenin hükmü hakkında "büyük bir günah" ve "kesinlikle izin verilemez" ifadelerine yer vermiştir. Sonuçta ebeveynlerin lehine karar verilmiş, Rageep'ın İtalya'daki hastaneye sevki gerçekleşmiştir.[269] Ailesinin ısrarları ile yaşama tutunan Tafida'nın yakın zamanda yoğun bakımdan çıktığına ilişkin haberleri de dile getirmek de fayda var.[270]

Görüldüğü üzere mahkeme kararını yalnızca tıbbî öngörüler üzerine bina etmemiş; ailenin ve çocuğun dinî hassasiyetlerini de dikkate alarak kapsamlı bir fayda-zarar değerlendirmesi yapmıştır. Bu yaklaşım, kişinin inancına aykırı bir müdahaleye maruz kalmasının da belirli durumlarda zarar kapsamında değerlendirilebileceği düşüncesine dayanmaktadır. Bununla birlikte ebeveynin veya çocuğun değerlerinin her durumda belirleyici olduğu söylenemez. Bu değerler, ancak çocuğun en iyi yararıyla makul bir ilişki kurabildikleri ölçüde karar sürecine dâhil edilebilir. Başka bir ifadeyle ebeveynlerin dinî ve ahlâkî tercihleri önemli bir değerlendirme unsuru olmakla birlikte, çocuğun temel menfaatlerine açıkça aykırı sonuçlar doğurduğu durumlarda sınırlandırılabilir. Bu nedenle yaşam sonu kararlarında asıl mesele, ebeveyn değerlerinin dikkate alınıp alınmayacağı değil, bu değerlerin çocuğun en iyi yararıyla ne ölçüde bağdaştığının belirlenmesidir.

Daniel Hauser ABD'nin Minnesota eyaletinde yaşayan bir çocuktu. 13 yaşındaki Daniel'e 2009 yılının başlarında bir çeşit lenfoma kanseri olan nodüler sklerozan Hodgkin Lenfoma teşhisi konuldu. Hastalık ikinci evredeydi. Doktorların

[269] Emma Cave vd., "Making Decisions for Children: Accommodating Parental Choice in Best Interests Determinations: Barts Health Nhs Trust V Raqeeb", *Medical Law Review* 28/1 (01 Şubat 2020), 183-186; Haroon Siddique, "Seriously Ill Girl Can Be Taken to Italy for Treatment, High Court Rules", *The Guardian* (03 Ekim 2019), blm. Law.
[270] "Tafida Raqeeb: Brain-Damaged Girl in High Court Case out of Intensive Care" (10 Ocak 2020).

ortak kanaati küçük Hauser'ın kemoterapiye başladığı takdirde yaklaşık 5 yıl içerisinde %85-95 gibi yüksek bir oranla kanserden tamamıyla kurtulabileceği yönündeydi. Doktorlar Daniel için 6 kür kemoterapinin ardından radyasyon tedavisi göreceği bir tedavi planı önerdiler. Aile başlangıçta bu planı kabul etti. Fakat ilk kemoterapi seansından sonra Daniel'in yaşadığı bulantı, yorgunluk gibi yan etkiler hem Daniel'in hem de ailesinin fikirlerini değiştirecekti. Hauser ve ailesi yerli Amerikan inançlarından olan "Namenhah" isimli dini bir organizasyona mensuptu. Bu dini organizasyon yerli Amerikan bütüncül tıbbi uygulamalarını savunan ve "zarar vermeme" ilkesini öğretinin merkezine koymuş bir yapıya sahipti. Kemoterapinin ardından gözlemlenen yan etkiler ise Daniel'e zarar veriyor ve yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürüyordu. Bu süreçte yaklaşık beş doktordan görüş alan ve tedaviye devam etmesi tavsiye edilen aile, önerilen tedaviyi bırakarak alternatif tıp yöntemlerine başvurmayı tercih ettiler. Baba Collen Hauser'ın da teşvikiyle vücuttaki kanser hücrelerini aç bırakacak bir diyet uygulanmaya başlandı. Özellikle de babanın, tanrının bedenin doğal bir şekilde iyileşmesini murat ettiği yönünde kuvvetli bir inancı vardı. Aile bu kuvvetli inancın da etkisiyle kemoterapiyi hastaya zarar veren ve insanın tabiatını bozan zararlı bir yöntem olarak kabul etmişti. Kendisini bu Nemenhah inancının şifacılarından olduğunu düşünen Daniel de kemoterapiye devam etmenin onun dini inançlarına ve statüsüne aykırı olduğunu iddia etmekteydi. Daniel ile ilgilenen doktor aileye tedaviye devam etmemeleri halinde durumu yetkililere bildireceğini söyledi. Daniel ve annesi tedaviyi almak istemedikleri için kaçtı. Bunun üzerine Daniel'in velayeti ebeveynlerinden alındı. Polise ise yakalama yetkisi verildi. Polisin işin içine girmesinden çekinen anne, babanın da ısrarlarıyla geri döndü. Mahkemenin ardından tedaviye başlanmadığı takdirde Daniel'in ellerinden alınabileceği ile yüzleşen aile tedaviye ikna oldu. Daniel 14. yaşına bastığında kanserden tamamen kurtulmuştu. Fakat Daniel ve ailesi durumundaki iyileşmelerin kemoterapi yanında devam ettiği alternatif tedaviler sayesinde gerçekleştiğine inanıyordu.[271]

[271] Emily C. Goodlander - Jessica Wilen Berg, "Pediatric Decision-Making: Adolescent Patients", *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook*, ed. Douglas S. Diekema vd. (Cambridge: Cambridge University Press, 2011), 7; Zach Wiliams, "When the Physician Says You Have to Get the Shot, but Mommy Says No: The Cases of Taige Mueller and Daniel Hauser, And How the State May

Bu olayda söz konusu olan tedavi, çocuğun hastalığının kontrol altına alınması ve iyileşmesi bakımından yüksek başarı ihtimali taşıyan, tıbbî çevrelerce standart bakım olarak kabul edilen bir müdahaledir. Buna rağmen aile, dinî ve kişisel gerekçelerle bu tedavinin uygulanmasını reddetmiştir. Bu durumda ebeveyn tercihinin çocuğun en iyi yararını desteklediğini söylemek güçtür. Aksine, tedavinin sağladığı muhtemel fayda ile tedaviden kaçınmanın doğuracağı ciddi riskler karşılaştırıldığında, çocuğun temel menfaatlerinin zarar gördüğü görülmektedir. Bu nedenle mahkemenin müdahalesi, ebeveyn otoritesine yönelik bir sınırlama olmaktan ziyade çocuğun ihmal edilmesini önlemeye yönelik bir koruma tedbiri olarak değerlendirilmelidir.

Fıkıhta velayet bir hak olmaktan ziyade emanet ve sorumluluk olarak tasavvur edilmektedir. Bu nedenle veli, kendi dinî, ahlâkî veya şahsî tercihlerini çocuğun zararına olacak şekilde kullanamaz. Çocuğun maslahatının açık biçimde ihlal edildiği durumlarda velinin iradesi bağlayıcılığını kaybedebilir ve şer'î otoritenin müdahalesi meşru hâle gelir.[272]

İslam hukukunda benzer bir çıkar çatışması çocuğun malının idaresi konusunda gündeme gelmiş bu konuda ahkâm genelde bu meselelerle ilişkili oluşmuştur. Bazen çocuğun malı üzerinde tasarruf hakkı bulunan veli çocuk adına alım-satım işlemi gerçekleştirebilir. Bu alım satımlar her zaman çocuğun lehine gerçekleşmez. İşte bu durumlarda işlemin geçerliliği fıkıh açısından tartışılmıştır. Mesela bir çocuğun babası veya vasisi çocuğun malını semeni misille veya ğabn-i yesir ile bir başkasına satarsa burada ebeveynin haline bakılır. Fıkıh literatüründe babanın velayet ve tasarruf yetkisi değerlendirilirken genellikle üç farklı durumdan söz edilmektedir. Birincisi, toplum nezdinde dürüstlüğü ve güvenilirliğiyle tanınan mahmûd babadır. İkincisi, durumu hakkında olumlu veya olumsuz kesin bir kanaat bulunmayan, hâli örtülü (mestûr) babadır. Üçüncüsü ise günahkâr yaşam tarzı ve güven vermeyen davranışları sebebiyle fâsık olarak nitelendirilen babadır. Fıkıh âlimleri, mahmûd ve mestûr babaların çocuklarına karşı doğal bir şefkat ve koruma duygusuna sahip olduklarını varsaydıklarından, çocuk adına gerçekleştirdikleri bazı tasarruflarda küçük ölçüde

Force Parents to Accept Unwanted Medical Treatment for Their Children", *Indiana Health Law Review* 8/199 (2011), 203-204.

[272] Çınar, *Üsrûşenî'den Osmanlı Fetvasına İslam/Hanefi Çocuk Hukukunun Temel İlkeleri*, 134-136.

zarar (ğabn-i yesîr) bulunsa bile işlemi geçerli kabul etmişlerdir. Buna karşılık fâsık babanın tasarrufları aynı ölçüde korunmamıştır. Çünkü fıskın, çocuğun menfaatini gözetme ve ona şefkatle davranma konusunda şüphe doğurduğu kabul edilmiştir. Bu nedenle fâsık babanın çocuk adına gerçekleştirdiği bazı işlemler çocuğun bulûğa ermesinden sonra iptal edilebilir görülmüştür. Bununla birlikte yapılan işlemin çocuğun yararına olduğu açıkça ortadaysa, örneğin malın emsal değerinin üzerinde bir bedelle satıldığı sabitse, işlem geçerli kabul edilmiştir. Zira bu durumda çocuğun maslahatının gerçekleştiği açık olduğundan, babanın fıskından kaynaklanan şüphe ortadan kalkmaktadır.[273] Bu vasıfların babaya hangi özellikleri sebebiyle verildiği incelediğimiz kaynaklarda tam olarak yer almasa da burada babanın dini ve ahlaki ve toplumsal görünümünün değerlendirildiği muhtemeledir.

Yine fıkıhta ebeveynin velayet yetkisiyle gerçekleştirdiği bazı tasarruflar, çocuğun maslahatına olmadığı takdirde iptal edilebilmektedir. Örneğin çocuk buluğdan sonra "Çocukluğumda babam ğabn-i fahişle sana şu malımı sattı diye iddiada bulunsa ve malın, fiyatının çok altına satıldığı tespit edilse ve ücretin iadesi mukabilinde malını geri istese ve malın değerinin değişmediği ispatlanırsa bu işlemin kadı bu işlemin iptaline hüküm verebilir.[274] Başka bir mesele çocukların miras hakkıyla ilgilidir. Bir kadın kocası üzerinde mehir hakkı varken ölse ve kadının küçük çocukları varsa babanın söz konusu hakkı ikrar mı edeceği yoksa inkâr mı edeceğine bakılır. Eğer bu hakkın var olduğunu kabul ederse kendisinden mehir alınmaz. Çünkü zaten o çocukların malının yasal koruyucusudur. Eğer inkâr ederse kâdı bir vasi naspeder ve baba üzerindeki mehri babadan tahsil ederek vasiye teslim eder. Çünkü baba bu hakkı inkâr ederek ihanetini ortaya çıkarmış olur. Bu durum da kadıya bir vasi atama salahiyeti vermektedir. [275]

Verdiğimiz örneklerde de görüldüğü üzere fıkıhta velayet sadece biyolojik bağa dayanarak verilen bir hak değil aynı zamanda toplumsal güven ve ahlaki ehliyetin de gözetildiği bir sorumluluktur. Çocuğun maslahatına olmayacak bir durum söz

[273] Bedreddin Simavi, *Camiu'l-Fusuleyn: Yargılama Usulüne Dair*, ed. Hacı Yunus Apaydın, çev. M.Selim Aslan-vd. (Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2012), 645-646.
[274] el-Üsrûşenî, *Câmiʿu Ahkâmi's-Sığār*, 255-265.
[275] el-Üsrûşenî, *Câmiʿu Ahkâmi's-Sığār*, 371.

konusu olduğunda ise bu sorumluluk tabi sahibinden alınarak veya yapılan işlemin iptaline imkân tanınarak çocuğun maslahatı güvence altına alınmıştır. Çocuğun tedavisi süreciyle alakalı da bu ilkeler yol gösterici olabilir. Sonuç olarak İslam hukuku, velayet hakkını mutlak bir otorite olarak değil, maslahat ve emanet eksenli bir yetki olarak tanımlamıştır. Veli, çocuğun malları ve şahsı üzerinde geniş bir söz hakkına sahip olmakla birlikte, bu yetki çocuğun yararı ile sınırlandırılmıştır. Özellikle veli ile çocuğun çıkarlarının çatıştığı durumlarda, çocuğun menfaati korunmuş, gerektiğinde kadı veliyi azletmiştir.

Çocukla ilgili tasarruflarda çocuğun maslahatı öncelenmekle birlikte velinin otoritesi de yok sayılmamıştır. Burada çocuğun ve velinin maslahatı arasında bir dengenin benimsendiğini söylemek mümkündür.[276] Zira ebeveynin çocuğa zarar verme niyeti aşikâr olmadıkça çocuk için en iyisini yapmaya çalıştığı düşünülür. Bu sebeple ğabn-i yesir gibi çocuğun açıkça zarara uğratmayan küçük zararlar tolere edilmiş, velinin sorumluluğuyla ilişkili hakkını kullanmasına müsaade edilmiştir. Fakat artık zarar tolere edilmez bir boyuta ulaşmışsa veya çocuğa karşı kötü niyet açığa çıkmışsa burada çocuğun maslahatı korunmuştur.

Bu durumda çocuk açısından açık ve güçlü bir fayda sağlayacağı bilinen bir tedavinin sırf velinin tercihi doğrultusunda engellenemeyeceği açıktır. Bununla birlikte, tedaviden beklenen faydanın oldukça düşük olduğu veya çocuğun durumuna ilişkin son derece belirsiz ihtimallerin söz konusu olduğu durumlarda, çocuğun yararını gözetme yükümlülüğü taşıyan veliye belirli ölçüde takdir yetkisi tanınması makul görünmektedir. Buna karşılık Charlie Gard vakasında talep edilen tedavi, ilgili hastalık türünde daha önce hiç uygulanmamış, hatta hayvan deneylerinde dahi test edilmemiş deneysel bir müdahaleydi. Ayrıca tedavinin etkili olabileceğine dair veriler son derece sınırlı olup beklenen fayda spekülatif düzeydeydi. Bu nedenle, çocuğa önemli külfetler yükleme ihtimali bulunan ve başarı şansı hakkında güçlü bir kanaat oluşturacak düzeyde bilimsel dayanaklardan yoksun olan böyle bir tedavinin uygulanmasının, fıkıhta tedavi kararlarının yarar ve zarar dengesi çerçevesinde

[276] Çınar, *Üsrûşenî'den Osmanlı Fetvasına İslam/Hanefi Çocuk Hukukunun Temel İlkeleri*, 92-95.

değerlendirilmesine ilişkin genel ilkelerle de kolayca bağdaştırılamayacağı söylenebilir.

3.3. KARAR ÖLÇÜTLERİNİN BELİRSİZLİĞİ

Yaşam sonu kararlarında tedavinin sağlayacağı fayda ile doğuracağı zarar arasında teorik düzeyde bir değerlendirme yapmak mümkün görünse de bu değerlendirmenin somut vakalara uygulanması zordur. Yani tedavinin ne zaman yakîn ne zaman zann-ı galip ne zaman zan ve şek kategorisinde değerlendirileceği de bireysel tercihlere göre değişebilmektedir. Bu durum biyoetik literatüründe uzun yıllardır tartışılan tıbbi faydasızlık kavramında açık biçimde görülmektedir. Tıbbi faydasızlık genel olarak, mevcut verilerin önerilen tedavinin hastanın durumunda anlamlı bir iyileşme sağlamayacağını göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bununla birlikte kavramın kapsamı ve uygulanma şartları oldukça tartışmalıdır. Nitekim bazı hekimlerin bir tedaviyi ancak başarı ihtimali tamamen ortadan kalkınca faydasız kabul ederken, bazılarının ise %13 gibi daha yüksek başarı ihtimallerine rağmen aynı sonuca ulaşabilir.[277]

Tıbbi yararsızlık tartışmalarında en temel sorunlardan biri, yararsızlığın ne anlama geldiği ve hangi ölçütlere göre belirleneceği meselesidir. Literatürde yaygın olarak kabul edilen yaklaşımlardan biri, yararsızlığı niceliksel (quantitative) ve niteliksel (qualitative) olmak üzere iki ayrı boyutta ele almaktadır. Niceliksel yararsızlık, bir tedavinin hedeflenen fizyolojik sonucu ortaya çıkarma ihtimalinin son derece düşük olmasıyla ilgilidir. Bu tür değerlendirmelerde başarı olasılığı, prognoz ve klinik sonuçlar gibi nispeten nesnel ölçütler ön plandadır. Bununla birlikte, yararsızlığın niceliksel boyutunu belirlemek her zaman kolay değildir. Pek çok tedavi kararında, başarı ihtimali veya sonuçların güvenilirliği hakkında kesin istatistiksel değerlendirmeler yapmaya yetecek düzeyde veri bulunmamaktadır. Ayrıca yeterli veri mevcut olduğunda bile elde edilen sonuçlar ancak olasılıksal bir öngörü sunabilir. Çünkü istatistikler, belirli bir hasta grubunun genel eğilimini göstermede başarılı olsa da o grubun içindeki tek bir hastanın nasıl bir seyir izleyeceğini aynı kesinlikle tahmin edemez. Bu nedenle niceliksel değerlendirmeler önemli olmakla birlikte, tek başına

[277] James L. Bernat, "Medical Futility", *Neurocritical Care* 2/2 (01 Nisan 2005), 198-199.

kesin bir karar ölçütü olarak görülemez. Niteliksel yararsızlıkta ise sorun, tedavinin fizyolojik olarak etkili olup olmaması değil, ortaya çıkan sonucun hasta açısından anlamlı bir fayda sağlayıp sağlamadığıdır. Örneğin bir tedavi yaşamı uzatabilir, ancak bu yaşamın hangi nitelikte sürdürüleceği ve bunun hasta açısından bir yarar teşkil edip etmediği ayrı bir değerlendirme gerektirir. Bu nedenle niteliksel yararsızlık değerlendirmeleri kaçınılmaz olarak yaşam kalitesi, insan onuru, acı çekme ve kişisel değerler gibi normatif unsurları içermektedir.[278]

