

Dünya Hekimler Birliği

# Tıp Etiği Elkitabı



orvosi etika      éthique médicale      medizinische Ethik  
édicale      ética médica      医の倫理      الأخلاقيات الطبية  
medisinsk etikk      lékařský etika      醫療概念  
Læknisfræðileg siðfræði      medische ethiek  
medizinische Ethik      قیات الطبية  
medical ethics      Læknisfræðileg siðfræði      lääketiete  
Medyczna etyka      éthique méco  
אתיקה רפואית      医の倫理  
lékařský etika      orvosi etika      Læknisfræðileg  
medisinsk etikk      Medyczna  
ética médica      医の倫理      الأخلاقيات الطبية      אתיקה רפואית  
lääketieteen etiikka      醫療概念      medizinische Ethik



Bir yenidoğanı kucaklayan tıp öğrencisi  
© Roger Ball / CORBIS

Dünya Hekimler Birliği

# Tıp Etiği Elkitabı

Çeviri

Dr. Murat Civaner

© Dünya Hekimler Birliği – 2005

Her hakkı saklıdır. Kaynak belirtilerek ticari olmayan ve kişisel kullanım için 10 kopyaya kadar çoğaltılabilir. Her türlü elektronik ortamda saklama ve iletim için, hangi biçim ve amaçla olursa olsun, yazılı izin alınmalıdır. İzin için, World Medical Association, B.P.63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France, [wma@wma.net](mailto:wma@wma.net) ve +33.450 40 59 37 faks numarası kullanılabilir.

Bu elkitabı, Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi'nin bir yayınıdır. DHB Etik Direktörü John R. Williams tarafından yazılmıştır. Açık biçimde belirtilmedikçe, içeriğinin DHB politikalarını yansıttığı düşünülmemelidir.

Kitabın çeviri, baskı ve dağıtım hakları, World Medical Association, Inc., John R. Williams, Ph.D., Director of Ethics imzasıyla, 1 Ağustos 2005 tarihinde Türk Tabipleri Birliği'ne verilmiş, kitabın çevirisi Dr.Murat Civaner tarafından yapılmıştır. Çevirideki herhangi bir hatadan DHB sorumlu değildir.

ISBN -

# İÇİNDEKİLER

<b>Bilgilendirmeler .....</b>	<b>4</b>
<b>Çevirenin Notu.....</b>	<b>5</b>
<b>Önsöz .....</b>	<b>7</b>
<b>Giriş .....</b>	<b>9</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tıp etiği nedir?</li> <li>• Neden tıp etiği öğrenmeli?</li> <li>• Tıp etiği, tıp mesleği, insan hakları ve hukuk</li> <li>• Sonuç</li> </ul>	
<b>Bölüm Bir – Tıp Etiğinin İlkesel Özellikleri.....</b>	<b>16</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenim hedefleri</li> <li>• Tıbbın özgünlüğü</li> <li>• Tıp etiğinin özgünlüğü</li> <li>• Neyin ahlaki olduğuna kim karar verir?</li> <li>• Tıp etiği değişir mi?</li> <li>• Tıp etiği bir ülkeden diğerine değişkenlik gösterir mi?</li> <li>• DHB'nin rolü</li> <li>• DHB neyin ahlaki olduğuna nasıl karar verir?</li> <li>• Bireyler neyin ahlaki olduğuna nasıl karar verir?</li> <li>• Sonuç</li> </ul>	
<b>Bölüm İki – Hekimler ve Hastalar .....</b>	<b>34</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenim hedefleri</li> <li>• Olgu çalışması</li> <li>• Hasta-hekim ilişkisinin özgün yanları nelerdir?</li> <li>• Saygılı davranma ve eşit hizmet sunma</li> <li>• İletişim ve onam</li> <li>• Karar verme yeterliği bulunmayan hasta için karar verme</li> </ul>	

- Mesleki gizlilik
- Yaşamın başlangıcına ilişkin konular
- Yaşamın son dönemine ilişkin konular
- Olgu çalışmasına dönüş

## **Bölüm Üç – Hekimler ve Toplum..... 60**

- Öğrenim hedefleri
- Olgu çalışması
- Hekim-toplum ilişkisinin özgün yanları nelerdir?
- Çifte bağlılık
- Kaynakların dağıtımı
- Halk sağlığı
- Dünya ölçeğinde sağlık
- Olgu çalışmasına dönüş

## **Bölüm Dört – Hekimler ve Meslektaşları ..... 78**

- Öğrenim hedefleri
- Olgu çalışması
- Tıbbi yetkenin sorgulanması
- Meslektaşlar, öğretmenler ve öğrenciler ile ilişkiler
- Hatalı veya meslek ahlakına aykırı uygulamaların bildirim
- Diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler
- İşbirliği
- Çatışmaların çözülmesi
- Olgu çalışmasına dönüş