Bu ayrım, tıbbi yararsızlık tartışmalarının yalnızca bilimsel veriler aracılığıyla çözülemeyeceğini göstermektedir. Bir tedavinin yararlı veya yararsız olup olmadığına ilişkin değerlendirmeler, öncelikle o tedavinin hangi amacı gerçekleştirmeyi hedeflediğinin belirlenmesini gerektirir. Nitekim literatürde yararsızlık kavramının merkezinde "hedef" (goal) kavramının bulunduğu vurgulanmaktadır. Bir tedavinin başarısı veya başarısızlığı ancak önceden belirlenmiş bir hedefe göre değerlendirilebilir. Bu hedef kimi zaman iyileşme ve normal yaşama dönüş, kimi zaman yaşamın uzatılması, kimi zaman da ağrının azaltılması veya hastanın huzurlu bir şekilde ölmesine yardımcı olunması olabilir. Tedavinin hedefi değiştiğinde, aynı müdahaleye ilişkin yararsızlık değerlendirmesi de değişebilmektedir. Dolayısıyla yararsızlık, yalnızca tedavinin fizyolojik etkilerine bakılarak değil, o tedaviden beklenen amaçlar dikkate alınarak değerlendirilmelidir.[279]

Bu durum aynı zamanda tıbbi yararsızlığın yalnızca tıbbi bir mesele olmadığını da ortaya koymaktadır. Tedavinin sağlayacağı faydanın ne olduğu, hangi yaşam kalitesinin kabul edilebilir sayılacağı ve elde edilen sonucun katlanılan yük ve zararları haklı çıkarıp çıkarmadığı gibi sorular, tıbbi bilgi kadar ahlaki ve kültürel değerlerle de ilişkilidir. Bu nedenle yararsızlık değerlendirmeleri; hastaların, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin benimsedikleri değer sistemlerinden, dini inançlarından, kültürel kabullerinden ve yaşam anlayışlarından etkilenmektedir. Literatürde bu sebeple tıbbi

[278] Bernat, "Medical Futility", 199.
[279] Maryam Aghabarary - Nahid Dehghan Nayeri, "Medical Futility and Its Challenges: A Review Study", *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9 (20 Ekim 2016), 4.

yararsızlığın evrensel ve tamamen nesnel kriterlerle belirlenemeyeceği, her vakanın kendi şartları içerisinde değerlendirilmesi gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır.[280]

Çocuklarla ilgili yaşam sonu kararları bağlamında bu tespitler özel bir önem taşımaktadır. Zira pediatrik vakalarda tartışma çoğu zaman yalnızca tedavinin tıbbî olarak etkili olup olmadığı etrafında değil, çocuğun yüksek yararının ne olduğu, hangi yaşam kalitesinin korunmaya değer görüldüğü ve yaşamın sürdürülmesinin hangi koşullarda anlamlı bir fayda teşkil ettiği etrafında şekillenmektedir. Bu nedenle çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarında tıbbî yararsızlık meselesi yalnızca klinik bir değerlendirme olarak değil, aynı zamanda etik ve değer yüklü bir muhakeme süreci olarak ele alınmalıdır. Nitekim incelenen fetvalar, yaşam sonu kararlarında kullanılan bazı kavram ve kriterlerin somut vakalara uygulanışı bakımından çeşitli belirsizlikler barındırdığını göstermektedir. Bu belirsizlikler karar verme sürecinde birtakım pratik sorunlara yol açabilmektedir. Tespit edebildiğimiz bazı fetvalar üzerinden bu kriter belirsizliklerini tartışmakta fayda vardır. Bu bağlamda kriter belirsizliklerinin yol açtığı bazı temel sorunlar başlıklara taşınmıştır.

1. Vakaya İlişkin Değerlendirme Yapılamadan Hükmün Fiilen Hekime Devredilmesi

Tespit edilebilen temel sorunlardan biri, yaşam sonu kararlarına ilişkin fetvalarda vakanın kendine özgü klinik özelliklerinin ve bağlamsal unsurlarının yeterince değerlendirilmemesi, dolayısıyla fetva talep eden kişiye somut durumuna ilişkin açık bir yönlendirme sunulmayarak hükmün hekime bırakılmasıdır. Bunun yerine fetva metinlerinde çoğu zaman farklı fetva kurumlarının veya daha önce verilmiş kararların sonuçlarına atıfta bulunulmakta, ancak bu hükümlerin dayandığı tıbbî, etik ve fıkhî gerekçeler ayrıntılı biçimde ortaya konulmamaktadır. Bu durum, teorik ilkelerin tekrar edilmesine rağmen söz konusu ilkelerin ilgili vakaya nasıl uygulanacağının belirsiz kalmasına ve fetvaların karar verme sürecindeki rehberlik işlevinin zayıflamasına yol açmaktadır. Suudi Arabistan Daimî Fetva Komitesi'nin

[280] Aghabarary - Dehghan Nayeri, "Medical Futility and Its Challenges", 9-11.

CPR cihazlarının hükmüne ilişkin vermiş olduğu fetva bu problemin açıkça görüldüğü fetvalardan biridir.

Fetva No: 12762

CPR Cihazı Kullanmanın Hükmü

Soru: Yüce Allah (subhânehu ve teâlâ), bana Hicrî 16/2/1410 tarihinde bir çocuk nasip etti. Ancak Yüce Mevlâ'nın takdiriyle, bu çocuk bir beyin hastalığına yakalandı. Bu hastalık ilerleyerek doktorların ifadesine göre beynin solunumla ilgili hücrelerini tahrip etti. Doktorlara bu hastalığın sebebini sorduğumda, bunun bazı vakalarda görülebilen doğal bir durum olduğunu ve maalesef böyle bir hastalığın tedavisinin bulunmadığını söylediler – Allah dilerse başka.- Doktorların açıklaması bu yöndedir. Muhterem Şeyh, çocuğum şu anda mekanik solunum cihazına bağlıdır. Eğer bu oksijen desteği ondan çekilirse, yaklaşık on dakika sonra hayatını kaybedecektir. Elbette her şey Allah'ın elindedir ve bilgisi O'ndadır. Size ayrıca şu bilgiyi de arz etmek isterim ki: hastanedeki doktorlar, bu durumu bizzat gözlemlememe izin verdiler ve gerçekten de oksijeni çocuktan çektiklerinde hiç nefes alamadı, daha sonra tekrar oksijen verdiklerinde anormal bir şekilde nefes alarak tekrar hayata döndü. Muhterem Şeyh, yaptığımız bu şeyle – yani çocuğa solunum cihazı ile müdahalede bulunarak – Allah'ın takdirini, yani ölümü (ki o her canlı için Allah'ın farz kıldığı bir haktır) engellemeye çalışıyor gibiyiz. Bu beni vicdanen rahatsız etmektedir. Muhterem Şeyh'im, asıl sorum şudur: Ben çocuğu hastaneden kendi sorumluluğumda çıkarmayı denedim. Yaşasa da ölse de… Fakat Allah'ın ona ölümü takdir etmiş olması hâlinde, onu hastaneden çıkarmamın ve ölümüne sebep olmamın bana bir günah yüklemesinden korkuyorum. Sorum şudur: Ne pahasına olursa olsun, yaşayıp yaşamayacağını gözetmeksizin çocuğu hastaneden çıkarmam caiz midir? Yoksa onu hastanede, solunum cihazına bağlı şekilde tutmaya devam mı etmeliyim? Muhterem Şeyh, Allah sizden razı olsun, bana bu konuda – mesajımı size ulaştıran kişiyle – yazılı bir cevap vermenizi rica ediyorum. Allah sizleri en güzel şekilde mükâfatlandırsın. Şüphesiz O her şeye kadirdir. Allah sizi muhafaza etsin.

Cevap: Eğer durum belirtildiği gibiyse, iki veya daha fazla doktor onun ölü hükmünde olduğuna karar verirse, oğlunuzun solunum cihazını çıkarmakta bir sakınca yoktur, ancak ölümünün kesinleşmesi için cihaz çıkarıldıktan sonra uygun bir süre beklemek

gerekir. Allah'tan tevfik dileriz, Allah'ın selamı ve rahmeti Peygamberimiz Muhammed'e, ailesine ve ashabı üzerine olsun.[281]

Görüldüğü üzere fetva mercisi muhtemelen tıbbi bilgisiyle de ilişkili olarak genel bir kanaat bildirmekle yetinmiş ve hükmü hekime bırakmıştır. Özellikle fetvada geçen "tıbben ölü hükmünde olma" ifadesi dikkat çekicidir. Ancak bu kavramın tam olarak neyi ifade ettiği açık değildir. Fetva metninden bunun yalnızca beyin ölümünü mü ifade ettiği, yoksa beyin ölümü dışında geri dönüşü olmayan bazı ağır klinik durumları mı kastettiği anlaşılamamaktadır. Benzer bir belirsizlik İslamQA platformunda yer alan bir fetvada da gözlemlenebilir.

Fetva No. 115104- 07.03.2008

Yaşam Desteğinin Kaldırılmasının Caiz Olduğu Haller

Soru: Kızım beş aylık. Nörolojik bir genetik hastalığı var ve yemek yiyemiyor, nefes alamıyor, yutamıyor, gözlerini hareket ettiremiyor, göz kapaklarını tamamen kapatamıyor, boynunu oynatamıyor ve kilo alamıyor. Beş aylık olmasına ve yüksek kalorili beslenmesine rağmen ağırlığı 9 pound (yaklaşık 4 kilogram). Soluk alabilmesi için soluk borusu genişletildi ve beslenmesini kolaylaştırmak için midesine hortum takıldı. Birçok doktor onu muayene etti ama hiçbiri neden bu sorunları yaşadığını bulamadı. Şu anda kilo kaybediyor ve birçok bulaşıcı hastalığa yakalanıyor. Hemen hemen her seferinde kan, idrar, solunum ve bağırsak sistemi için tüpler takılıyor. Öyle ki testlerde enfeksiyonu çıktığında, doktorlar yan etkileri nedeniyle diğer çocuklarda hiç kullanılmayan ilaçlar dahi kullanıyor ancak onun durumunda hiçbir şey işe yaramıyor. Yakın zamanda oksijen verilmeye başlandı ve zaman zaman nefesi durduğunda solunum cihazına bağlanıyor. Bir anne olarak bana kızımın bu kadar çok hastalık yaşaması ve sürekli acı çekmesi çok zor geliyor. Şimdi doktorlar, kalbi durduğunda açık ameliyatı gerektirmeyen kalp ritmi kontrol cihazı takmamızı ve CPR cihazı ile hayatını devam ettirmemizi öneriyorlar. Ama doktorlar, onun herhangi bir resüsitasyon işlemine dayanamayacağını düşünüyorlar. Ellerinden geldiğince acısını hafifletmeye çalışıyorlar ama vücuduna çok fazla cihaz takmak istemiyorlar çünkü bu durum daha fazla cihaza ihtiyaç duyulmasına yol açıyor. Artık umutları kalmadı ve

[281] *Fetâvâ'l-Lecneti'd-Dâime I*, 25/82-83.

kan testleri gibi işlemleri reddetmemizi öneriyorlar ki acıları biraz azalsın. Bu durumda doktorlar bunun en iyi yol olduğunu düşündüğü için DNR (canlandırma yapılmasın) formunu imzalamam caiz midir?

Cevap: Hamd Allah'a, salât ve selam Resûlullah'a olsun. Devamında: Allah Teâlâ'dan size sabır ve ecir vermesini, kızınız için sizin ve onun hayrına olanı gerçekleştirmesini dileriz. DNR'yi (Do Not Resuscitate – Canlandırma Yapılmasın) imzalamak, ilim ehlinin açıkladığı belirli durumlar dışında caiz değildir. Bu durumlar şunlardır: 1. Hasta hastaneye geldiğinde ölmüşse, canlandırma cihazı kullanılmasına gerek yoktur. 2. Hastanın durumu canlandırmaya elverişli değilse, bu durum üç güvenilir uzman doktor tarafından tespit edilmişse, canlandırma cihazına gerek yoktur. 3. Hastalık tedavi edilemezse ve ölüm kesinse, üç güvenilir uzman doktor tarafından onaylanmışsa, yine canlandırma cihazına gerek yoktur. 4. Hasta ileri düzey zihinsel yetersizlik, kronik hastalık, ileri evre kanser, kalp ve akciğer yetmezliği gibi durumlarla birlikte kalp ve solunumun tekrarlayan şekilde durduğu bir haldeyse, bu durum üç güvenilir uzman doktorca belirlenmişse, canlandırma cihazı gerekli değildir. 5. Beyinde tedavi edilemez bir hasar varsa, bu durum üç güvenilir uzman doktor tarafından tespit edilmişse, canlandırma cihazı kullanılmaz; çünkü faydası yoktur. 6. Kalp ve akciğer canlandırması duruma uygun değilse veya fayda etmeyecekse, üç güvenilir uzman doktorun kanaatine göre canlandırma cihazları kullanılmaz. Bu konuda hasta yakınlarının görüşüne itibar edilmez, çünkü bu onların yetki alanına girmez. Kaynak: Daimî Fetva Komisyonu – Şeyh Abdülaziz bin Abdullah bin Baz ve Şeyh Abdurrezzak Afifi, Fetâvâ el-Lecne ed-Dâime (25/80). Ayrıca Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî'nin 1986 yılında Ürdün'ün Amman kentinde düzenlenen 3. Konferansında alınan 5 numaralı kararda "canlandırma cihazları" hakkında şu ifade yer alır: "Bir kişide aşağıdaki iki durumdan biri belirlenirse, o kişi şer'î olarak ölmüş kabul edilir ve ölümle ilgili tüm dinî hükümler uygulanır: 1. Kalbi ve nefesi tamamen durmuşsa ve doktorlar bunun geri dönmeyeceğine hükmetmişse. 2. Beyin fonksiyonları tamamen ve kalıcı şekilde durmuşsa ve uzman doktorlar bunun geri dönüşü olmayacağına ve beynin çözülme sürecine girdiğine hükmetmişse. Bu durumlarda kişiye takılı olan canlandırma cihazları çıkarılabilir, hatta kalp gibi bazı organlar hâlâ cihaz yardımıyla çalışıyor olsa bile. [282]

[282] "الحالات التي يجوز فيها رفع أجهزة الإنعاش - الإسلام سؤال وجواب", *Islam-QA* (Erişim 08 Haziran 2025).

Benzer şekilde söz konusu fetvada hastanın klinik durumu, maruz kaldığı tedaviler ve ebeveynin ahlâkî kaygıları hakkında oldukça ayrıntılı bilgiler verilmesine rağmen, cevapta bu vakaya özgü bir değerlendirme yapılmamış; bunun yerine farklı fetva kuruluşlarının genel kararlarının aktarılmasıyla yetinilmiştir. Bu yaklaşım, ebeveynin karşı karşıya bulunduğu somut yaşam sonu kararına doğrudan rehberlik etmekten uzak görünmektedir. Nitekim fetvada nihai değerlendirme büyük ölçüde hekimlerin tıbbî kanaatine bırakılmakta, böylece yalnızca klinik durumun tespiti değil, tedavinin sürdürülmesinin veya sonlandırılmasının ahlâkî açıdan uygun olup olmadığına ilişkin değerlendirme de fiilen uzman doktorların takdirine havale edilmiş olmaktadır

Kuşkusuz hastanın klinik durumunun tespiti uzman hekimlerin görev alanına girmektedir. Ancak yaşam sonu kararları yalnızca tıbbî verilerden ibaret değildir; aynı zamanda maslahat, mefsedet, hastanın yararı ve tedavinin ahlâkî değeri gibi normatif değerlendirmeleri de içerir. Bu nedenle fetvaların, yalnızca genel ilkeleri aktarmakla yetinmeyip bu ilkelerin somut vakaya nasıl uygulanacağını da açıklaması beklenir. Aksi halde fetva, normatif değerlendirme yapmak yerine büyük ölçüde hekimlerin kanaatini teyit eden bir işleve indirgenmiş görünmektedir.

2. Faydasızlık kriterinin belirsizliği

Tedavinin faydasızlığına yönelik bu pratik belirsizlik fetva veren bazı kişi ve kurumların tavırlarında da kendini göstermektedir. Yaşam sonu fetvalarında tedavinin sürdürülmesi veya sonlandırılmasına ilişkin kararlar çoğu zaman yarar, zarar, ümit, faydasızlık ve tedavi yükü gibi kavramlara dayandırılmaktadır. Ancak bu kavramların hangi ölçütlere göre değerlendirildiği ve hangi durumlarda tedavinin faydasız, zararlı veya yük getirici kabul edileceği her zaman açık değildir. Bu durum, benzer vakalarda farklı değerlendirmelerin ortaya çıkmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Sorunu daha somut biçimde görebilmek için çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarına dair bazı fetvalara bakmak faydalı olacaktır.

Fetva No.2727- 20.10.1999

Ümitsizlik Bahanesiyle Muhterem/Dokunulmaz Bir Canın Ölümüne Sebep Olmak Caiz Değildir.

Soru: Doğduğundan beri bağışıklık yetersizliği (HIV) hastalığına sahip olan iki aylık bir erkek bebek hastanede yaşam destek cihazlarına bağlı olarak yaşıyor. Doktorlar, durumunun tamamen ümitsiz olduğunu ve iyileşme ihtimalinin bulunmadığını belirttiler. Bu durumda, doktorların bu cihazları bebekten çekerek yaşamına son vermeleri caiz midir? Yoksa bu cihazlar, Allah dileyene kadar çalışmaya devam etmeli midir?

Cevap: Hamd, Allah'a mahsustur. Salât ve selâm, Allah'ın Resûlü'ne, ailesine ve ashabına olsun. Şunu bil ki –Allah seni hayra muvaffak kılsın– hayat, Allah'ın kullarına bir nimeti ve ihsanıdır. Yüce Allah şöyle buyurmuştur: *"O, hanginizin daha güzel iş yapacağını denemek için ölümü ve hayatı yaratandır." (Mülk, 2)* Allah Teâlâ'nın yarattığı, dokunulmaz (muhterem) bir canı sona erdirmeye sebep olmak, kimseye caiz değildir. Nitekim İslam âlimleri, zaruret durumunda dahi –eğer ulaşılması mümkünse– canı kurtaracak gıda veya suyu elde etmek için bedel ödenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda, söz konusu çocuk hastanede tedavi altındaysa ve yaşamını sürdürebilmesi için gerekli tıbbî cihazlara bağlıysa, üstelik bu cihazların çalışması mümkünse –her ne kadar masraflı da olsa– bu cihazların çocuktan çekilmesi dinen caiz değildir. Elinizden geldiğince onun hayatını korumanız gerekir. Şüphesiz ki Allah Teâlâ, bu çocuğu iyileştirmeye kadirdir. Yüce Allah şöyle buyurur: *"Hastalandığım zaman bana şifa veren O'dur." (Şuara,80)* Bugün çaresi bilinmeyen bir hastalığın tedavisini, Allah yarın mümkün kılabilir. Yahut bildiğimizin ötesinde sebeplerle şifa verebilir. Nitekim *Câbir (radıyallahu anh) şöyle rivayet eder: Resûlullah (sallallahu aleyhi ve sellem) şöyle buyurmuştur: "Her hastalığın bir ilacı vardır. İlacı hastalığa denk geldiğinde, Allah'ın izniyle hasta şifa bulur."(Buhârî)* Yine *Üsâme b. Şerîk'ten rivayet edildiğine göre bir adam Resûlullah'a sordu: "Ey Allah'ın Resûlü! Tedavi olalım mı?" Resûlullah şöyle buyurdu: "Evet, ey Allah'ın kulları! Tedavi olun. Çünkü Allah her hastalıkla birlikte mutlaka bir deva da yaratmıştır; sadece tek bir hastalık müstesna." "Ey Allah'ın Resûlü, o hangisidir?" "Yaşlılık (herem)" (Ebû Dâvûd, Tirmizî).* Ey değerli soruyu soran kardeşim! Bu çocuk için Allah'tan afiyet ve şifa dile. Bol bol "Lâ havle ve lâ kuvvete illâ billâh" de. Bolca istiğfar et. Salih kimselerin duasını almaya çalış. Duaların kabul olduğu vakitleri gözet. Allah'tan bu çocuğa acil şifalar diliyoruz. O, duaları işitendir. Ve Allah en iyi bilendir.[283]

[283] "لا يجوز التسبب في قتل نفس محترمة بدعوى اليأس", İslamweb.net (Erişim 03 Haziran 2025).

Görüldüğü üzere İslamweb,net'e gelen bir soruda doktorların üzerinde durduğu tıbbi faydasızlık yaşam sonu desteğini çekmek için sebep olarak kabul edilmemiştir. Yaşam desteği yemek içmek gibi kesin sonucu olan yakîn bir tedavi olarak değerlendirilmiştir.

Bununla birlikte, incelenen fetvaların tamamı aynı yaklaşımı benimsememektedir. Bazı fetvalarda tıbbi faydasızlık ve tedavinin hasta üzerindeki külfeti, yaşamı sürdürücü müdahalelerin uygulanmaması veya sonlandırılması için dikkate alınabilecek gerekçeler arasında sayılmıştır. Mesela Salih el-Müneccid'in verdiği bir fetva aşağıdaki gibidir:

> Fetva No. 279793-08.09.2017
>
> **Ölümcül Hastalığı Olan Bir Çocuğun Tedavisinin Bırakılması**
>
> Soru: Dört aylık bir çocuk, genetik (kalıtsal) bir hastalığa yakalandı. Bu hastalık tedavi edilemez nitelikte ve belli bir süre sonra çocuğun ölümüne neden olacak. Bazı tedaviler çocuğun ömrünü uzatabilir (bu tedavilerden bazıları en fazla dört yıla kadar ömrünü uzatabilir). Ancak çocuğun anne ve babası, bu tedavilerden en basit olanını tercih ettiler (bu tedavi çocuğun ömrünü uzatmayacaktır). Bu tercihlerindeki niyet, çocuğun acı verici ağır tedavilere maruz kalmamasıdır. Bu karar şeriata uygun mudur?
>
> Cevap: Hamd Allah'a; salât ve selam Resûlullah'a olsun. Konuya gelince bu soruyu hocamız Şeyh Abdurrahman el-Berrâk'a (Allah onu korusun) sunduk. O da şöyle cevap verdi: "Ebeveynler onu Allah'ın takdirine bırakırlar ve eğer varsa acıyı hafifletecek şeylerin kullanılmasıyla birlikte ömrünü uzatacağı tahmin edilen tedaviyi terk etmelerinde anne ve baba için bir sakınca yoktur. Ve Allah en doğrusunu bilir."[284]

İslamweb.net sitesinde faydasızlık kriteri tedavinin geri çekilmesinde bir sebep olarak kabul edilmişken İslam-QA platformunda yer alan fetvada müdahalenin yaşamı uzatma ihtimaline rağmen tedavi edilemez niteliği dikkate alınmıştır.

[284] "ترك علاج طفل مصاب بمرض يسبب له الموت عند بلوغه سناً معينة - الإسلام سؤال وجواب", *Islam-QA* (Erişim 10 Haziran 2025).

İncelenen fetvalar arasında tıbbî faydasızlık ve tedavinin hasta üzerindeki külfetine verilen ağırlık bakımından dikkat çekici farklılıklar bulunmaktadır. Bazı fetvalarda tedavinin beklenen faydasının son derece düşük olması veya hastanın ağır külfetlere maruz kalması yaşamı sürdürücü müdahalelerin uygulanmaması için yeterli görülürken, bazı fetvalarda benzer unsurların tedavinin sürdürülmesine engel teşkil etmediği görülmektedir. Bu durum, faydasızlık kavramının hangi ölçütlere göre değerlendirildiği sorusunu gündeme getirmektedir. Tedavinin yalnızca ölümü geciktirmesi, iyileşme ümidi bulunmaması, ağır engellilik ihtimali veya beklenen yaşam süresinin kısalığı gibi unsurlardan hangisinin belirleyici olduğu her zaman açık değildir. Dolayısıyla sorun, farklı sonuçlara ulaşılmasından ziyade, bu sonuçlara hangi kriterler aracılığıyla ulaşıldığının yeterince açıklanmamış olmasıdır.

3. Tedaviye başlamamak ile tedaviyi sonlandırmak arasındaki ayrımın gerekçelendirilmemesi

Fetvaların geneli incelendiğinde tedaviye hiç başlamamak ile başlanmış bir tedaviyi sonlandırmak arasında ahlâkî ve fıkhî bir ayrım yapıldığı görülmektedir. Ancak bu ayrımın hangi ilke veya gerekçeye dayandığı çoğu zaman açık biçimde temellendirilmemektedir. Bu nedenle benzer klinik şartlarda hangi durumlarda tedavinin başlatılmaması, hangi durumlarda ise sürdürülmesi veya sonlandırılması gerektiğini öngörmek güçleşmektedir. İslamweb.net sitesinde yayımlanan bir fetvada bu ayrım açıkça görünmektedir.

> Fetva No. 176419- 27.03.2012
>
> **Hastadan Yaşam Destek Cihazlarını Geri Çekmenin Caiz Olduğu Haller**
>
> Soru: Yedi aylık kızım "Werdnig-Hoffmann" adı verilen doğuştan gelen bir sinir hastalığına yakalandı. Uzuvlarını hareket ettiremiyor, solunum ve yutma işlevleri giderek zorlaşıyor. Şu anda cihazlara olan bağımlılığı artmaya başladı. Doktorların bana söylediğine göre, bu hastalığa yakalanan tüm çocuklar (Allah daha iyi bilir) 18 ay içinde vefat ediyorlar ve bir süre sonra tamamen cihazlara bağımlı hâle geliyorlar; sadece gözlerini oynatabiliyorlar. Hastanın nefes alması için boğazına bir delik açılıyor ve buradan bir tüp yerleştiriliyor, mideye de beslenme için başka bir delik açılıyor. Bu hastalar sürekli bakım ve temizlik gerektiriyor ve konuşamıyorlar,

yalnızca inlemeleri duyuluyor. Bana durumu anlatan doktor Müslüman, güvenilir ve emin bir kişidir (öyle olduğunu umuyoruz, Allah en doğrusunu bilir). Dediğine göre, merhum Şeyh İbn-i Useymîn bu durumda olan ve iyileşme umudu olmayan hastaların cihazlarının çıkarılabileceği ya da hastalık ilerleyip cihaza ihtiyaç duyulsa bile bu cihazların takılmayabileceği yönünde fetva vermiştir. Kızım da şu anda giderek bu cihazlara muhtaç hâle geliyor. Onun acı çekmesini istemiyorum. Bu durumda doktorlara, ihtiyaç hâsıl olduğunda cihaz takmamalarını söylemem caiz olur mu? Allah sizden razı olsun.

Cevap: Hamd Allah'a mahsustur. Salât ve selam Peygamberimiz Muhammed'e, âline ve ashabına olsun. Fetvamız şudur: Bu küçük kız çocuğunun hayatını sürdürebilmesi için gerekli cihazlar varsa, bunları kaldırmak caiz değildir. Aksine onun tedavisi için çaba gösterilmeli, şifası Allah'tan istenmeli, bu konuda sebeplere başvurulmalıdır. Ancak kesin ölüm hâli gerçekleşirse, yani ölüm tıbben sabit olursa bu cihazlar kaldırılabilir. Detaylı bilgi için 77619 numaralı fetvaya bakabilirsiniz. Bazı âlimlere göre, eğer hastanın hayatından ümit kesilmişse ve güvenilir uzman doktorlar bu durumu onaylıyorsa, hastayı yeniden canlandırmaya çalışmamak caiz olabilir. Bu bağlamda, Suudi Arabistan Daimî Fetva Komitesi'nin canlandırma cihazlarının kullanılmamasıyla ilgili şu durumlara dair verdiği fetvayı nakledelim: 1.Hasta hastaneye geldiğinde ölü ise, canlandırma cihazı kullanmaya gerek yoktur. 2. Üç güvenilir uzman doktor, hastanın yeniden canlandırılamayacak bir durumda olduğuna hükmederse, cihaz kullanmaya gerek yoktur. 3.Hastalığın tedavi edilemez, ölümün ise kaçınılmaz olduğu üç uzman doktor tarafından onaylanırsa, cihaz gerekmez. 4.Hasta ağır sakat, zihinsel olarak bitkin veya ileri evre kanser, kronik kalp ya da akciğer hastası ise ve kalp/solunum sık sık duruyorsa, üç uzman doktorun kararıyla cihaz kullanılmaz. 5.Beyin hasarı kesinleşmiş ve tedavisi imkânsızsa, üç uzman doktorun kararıyla cihaz gerekli değildir. 6.Canlandırma işleminin faydasız ve hastanın durumuna uygun olmadığı üç uzman doktorca belirlenirse, cihaz kullanılmaz. Bu konuda hastanın yakınlarının talebi dikkate alınmaz çünkü bu tıbbi bir karardır. Halktan biri, güvenilir gördüğü bir âlimin fetvasına uyabilir. Bu konuda detaylı bilgi için 120640 numaralı fetvaya bakabilirsiniz. Allah en doğrusunu bilir.[285]

Yukarıdaki örnekte görüldüğü üzere fetvalarda tedaviye hiç başlamamak ile başlanmış bir tedaviyi sonlandırmak arasında ahlâkî ve fıkhî bir ayrım yapıldığı

[285] "حالات جواز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض", İslamweb.net (Erişim 03 Haziran 2025).

anlaşılmaktadır. Ancak bu ayrımın hangi ilkeye dayandığı çoğu zaman açık biçimde ortaya konulmamaktadır. Oysa yaşam desteği uygulamaları da resüsitasyon gibi hayatı sürdürmeye yönelik tıbbî müdahalelerdir ve bunların başarı ihtimali her zaman kesin değildir. Bu nedenle bir taraftan belirli şartlarda resüsitasyonun uygulanmamasına izin verilirken, diğer taraftan benzer şartlarda başlatılmış yaşam desteğinin sürdürülmesinin zorunlu kabul edilmesi ayrıca temellendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Aksi halde hangi durumlarda tedaviye başlanmaması, hangi durumlarda ise başlatılmış tedavinin sürdürülmesi gerektiğini belirlemek güçleşmektedir.

4. Çocuğun maruz kaldığı külfetin tutarlı şekilde değerlendirilmemesi

Bazı durumlarda çocuklar yaşam desteği altında uzun ve oldukça ağır tedavi süreçlerinden geçmekte; sürekli girişimler, cerrahi işlemler ve çeşitli invaziv müdahaleler nedeniyle önemli ölçüde fiziksel ve psikolojik külfetlere maruz kalabilmektedir. Buna rağmen çocuklarla ilgili yaşam sonu fetvalarında bu tür tedavilerin çocuğa yüklediği külfetlerin ve beden bütünlüğü üzerindeki etkilerinin her zaman aynı ölçüde dikkate alınmadığı görülmektedir. Bazı fetvalarda tedavinin yol açtığı yükler ve beklenen fayda birlikte değerlendirilirken, bazı fetvalarda kararın büyük ölçüde biyolojik yaşamın sürdürülmesi ekseninde ele alındığı anlaşılmaktadır. Örnekleri incelemek gerekirse:

> Fetva No.280387- 03.01.2015
>
> **Birçok Hastalıkla İmtihan Olan ve Solunum Cihazı Olmadan Nefes Alamayan Küçük Çocuğu Solunum Cihazından Çıkarmanın Hükmü**
>
> **Soru:** İki aylık oğlum doğduğundan beri Uluslararası Tıp Hastanesi'nde yoğun bakımda yatmakta. Down sendromlu (mongol) bir çocuk ve kalbinde büyük bir delik bulunmakta, kulakçıklar arasındaki büyük delik, karıncıklara da uzanıyor. Yani kalbin dört odacığı da birbirine açık. Ayrıca aort damarında da daralma mevcut. Bu da solunum sıkıntısı ve akciğer damarlarında basınç artışına sebep oldu, bu da akciğerlerde sıvı birikimine yol açtı. Bu sıvıyı tahliye edecek ilaçlarla tedavi ediliyor. Bağırsak tıkanıklığı da vardı, şükür ki bu geçti. Onu çocuk kalp cerrahlarının bulunduğu bir uzman hastaneye nakletmek istedik. Şimdi kalp ameliyatını bekliyoruz. Durumu kritik. Okuduklarıma göre, akciğer damarlarında yüksek basınç varsa bu

ameliyat çok riskli. Operasyon ne kadar gecikirse basınç o kadar artıyor. Ancak uzman hastanede yoğun bakım yatağı bulunamaması nedeniyle ameliyat gecikiyor. Kalp ameliyatı riski çok yüksek. İçimden bir ses, oradaki doktorların bu ameliyatın başarılı olma ihtimalini düşük gördükleri için bizi oyaladıklarını söylüyor. Bize doğrudan söylemiyor olabilirler. Hastanede kalmak oğlum için çok yorucu oldu. Onun artık acı çekmesini istemiyorum. Şu anda birçok ilaç veriliyor — kalp kasını destekleyen ilaçlar, ağrı kesiciler ve başka birçok ilaç (isimlerini bilmiyorum). Doktorlara göre artık bu ilaçların etkisi kalmamış. Bu yüzden nefes alırken kendini yormasın diye solunum cihazına bağladılar. Cihaz çıkarılırsa hayatta kalamayabilir. Onu yoğun bakımdan çıkarıp kucağıma almak istiyorum. Bunun hükmü nedir? Günaha girer miyim? Böyle bir şey onun ölümüne sebep olabilir, ama bunu Allah'ın takdirine itiraz olarak değil, onun rahatını istediğim için yapmak istiyorum. Ona sürekli iğne yapılması, ilaçlar verilmesi, makinelere bağlı olması bana büyük acı veriyor. Onun cennette mutlu ve huzurlu yaşamasını istiyorum. Ne olur bana nasihat edin. Hem Allah'ın gazabından korkuyorum hem de onu bu kablolardan kurtarmanın görevim olduğunu hissediyorum. Aynı zamanda da onun ölümüne sebep olmaktan korkuyorum. Ama belki onun için en hayırlısı cennette yaşamak. Allah sizden razı olsun. Cevap: Hamd, Allah'a mahsustur. Salât ve selam Peygamber Efendimiz Muhammed'e, âline ve ashabına olsun. Bu konuda hüküm verirken, hastanın küçük bir çocuk olması ve ölmesi hâlinde cennetlik olacağı ümidi, durumu değiştirmez. Aynı şey erişkin bir hasta için de geçerlidir; onun cennete mi yoksa cehenneme mi gideceği bilinmemektedir. Ayrıca, hastanın acı çekip çekmemesi değil, tıbben hayatta olup olmadığı belirleyicidir. Çağdaş İslam âlimleri arasında, hastalığı tedavi edilemeyecek düzeyde olan ve sadece cihazlarla yaşatılabilen kişilere uygulanan yaşam destek cihazlarının çıkarılıp çıkarılamayacağı hususunda ihtilaf vardır. Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî konuya dair kararında şöyle denmektedir: "Yoğun bakımda olup vücuduna yaşam destek cihazları takılmış olan bir hastada, tüm beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak durduğu üç uzman doktor tarafından kesin olarak tespit edilirse, bu cihazlar çıkarılabilir. Kalp atışı ve solunum cihaz yardımıyla sağlanıyor olabilir; ancak bu durumda bile ölüm, ancak cihazlar çıkarıldıktan sonra solunum ve kalbin tamamen durmasıyla sabit olur. Suudi Arabistan Daimî Fetva Komitesi da şu fetvayı vermiştir: "Eğer çocuk solunum cihazına bağlıysa ve bu cihaz çıkarıldığında on dakika içinde vefat edeceği bekleniyorsa, iki ya da daha fazla doktorun onun tıbben ölü hükmünde olduğunu onaylaması durumunda cihazın

çıkarılmasında sakınca yoktur. Ancak cihaz çıkarıldıktan sonra ölümün gerçekleştiğinden emin olmak için bir süre beklenmelidir." Bu çerçevede, eğer çocuğunuzu takip eden doktorlar onun durumu için yukarıda belirtilen tıbbi ve fıkhî şartların oluştuğuna hükmederse -yani artık geri dönüşü olmayan, tıbben ölü sayılabilecek bir durumda olduğunu bildirirse-bu durumda cihazların çıkarılması caiz olur ve bu konuda günaha girmezsiniz. Aksi takdirde, yani çocuk hâlâ hayatta sayılıyorsa, onu tedavi etmeye devam etmek ve yaşama hakkını korumak gerekir. Sonuç olarak cihazların çıkarılmasının caiz olup olmadığı, çocuğun tıbben geri dönüşü olmayan bir durumda olup olmadığına bağlıdır. Bu da ehil ve güvenilir doktorların vereceği bir kararla anlaşılır. Eğer bu karar verilmemişse, çocuğunuzu yaşatmak ve tedavisini sürdürmek dinen sorumluluğunuzdur. Allah en doğrusunu bilir.[286]

.