## **Bölüm Beş – Tıbbi Araştırmalar ..... 92**

- Öğrenim hedefleri
- Olgu çalışması
- Tıbbi araştırmanın önemi
- Tıbbi uygulamada araştırma
- Ahlaki gereklilikler

- Araştırma etik kurulu onayı
- Bilimsel yararlılık
- Toplumsal değer
- Riskler ve yararlar
- Aydınlatılmış onam
- Gizliliğin sağlanması
- Rollerin çatışması
- Sonuçların dürüstçe açıklanması
- Bildirimde bulunma
- Çözülme konuları
- Olgu çalışmasına dönüş

## **Bölüm Altı – Sonuç..... 108**

- Hekimlerin sorumlulukları ve ayrıcalıkları
- Hekimin kendisine karşı sorumlulukları
- Tıp etiğinin geleceği

## **Ek.A - Sözlük (kitaptaki *italik* sözcükleri içerir).....115**

## **Ek.B – İnternetteki Tıp Etiği Kaynakları.....118**

## **Ek.C – Dünya Hekimler Birliği: Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi Önergesi ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu: Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme için Standartlar ..... 120**

## **Ek.D – Tıp Fakültelerinde Etik Eğitiminin Güçlendirilmesi..... 122**

## **Ek.E – Ek Olgu Çalışmaları ..... 124**

## **Ek.F – Kitapta Yer Alan Tıp Etiği Terimleri ve Çeviride Kullanılan Karşılıklar..... 129**

## BİLGİLENDİRMELER

DHB Etik Birimi, bu kitabın taslakları üzerine yaptıkları geniş ve özenli yorumlar için aşağıda ismi bulunan kişilere teşekkür borçludur:

*Prof. Solly Benatar*, University of Cape Town, Güney Afrika

*Prof. Kenneth Boyd*, University of Edinburgh, İskoçya

*Dr. Annette J.Braunack-Mayer*, University of Adelaide, Avustralya

*Dr. Robert Carlson*, University of Edinburgh, İskoçya

*Mr. Sev Fluss*, DHB ve CIOMS, İsviçre

*Prof. Eugenijus Gefenas*, University of Vilnius, Litvanya

*Dr. Delon Human*, DHB, Ferney-Voltaire, Fransa

*Dr. Girish Bobby Kapur*, George Washington University, ABD

*Prof. Nuala Kenny*, Dalhousie University, Kanada

*Prof. Cherly Cox Macpherson*, St.George's University, Grenada

*Ms. Mareike Moeller*, Medizinische Hochschule Hannover, Almanya

*Prof. Ferenc Oberfrank*, Macaristan Bilimler Akademisi, Macaristan

*Mr. Atif Rahman*, Khyber Medical College, Peshawar, Pakistan

*Mr. Mohamed Swailem*, Banha Faculty of Medicine, Mısır, ve kendisine yardım eden 10 öğrencisi



## ÇEVİRENİN NOTU

Çeviride iki türlü sıkıntı yaşadım. Biri, başka dillerin sözcüklerinin dilimizde tam karşılığının bulunmaması. Bu sorun hem İngilizce'den çeviri yaparken, hem de günlük dilde kullandığımız Arapça ve Farsça sözcükler söz konusu olduğunda ortaya çıktı. İngilizce sözcükleri çevirirken ya anlama en yakın olduğunu düşündüğüm sözcüğü seçtim, ya da sıklıkla, anlam saptırmama kaygısıyla ya da özel bir deyim olduğu için, o sözcüğün anlamını birkaç sözcükle vermeye çalıştım (Örneğin, “accountability” sözcüğünün anlamını daha iyi verebilmek için, “hesap verebilirlik” yerine, “(birine karşı) sorumlu olma” sözcüklerini seçtim. “Whistle-blower” sözcüğü içinse “bildirimde bulunan” sözcüklerini kullandım). Dilimize yerleşmiş bulunan Arapça ve Farsça sözcüklerde, yaygın kabul gördüğünü ya da en azından sık kullanılsa da anlaşıldığını sandığım Türkçe karşılıklara yer verdim. Ancak Arapça ya da Farsça anlamını tam olarak karşılamayan Türkçe sözcükleri kullanmamayı seçtim (Örneğin “just” sözcüğü için “adil” karşılığını kullandım).

Diğer sorun ise, tıp etiğiyle ilgili. Bu yeni alan kendi dilini hem felsefeden hem uygulamadan alarak yaratıyor, ayrıca yeni sözcükler de (t)üretiyor. O nedenle daha önce dilimize hiç çevrilmemiş sözcüklerle karşılaşılıyor ve her karşılaşan farklı bir sözcüğü uygun bulabiliyor. Yeni bir alan için doğal olsa gerek; terminoloji zamanla yerine oturacaktır. Bu anlamda katkısı olması için kitabın sonuna, kitapta yer alan tıp etiği terimlerini ve kullandığım karşılıkları içeren küçük bir liste ekledim.