Yukarıdaki fetva örneğinde çocuğun oldukça ağır ve külfetli bir tedavi sürecinden geçtiği anlaşılmaktadır. Sürekli tıbbî müdahaleler, yaşam destek cihazlarına bağımlılık ve tedavinin yol açtığı fiziksel yükler ayrıntılı biçimde aktarılmış olmasına rağmen, bu unsurlar hükmün gerekçelendirilmesinde belirleyici bir rol oynamamıştır. Aksine fetvada, çocuğun maruz kaldığı külfetlerden ziyade biyolojik olarak hayatta olup olmadığı ve tıbben geri dönüşü olmayan bir duruma ulaşıp ulaşmadığı üzerinde durulmuştur. Buna karşılık bazı fetvalarda tedavinin sağlayacağı sınırlı fayda ile hastaya yüklediği külfet birlikte değerlendirilmiş ve bu durum tedaviye başlanmaması veya tedavinin sürdürülmemesi yönünde bir gerekçe olarak kabul edilmiştir:

Fetva No.464866-10.11.2022

Başarı Oranı Düşük Bir Ameliyatı Yaptırmamanın Hükmü

Soru: Dördüz çocuklarım erken doğdu (gebeliğin 24. haftasında). İç organlarının iflası nedeniyle biri vefat etti. Şu an bebeklerden birinde 4. derece beyin kanaması var, başı beyin kanamasından dolayı sıvıyla dolmuş durumda. Sadece ağrı kesicilerle yaşıyor. Böbrekleri çok zayıf çalışıyor, dışkılama da yapamıyor. Bağırsağında delik var ve solunum cihazına bağlı. Karın bölgesi dışkı yapamama ve gaz birikimi nedeniyle şişmiş. Doktor kilosunun 600 gramın altında olması nedeniyle ameliyat yapmayı reddetti. Bugün bir doktor, karnına bir delik açılarak gazın dışarı atılmasının

[286] "حكم رفع الاجهزةعن الطفل الصغير المبتلى بأمراض كثيرة ولا يتنفس إلا بالجهاز", *İslamweb.net* (Erişim 02 Haziran 2025).

sağlanabileceğini söyledi. Ancak bu çözüm iyileşme anlamına gelmiyor, aksine daha fazla acı verebilir. Ayrıca beyindeki kanamanın bebeği kesin engelli bırakacağı bildirildi. Ameliyat sadece -Allah'ın izniyle- birkaç gün daha yaşamasını sağlayabilir, ama bu süre acıyla geçecek. Bu durumda, ameliyatı yaptırmamak günah sayılır mı? Bebeğin hakkını ihlal etmiş olur muyum?

Cevap**:** Hamd Allah'adır. Salât ve selâm Peygamberimiz Muhammed'e, ailesine ve ashabına olsun. Evvela şunu söyleyerek başlayalım: Allah'tan, vefat eden evladınızı sizin için önceden gönderilmiş bir hayır vesilesi ve şefaatçi kılmasını, hayatta kalan yavrularınıza da şifa vermesini dileriz. 3499 ve 123003 numaralı fetvalara bakılabilir; zira bu fetvalarda, evlatların vefatı karşısında sabretmenin karşılığı olarak cennet vaadi ele alınmaktadır. Söz konusu ameliyat, tedavi kapsamında değerlendirilir. Âlimler, tedavinin hükmü konusunda farklı görüşler beyan etmiş olmakla birlikte, üzerinde ittifak ettikleri husus şudur: Tedavi olmak farz değildir; ancak tedavinin sonucu kesin olarak biliniyor ve tedavi edilmediği takdirde ölüm gerçekleşecekse, o zaman tedavi farz olur. Buna göre: Ameliyatın sağlayacağı yarar kesin değil, ihtimale dayalı olduğundan, bu operasyonu yaptırmamanızda dinen bir sakınca yoktur. Günah işlemiş olmazsınız.[287]

Yukarıdaki örnekte tedavinin sağlayacağı faydanın oldukça sınırlı olduğu değerlendirilmiş, buna karşılık çocuğun maruz kalacağı fiziksel yükler ve acılar hükmün oluşturulmasında dikkate alınmıştır. Ancak diğer bazı fetvalarda benzer külfetler söz konusu olmasına rağmen aynı yaklaşımın benimsenmediği görülmektedir. Bu durum, tedavinin sağlayacağı fayda ile hastaya yüklediği külfet arasında nasıl bir denge kurulacağı sorusunu gündeme getirmektedir.

Bu örnekler, tedavinin sağlayacağı fayda ile hastanın maruz kaldığı külfet arasında nasıl bir denge kurulacağı sorusunun yaşam sonu kararlarında merkezi bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Ancak incelenen fetvalarda bu dengenin hangi ölçütlere göre kurulduğu açık değildir. Örneğin tedavinin yaşam süresini birkaç gün, birkaç hafta veya birkaç ay uzatması arasında ahlâkî açıdan belirleyici bir fark bulunup bulunmadığı açıklanmamaktadır. Benzer şekilde ağrı, invaziv girişimler, sürekli yoğun

[287] "حكم ترك إجراء عملية نسبة نجاحها ضئيلة", *İslamweb.net* (Erişim 22 Haziran 2025).

bakım ihtiyacı ve beden bütünlüğüne yönelik müdahalelerin hangi noktada tedavinin sürdürülmesine karşı bir gerekçe oluşturacağı da net değildir. Bu nedenle sorun, külfetin tamamen göz ardı edilmesinden ziyade, külfetin karar verme sürecindeki ağırlığının sistematik ve öngörülebilir ölçütlerle belirlenmemesidir.

Son olarak bu ölçütlerin belirlenmesi ile ilgili Muhammed Ali el-Bâr'ın kıymetli girişiminden de bahsedilebilir. Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî, 1992 yılında Ürdün'de gerçekleşen toplantısında Dr. Muhammed Ali el-Bâr'ın *Hastanın İzni ve Ümitsiz Vakalarda Tedavi*" isimli sunumunda önemli bir adımdır. el-Bâr sunumunda çocuklarla ilgili işin içinden çıkılmaz meselelere değinmiş, bu durumlarla ilgili İslamî tavrın ne olacağını belirlemenin önemine vurgu yapmıştır. Öncelikle İslam aleminde karşılaşılan bazı tıbbi vakaları ele alan El-Bar'ın konumuzla alakalı olarak çocuklar özelinde sunduğu bazı örnekler aşağıdaki gibidir.

- Beynindeki boşluklarda sıvı birikmesine yol açan hidrosefali hastası bir bebek için doktorlar, doğumdan hemen sonra ameliyat yapılmasını önermiş ancak baba, çocuğun zihinsel engelli olacağı gerekçesiyle ameliyatı reddetmiş ve ölmesine razıyım demiştir.
- 6 yaşındaki kronik böbrek yetmezliğine sahip kız çocuğu, düzenli diyaliz tedavisine ihtiyaç duymaktadır. Devlet, bu işlemin mali masraflarını ve çocuğu haftada üç gün hastaneye taşıma işini üstlenmesine rağmen baba daha önce oğlunu diyaliz işlemi sırasında kaybettiği için tedaviye izin vermemektedir. Bu vakada devletin araya girerek tedaviyi başlattığı bilinmektedir.

el-Bâr, bu meselelerde, toplantıya katılan âlimlere şu soruyu yöneltmiştir. "Bu olaylara devlet müdahalesi doğru mudur?" Her ne kadar diyaliz böbrek yetmezliğini iyileştiremese de hastaya birkaç yıl daha yaşam şansı tanımaktadır. Fakat hasta bu dönemde çeşitli acılar, komplikasyonlar yaşamak ve sıkıntılı bir süreçle başa çıkmak zorunda kalmaktadır. el-Bâr'ın çocuklar özelinde dillendirdiği bir başka mesele ise, ebeveynin çocuğunun organını bir diğer çocuğunun hayatını kurtarmak için bağışlayıp

bağışlayamayacağı konusudur. Söz konusu örnekler göz önünde bulundurulduğunda ebeveynin çocuğun tedavisindeki sınırlarını belirlemenin önemi anlaşılmaktadır.[288]

Muhammed Ali el-Bâr'ın *"Ümitsiz Vakalarda Tedavi"* başlığı altında çocuklarla ilgili verdiği örnekler ve dile getirdiği meseleler de dikkat çekicidir. Yine çeşitli rivayetler ışığında tedavi olmamanın caiz olduğunu dile getiren el-Bâr, hastalığın bilinen bir tedavisi yoksa, hastalığın tedavisi ciddi riskler barındırıyorsa, tedaviden beklenen fayda kesin olarak ya da yüksek ihtimalle gerçekleşmeyecekse tedavi olmamanın caiz olabileceği görüşünü aktarmıştır. Aklı başında ve reşit kişi böyle bir durumda tedaviyi ret hakkına sahiptir. Fakat ehliyeti eksik olan çocuk adına veli bu kararı verebilir mi? Ya da görevli hekim durumun umutsuz olduğuna kanaat getirip tedaviden vazgeçebilir mi? Bu iki soruyu gündeme getiren el-Bâr daha sonra ümitsiz hallere bazı örnekler getirmiş ve katılımcılara bazı sorular sormuştur. Örneğin:

- İleri derecede hidrosefalisi olan, çeşitli felç türlerine maruz kalmış, beynindeki küçülme sebebiyle ameliyatın başarılı geçmesi için neredeyse hiç umut bulunmayan bir bebeği ameliyat etmek gerekir mi? Böyle bir bebeğin şiddetli zatürreye yakalandığını var sayalım. Zatürre normalde tedavisi olan bir hastalıktır fakat hastanın durumu ciddiyse zatürrenin tedavi edilmesi oldukça zordur, neredeyse tedavi edilemez. Eğer hastaya zatürre tedavisi verilmezse hasta muhtemelen bu sebeple ölecektir. Böyle bir durumda çocuğun velileri, çocuğa tedavi vermemeyi kabul edebilir mi?

Ümitsiz vakaların hayatına aktif şekilde son vermenin yani ötanazinin, Şeriat ve kanunlar tarafından kesinlikle reddedildiğini ifade eden Muhammed Ali, son olarak katılımcılara aktif ötanazi ile pasif ötanazi arasında bir ayrım yapılıp yapılamayacağı sorusunu da yöneltmiştir. Ayrıca sunumunda reşitlik yaşının ülkeden ülkeye değiştiğine ve hukuka göre reşit olmayan bir kişinin şer'an tam eda ehliyetine sahip baliğ bir kişi olabileceğine değinmiş, bu ikiliğin çeşitli etik sorunlara yol açabileceğini vurgulamıştır.[289]

[288] Muhammed Ali el-Bâr, "Hastanın İzni ve Ümitsiz Durumlarda Tedavî", *Mecelletu Mecmai'l-Fikhi'l-İslâmî Ed-Düvelî* (Cidde: Mecmau'l-Fikhi'l-İslâmî Ed-Düvelî, ts.), 7/1534-1535.
[289] el-Bâr, "Hastanın İzni ve Ümitsiz Durumlarda Tedavî", 7/1541-1542.

Muhammed Ali el-Bar, sunum sonunda yaptığı değerlendirmede tedavi etmemenin caiz olduğu hallere yönelik kanaatini bildirmiş ve bunları şöyle sıralamıştır.

1. Tedavisi bulunmayan hastalıklar: Etkili bir tedavinin bulunmadığı veya tedavinin çok riskli olduğu, tedavinin faydasının şüpheli ve iyileşme ihtimalinin düşük olduğu, iyileşmenin gerçekleşmesi beklenmeyen durumlar. Mesela ileri evre kanserlerde ve kötü huylu tümörlerin vücuda yayılması gibi hallerde; cerrahi müdahale, kemoterapi ve radyoterapi iyileşmeye yol açmaz. Hatta bu tedaviler, hastalığı hafifletip durdurma, sakatlığı önleme ve ağrıyı dindirme hususunda bile işe yaramayabilir. Tedavi masrafları, hasta ve ailesinin acısını ve sıkıntısını arttırabilir. Bu durumdan sadece hastaneler ve sahipleri fayda görebilir.
2. Sadece hastaya zarar veren ve çoğu zaman sakatlık veya kişide işlev bozukluğuna yol açmayan, çevresindekilere zorluk çıkarmadığı gibi hastanın da Allah'tan ecir umarak bu hastalığı dayanıp sabırla karşılayabildiği durumlar. Örneğin migren ve baş ağrısı.
3. Mevcut tıbbi yöntemlerle tedavi edilemeyen dolasıyla tedavinin yararının şüpheli olduğu hastalıklar. Bu türden hastalıklarda genelde doktorun amacı ağrıyı kontrol etmektir. Bununla birlikte kullanılan ilaçlar zararlıdır ve bağımlılığa sebep olur. Hasta, acıya sabrederek ilaçların zararından uzak durmak veya bu ilaçları kullanmaya devam etmenin bazı zararlara sebep olacağını ve iyileşmenin beklenmediğini bilmek kaydıyla bu ilaçları kullanmak arasında bir seçim yapabilir. Bu hastalıklara örnek olarak bağışıklık sisteminin kendine saldırmasına yol açan otoimmün hastalıklar ve romatizmal hastalıklar verilebilir.

Ümitsiz vakalarda tedavinin reddedilebileceğini düşünen el-Bâr "Ümitsiz bir hastanın velisi, doktorlarla iş birliği yaparak tedavinin sonlandırılması ve acil müdahalenin yapılmaması yönünde karar alabilir mi?" sorusunu sormakla yetinmekte

bu konuda kesin bir kanaat bildirmemektedir.[290] Bu ufuk açıcı sunuma rağmen kurul özellikle de çocuklara ilişkin ümitsiz tedavi ile ilgili özel bir karar almamıştır.

Görüldüğü üzere yaşam sonu kararlarına ilişkin fetvalarda yarar, zarar, tedavinin faydasızlığı, ölümün kaçınılmazlığı ve tedavinin hasta üzerindeki külfeti gibi çeşitli kriterlere atıfta bulunulmaktadır. Ancak bu kavramların nasıl tanımlandığı, hangi ölçütlere göre değerlendirildiği ve somut vakalara nasıl uygulanacağı her zaman açık değildir. Benzer belirsizlikler seküler etik literatüründe de gözlemlenmekte olup, bir tedavinin hangi noktada faydasız kabul edileceği veya sağlanan yararın hangi aşamada katlanılan külfeti haklı çıkarmayacağı konusunda üzerinde uzlaşılan evrensel ölçütler ortaya konulamamıştır. Bu durum fetva literatürüne de yansımakta; farklı fetvalarda aynı kavramlara farklı düzeylerde ağırlık verilebilmekte veya benzer vakalarda farklı sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Dolayısıyla yaşam sonu kararlarında karşılaşılan temel güçlüklerden biri, yalnızca hangi kararın verilmesi gerektiği değil, bu kararın hangi ölçütlere dayanılarak verildiğinin ve söz konusu ölçütlerin somut vakalara nasıl uygulanacağının belirlenmesidir. Özellikle çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarında hastanın yüksek yararı, tedavinin sağlayacağı muhtemel fayda, maruz kalınacak külfet ve yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerin daha açık ve sistematik biçimde gerekçelendirilmesi önem taşımaktadır. Bu tür bir yaklaşım hem fetvaların pratik rehberlik işlevini güçlendirecek hem de benzer vakalarda ortaya çıkabilecek yorum farklılıklarının daha anlaşılır ve öngörülebilir hale gelmesine katkı sağlayacaktır.

3.4. EKONOMİK PROBLEMLER

Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedaviler, çoğu zaman yüksek maliyetli ve uzun süreli müdahaleler olduğundan ekonomik yeterlilik yaşam sonu kararları bağlamında göz ardı edilemeyecek pratik sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşamın son döneminde uygulanan yoğun bakım tedavileri, mekanik ventilasyon, hemodiyaliz, cerrahi girişimler ve diğer invaziv müdahaleler önemli maliyetler doğurabilmektedir. Bu nedenle söz konusu dönemde sağlık kaynaklarının

[290] el-Bâr, "Hastanın İzni ve Ümitsiz Durumlarda Tedavî", 7/1611-1612.

etkin kullanımı ve gereksiz harcamaların önlenmesi sağlık sistemleri açısından önem taşımaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, yaşam sonu dönemde sunulan palyatif bakım hizmetlerinin yalnızca hastaların yaşam kalitesini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda hastaneye yatış sürelerini ve yararsız invaziv girişimleri azaltarak sağlık harcamalarında da düşüş sağlayabildiğini göstermektedir.[291]

Sağlık hizmetlerinin sınırlı kaynaklarla yürütülmesi, kaynak tahsisi meselesini de gündeme getirmektedir. Özellikle yoğun bakım yatakları, ventilatörler, ileri yaşam destek sistemleri ve yüksek maliyetli tedaviler gibi kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda, bu kaynakların hangi hastalara tahsis edilmesi gerektiği önemli bir etik tartışma konusu hâline gelmektedir. Bu çerçevede bazı etik yaklaşımlar, iyileşme ihtimali son derece düşük olan hastalarda kaynak kullanımının sürdürülmesinin, aynı kaynaklardan fayda görebilecek diğer hastaların tedavi imkânlarını azaltabileceğini ileri sürmektedir. Böylece yaşam sonu kararları yalnızca bireysel hasta yararı açısından değil, sağlık sistemindeki kaynakların adil dağıtımı açısından da değerlendirilmeye başlanmaktadır.[292]

Bununla birlikte ekonomik faktörler toplumsal ve küresel ölçekte de çocukların tedavi süreçlerini şekillendirebilmektedir. Nitekim çocukluk çağı kanserlerinin önemli bir kısmı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre kanser tanısı alan çocukların yaklaşık %90'ı bu ülkelerde yaşamaktadır. Ancak söz konusu ülkelerde kanser çoğu zaman küratif tedavinin etkili olabileceği evrelerden sonra teşhis edilmekte veya çocuklar etkili tedavilere erişememektedir. Bunun sonucu olarak çocukluk çağı kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %94'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği, ayrıca bu ülkelerde kanser tanısı alan çocukların yarısından daha azının hayatta kalabildiği tahmin edilmektedir. Ayrıca orta-düşük gelirli ülkelerde çocukların semptom kontrolünün etkili bir şekilde yapılamadığı da

[291] Denise Swei Lo vd., "Pediatric Palliative Care and End-of-Life: A Systematic Review of Economic Health Analyses", *Revista Paulista de Pediatria* 40 (2022), 7.
[292] Bernat, "Medical Futility", 201-202.