Çeviriyle ilgili bu açıklamayı gerekli buldum. Çünkü kendisi küçük, ancak kapsamı ve yayımlayan kurumun kapsayıcılığı bu ölçüde büyük bir kitap, bilebildiğim kadarıyla ilk kez dilimize çevriliyor. Elbette becerilerimle sınırlı olarak...

Son olarak, bu elkitabının dilimize çevrilmesi için çaba gösteren,

çevirisini yapmam için öneride bulunan ve eleştirileriyle çeviriyi daha anlaşılır kılan Dr. Eriş Bilaloğlu ile Dr. Harun Balcıoğlu'na ve çeviri için beni yüreklendiren Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Füsun Sayek'e teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Dr. Murat Civaner

Ankara, 2006

# ÖNSÖZ

*Dr.Delon Human*

*Dünya Hekimler Birliği Genel Sekreteri*

Hipokrat gibi tıp etiği kurucularının çalışmaları yayımlanalı 2000 yıldan fazla bir zaman geçmiş olmasına karşın, şu ana kadar tıp mesleğinin temel, evrensel olarak kullanılan bir tıp etiği eğitim programına sahip olmaması şaşırtıcıdır. Bu ilk DHB etik elkitabı bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Size bunu sunuyor olmak ne büyük bir ayrıcalık!

Elkitabının çıkış noktası, 1999'daki 51. Dünya Hekimler Toplantısı'na kadar uzanıyor. Dünyanın her tarafındaki hekim birliklerini temsilen orada toplanan hekimler, “dünyadaki tüm tıp fakültelerine, tıp etiği ve insan hakları eğitiminin programlarına zorunlu ders olarak eklemelerini önemle önermeye” karar verdiler. Bu karara paralel olarak, tüm tıp öğrencileri ve *hekimler* için tıp etiği konusunda temel eğitim yardımı geliştirmek üzere bir süreç başladı. Elkitabı bu nedenle, DHB Etik Birimi'nce yönlendirilen ve eşgüdümü sağlanan kapsamlı bir gelişim ve danışma sürecinin ürünüdür.

Modern sağlık hizmetleri, karmaşık ve çok boyutlu etik ikilemlerin doğmasına yol açmıştır. Hekimler bu ikilemleri yetkin biçimde çözümlmek için çoğunlukla hazırlıksızdır. Bu yayın, özellikle hekimlerin etik anlayışlarını ve uygulamalarını güçlendirmek ve bu ikilemlere ahlaki çözümler sağlayacak araçlar sunmak üzere yapılandırılmıştır. Bir “doğrular ve yanlışlar listesi” değil, sağlam ve ahlaki kararlar verebilmek için temel olan duyarlı bir bilinç geliştirme girişimidir. Kitapta bu amaçla, bireysel etik düşünmeyi ve ekip ortamında tartışmayı geliştiren birçok olgu çalışmasına yer verilmiştir.

Hekimler olarak, hasta-hekim ilişkisinin ayrıcalığının ne anlama geldiğini biliyoruz; etik değerler ve güven çerçevesinde bilimsel bilgi aktarımı ve hizmet sunumunu kolaylaştıran eşsiz bir ilişki. Elkitabı, hekimin katıldığı farklı ilişkilere göre yapılandırıldı, ancak temelinde daima hasta-hekim ilişkisi bulunuyor. Son zamanlarda bu ilişki kaynak kısıtlılıkları ve diğer etmenler nedeniyle baskı altına girmiştir ve elkitabı bu bağı etik uygulamalarla güçlendirme gerekliliğini vurgulamaktadır.

Son söz, tıp etiğindeki herhangi bir tartışmada hastanın merkezi rolü üzerine. Birçok hekim birliği kuruluş bildirgelerinde, hizmete ilişkin herhangi bir karar verirken, hasta için en iyi olanın her zaman ilk düşünülmesi gereken şey olduğunu belirtmektedir. Bu kitap tıp öğrencileri ve hekimlerin, günlük yaşamda karşılaştığımız etik sorunlarla uğraşmalarına ve **ÖNCE HASTA**yı dikkate alan etkin çözümler bulmalarına yardım edebilirse amacına ulaşmış olacaktır.

# GİRİŞ

## TIP ETİĞİ NEDİR?

Aşağıda yer alan, herhangi bir ülkede yaşanabilecek tıbbi olgulara göz atalım:

1. Deneyimli ve yetenekli bir cerrah olan Dr.P, orta büyüklükteki bir devlet hastanesinde gece nöbetini bitirmek üzeredir. Genç bir kadın annesi tarafından hastaneye getirilir ve hastanın annesi diğer çocuklarına bakması gerektiğini söyleyerek hemen hastaneden ayrılır. Hastanın vajinal kanaması vardır ve çok ağrı çekmektedir. Dr.P hastayı muayene eder ve spontan abortus oluştuğuna karar verir. Hızla dilatasyon ve küretaj uygular ve hemşireden hastaya, güvenle taburcu edilene dek hastanede yatmaya maddi olanaklarının yetip yetmeyeceğini sormasını ister. Dr.P hastayla konuşmadan evine gider ve yerine Dr.R gelir.
2. Dr.S, bir hekime gittikten sonra aynı hafif rahatsızlık için bir de kendisine başvuran hastalardan giderek usanmaya başlamıştır. Bu durumun kaynakları boşa harcadığını ve hastaların sağlığı için olumsuz etki yarattığını düşünmektedir. Hastalara, eğer aynı rahatsızlık için başka hekimlere başvurmaya devam ederlerse kendilerine hizmet sunmayacağını söylemeye karar verir. Ayrıca ulusal hekim birliğine başvurarak sağlık hizmeti kaynaklarının bu biçimde harcanmasının önlenmesi için hükümetle görüşmelerini istemeyi düşünür.
3. Bir şehir hastanesinde yeni işe başlayan *anestezist*<sup>1</sup> Dr.C, yaşlıca bir cerrahın ameliyathanedeki uygulamalarından rahatsız olmuştur. Cerrah artık eskimiş teknikler kullanmakta, bu teknikler ameliyatın uzamasına, ameliyat sonrası ağrının ve iyileşme süresinin uzamasına neden olmaktadır. Dahası,

<sup>1</sup> İtalik yazılan sözcükler, Ek.A'daki sözlükte tanımlanmıştır.

hekim hastalar hakkında kaba şakalar yapmakta, bu da ekipteki hemşireleri açıkça rahatsız etmektedir. Daha genç bir ekip üyesi olan Dr.C cerrahı kişisel olarak eleştirmeye ya da durumu üst yetkililere bildirmeye çekinir. Ancak durumu düzeltmek için birşeyler yapması gerektiğini de hissetmektedir.

4. Küçük bir kasaba sağlık ocağında çalışan pratisyen hekim Dr.R'ye, bir araştırma şirketi (contract research organization - C.R.O) tarafından osteoartrit için kullanılacak yeni bir non-steroidal anti-inflamatuvar ilacın klinik denemelerine katılma önerisinde bulunulur. Araştırmaya katacağı her hasta için hekime yüklü bir miktar para ödenecektir. Şirket temsilcisi araştırmanın, araştırma etik kurulunu da içerecek biçimde gerekli her onayı aldığı konusunda güvence verir. Dr.R daha önce bir araştırmaya katılmamıştır ve özellikle de para kazanacağı için öneriyi memnunlukla karşılamıştır. Çalışmanın bilimsel veya etik boyutlarını daha fazla sorgulamadan şirketin önerisini kabul eder.

Bu olguların her biri etik açıdan sorgulanabilir özelliklere sahiptir. Diyabeti nasıl tedavi etmek gerektiği ya da by-pass ameliyatını nasıl uygulamak gerektiği gibi bilimsel ya da teknik sorular değil, *hekimin davranışı* ve *karar verme süreci* hakkında, *değerler*, haklar ve sorumluluklar hakkında sorular içermektedir. Hekimler bu türden sorularla, bilimsel ya da teknik sorularla olduğu kadar sık karşılaşır.

Uzmanlık alanı ya da çalışma ortamı ne olursa olsun, tıbbi uygulamalarda bazı soruları yanıtlamak diğerlerine göre daha kolaydır. Basit bir kırığı onarmak ya da yüzeysel bir laserasyona sütür atmak, bu tür işlemlere alışkın olan hekimler için oldukça az sorun yaratır. Yelpazenin diğer ucunda ise, tüberküloz ve hipertansiyon gibi yaygın olanları da içeren bazı hastalıkları nasıl tedavi etmek gerektiği konusundaki büyük belirsizlikler veya anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Bunun gibi tıptaki etik sorular da eşit derecede

sorun yaratmaz. Bazılarını yanıtlamak görece kolaydır, çünkü bazı durumlarda nasıl davranılması gerektiği üzerine iyi yapılandırılmış ve *yaygın kabul* görmüş bir eylem seçeneği bulunur (örneğin, hekim hastayı araştırmaya katmak için her zaman aydınlatılmış onamını almalıdır). Ancak bazılarının çözümü, özellikle geniş kabul görmüş bir tutum söz konusu değilse ya da tüm seçenekler sorunlu ise, çok daha güçtür (örneğin, kısıtlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtılması).

Etik tam olarak nedir ve bu tür sorularla uğraşan hekimlere nasıl yardımcı olur? Basitçe etik, ahlak konusunda, geçmiş, şu an ve geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde düşünülmesi ve çözümlenmesi ile uğraşır. Ahlak insanların karar ve eylemlerinin

“...etik, ahlak konusunda, geçmiş, şu an ve geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde düşünülmesi ve çözümlenmesi ile uğraşır.”

değersel boyutudur. Ahlakın dili ‘haklar’, ‘sorumluluklar’ ve ‘erdemler’ gibi isimler ve ‘iyi’ ve ‘kötü’, ‘doğru’ ve ‘yanlış’, ‘adil’ ve ‘adil olmayan’ gibi sıfatlar içerir. Bu tanımlamalara göre etik birincil olarak **bilmekle** ilgiliyken, ahlak **yapmakla** ilgilidir. Aradaki ilişki, etiğin, insanların belli bir yönde karar vermesi veya eylemesi için akla yatkın bir ölçüt sağlamaya çalışmasıyla kurulur.

Etik insan eylemi ve kararlarının tüm boyutlarıyla uğraştığı için, birçok alt dalı olan çok geniş ve karmaşık çalışma alanıdır. Bu elkitabı, etiğin, tıbbi uygulamalardaki ahlaki sorunlarla uğraşan dalı olan **tıp etiğine** odaklanmaktadır. Tıp etiği *biyoetik*le yakından ilişkilidir, ancak eşanlımlı değildir. Tıp etiği birincil olarak tıp uygulamalarından kaynaklanan konulara odaklanırken, biyoetik, daha genel olarak biyolojik bilimlerin gelişmesiyle ortaya çıkan ahlaki sorunlarla ilgilenen çok geniş bir konudur. Biyoetik tıp etiğinden ayrıca, Bölüm İki’de göreceğimiz gibi, tıp etiğinde temel olan belli geleneksel değerlerin kabul edilmesini gerektirmemesi ile de ayrılır.

Bir akademik disiplin olarak tıp etiği, felsefeden ödünç alınan birçok sözcüğü de kapsayan kendi özgün sözcük dağarcığını geliştirmiştir. Bu elkitabı, okurlarının felsefeye yakınlıkları olmadığını varsaymakta ve bu nedenle metin içinde veya elkitabının ekinde bulunan sözlükte anahtar sözcüklerin tanımlarına yer vermektedir (Ek.A).

## NEDEN TIP ETİĞİ ÖĞRENELİ?

“Hekim bilgili ve becerikli bir klinisyen olduğu sürece etik önemsizdir.”

“Etik aile içinde öğrenilir, tıp fakültesinde değil.”

“Tıp etiği kitaplardan ya da derslerden değil, deneyimli hekimlerin nasıl davrandığı gözlemlenerek öğrenilir.”

“Etik önemlidir, ancak eğitim programımız şu haliyle zaten oldukça yoğun ve etik eğitimi için yer yok.”

Bunlar, tıp eğitiminde etiğe önemli bir yer vermemek için ileri sürülen yaygın nedenlerdir. Her biri kısmen, ama sadece kısmen geçerlidir. Dünyadaki tüm tıp fakülteleri giderek artan bir biçimde, öğrencilerinin etik öğrenimi için yeterli zaman ve kaynak sağlamaları gerektiğinin ayırına varıyorlar. Dünya Hekimler Birliği (DHB) ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu gibi örgütlerden bu yönde hareket etmeleri için güçlü bir destek alıyorlar (Ek.C).

Tıp eğitiminde etiğin önemi bu elkitabında açıkça ortaya konulmaktadır. Özetle, etik tıp uygulamasının temel bir parçasıdır ve öyle de kalacaktır. Kişilere saygı, aydınlatılmış onam, mesleki gizlilik gibi etik ilkeler hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Bununla beraber, hekimler, hastalar, hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanları belli bir durumda doğru davranışın ne olduğunda anlaşamayabilecekleri için bu ilkelerin yaşama geçirilmesinde



sıklıkla sorun yaşanır. Etik öğrenimi öğrenciyi, güç durumları tanınması ve sorunlarla akla yatkın ve ilkeli bir biçimde uğraşabilmesi için hazırlar. Etik ayrıca, hekimlerin toplumla ve meslektaşları ile etkileşimi ve tıbbi araştırmaların yürütülmesi açısından da önemlidir.

“Etik öğrenimi öğrenciyi, güç durumları tanınması ve sorunlarla akla yatkın ve ilkeli bir biçimde uğraşabilmesi için hazırlar.”

## TIP ETİĞİ, TIP MESLEĞİ, İNSAN HAKLARI VE HUKUK

Bölüm Bir’de görüleceği gibi etik, en azından tıp etiğinin kurucusu sayılan Yunanlı hekim Hipokrat zamanından beri (M.Ö. 5. yüzyıl) tıbbın bir parçasıdır. Hekimlerin hastalarının yararını kendi çıkarlarının üzerinde tutacaklarına ilişkin topluma söz verdikleri bir **meslek** olarak tıp kavramı, Hipokrat’a dayanır (ayrıntılı açıklama için bkz. Bölüm Üç). Etik ve mesleğin yapısı arasındaki yakın ilişki, elkitabında daima ön planda olacaktır.