çalışmalarla ortaya konmaktadır. Yani bu bölgelerde ebeveynler çok daha zorlu etik kararlara karşı karşıya kalmaktadır.[293]

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların sınırlı olması, yaşamı uzatıcı tedavilerin sürdürülmesi konusunda önemli güçlükler doğurabilmektedir. Nitekim farklı gelir düzeylerine sahip ülkelerde çalışan pediatrik onkologlarla yapılan uluslararası bir araştırma, düşük ve orta gelirli ülkelerde görev yapan hekimlerin, ilerleyici hastalıklarda küratif tedavilerin gereğinden erken sonlandırıldığı düşüncesine yüksek gelirli ülkelerde çalışan meslektaşlarına göre daha fazla katıldıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca katılımcıların yaklaşık dörtte biri, bazı tedavi seçeneklerinin yüksek maliyetleri nedeniyle sunulmamasını etik açıdan kabul edilebilir görmüştür. Bu bulgular, yaşam sonu kararlarının yalnızca tıbbî ve etik değerlendirmelerden değil, sağlık sistemlerinin ekonomik kapasitesinden de etkilendiğini göstermektedir. Bununla birlikte, ekonomik kaynakların sınırlı olması her durumda yaşamı sürdürücü tedavilerin sonlandırılması için yeterli bir gerekçe olarak kabul edilmemektedir. Nitekim pediatrik onkoloji literatüründe birçok hekim, ailelerin ödeme gücünden bağımsız olarak hastaların tıbbî açıdan gerekli tedavilere erişimini savunmanın kendi meslekî ve ahlâkî sorumlulukları olduğunu belirtmiştir. Bu yaklaşım, yaşam sonu kararlarında maliyet hesaplarının tek başına belirleyici olmaması gerektiğini, ekonomik kaygılar ile çocuğun üstün yararı arasında hassas bir denge kurulmasının zorunlu olduğunu göstermektedir. [294]

Pediatrik yoğun bakım tedavilerinin yüksek maliyeti, aileler açısından da önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Uzun süreli ve masraflı tedavi süreçleri ebeveynler üzerinde ciddi ekonomik ve psikolojik baskılar oluşturabilmekte, hatta bazı durumlarda ailenin diğer üyelerinin yaşam standartlarını ve temel ihtiyaçlarının karşılanmasını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle ebeveynler, çocuklarının tedavisine ilişkin kararlar alırken zaman zaman ekonomik imkânlarını da göz önünde bulundurmakta ve bu hususta dinî rehberlik arayışına girebilmektedirler. Nitekim bu

[293] Ana M. Sanchez Varela vd., "Ethical Decision Making About End-of-life Care Issues by Pediatric Oncologists in Economically Diverse Settings", *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 37/4 (Mayıs 2015), 257.
[294] Sanchez Varela vd., "Ethical Decision Making About End-of-life Care Issues by Pediatric Oncologists in Economically Diverse Settings", 260-262.

durumun yansımaları fetva literatüründe de görülmektedir. Örneğin İslamweb.net yer alan fetva aşağıdaki gibidir

> Soru: İki sağlıklı çocuktan sonra (Allah onları korusun), beyninde küçülme (atrofi) ve aşırı beyin sıvısı (hidrosefali) olan bir kız çocuğum oldu. Şu an iki aylık. Doktorların tamamı bu durumda ümit olmadığını, zihinsel engelli olacağını söyledi. Masraflar da çok yüksek. Ne yapmam gerektiği konusunda bana fetva verir misiniz?
> Cevap: Hamd, Allah'a; salât ve selâm, Resûlullah'a, onun âline ve ashabına olsun. Ey kardeşim, sorununuzdan anlaşılıyor ki, bu kız çocuğundan kurtulmanın caiz olup olmadığını soruyorsunuz. Bu konuda şunu açıkça ifade edelim: Bu kızdan "kurtulmak" demek, onu kasıtlı olarak öldürmek anlamına gelir ve bu, Allah Teâlâ'nın şu buyruğuyla açıkça haram kılınmıştır: "Kim bir mümini kasıtlı olarak öldürürse, onun cezası içinde ebedi kalmak üzere cehennemdir. Allah ona gazap etmiş, onu lanetlemiş ve onun için büyük bir azap hazırlamıştır." (Nisâ, 93). Ayrıca Ebû Dâvûd'un rivayet ettiği bir hadiste, Ubâde b. Sâmit (radıyallahu anh) şöyle demiştir: Resûlullah (sallallahu aleyhi ve sellem) şöyle buyurdu: "Mümin, haram bir kan dökmediği sürece dininde güçlü, ilerleyici ve salih kalmaya devam eder. Ama bir kere haram kan dökerse, helak olur." Eğer mesele bu kadar ciddi ve tehlikeliyse, bu tür düşüncelerden uzak durman gerekir. Bil ki, çocukların yaşadığı engellerde birçok hikmet vardır. Bunlardan bazıları şunlardır: ailenin iman gücünün sınanması, Allah Teâlâ'nın yaratma kudretinin görünür olması, sağlıklı olanların ibret alıp düşünmesi ve daha niceleri…Eğer bu Allah'ın bir kaderi ve takdiri ise, ona razı olmak farzdır. Kim bilir, belki de Allah Teâlâ bu çocuğa bir şifa kapısı açar. Allah en doğrusunu bilendir."[295]

Yine aynı site de bir baba artık çocuğunun yoğun bakım masraflarını karşılayamamaktan yakınmaktadır:

> Soru: 39 gün önce doğan bebeğim hâlen hastanede yoğun bakımda ve doktorlar ona "kalbin sol tarafının gelişmemesi" olarak bilinen bir anomali teşhisi koydular. Bu anomali acil bir kalp ameliyatı gerektiriyor ve bu ameliyat sadece belirli merkezlerde yapılabiliyor (Prens Sultan Bin Abdulaziz Merkezi, Kral Faysal Uzman Hastanesi, Ulusal Muhafız Hastanesi). Ancak bu merkezlere kabul için kraliyet emri gerekiyor. Oğlumun doktoru, hastane yönetiminin "Prostin" isimli ilacı kesmesine izin verecek

[295] "لا يجوز قتل الطفل المعاق لعدم القدرة على العلاج أو غير ذلك", *İslamweb.net* (Erişim 02 Haziran 2025).

belgeleri imzalamamı istiyor çünkü bu ilacın ve yoğun bakımın günlük maliyeti 2000 riyali geçiyor ve bu benim gücümü aşıyor. Bu ilacın oğlumun Allah'ın izniyle hayatta kalmasına yardımcı olan ilaç olduğunu biliyorum. Ancak bu merkezlerden birine kabul için ne kadar süre beklemem gerektiğini de bilmiyorum. Ne yapmalıyım?
Cevap: Hamd Allah'a mahsustur. Salat ve selam Peygamberimiz Muhammed'e, âline ve ashabına olsun. Eğer bu belgeleri imzalamanızdaki amaç, çocuğunuzun adı geçen özel sağlık merkezlerinden birinde tedavi görebilmesini sağlamaksa ve siz de bu tedaviye gerçekten muhtaç ve hak sahibiyseniz, inşallah bunda bir sakınca yoktur. Ancak, bir kimsenin tedaviden tamamen vazgeçmesi ancak belirli şartlar altında caiz olabilir. Bu konuda ayrıntılı bilgi için 176419 numaralı fetvaya bakabilirsiniz. Bu durumlar dışında, kişinin maddi imkânları ölçüsünde tedavi için çaba göstermesi ve hayatını sürdürmesi için gereken adımları atması dini bir sorumluluktur. Allah en doğrusunu bilir.[296]

Ekonomik yetersizliklerin etkisi bazı modern fetva kurullarının yaşam sonunda tedaviye yaklaşımlarında da kendini göstermiştir. Örneğin Hindistan Fıkıh Akademisi, hastanın doğal solunumunun geri dönebileceğine dair tıbbî umut devam etse bile, tedavinin sürdürülmesinin hastanın ve ailesinin mali imkânlarını aşması ve başka bir kaynağın da bulunmaması durumunda yapay solunum desteğinin sonlandırılmasına cevaz vermektedir.[297].

Hindistan Fıkıh Akademisi'nin de işaret ettiği üzere, farklı ekonomik şartlar altında yaşayan aileler yaşamı sürdürücü tedavilerin maliyetlerini karşılamakta ciddi zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle hem fetva süreçlerinde hem de yaşam sonu kararlarına ilişkin hukuki ve etik değerlendirmelerde, ailelerin maruz kaldığı ekonomik yükün tamamen göz ardı edilmesi mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte, ekonomik maliyet tek başına çocuğun yaşamını sonlandırmayı veya yaşamı sürdürücü tedavileri kesmeyi haklılaştıran bağımsız bir gerekçe olarak kabul edilmez. Bu nedenle yaşam sonu kararlarında ekonomik gerçeklikler dikkate alınmalı, ancak

[296] "حكم توقيع الأب على ما يجيز إيقاف الدواء عن ابنه المريض إن كان شرطا لإدخاله للمستشفى", *İslamweb.net* (Erişim 02 Haziran 2025).
[297] "Medical Issues/ Death, when it is to be declared & Artificial Respiratory Apparatus/ Euthanasia – What the Shariah Enjoins", *Islamic Fıqh Academy India* (Erişim 18 Haziran 2025).

çocuğun üstün yararı ve tıbbî değerlendirmeler karşısında belirleyici tek ölçüt hâline getirilmemelidir.

3.5. DEĞERLENDİRME

Çalışmamızın üçüncü bölümünde, çocuklarla ilgili yaşam sonu kararlarının yalnızca hangi kararın verilmesi gerektiğine ilişkin normatif tartışmalarla sınırlı olmadığı, aynı zamanda bu kararların uygulanması sürecinde çeşitli pratik etik sorunlar ortaya çıkardığı gösterilmeye çalışılmıştır. İncelemeler, söz konusu kararların tek bir ahlâkî veya hukukî meseleye indirgenemeyeceğini; aksine karar verme yetkisi, çocuğun yeterliliği, ebeveyn otoritesi, tıbbî uzmanlık, yarar-zarar değerlendirmesi ve çocuğun üstün yararı gibi birbiriyle ilişkili birçok unsurun birlikte değerlendirilmesini gerektirdiğini ortaya koymuştur.

Bölümün ilk kısmında çocukların yaşam sonu kararı alma yetkisi sorunu ebeveyn rızası, olgun küçük doktrini ve paylaşımlı karar verme modelleri çerçevesinde ele alınmıştır. Bu yaklaşımların her biri farklı güçlü yönlere sahip olmakla birlikte, hiçbirinin tek başına bütün sorunları çözemediği tespit edilmiştir. Klasik fıkıhta geliştirilen bulûğ, temyiz ve rüşd kavramlarının ise çocukların karar verme kapasitesini tek boyutlu biçimde değil, gelişimsel ve kademeli bir süreç içerisinde değerlendirmesi bakımından dikkat çekici imkânlar sunduğu görülmüştür Temyiz öncesi dönemde çocuğun tıbbî karar süreçlerine katılımı fıkhî açıdan belirleyici bir anlam taşımamakla birlikte, temyiz sonrasında çocuğun görüşlerinin dikkate alındığı ve aile ile birlikte karar alma süreçlerine dâhil edildiği paylaşımlı karar verme modeli, mümeyyiz çocuğun tasarruflarına ilişkin klasik fıkıh yaklaşımıyla büyük ölçüde uyum göstermektedir. Ayrıca belirlenen yeterlilik kriterlerini karşılayan ve tıbbî rüşde sahip olduğu kabul edilen çocukların sağlık kararlarında daha etkin bir rol üstlenmelerinin fıkhî açıdan savunulabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İkinci kısımda ebeveynler, hekimler ve hukukî otoriteler arasında ortaya çıkan çatışmalar incelenmiştir. Bölüm içerisinde aktarılan vakalar göstermektedir ki; çocukların üstün yararı, farklı aktörler tarafından farklı şekillerde yorumlanabilmektedir. Bu durum, yaşam sonu kararlarında asıl sorunun çoğu zaman tarafların kötü niyetli olması değil, aynı olgulara farklı değer çerçevelerinden

yaklaşmaları olduğunu ortaya koymaktadır. Klasik fıkıhta velayet kurumunun maslahat merkezli yapısı da benzer şekilde ebeveyn otoritesini mutlak bir hak olarak değil, çocuğun yararını gerçekleştirmeye yönelik bir emanet ve sorumluluk olarak değerlendirmektedir. Bu bakımdan fıkhi açıdan da çocuğun en iyi yararını merkeze koyarak zaman zaman çocuğun, ebeveynin veya doktorun otoritesinin kısıtlanması gerektiği düşünülmektedir.

Bölümün son kısmında ise yaşam sonu kararlarında kullanılan kriterlerin belirsizliği üzerinde durulmuştur. İncelenen fetvalar, tedavinin faydasızlığı, ölümün kaçınılmazlığı, yarar-zarar dengesi ve hastanın maruz kaldığı külfet gibi kavramlara sıkça atıfta bulunmakla birlikte, bu kavramların somut vakalara nasıl uygulanacağı konusunda her zaman yeterince açık ölçütler sunmamaktadır. Benzer belirsizliklerin biyoetik literatüründe de mevcut olduğu görülmektedir. Bu durum, yaşam sonu kararlarında temel sorunun yalnızca hangi sonuca ulaşılması gerektiği değil, sonuca götüren değerlendirme sürecinin hangi ölçütler üzerine kurulacağı olduğunu göstermektedir. Nitekim incelenen fetvalarda da görüldüğü üzere, aynı kavramlara atıf yapılmasına rağmen farklı sonuçlara ulaşılabilmekte, bazı durumlarda ise genel ilkelerin tekrarıyla yetinilerek somut vakaya ilişkin açık bir yönlendirme sunulmamaktadır.

Nihayetinde, çocuklara yönelik yaşam sonu kararı süreçlerinin; yalnızca ebeveynin iradesine, hekimin klinik otoritesine ya da tek başına çocuğun tercihine indirgenemeyecek derecede çok katmanlı bir yapı barındırdığı görülmektedir. Bu süreçler; çocuğun üstün yararını merkeze alırken, küçüğün gelişen özerklik düzeyini, ebeveynlerin sorumluluk alanlarını, tıbbi gerçeklikleri, ahlaki değerleri ve dini hassasiyetleri eş zamanlı olarak göz önünde bulunduran bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla, salt tıbbi heyetlerin sınırlarını aşarak; hekim, aile, biyoetik uzmanı, manevi danışman ve fıkıh uzmanlarının katılımıyla kurgulanacak çok disiplinli bir istişare mekanizmasının işletilmesinin, klinik krizlerin yönetiminde daha elverişli bir alternatif olabileceği düşünülmektedir. Bu yapısal dinamizm ve vakaların bağlama bağımlı doğası sebebiyle, çalışmada yaşam sonu uygulamalarına dair kesin ve genel geçer kurallar sıralamak yerine, somut vakalardaki karar mekanizmalarına rehberlik edebilecek temel fıkhi ve etik ilkelerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Öncelikle tedaviyi geri çekme kararlarında karar verme yetkisi ve taraflar arasında ortaya çıkabilecek çatışmalar bakımından;

- Çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi elverdiği ölçüde kendi görüşlerinin ve tercihlerinin dikkate alınması,
- Ebeveynlerin ve doktorların değerlendirmelerinin, çocuğun objektif yararıyla uyumlu olup olmadığının göz önünde bulundurulması,
- Nihai değerlendirmede çocuğun maslahatının, diğer bütün menfaat ve talepler karşısında öncelikli ilke olarak kabul edilmesi,
- Çocuğun maslahatının objektif olarak belirlenmesinin güç olduğu durumlarda çocuğun ve velinin isteklerine saygı duyulması,

önem taşımaktadır. Bu ilkelerin dikkate alınması, karar verme yetkinliği ve karar mercileri arasındaki çatışmaların önemli ölçüde azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.

Çocukların içinde bulunduğu tıbbî durumun faydasız tedavi kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği konusunda etik kurulların meseleyi geniş ve çok boyutlu bir perspektifle ele alması gerekmektedir. Bu bağlamda bir değerlendirmede bulunulmadan önce kurulun;

- Hekimlerin çoğunluğu tarafından tedavinin tıbbî açıdan faydasız kabul edilip edilmediğini
- Mevcut tıbbî müdahalelerin hastalığın seyrini değiştirme veya çocuğun durumunda anlamlı bir iyileşme sağlama potansiyelini büyük ölçüde yitirip yitirmediğini,
- Çocuğun öngörülen yaşamını sürekli ve ağır acılarla, yoğun sedasyon altında veya ileri derecede teknolojik desteğe bağımlı şekilde sürdürüp sürdürmeyeceğini,
- Tedavinin çocuğa yüklediği fiziksel, psikolojik ve sosyal yüklerin, sağlayacağı muhtemel faydaya göre açık biçimde orantısız hâle gelip gelmediğini,

Dikkate alması ve bu unsurları maslahat-mefsedet dengesi içerisinde birlikte değerlendirmesi gerekmektedir.

Ekonomi ve kaynakların adil kullanımı da bu konuda göz ardı edilemez pratik zorluklara sebep olmakta ve karar sürecini etkilemektedir. Bu bağlamda;

- Ailenin maddi şartları,
- Devletin sağlık politikası,
- Mevcut çocuk yoğun bakımlarının kapasitesi,
- Klinik triyaj zorunluluğu,

Dikkate alınmadan karar verme mekanizması sağlıklı işlemeyecektir.