Son zamanlarda tıp etiği, **insan hakları**ndaki gelişmelerden büyük ölçüde etkilenmiştir. Birçok ahlaki geleneğe sahip **çoğulcu** ve çokkültürlü bir dünyada uluslararası insan hakları antlaşmaları, tıp etiği için ulusal ve kültürel sınırların ötesinde kabul edilebilir bir temel sağlayabilir. Dahası, hekimler zorunlu göç ya da işkence gibi insan hakları ihlallerinden kaynaklanan sağlık sorunları ile uğraşmak durumunda kalabilirler. Ayrıca sağlık hizmeti almanın bir insan hakkı olup olmadığı tartışmasından oldukça etkilenirler; çünkü bu soruya her ülkede verilen yanıt kimin sağlık hizmetine erişebileceğini büyük çapta belirler. Bu elkitabı tıp uygulamasını etkilediği ölçüde insan hakları konularına özenle yer verecektir.

Tıp etiği ayrıca **hukukla** da yakın ilişkilidir. Birçok ülkede hekimlerin sağlık hizmeti sunumu ve bilimsel araştırmalarda ortaya çıkan etik sorunlarda nasıl davranmaları gerektiğini belirleyen özgün yasal düzenlemeler vardır. Ek olarak, çalışma izni veren ve düzenleyici

kurumlar meslek ahlakına ilişkin düzenlemelere aykırı davranmak nedeniyle hekimleri cezalandırabilir. Ancak etik ve hukuk aynı değildir. Etik sıklıkla yasalardan daha yüksek tutum standartları belirler ve ender de olsa hekimlerin, ahlaki olmayan eylemlerde bulunmalarını isteyen yasal düzenlemelere

uymamalarını gerektirir. Ayrıca yasalar ülkeden ülkeye önemli biçimde farklılık gösterebilirken, etik tüm ülkeler için geçerli değerlere kaynaklık edebilir. Bu nedenle bu elkitabı hukuktan çok etik üzerinedir.

**“Sıklıkla etik, yasalardan daha yüksek eylem standartları belirler ve nadiren de olsa etik, hekimlerin, ahlaki olmayan eylemlerde bulunmalarını isteyen yasal düzenlemelere uymamalarını gerektirir.”**

## SONUÇ

Tıp hem bir bilim, hem de bir sanattır. Bilim gözlemlenebilen ve ölçülebilenle uğraşır ve yetkin bir hekim hastalığın belirtilerini ve onu nasıl iyileştirebileceğini bilir. Ancak özellikle insanın bireyselliği, kültür, din, özgürlük, haklar ve sorumluluklar göze alındığında, bilimsel tıp sınırlılıklar içerir. Tıp sanatı, hiç biri bir diğerinin aynısı olmayan hastalar, aileler ve toplumlara tıp bilimleri ve teknolojisinin uygulanmasını içerir. Bireyler, aileler ve toplumlar arası farklılıkların büyük kısmı fizyolojik değildir ve etikle birlikte sanat ve toplum bilimleri bu farklılıkların tanınması ve dikkate alınması için temel bir rol oynarlar. Gerçekten de etik diğer disiplinlerin sağladığı veriler ve içgörü ile zenginleşir: Örneğin klinik bir ikilemin oyunlaştırılarak sunumu, etik çözümlene için olgunun basitçe tanımlanmasından çok daha güçlü bir etki sağlayacaktır.

Bu elkitabı tıp etiği ve onun temel konularının bazılarına sadece bir giriş niteliği taşımaktadır. Tıbbın etik boyutunu sürekli olarak göz önünde tutma gerekliliği ve özellikle mesleğinizi uygularken karşılaşacağınız etik sorunları nasıl çözümlenebileceğiniz üzerine bir değerlendirme sağlamak amaçlanmıştır. Bu alandaki bilginizi derinleştirmek için Ek.C'de yer verilen kaynaklar yardımcı olacaktır.

## BÖLÜM BİR – TIP ETİĞİNİN İLKESEL ÖZELLİKLERİ





## Öğrenim hedefleri

Bu bölümü okuduktan sonra,

- etiğin tıp için neden önemli olduğunu açıklayabiliyor,
- tıp etiğinin temel kaynaklarını tanımlayabiliyor,
- ahlaki karar verme yaklaşımlarını tanıyabiliyor olmalısınız.

## TIBBIN ÖZGÜNLÜĞÜ

Yazılı tarihin hemen hemen tümünde ve dünyanın hemen her yerinde, hekim olmanın özel bir anlamı vardır. İnsanlar en önemli gereksinimleri için, ağrıdan ve acıdan kurtulmak ve sağlıklarına yeniden kavuşmak için hekimlere başvururlar. Bedenlerinin en özel yerlerini görmelerine ve dokunmalarına izin verirler. Bunu yaparlar, çünkü hekimlerinin kendileri için en iyisini yapacağına güvenirler.