SONUÇ

Bu çalışma, pediatrik ötanazi ve çocuklara yönelik diğer yaşam sonu kararlarını hem etik-hukuki tartışmalar hem de fıkıh perspektifinden çok boyutlu biçimde analiz etmeyi hedeflemiştir. Çalışmanın sonucunda çocukların yaşamı, ölümü üzerine verilecek kararların yalnızca tıbbi değil; aynı zamanda ahlaki, hukuki, toplumsal ve dini boyutlar taşıdığı da görülmüştür.

Bu kapsamda tezde öncelikle pediatrik ötanazinin ortaya çıktığı tarihsel ve hukukî süreçler ele alınmıştır. Pediatrik ötanaziyi erken dönemde yasallaştıran Hollanda ve Belçika, çocuklara yönelik yaşam sonu kararlarında iki farklı model ortaya koymaktadır. Hollanda, süreç içerisinde kapsamını yasal düzenlemeler ve Groningen Protokolü ile yenidoğanları da içine alacak şekilde 0-18 yaş aralığına genişletirken; Belçika katı bir yaş sınırı yerine temyiz gücü kriterini merkeze almıştır. Belçika modelinin temyize dayalı bu yapısı, karar verme yetisi olmayan küçük çocukları ve bebekleri fiilen uygulamanın dışında bırakmıştır. Her iki ülkenin yasal mevzuatı kâğıt üzerinde "tıbbi yararsızlık" kriteriyle teorik bir tutarlılık sergilese de yetişkinlerin aksine çocuk hastalarda psikolojik acının bir ötanazi endikasyonu olarak kabul edilmemesi gibi sınırlar, uygulamaların pratik seyrini doğrudan etkilemektedir.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, her iki ülkede de çocuklara yönelik ötanazi süreçlerinin temel motivasyonunun engelli bireyleri toplumsal hayattan dışlamayı hedefleyen sistematik ve öjenik bir hareket olmadığı sonucuna varılabilir. Uygulamalar daha ziyade terminal dönemdeki vakalar ve ağır klinik tablolar çerçevesinde yürütülmektedir. Ancak, yasal ve teorik çerçevenin ötesinde; bu kritik kararların klinik pratikte, hekim-aile dinamiğinde ve toplumsal algıda gerçekte nasıl bir karşılık bulduğunu tam olarak tespit edebilmek adına, sahadan beslenen ampirik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu da açıktır.

Bununla birlikte araştırmamıza yansıyan dikkate değer hususlardan biri; son yıllarda palyatif bakım imkânlarındaki gelişimin, pediatrik ötanazi taleplerinde belirgin bir düşüşe zemin hazırlamış olmasıdır. Bu somut durum, ötanazi uygulamalarını meşrulaştıran "dayanılmaz acı" argümanının mutlak olmadığını; etkin bir ağrı yönetimi ve destekleyici bakım süreçlerinin, yaşamı sonlandırma kararlarına

karşı ne denli güçlü bir tıbbi seçenek sunduğunu kanıtlamaktadır. Dolayısıyla süreç, salt yasal bir tercih hakkı olmanın ötesinde, ahlaki ve fıkhi değerlendirmelere muhtaç daha derin bir boyuta taşınmaktadır.

Çalışmanın bir ana eksenini meseleye ilişin normatif etik tartışmalar oluşturmuştur. Pediatrik yaşam sonu kararlarındaki en temel normatif sorun, çocuğun ve özellikle yenidoğanın ahlaki statüsüdür. Biyoetikteki "kişi olma" (*personhood*) tartışmaları; öz farkındalık ve rasyonalite gibi kriterlerle bebekleri dışlayan kuramlar ile bakım ilişkileri üzerinden onları kapsayan yaklaşımlar arasında bölünmüştür. İslam hukuku ise meseleye bütünüyle insan merkezli yaklaşarak çocuğu henüz cenin aşamasından itibaren muhterem bir varlık olarak konumlandırır. *Gurre* cezası ve kürtaj yasağı bu korumanın somut kanıtlarıyken; cenin için tam diyet veya kısasın uygulanmayışı, fıkıhta ana rahminden sağ doğuma kadar hayat hakkının korunmasını temele alan kademeli bir hukukî statü anlayışının benimsendiğini göstermektedir. Yaşam sonu kararları açısından hayati önem taşıyan bu dereceli koruma, çocukların ahlaki değerini bilişsel yetilerden bağımsız kılar; böylece onları seküler yaklaşımlarda görülebilecek, üzerinde sınırsız tasarruf edilebilecek birer nesne haline gelmekten kesin bir dille korur.

Biyoetik içerisinde yaşamın kutsallığı ilkesi, insan yaşamına değer atfetme ihtiyacını sürdürmekle birlikte, bu değerin kaynağı ve meşruiyeti konusunda görüş ayrılıkları barındırmaktadır. Fıkhî gelenekte ise canın korunmuşluğu (*hıfzu'n-nefs*), doğrudan şeriatın temel maksatlarından biri olarak kabul edilmekte ve insan hayatının dokunulmazlığı ilahî bir temele dayandırılmaktadır. Bu dayanağın nihai amacı; bireyler için can güvenliğinin sağlandığı ve dinin yaşanabileceği bir nizam sunarak, hukukun vazedilen gayelerini gerçekleştirmektir. Öte yandan, çeşitli yasal düzenlemelerle sınırlandırılan ötanazinin ve diğer yaşam sonu kararlarının toplum güvenliğini sarsmadığı ve bireylerin menfaatine aykırı bir düzlem sunmadığı iddia edilse de bu iddiayı biyoetikteki kaygan zemin argümanı çerçevesinde yeniden okumak gerekmektedir.

Biyoetik literatüründe ötanazinin sıkı yasal düzenlemelerle sınırlandırılarak kaygan zemin riskinin önlenebileceği savunulsa da uygulamanın zamanla

yetişkinlerden yenidoğanlara doğru genişlemesi bu endişelerin temelsiz olmadığını göstermiştir. Fıkhî açıdan bakıldığında ise sedd-i zerâi ilkesi tam da bu tehlikeye karşı devreye girmektedir. Bu ilke, yaşam sonu kararlarında yalnızca tekil vakalardaki bireysel yararı değil, istisnaların uzun vadede doğurabileceği toplumsal riskleri ve istismar ihtimallerini de dikkate almayı emreder. Dolayısıyla fıkhî yaklaşım, yaşam sonuna aktif müdahale konusunda esnek bir yasal zemin oluşturmak yerine, canın mutlak dokunulmazlığını merkeze alarak çok daha ihtiyatlı ve korumacı bir tutum sergilemektedir. Fakat buna rağmen yaşam sonundaki bazı durumlar maslahat-mefsedet değerlendirmesi yapmayı gerektirmektedir.

Biyoetiğin fayda-zarar tartışmaları, pediatrik ötanazi bağlamında çoğunlukla yaşam kalitesi ve dayanılmaz acı kavramları üzerinden yürütülmüştür. Bazı teorisyenler, yaşam kalitesinin çocuklar hakkında yaşam sonu kararları verirken rasyonel ve ahlâken savunulabilir bir ölçüt sunduğunu ileri sürmüştür. Bu iddialara karşılık ise yaşam kalitesinin özellikle de çocuklar için öznel değerlendirmelere açık olduğu, engellilik ve kronik hastalık durumlarında ayrımcı sonuçlar doğurabileceği ve insan hayatının değerini yeterince koruyamadığı yönünde ciddi eleştiriler geliştirilmiştir. Fıkıh ise fayda ve zarar değerlendirmelerini bağımsız ve nihai birer pragmatik ölçüt olarak değil, şer‘î hükümlerin ve makāsıdın çizdiği sınırlar içerisinde konumlandırmaktadır. Bu doğrultuda, insan hayatına doğrudan son vermeyi konu alan aktif ötanazi, sağlayabileceği muhtemel faydalardan bağımsız olarak ele alınmakta; intihar ve haksız yere cana kıymayı yasaklayan mutlak nasslar uyarınca meşru bir seçenek olarak kabul edilmemektedir. Bu hükmü çocuklar için de geçerli olduğunu, çocuklara yönelik özel durumların bu hüküm üzerine bir tesiri olmadığı kanaatindeyiz.

Buna karşın fıkıh tedaviye daha geniş bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Klasik fıkıh literatüründe tedavinin her durumda zorunlu görülmeyip belirli klinik şartlarda terk edilmesinin mubah, hatta bazı durumlarda daha faziletli kabul edilmesi; çağdaş içtihatların tedaviyi sonlandırma noktasında yapısal bir esnekliğe sahip olduğunu göstermektedir. Buna rağmen yaşam sonundaki tedavi uygulamalarına karşı fıkhî açıdan daha temkinli bir duruş sergilendiğini söylemek mümkündür.

Çağdaş fetva kurullarının terminal dönemde tedaviye başlamama ve tedaviyi sonlandırma kararlarına yönelik yaklaşımları incelendiğinde, iki temel eğilimin öne çıktığı görülmektedir. İlk yaklaşım, yaşam desteğinin sonlandırılmasını beyin ölümünün gerçekleşmesi şartına bağlamaktadır. Mecmau'l-Fıkhi'l-İslâmî ed-Düvelî, Din İşleri Yüksek Kurulu, el-Mecmau'l-Fıkhiyyu'l-İslâmî ve Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi (ECFR) gibi kurumlar, yaşam desteğinin geri çekilmesini yaşayan bir hastanın tedavisinin sonlandırılması olarak değil, beyin ölümüyle fiilen ölmüş kabul edilen kişiden tıbbî cihazların kaldırılması şeklinde değerlendirmektedir. Bu yaklaşımda belirleyici unsur, tedavinin faydasından ziyade ölümün gerçekleşmiş olmasıdır.

Buna karşılık ikinci eğilim, beyin ölümü şartının ötesine geçerek tıbbî faydasızlık kavramını merkeze almaktadır. Suudi Arabistan Daimî Fetva Komitesi, Kuveyt İslam Tıp Bilimleri Teşkilatı (IOMS) ve Kuzey Amerika Fıkıh Konseyi (FCNA) gibi kurumlar, belirli şartlar altında hastaya klinik fayda sağlamayan tedavilerin sonlandırılabileceğini kabul etmektedir. Özellikle FCNA'nın yapay beslenme ve hidrasyonu da bu kapsamda değerlendirmesi, faydasız tedavi anlayışının sınırlarını genişleten dikkat çekici bir örnek teşkil etmektedir. Böylece bu yaklaşım, yaşam sonu kararlarını biyolojik ölümden ziyade tedavinin yarar sağlama kapasitesi üzerinden değerlendirmektedir.

Benzer bir eğilim çağdaş literatürde de görülmektedir. Yusuf el-Karadâvî ve Tuba Erkoç Baydar, aktif ötanaziyi reddetmekle birlikte faydasız tedavilerin sürdürülmesini zorunlu görmemektedir. Ancak bu yaklaşımlarda, faydasızlığın hangi ölçütlere göre belirleneceği hususu tam olarak netleşmiş değildir. Bu noktada Refaqat Rashid'in önerisi daha sistematik bir çerçeve sunmaktadır. Rashid, tedavinin hükmünü başarı ihtimali ile fayda-zarar dengesinin birlikte değerlendirilmesine bağlamakta ve bu modeli CPR, mekanik ventilasyon ve yapay beslenme gibi farklı yaşam sonu müdahalelerine uygulamaktadır. Her ne kadar kullandığı epistemik kategorilerin klinik uygulamadaki karşılığı bazı belirsizlikler içerse de yaklaşımı, yaşam sonu tedavilerin değerlendirilmesinde önemli bir teorik zemin sunmaktadır.

Refaqat Rashid'in yaşam sonu tedavilere ilişkin yaklaşımı, diğer değerlendirmelere kıyasla daha kapsamlı ve uygulamaya dönük görünmektedir. Nitekim Rashid, geliştirdiği çerçeveyi yalnızca yaşam desteğinin sonlandırılması meselesine değil; CPR, mekanik ventilasyon, yapay beslenme ve sıvı desteği gibi yaşam sonu bakımında karşılaşılması muhtemel farklı senaryolara da uygulamayı önermektedir. Rashid'e göre tedavinin hükmü, yarar sağlama potansiyeli ile ortaya çıkaracağı zararların birlikte değerlendirilmesiyle tespit edilebilir. Bununla birlikte, Rashid'in tedavinin hükmünü değerlendirmek için kullandığı yakîn, galebe-i zan, zan ve şek gibi epistemik kategoriler teorik açıdan işlevsel görünse de bu kategorilerin klinik pratiğe nasıl aktarılacağı konusunda önemli belirsizlikler devam etmektedir. Bununla birlikte söz konusu yaklaşımın tedavi süreçlerini yorumlamak için öncü olacak ve işlevsel bir zemin sunma potansiyeline sahip olduğunu düşünüyoruz.

Bu bağlamda, yetişkin hastalar için geliştirilen faydasız tedavinin reddinin belirli şartlar altında çocuk hastalara da uygulanabileceği ve gerekli koşulların oluşması hâlinde yaşam sonunda tedavinin başlatılmaması veya sonlandırılmasının teorik olarak mümkün olduğu kanaatindeyiz. Bununla birlikte, çocukların karar verme kapasitesi, gelişimsel özellikleri ve korunmaya daha fazla ihtiyaç duyan kırılgan konumları dikkate alındığında, bu tür değerlendirmelerin yetişkinlere kıyasla daha ihtiyatlı ve sağlam bir zeminde yapılması gerektiği açıktır. Kaldı ki, yaşam sonunda tedavinin sonlandırılmasına ilişkin fıkhî değerlendirme kriterlerinin yetişkin hastalar bakımından dahi tam anlamıyla netleştiğini söylemek güçtür.

Çalışma kapsamında, çocuklara ilişkin yaşam sonu kararlarının yalnızca normatif bir tartışma alanı olmadığı; karar verme yetkisi, çocuğun yeterliliği, ebeveyn otoritesi, tıbbî uzmanlık ve çocuğun üstün yararı gibi birçok pratik etik sorunu da içerdiği ortaya konulmuştur. Çocuklarla karar verme yetkinliğine dair geliştirilen ebeveyn rızası, olgun küçük doktrini ve paylaşımlı karar verme modelleri incelenmiş; tek başına hiçbir yaklaşımın bütün klinik krizleri çözmekte yeterli olmadığı görülmüştür. Buna karşılık klasik fıkıhta geliştirilen temyiz, buluğ ve rüşd kavramlarının çocukların karar verme kapasitesini kademeli ve gelişimsel bir süreç içerisinde değerlendirmesi, çağdaş tartışmalara önemli katkılar sunmaktadır. Özellikle temyiz sonrasında çocuğun görüşlerinin karar sürecine dâhil edilmesi hem klasik fıkıh

yaklaşımıyla hem de paylaşımlı karar verme modeliyle büyük ölçüde uyumludur. Ayrıca belirli yeterlilik ölçütlerini karşılayan ve tıbbî rüşde sahip olduğu kabul edilebilecek çocukların sağlık kararlarında daha etkin bir rol üstlenebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Ebeveynler, hekimler ve hukukî otoriteler arasında ortaya çıkan ihtilaflar ise yaşam sonu kararlarındaki temel sorunun çoğu zaman kötü niyetten değil, çocuğun üstün yararının farklı şekillerde yorumlanmasından kaynaklandığını göstermektedir. Klasik fıkıhta velayet kurumunun maslahat merkezli yapısı da ebeveyn otoritesini mutlak bir hak değil, çocuğun yararını gerçekleştirmeye yönelik bir sorumluluk olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle çocuğun maslahatı tespit edilebildiğinde gerektiğinde ebeveyn veya hekim tercihleri sınırlandırılmalı ve çocuğun maslahatı öncelikli ilke olarak kabul edilmelidir.

Bununla birlikte hem çağdaş fetvalarda hem de etik literatüründe faydasız tedavi, yarar-zarar dengesi ve hastanın maruz kaldığı külfet gibi kavramların somut vakalara uygulanması konusunda önemli kriter belirsizliklerinin olduğu görülmektedir. Özellikle de çocuklarda yaşam sonu kararlarına ilişkin tespit edilebilen fetvaların hastanın yüksek yararı, tedavinin sağlayacağı muhtemel fayda, maruz kalınacak külfet ve yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerinin sistematik olarak gerekçelendirilmediği ortaya konmuştur. Ayrıca ekonomik imkânlar, sağlık politikaları, yoğun bakım kapasitesi ve klinik triyaj zorunlulukları gibi sosyoekonomik faktörlerin de karar süreçlerini doğrudan etkilediği görülmektedir.

Sonuç olarak çocuklara ilişkin yaşam sonu kararları, ne yalnızca ebeveyn veya çocuk iradesine ne yalnızca hekim görüşüne ne de tek başına hukukî ya da fıkhî otoritelere bırakılabilecek kadar basit meselelerdir. Bu nedenle çocuklarda tedavinin başlatılmaması veya sonlandırılmasının caiz olduğu durumları kesin ve kapsamlı maddeler hâlinde sıralamayı işlevsel bulmuyoruz. Daha isabetli bir yaklaşım olarak, çocuğun gelişim düzeyine uygun biçimde sürece katıldığı; hekimleri, ebeveynleri, etik uzmanlarını, manevî danışmanları ve fıkıh uzmanlarını bir araya getiren çok disiplinli bir istişare mekanizmasının işletilmesini önermekteyiz. Böyle istişare mekanizmaları her vakanın kendine özgü şartlarını maslahat-mefsedet dengesini gözeterek

değerlendirmesi daha sağlıklı sonuçlar doğuracaktır. Böyle bir yaklaşım, hem karar süreçlerinde ortaya çıkan pratik sorunların daha sağlıklı yönetilmesine hem de çocuğun hak ve menfaatlerinin daha etkin şekilde korunmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Adams, Maurice - Nys, Herman. “Comparative Reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002”. *Medical Law Review* 11 (2003), 353.

Aghabarary, Maryam - Dehghan Nayeri, Nahid. “Medical Futility and Its Challenges: A Review Study”. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9 (20 Ekim 2016), 11.

Ahaddour, Chaïma vd. “‘God Is the Giver and Taker of Life’: Muslim Beliefs and Attitudes Regarding Assisted Suicide and Euthanasia”. *AJOB Empirical Bioethics* 9/1 (2018), 1-11. https://doi.org/10.1080/23294515.2017.1420708

Akartepe, Şeyma. “Estetik Müdahale Tartışmaları Bağlamında Mülk Beden Argümanına Eleştirel Bir Bakış”. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 27/1 (15 Haziran 2025), 177-192. https://doi.org/10.17335/sakaifd.1639843

Atasoy, Abdussamed. “İslam-Osmanlı Hukukunda Küçük Çocukların İrtidadı”. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 15/1 (30 Haziran 2024), 253-266. https://doi.org/10.21492/inuhfd.1390880

Auckland, Cressida - Goold, Imogen. “Parental Rights, Best Interests and Significant Harms: Who Should Have the Final Say Over a Child’s Medical Care?” *The Cambridge Law Journal* 78/2 (Temmuz 2019), 287-323. https://doi.org/10.1017/S0008197319000382

Bâbâî Benî, İsmail Aka. *el-Katlü’r-Rahîm beyne’l-Fıkh ve’l-Kânûn*. Beyrut: Merkezü’l-Hadara li-Tenmiyeti’l-Fikri’l-İslami, 2017.

Bâr, Muhammed Ali el-. “Hastanın İzni ve Ümitsiz Durumlarda Tedavî”. *Mecelletu Mecmai’l-Fikhi’l-İslâmî Ed-Düvelî*. Cidde: Mecmau’l-Fikhi’l-İslâmî Ed-Düvelî, ts.

Baranzke, Heike. “‘Sanctity-of-Life’ A Bioethical Principle for a Right to Life?” *Ethical Theory and Moral Practice* 15/3 (01 Haziran 2012), 295-308. https://doi.org/10.1007/s10677-012-9369-0

Bardakoğlu, Ali. “Bulûğ”. *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 6/413-414. İstanbul: TDV Yayınları, 1992.

Bardakoğlu, Ali. “Ehliyet”. *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 10/533-539. İstanbul: TDV Yayınları, 1994.

Beauchamp, Tom L. - Childress, James F. *Biyomedikal Etik Prensipleri*. çev. M.Kemal Temel. İstanbul: BETİM, 2017.

Beaudry, Jonas-Sébastien. “Death as ‘Benefit’ in the Context of Non-Voluntary Euthanasia”. *Theoretical Medicine and Bioethics* 43/5 (01 Aralık 2022), 329-354. https://doi.org/10.1007/s11017-022-09597-w

Belhî, Şeyh Nizâmüddîn el-Birnâbûrî el- - vd. *Fetâva’l-Alemgîriyye: el-Fetâva’l-Hindiyye*. 6 Cilt. Mısır: el-Matbaʿa el-Kübrâ el-Emîriyye, 2. Basım, 1893.

Bernat, James L. “Medical Futility”. *Neurocritical Care* 2/2 (01 Nisan 2005), 198-205. https://doi.org/10.1385/NCC:2:2:198

Bilgili, İsmail. “İslam Hukukunda Cenin Hakkı ve Onuruyla İlgili Hükümler”. *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 24 (2014), 219-240.

Boer, Theo A. “Recurring Themes in the Debate About Euthanasia and Assisted Suicide”. *Journal of Religious Ethics* 35/3 (2007), 529-555. https://doi.org/10.1111/j.1467-9795.2007.00318.x

Brands, Wolter vd. “Limited Rights of Minors in Dutch Healthcare”. *The Journal of Forensic Odonto-stomatology*. 32/30-33, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734816/

Broeckaert, Bert. “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia”. *European Journal of Health Law* 8/2 (01 Ocak 2001), 95-107. https://doi.org/10.1163/15718090120523439

Buhârî, Ebû ʿAbdillâh Muḥammed b. İsmâʿîl el-Cuʿfî. *el-Câmiʿu’ṣ-Ṣaḥîḥ*. nşr. Muṣṭafâ Dîb el-Buġâ. 7 cilt. Dımaşk: Dâr İbn Kesîr – Dâr el-Yemâme, 5. bs., 1414/1993.

Buijsen, Martin. “Euthanasia in the Netherlands. History, Developments and Challenges”. *Derecho Y Religion* 17 (2022), 78-99.

Carey, John C. “Trisomy 18 and Trisomy 13 Syndromes”. *Cassidy and Allanson’s Management of Genetic Syndromes*. 937-956. John Wiley & Sons, Ltd, 2021. https://doi.org/10.1002/9781119432692.ch58

Cessâs, Ebû Bekr Ahmed b. Alî er-Râzî el-. *Ahkâmü’l-Kur’ân*. thk. Muhammed Sâdık el-Kamhâvî. Beyrut: Dârü İhyâi’t-Türâsi’l-Arabî, 1405.

Chervenak, Frank A. vd. “Why the Groningen Protocol Should Be Rejected”. *The Hastings Center Report* 36/5 (2006), 30-33. https://doi.org/10.1353/hcr.2006.0073

Clarke, Steve. “The Sanctity of Life as a Sacred Value”. *Bioethics* 37/1 (2023), 32-39. https://doi.org/10.1111/bioe.13094

Cohen, Elizabeth. “Heaven Over Hospital: Julianna Snow Dies at Age 5”. *CNN* (14 Haziran 2016). https://www.cnn.com/2016/06/14/health/julianna-snow-heaven-over-hospital-death/index.html

Cohen-Almagor, Raphael. “Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement”. *Issues in Law & Medicine* 24/3 (2009), 187-218.

Cohen-Almagor, Raphael. “Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors?” *Perspectives in Biology and Medicine* 61/2 (2018), 230-248. https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0039

Connery, John R. “Quality of Life”. *The Linacre Quarterly* 59/2 (01 Mayıs 1992), 5-9. https://doi.org/10.1080/00243639.1992.11878151

Cummings, Christy L. - Mercurio, Mark R. “Ethics for the Pediatrician: Autonomy, Beneficence and Rights”. *Pediatrics in Review* 31/6 (Haziran 2010). https://doi.org/10.1542/pir.31-6-252

Çeker, Orhan. *İslam Hukukunda Çocuk*. İstanbul: Kayıhan Yayınları, 1. Basım, 1990.

Çınar, Halime. *Üsrûşenî'den Osmanlı Fetvasına İslam/Hanefî Çocuk Hukukunun Temel İlkeleri*. İstanbul Üniversitesi, Thesis, 2024. (TDV İslâm Araştırmaları Merkezi). https://kutuphane.isam.org.tr/detayilhtezt.php?navdil=eng&tidno=27597

Daiber, Hans. "Plague, Proper Behaviour and Paradise in a Newly Discovered Text by Zakariyyā al-Anṣārī". *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. Baston: Brill, 2022.

Dal, Betül - Güman, Osman. "Bulûğ ve Rüşd Kavramları Çerçevesinde Ceza Ehliyetinin Yeniden Değerlendirilmesi: Cezaî Rüşd". *Bilimname* 2020/41 (15 Mayıs 2020), 763-800. https://doi.org/10.28949/bilimname.700102

"The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002". çev. Kidd Dale. *Ethical Perspectives* 9/2-3 (2002), 183-188.

Dalgın, Nihat. "Mürâhik". *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 32/40-41. İstanbul: TDV Yayınları, 2006.

Debûsî, Ebu Zeyd. *Takvîmü'l-Edille fi Usûlİ'l Fıkh*. thk. Halîl Muhyiddîn el-Meys. Beyrut: Dârü'l-Kutubi'l-İlmiyye, 2001.

Deliens, Luc vd. "End of Life Decisions in Medical Practice in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey". *The Lancet* 356/9244 (25 Kasım 2000), 1806-1811. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)03233-5

Dirik, Mehmet. "İslâm Fıkhında Ceninin Yaşama Hakkını Koruyan Düzenlemeler". *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 22 (2013), 45-62.

Dirik, Mehmet. "İslam Hukuku Açısından Kürtaj". *Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi* 5 (10 Haziran 2018), 73-96.

Dönmez, İbrahim Kâfi. "Sedd-i Zerâi'". *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 36/277-282. İstanbul: TDV Yayınları, 2009.

Dönmez, İbrahim Kâfi. "Temyiz". *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 40/437-439. İstanbul: TDV Yayınları, 2011.

Driggs, Ann Eileen. “The Mature Minor Doctrine: Do Adolescents Have the Right to Die ?” *Health Matrix* 11/2 (2001).

Duru, Tuğba. *İslam Hukukunda Cenine Müdahale / Fetal Intervention According to İslamic Jurisprudence*. Marmara Üniversitesi, Thesis, 2016. (TDV İslâm Araştırmaları Merkezi). https://kutuphane.isam.org.tr/detaytezt.php?navdil=tr&tidno=362214

Duveyş, Ahmed bin Abdürrezzâk ed- (ed.). *Fetâvâ’l-Lecneti’d-Dâime I*. 26 Cilt. Riyad: Riyaset İdaret el-Buhus el-İlmiyye ve’l-İftâ’, ts.

Dworkin, Ronald. *Life’s Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Westminster: Knopf Doubleday Publishing Group, 1993.

Ebû Dâvûd es-Sicistânî, Süleyman b. Eşʿas b. İshâk el-Ezdî. *Sünen Ebî Dâvûd*. thk. Şuayb Arnavut vd. b.y.: Dârü’r-Risâleti’l-Âlemiyye, 1430/2009.

Ebû Muhammed Ali b. Ahmed b. Saîd el-Endelüsî ez-Zâhirî, İbn Hazm. *el-Muhallâ bi’l-Âsâr*. thk. Abdülgaffâr Süleyman el-Bündârî. 12 Cilt. Beyrut: Dârü’l-Kütübi’l-İlmiyye, 1408.

Erkoç Baydar, Tuba. *Bu Can Kimin? Ötanazi, Ölme Hakkı ve Tedavinin Reddine Müslümanca Bakış*. İstanbul: İz Yayıncılık, 1. Basım, 2021.

Erkoç Baydar, Tuba. “Human Dignity from an Islamic Perspective: Concepts and Theoretical Base”. *Mission Studies* 41/3 (12 Aralık 2024), 348-360. https://doi.org/10.1163/15733831-12341987

Erkoç Baydar, Tuba. “Ölme Hakkı: Fritz Jahr ve İslam Hukuku Açısından Mukayeseli Bir Yaklaşım”. *Darulfunun İlahiyat Dergisi* 29/2 (31 Aralık 2018). https://doi.org/10.26650/di.2018.29.2.0035

Fernandes Filho, Jose Americo - Shapiro, Barbara E. “Tay-Sachs Disease”. *Archives of Neurology* 61/9 (01 Eylül 2004), 1466-1468. https://doi.org/10.1001/archneur.61.9.1466

Flannery, Ellen J. “One Advocate’s Viewpoint: Conflicts and Tensions in the Baby K Case”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 23/1 (01 Mart 1995), 7-12. https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1995.tb01323.x

Gazzâlî, Ebû Hâmid Muhammed b. Muhammed et-Tûsî. *el-Mustasfâ min İlmi’l-Usûl*. thk. Muhammed Abdüsselâm Abdüşşâfî. Beyrut: Dârü’l-Kütübi’l-İlmiyye, 1993.

Ghaly, Muhammed. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. Baston: Brill, 2022. https://brill.com/display/title/59888

Giubilini, Alberto - Minerva, Francesca. “After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?” *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 261-263. https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100411

Goodlander, Emily C. - Berg, Jessica Wilen. “Pediatric Decision-Making: Adolescent Patients”. *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook*. ed. Douglas S. Diekema vd. 7-13. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. https://doi.org/10.1017/CBO9780511740336.003

Göçmen, Selçuk - Çolak, Ahmet. “Pediatrik Hidrosefali Sınıflaması ve Patofizyoloji”. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 23/2 (2013), 174-179.

Görgülü, Ülfet. “Yaşam Desteğinin Kısıtlanması ya da Sonlandırılmasının Fıkhî Açıdan Değerlendirilmesi”. *Marife Dini Araştırmalar Dergisi* 12/2 (2012), 44-66.

Graafland, Wim. “The Future of Euthanasia in the Netherlands”. *Global Bioethics-Current Challenges, New Developments and Future Directions*. ed. Peter Clark. IntechOpen, 1. Basım, 2025.

Griffiths, John vd. *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.

Gustafson, James M. “Mongolism, Parental Desires, and the Right to Life”. *Perspectives in Biology and Medicine* 16/4 (1973), 529-557.

Hacak, Hasan. *İslam Hukukunun Klasik Kaynaklarında Hak Kavramının Analizi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi, ts. Erişim 11 Şubat 2026

Hain, Richard DW. “Euthanasia: 10 Myths”. *Archives of Disease in Childhood* 99/9 (01 Eylül 2014), 798-799. https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306218

Hanson, Stephen S. “Pediatric Euthanasia and Palliative Care Can Work Together”. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 33/5 (2015), 1-4. https://doi.org/10.1177/1049909115570999

Harrison, Christine vd. “Treatment Decisions Regarding Infants, Children and Adolescents”. *Paediatrics & Child Health* 9/2 (01 Şubat 2004), 99-103. https://doi.org/10.1093/pch/9.2.99

Heywood, Rob. “Parents and Medical Professionals: Conflict, Cooperation, and Best Interests”. *Medical Law Review* 20/1 (01 Mart 2012), 29-44. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwr037

İbn Âbidîn, Muhammed Emîn. *Reddü’l Muhtâr*. thk. Mustafa el-Bâbî el-Halebî. 6 Cilt. Beyrut: Darû’l Fikr, 2. Basım, 1966.

İbn Mâce, Ebû ʿAbdillâh Muhammed b. Yezîd er-Rabʿî el-Kazvînî. *Sünen İbn Mâce*. nşr. Muḥammed Fuʾâd ʿAbdülbâḳī. b.y.: Dâr İḥyâʾ al-Kutub al-ʿArabiyya, t.y.

İbn Rüşd, Kadı Ebü’l Velîd Muhammed b. Ahmed b. Muhammed el- Hafid. *Bidayetü’l-Mücтehid ve Nihayetü’l-Muktesid*. 4 Cilt. Kahire: Daru’l Hadis, 2004.

Jans, Jan. “The Belgian ‘Act on Euthanasia’: Clarifying Context, Legislation and Practice from an Ethical Point of View”. *Journal of the Society of Christian Ethics* 25/2 (2005), 163-177.

Jochemsen, H. “Dutch Court Decisions on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed”. *Issues in law & medicine* 13 (01 Şubat 1998), 447-458.

Karadâvî, Yusuf el-. *Fetâva’l-Muâsıra*. Kuveyt: Dârü’l-Kalem, 1996.

Karaman, Hayreddin. *Mukayeseli İslam Hukuku*. İz Yayıncılık, 2001.

Kaya, Ali. “İslam Hukuku Açısından Yaşamı Bırakıp Ölümü Tercih Etmek: Ötenazi”. *Helal ve Etik Araştırmalar Dergisi* 3/1 (30 Haziran 2021), 50-70. https://doi.org/10.51973/head.951175

Kaya, Eyyüp Said - Hacak, Hasan. “Zimmet”. *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 44/424-428. İstanbul: TDV Yayınları, 2013.

Kenny, Nuala vd. “Respectful Involvement of Children in Medical Decision Making”. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. ed. Peter A Singer - A M Viens. New York: Cambridge University Press, 2008.

Kittay, Eva Feder. “Equality, Dignity and Disability”. *Perspectives on Equality: The Second Seamus Heaney Lectures*. ed. Mary Ann Lyons - Fionnuala Waldron. 95-122. Dublin: The Liffey Press, 2005.

Koçak, Muhsin. “Gurre”. *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 14/211-212. İstanbul: TDV Yayınları, 1996.

Köksal, A Cüneyd. “Hanefî Fıkıh Düşüncesinde Vücub-Eda Ehliyeti Ayırımı ve Bu Ayrımla İlişkili İki Mesele”.

Köse, Saffet. “Rüşd”. *Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi*. 35/298-300. İstanbul: TDV Yayınları, 2008.

Kuby, Sophia - Van De Walle, Jean Paul. *The Legalization of Euthanasia and Assisted Suicide: An Inevitable Slippery Slope*. ADF International, 2021.

Kuhse, Helga. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*. Oxford, New York: Oxford University Press, 1987. https://philpapers.org/rec/KUHTSD

Kuhse, Helga - Singer, Peter. *Should the Baby Live?: The Problem of Handicapped Infants*. Oxford University Press, 1990. https://philpapers.org/rec/KUHSTB-2

Kuhse, Helga - Singer, Peter. “The Quality/Quantity-of-Life Distinction and Its Moral Importance for Nurses”. *International Journal of Nursing Studies* 26/3 (01 Ocak 1989), 203-212. https://doi.org/10.1016/0020-7489(89)90001-1

Kulalı, Ferit vd. “Epidermolizis Bülloza: Olgu Serisi”. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 16/2 (01 Nisan 2019), 69-73.

Levy, Neil. “The Moral Significance of Being Born”. *Journal of Medical Ethics* 39/5 (01 Mayıs 2013), 326-329. https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100734

Lewis, Penney - Black, Isra. “Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics: A Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 41/4 (2013), 885-898. https://doi.org/10.1111/jlme.12098

Lindemann, Hilde - Verkerk, Marian. “Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol”. *The Hastings Center Report* 38/1 (2008), 42-51. https://doi.org/10.1353/hcr.2008.0010

Lo, Denise Swei vd. “Pediatric Palliative Care and End-of-Life: A Systematic Review of Economic Health Analyses”. *Revista Paulista de Pediatria* 40 (2022). https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021002

Mahdavi, Shahaboddin - Alizamani, Amir Abbas. “Jalāl al-Dīn al-Rūmī wa-Falsafat al-Alam wa-l-Muʿānā(جلال الدين الرومي وفلسفة الألم والمعاناة)”. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. ed. Muhammed Ghaly. Baston: Brill, 2022.

Mannaerts, Debbie - Mortier, Freddy. “Minors and Euthanasia”. *Children’s Health and Children’s Rights*, 255-277. https://doi.org/10.1163/ej.9789004148949.i-337.124

Manninen, B. A. “A Case for Justified Non-Voluntary Active Euthanasia: Exploring the Ethics of the Groningen Protocol”. *Journal of Medical Ethics* 32/11 (Kasım 2006), 643-651. https://doi.org/10.1136/jme.2005.014845

Marijnissen, Radboud M. vd. “Euthanasia in Dementia: A Narrative Review of Legislation and Practices in the Netherlands and Belgium”. *Frontiers in Psychiatry* 13 (02 Haziran 2022). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.857131

McCormick, Richard A. “To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine”. *JAMA* 229/2 (08 Temmuz 1974), 172-176. https://doi.org/10.1001/jama.1974.03230400034027

McHaffie, H E vd. “Withholding/withdrawing treatment from neonates: legislation and official guidelines across Europe.” *Journal of Medical Ethics* 25/6 (Aralık 1999), 440-446.

McMahan, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford University Press, 2002. https://doi.org/10.1093/0195079981.001.0001

Mecmau’l Fıkhi’l İslâmî ed-Düvelî. *Karârâtû ve Tavṣiyâtû Mecma’il Fıkhi’l-İslâmî*. Cidde: Menşûrât Mecmaiʿl el-Fıkh el-İslâmî ed-Düvelî, ts.

Mergīnânî, Burhâneddin el-. *el-Hidâye*. 4 Cilt. Beyrut: Daru İhyai’t-Turas el-Arabî, 1. Basım, 1325. https://shamela.ws/book/11820

Merğînanî, Burhânuddîn Ebü’l-Hasen Ali b. Ebî Bekr b. Abdülcelîl er-Rüşdânî el-. *el-Hidâye fî Şerh Bidâyetü’l-Mubtedî*. thk. Talâl Yusuf. 4 Cilt. Beyrut: Dâr İhyâʾu’t-Türâsi’l-Arabî, 2004.

Mitchell, Laura E. vd. “Spina Bifida”. *The Lancet* 364/9448 (20 Kasım 2004), 1885-1895. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17445-X

Mohiuddin, Afshan vd. “When Can Muslims Withdraw or Withhold Life Support? A Narrative Review of Islamic Juridical Rulings”. *Global Bioethics* 31/1 (01 Ocak 2020), 29-46. https://doi.org/10.1080/11287462.2020.1736243

Muhammed, Ali Cuma. “09 .*موقع دار الإفتاء المصرية*. القتل الرحيم” Aralık 2004. Erişim 13 Haziran 2025. https://www.dar-alifta.org/ar/fatwa/details/11689/حكم-القتل-الرحيم

Müslim, Ebü’l-Ḥüseyn Müslim b. el-Ḥaccâc el-Kuşeyrî en-Nîsâbûrî. *el-Câmiʿu’ṣ-Ṣaḥîḥ*. nşr. Muḥammad Fuʾâd ʿAbdülbâqī. 5 cilt. Kahire: Maṭbaʿat ʿĪsâ al-Bābī al-Ḥalabī, 1374/1955.

Nys, Herman. “Advice of the Federal Advisory Committee on Bioethics Concerning Legalisation of Euthanasia”. *European Journal of Health Law* 4/4 (01 Ocak 1997), 389-393. https://doi.org/10.1163/15718099720522200

Özaykal, Merve. *İslam Hukukuna Göre Beden Üzerinde Tasarruf ve Organ Nakli*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017.

Padela, Aasim - Mohiuddin, Afshan. “Ethical Obligations and Clinical Goals in End-of-Life Care: Deriving a Quality-of-Life Construct Based on the Islamic Concept of Accountability Before God (Taklīf)”. *The American Journal of Bioethics: AJOB* 15/1 (2015), 3-13. https://doi.org/10.1080/15265161.2014.974769

Padela, Aasim I. “Muslim Disquiet Over Brain-Death”. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. ed. Muhammed Ghaly. Baston: Brill, 2022.

Paris, J J vd. “The Charlie Gard Case: British and American Approaches to Court Resolution of Disputes Over Medical Decisions”. *Journal of Perinatology* 37/12 (Aralık 2017), 1268-1271. https://doi.org/10.1038/jp.2017.138

Partridge, Brian C. “The Mature Minor: Some Critical Psychological Reflections on the Empirical Bases”. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 38/3 (01 Haziran 2013), 283-299. https://doi.org/10.1093/jmp/jht013

Phillips, Leslie A. vd. “Spina Bifida Management”. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 47/7 (01 Temmuz 2017), 173-177. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.06.007

Post, Stephen G. “Baby K: Medical Futility and the Free Exercise of Religion”. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 23/1 (01 Mart 1995), 20-26. https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1995.tb01326.x

Pousset, Geert vd. “Attitudes and Practices of Physicians Regarding Physician-Assisted Dying in Minors”. *Archives of Disease in Childhood* 96/10 (Ekim 2011), 948-953. https://doi.org/10.1136/adc.2009.182139

Qureshi, Omar - Padela, Aasim I. “When Must a Patient Seek Healthcare? Bringing the Perspectives of Islamic Jurists and Clinicians into Dialogue”. *Zygon: Journal of Religion and Science* 51/3 (02 Eylül 2016). https://doi.org/10.1111/zygo.12273

Rashid, Rafaqat. “An Islamic Bioethical Framework for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment”. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. ed. Muhammed Ghaly. Baston: Brill, 2022. https://doi.org/10.1163/9789004459410_012

Raus, Kasper vd. “Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice”. *The Journal of Medicine and Philosophy* 46/1 (25 Ocak 2021), 80-107. https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa031

Raus, Kasper. “The Extension of Belgium’s Euthanasia Law to Include Competent Minors”. *Journal of Bioethical Inquiry* 13/2 (Haziran 2016), 305-315. https://doi.org/10.1007/s11673-016-9705-5

Raus, Kasper vd. “The Extension of the Belgian Euthanasia Law to Minors in 2014”. *International Perspectives on End-of-Life Law Reform : Politics, Persuasion and Persistence*. 40-62. Cambridge University Press, 2021. http://hdl.handle.net/1854/LU-8729344

Rini, Regina A. “Of Course the Baby Should Live: Against ‘After-Birth Abortion’”. *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 353-356. https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100640

Roberts, David G. “Trial Court Decision in Houle Case”. *Issues in Law & Medicine* 2/3 (Kasım 1986), 237-239.

Rosenfeld, Barry. *Assisted Suicide and the Right to Die: The Interface of Social Science, Public Policy, and Medical Ethics.* Washington: American Psychological Association, 2004. https://doi.org/10.1037/10689-000

Rossi, Wilma C. vd. “Child Assent and Parental Permission in Pediatric Research”. *Theoretical Medicine and Bioethics* 24/2 (2003), 131-148. https://doi.org/10.1023/a:1024690712019

Saad, Toni C. “Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review”. *Issues in Law & Medicine* 32 (2017), 183.

Sadun, Ömer b. Abdullah el-Meşârî es-. *el-Katlü’r-Rahim fi’l-Fıkhi’l-İslami ve’l-Kanuni’l-Vaz’i*. Riyad: Daru İbni’l-Cevzi, 2014.

Samanta, Jo. “Children and Euthanasia: Belgium’s Controversial New Law”. *Diversity & Equality in Health and Care* 12 (01 Ocak 2015). https://doi.org/10.21767/2049-5471.1000e7

Sanchez Varela, Ana M. vd. “Ethical Decision Making About End-of-life Care Issues by Pediatric Oncologists in Economically Diverse Settings”. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 37/4 (Mayıs 2015), 257. https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000271

Schapiro, Tamar. “What Is a Child?” *Chicago Journals* 109/4 (Temmuz 1999), 715-738. https://doi.org/10.1086/233943

Schotsmans, Paul - Broeckaert, Bert. “Debating Euthanasia in Belgium: Part Two”. *The Hastings Center Report* 29/5 (1999), 47-48.

Selgelid, Michael J. “Moral Uncertainty and the Moral Status of Early Human Life”. *Monash Bioethics Review* 30/1 (2012).

Serahsî, Ebû Bekir Muhammed b. Ahmed b. Ebî Sehl es-. *Usûlü’s-Serahsî*. thk. el-Efgânî Ebü’l-Vefâ. 2 Cilt. Haydarabad, Hindistan: Lecnetü İhyâʾi’l-Meʿârifi’n-Nuʿmâniyye, ts.

Serahsî, Muhammed b. Ahmed b. Ebî Sehl es-, Şemsü’l-Eimme. *el-Mebsût*. 31 Cilt. Mısır: Matbaatü’s-Saâdet, 2010.

Shabana, Ayman. “Limits to Personal Autonomy in Islamic Bioethical Deliberations on End-of-Life Issues in Light of the Debate on Euthanasia”. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. ed. Muhammed Ghaly. Baston: Brill, 2022. https://doi.org/10.1163/9789004459410_011

Siegel, Andrew M. vd. “Pediatric Euthanasia in Belgium: Disturbing Developments”. *JAMA* 311/19 (21 Mayıs 2014), 1963-1964. https://doi.org/10.1001/jama.2014.4257

Sigman, Garry S. - O’Connor, Carolyn. “Exploration for Physicians of the Mature Minor Doctrine”. *The Journal of Pediatrics* 119/4 (01 Ekim 1991), 520-525. https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)82398-4

Simavi, Bedreddin. *Camiu'l-Fusuleyn: Yargılama Usulüne Dair*. ed. Hacı Yunus Apaydın. çev. M.Selim Aslan-vd. Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2012.

Singer, Peter. *Pratical Ethics*. Cambridge University Press, 3. Basım, 2011.

Singer, Peter. *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. Oxford, New York: Oxford University Press, 1995.

Smets, Tinne vd. "The Medical Practice of Euthanasia in Belgium and the Netherlands: Legal Notification, Control and Evaluation Procedures". *Health Policy* 90/2-3 (Mayıs 2009), 181-187. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.003

Spagnolo, Antonio G. - Giglio, Francesca. "Pediatric Euthanasia in Belgium: Some Ethical Considerations". *Journal of Medicine and the Person* 12 (01 Aralık 2014). https://doi.org/10.1007/s12682-014-0189-y

Şâtıbî, Ebû İshâk İbrâhîm b. Mûsâ b. Muhammed el-Lahmî eş-. *el-Muvâfakât*. thk. Ebû Ubeyde Meşhûr b. Hasan Âl-i Süleyman. 7 Cilt. y.y.: Dâr İbn Affân, 1997.

Şentürk, Recep. *İsmet Âdemiyetledir Haklarımız Varoluşumuzdandır*. İbn Haldun Üniversitesi Yayınları, 2019.

Thomasma, David C. vd. *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Springer Science & Business Media, 2008.

Toksoy, Hayri B. vd. "Bir Lesch Nyhan Sendromu Olgusu". *Türk Pediatri Arşivi* 28/4 (01 Aralık 1993).

Tooley, Michael. "Abortion and Infanticide". *Philosophy & Public Affairs* 2/1 (1972). https://philpapers.org/rec/TOOAAI

Traynor, Ian. "Belgian Law on Euthanasia for Children, with No Age Limit, Will Be First in World". *The Guardian* (12 Şubat 2014), blm. World news. https://www.theguardian.com/world/2014/feb/12/belgium-legalise-euthanasia-children-age-limit

Uzunpostalcı, Mustafa. "İslam Hukukunda Şahsiyet ve Hakiki Şahıs". *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi* 7 (Nisan 2006), 55-88.

Üsrûşenî, Ebü'l-Feth Mecdüddin Muhammed b. el-Hüseyin b. Ahmed el-. *Câmiʿu Ahkâmi's-Sığār*. thk. Osmânhân Tîmûrhân Alîmof - Müslim Rızkî Atâ'. Taşkent: Darü'ş-Şarki li'n-Neşr ve't-Tabâa, 2013.

Van Delden, Johannes J. M. vd. "The Remmelink Study Two Years Later". *The Hastings Center Report* 23/6 (Kasım 1993), 24. https://doi.org/10.2307/3562919

Van der Burg, Wibren. "The Slippery Slope Argument". *Ethics* 102/1 (1991), 42-65.

Van der Westhuizen, C. S. *The Legal Protection of Premature and Critically Ill Neonates: Can South Africa Learn from the Netherlands?* (SSRN Scholarly Paper, 01 Mayıs 2017). Social Science Research Network. Erişim 13 Ocak 2024. https://papers.ssrn.com/abstract=3080949

Verhagen, A. A. E. Eduard - Sauer, P. J. J. "End-of-Life Decisions in Newborns: An Approach from The Netherlands". *Pediatrics* 116/3 (Eylül 2005), 736-739. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0014

Verhagen, A. A. Eduard. "Neonatal Euthanasia: Lessons from the Groningen Protocol". *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 19/5 (Ekim 2014), 296-299. https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.08.002

Verhagen, A. A. Eduard. "The Groningen Protocol for Newborn Euthanasia; Which Way Did the Slippery Slope Tilt?" *Journal of Medical Ethics* 39/5 (Mayıs 2013), 293-295. https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101402

Verhagen, A.A.Eduard - Sauer, Pieter J. J. "The Groningen Protocol Euthanasia in Severely Ill Newborns". *The New England Journal of Medicine* 352/10 (10 Mart 2005), 959-962. https://doi.org/10.1056/NEJMp058026

Vermeersch, Etienne. "The Belgian Law on Euthanasia The Historical and Ethical Background". *Acta Chirurgica Belgica* 102/6 (01 Ocak 2002), 394-397. https://doi.org/10.1080/00015458.2002.11679341

Wear, Stephen. "Sanctity of Life and Human Dignity at the Bedside". *Sanctity of Life and Human Dignity*. 57-71. Springer, Dordrecht, 1996. https://doi.org/10.1007/978-94-009-1590-9_4

Weithorn, Lois A. “When Does a Minor’s Legal Competence to Make Health Care Decisions Matter?” *Pediatrics* 146/1 (Ağustos 2020), 25-32. https://doi.org/10.1542/peds.2020-0818G

Wickline, Mary A. “Physician-Assisted Death: What Everyone Needs to Know”. *Journal of the Medical Library Association* 106/3 (Temmuz 2018), 397-398. https://doi.org/10.5195/jmla.2018.463

Wijngaarden, Els J. van vd. “Till Death Do Us Part: The Lived Experience of an Elderly Couple Who Chose to End Their Lives by Spousal Self-Euthanasia”. *The Gerontologist* 56/6 (01 Aralık 2016), 1062-1071. https://doi.org/10.1093/geront/gnv060

Wiliams, Zach. “When the Physician Says You Have to Get the Shot, but Mommy Says No: The Cases of Taige Mueller and Daniel Hauser, And How the State May Force Parents to Accept Unwanted Medical Treatment for Their Children”. *Indiana Health Law Review* 8/199 (2011), 199-227.

Will, Jonathan F. “My God My Choice: The Mature Minor Doctrine and Adolescent Refusal of Life-Saving or Sustaining Medical Treatment Based upon Religious Beliefs”. *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 22 (2006 2005), 233-299.

Yağız, Sevim. *Hollanda ve Belçika’da Pediatrik Hastalara Aktif Ötanazi Uygulamaları ve Doğurduğu Etik Tartışmalar*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 209M.S.

Yıldız, Kemal. *İslam Sorumluluk Hukuku: Akit Dışı Sorumluluk*. İstanbul: Hacegan Akademi Kitaplığı, 2005.

Yiğit, Yaşar. *Yaşam-Ölüm Sarmalında Ötanazi*. Ankara: Eskiyeni Yayınları, 2024.

İNTERNET SİTELERİ

BBC News Türkçe. “8 aylık bebek Charlie, mahkeme kararıyla yaşam destek ünitesinden çekilecek”. Erişim 04 Haziran 2025. https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-39569654

Euronews. “Belçika’da İlk Kez Reşit Olmayan Bir Kişiye Ötanazi Uygulandı”. 17 Eylül 2016. Erişim 04 Nisan 2024. https://tr.euronews.com/2016/09/17/belcika-da-ilk-kez-resit-olmayan-bir-kisinin-talebi-uzerine-otanazi-ile-olumunu

المجلس الأوروبي للإفتاء والبحوث. “Euthanasia”. 07 Kasım 2018. Erişim 12 Haziran 2025. https://www.e-cfr.org/blog/2018/11/07/%d9%82%d8%aa%d9%84-%d8%a7%d9%84%d9%85%d8%b1%d8%ad%d9%85%d8%a9-euthanasia/

“Euthanasia for Sick Children in Belgium”. haz. PlayGround Stories. Yayın Tarihi 18 Eylül 2016. https://www.youtube.com/watch?v=NvKAopaxGx0

i-fiqh.islam.gov. “Hukum Eutanasia Mercy Killing”. Erişim 15 Haziran 2025. https://i-fiqh.islam.gov.my/index.php?ef=ZmF0d2FfcGFuZGFuZ2FuX2h1a3VtfCRONGszIQ==#

Karârâtu Mecmai’l-Fikhiyyu’l-İslâmî li Râbıta el-Âlem el-İslâmî. Mekke: Rabitat’-ül-Alem’il-İslâmî, ts. Erişim 15 Ekim 2019

Kur’ân Yolu. Erişim 16 Nisan 2018. https://kuran.diyanet.gov.tr

Islamic Fıqh Academy India. “Medical Issues/ Death, when it is to be declared & Artificial Respiratory Apparatus/ Euthanasia – What the Shariah Enjoins”. Erişim 18 Haziran 2025. https://www.ifa-india.org/juristic-decisions/medical-issues.html

“Misâku’l-İslâmil-Âlemî li’l-Ahlâkiyyâti’t-Tıbbiye ve’s-Sıhhiye / Islamic Code of Ethics”. el-Munazzama el-İslamiyye li’l-Ulum et-Tıbbiye/IOMS, 1981.

Din İşleri Yüksek Kurulu. “Ötanazi Caiz Midir?” Erişim 23 Haziran 2025. https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/992/otanazi-caiz-midir

“Parents Allow Child to Make Life or Death Decision”. haz. CNN. Yayın Tarihi 04 Kasım 2015. https://www.youtube.com/watch?v=LIbwYaOcGxg

“Rüşd”. *el- Mevsû‘atü’l-fıkhiyye el-Kuveytiyye*. C. 22. Mısır: Dârü’s-Safve, ts.

“Tafida Raqeeb: Brain-Damaged Girl in High Court Case out of Intensive Care” (10 Ocak 2020). https://www.bbc.com/news/uk-england-london-51055153

Tavsiyât el-Munazzama el-İslamiyye li'l-Ulum et-Tıbbiye. Kuveyt: el-Munazzama el-İslamiyye li'l-Ulum et-Tıbbiye/IOMS, ts.

The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act, The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act. (2002).