**“Birçok hekim, kendilerine eski zamanlardaki saygının gösterilmediğini hissetmektedir.**

Hekimlerin konumunun, ülkeden ülkeye, hatta bir ülke içinde bölgeden bölgeye farklılık gösterebilse de, genel olarak kötüleştiği söylenebilir. Birçok hekim, kendilerine eski zamanlardaki saygının

gösterilmediğini hissetmektedir. Bazı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin denetimi hekimlerden profesyonel yöneticilere ve bürokratlara geçmekte ve yöneticiler hekimleri sağlık reformlarının önünde bir engel olarak görebilmektedir. Eskiden hekimin söylediklerini sorgulamadan kabul eden hastalar, başka hekimlerden ya da internetten farklı görüşler edindiklerinde hekimin görüşünü savunmasını isteyebilmektedirler. Eskiden sadece hekimlerin yapabildiği bazı işlemler artık tıbbi teknikerler, hemşireler veya paramedikler tarafından yapılabilmektedir.

Hekimin konumunu etkileyen bu değişikliklere karşın, hizmete gereksinim duyan insanlar tıp mesleğine büyük *değer vermeye* devam etmektedirler. Ayrıca tıp mesleği en yetenekli, çalışkan ve kendini adanmış öğrenciler için çekiciliğini korumaya devam etmektedir. Hem hastaların hem de

**“Hem hastaların hem de öğrencilerin beklentilerini karşılayabilmek için hekimlerin, tıbbin temel değerlerini bilmesi ve örneklemesi gerekir.”**

öğrencilerin beklentilerini karşılayabilmek için hekimlerin, özellikle sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerklik gibi tıbbın temel değerlerini bilmesi ve örneklemesi gerekir. Temel insan haklarıyla birlikte ele alınması gereken bu değerler, tıp etiğinin temeli olarak hizmet ederler.

## TIP ETİĞİNİN ÖZGÜNLÜĞÜ

Sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerklik sadece tıba özgü değildir. Ancak hekimlerin bu değerleri, diğer mesleklerin üyelerinden çok daha fazla yansıtması beklenir.

Tıp uygulamasının temel özelliklerinden **sevecen yaklaşım**, başka birinin sıkıntısını anlamak ve onun için kaygılanmak biçiminde tanımlanmaktadır. Hekim hastanın sorunlarıyla uğraşabilmek için, hastadaki belirtileri ve altta yatan nedenleri saptamalı ve hastanın sıkıntısını gidermeyi istiyor olmalıdır. Hekimlerinin kendi kaygılarını anladığını ve hastalıklarını değil kendilerini tedavi<sup>2</sup> ettiğini algılayan hastalar, tedaviye daha iyi yanıt vermektedirler.

Hekimlerin mesleki **yeterlikleri** en üst düzeyde olmalıdır. Hekimin yeterli olmaması hastanın yaşamını yitirmesine ya da ciddi hastalıklara yol açabilir. Yeterliğin sağlanabilmesi için hekimler uzun bir eğitim sürecinden geçerler; ancak tıbbi bilginin hızlı gelişimi nedeniyle yeterliklerini sürekli olarak korumak zorundadırlar. Dahası, sadece bilimsel bilgi ve becerilerini değil, tıp uygulamalarındaki ve tıbbi çevreleyen toplumsal ve politik ortamdaki değişiklikler nedeniyle etik anlamda da bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek durumundadırlar.

**Özerklik**, ya da kişinin kendi kaderini belirlemesi, tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerindedir. Hekimler geleneksel olarak,

<sup>2</sup> Çevirenin notu: İngilizcedeki "treatment" sözcüğünün eski dildeki karşılığı "muamele"dir; ancak anlamı tam veren Türkçe bir sözcük bulamadım. Kitap boyunca "treatment" sözcüğünün karşılığı olarak "tedavi" sözcüğü kullanılmışsa da, bu sözcük sadece sağaltım hizmetleri anlamında değil, hekimden hastaya yönelen her türlü girişim ve tutumu kapsayacak biçimde anlaşılmalıdır.

hastalarını nasıl tedavi edeceklerine karar vermek anlamında bireysel bir özerkliğe sahiptirler. Hekimlik mesleği ise bir bütün olarak, tıp eğitimi ve tıp uygulamasının standartlarını belirlemekte özgürdür. Bu kitapçık boyunca açıkça görüleceği gibi, birçok ülkede

## DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ CENEVRE BİLDİRGESİ

Tıp mesleğinin bir üyesi olarak kabul edildiğim şu anda;

Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma tüm benliğimle söz veriyorum.

Öğretmenlerime hak ettikleri saygıyı göstereceğim ve minnettarlık duyacağım.

Mesleğimi vicdanımla ve insanlık onurunu gözeterek uygulayacağım.

Önceliğim her zaman hastamın sağlığı olacak.

Hasta yaşamını yitirse bile, öğrendiğim sırları açıklamayacağım.

Tıp mesleğinin yüce geleneklerini ve saygınlığını gücümün tüm olanaklarıyla koruyacağım.

Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağım.

Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel seçim ya da toplumsal konuma göre değerlendirmelerin görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim.

Bana gözdağı veriliyor olsa bile, insan yaşamına başlangıcından itibaren en yüksek saygıyı göstereceğim ve tıbbi bilgi ve becerimi insanlığa karşı kullanmayacağım.

Bu sözleri özgürce ve onurum üstüne veriyorum.



hekimlerin bu türden özerk uygulamalarına hükümetler ve diğerk yetkililer tarafından çeşitli sınırlamalar getirilmiştir. Buna karşın hekimler yine de klinik ve mesleki özerkliklerine değerk vermekte ve onu mümkün olduğunca korumaya çalışmaktadırlar. Aynı zamanda hastanın kendisini etkileyecek konularda son söz sahibi olması anlamına gelen hasta özerkliği, hekimler tarafından dünya çapında yaygın biçimde kabul görmüştür. Bu elkitabı hekim özerkliği ile hasta özerkliğine saygı arasındaki olası çatışmaların örneklerine de yer verecektir.

Sözü edilen bu üç temel değeri korumanın yanısıra tıp etiği, herkes için geçerli olan etikten, Dünya Hekimler Birliği'nin **Cenevre Bildirgesi** gibi topluma açıklanan ant metinleri veya bildirgelerle ayrılır. Antlar ve kurallar ülkeden ülkeye, hatta ülke içinde değışkenlik gösterebilir; ancak hekimin hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarının üstünde tutacağı, hastaları arasında ırk, din gibi özelliklere göre ayırım yapmayacağı, hastaya ait bilginin gizliliğini sağlayacağı ve gereksinim duyan herkese acil sağlık hizmeti sunacağına ilişkin sözler gibi birçok ortak yanlar içerir.

## NEYİN AHLAKİ OLDUĞUNA KİM KARAR VERİR?

Etik *çoğulcudur*. Bireyler neyin doğru neyin yanlış olduğu hakkında anlaşamayabilirler, hatta anlaştıklarında bile bu farklı nedenlerden olabilir. Bazı toplumlarda bu anlaşmazlıklar normal kabul edilir ve diğerklerinin haklarını çiğnemedikçe herkesin istediği gibi davranmakta özgür olduğu görüşü egemendir. Bununla birlikte, daha geleneksel toplumlarda ahlaki değerklerin üzerinde daha yaygın bir ortaklaşma ve kimi zaman yasalarca da desteklenen ve kişiyi belli bir yönde eylemeye zorlayan daha büyük bir toplumsal baskı vardır. Bu türden toplumlarda kültür ve din sıklıkla ahlaki davranışı belirleyen baskın etmendir. “Genel olarak insanlar için neyin ahlaki olduğuna kim karar verir” sorusunun yanıtı, bu nedenle toplumdan topluma ve hatta toplum içinde değışir. Bireyci toplumlarda bireyler, aileleri, arkadaşları, din, medya ve diğerk dış kaynaklardan etkileniyor olsalar

da, kendileri için neyin ahlaki olduğuna karar verme özgürlüğüne sahiptirler. Daha geleneksel toplumlarda ise aile ve yaşlılar, dini yetkililer ve politik liderler neyin ahlaki olduğunu belirlemede bireyden daha önemli bir role sahiptirler.

Bu farklılıklara karşın insanların büyük çoğunluğunun, Birleşmiş Milletler **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi** ile diğer yaygın kabul görmüş ve resmi olarak onaylanmış belgelerde yer alan temel insan hakları gibi bazı etik ilkeler üzerinde uzlaştığı görülmektedir. Yaşama hakkı, ayırım görmeme hakkı, işkence, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranışa uğramama, düşünme ve düşündüğünü açıklama özgürlüğü, bir ülkedeki kamu ve sağlık hizmetlerine eşit erişim gibi insan hakları tıp etiği için özellikle önemlidir.

Hekimler için “neyin ahlaki olduğuna kim karar verir” sorusu, son zamanlarda toplumun genelinden farklı bir yanıtla sahiptir. Yüzyıllar boyunca tıp mesleği üyeleri için kendi davranış standartlarını belirlemiş ve meslek ahlakı kurallarını çeşitli metinlerde belirtmiştir. DHB hekimler için yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerden bağımsız olarak geçerli olan ahlaki düzenlemeler geliştirmiştir. Dünyadaki ülkelerin çoğunun hekim birlikleri meslek ahlakı kuralları geliştirmiş ve uygulamaya konulması için çaba harcamıştır. O ülkenin tıp hukukuna nasıl yaklaştığına bağlı olarak bu kurallar yasal bir konuma erişebilmiştir.

Bununla beraber, tıp mesleğinin kendi ahlaki standartlarını belirleme ayrıcalığı mutlak değildir. Örneğin;

- Hekimler her zaman yaşadıkları ülkenin yasalarına uymak durumundadırlar ve kimi zaman bu yasalara uymadıkları için cezalandırılmışlardır.
- Bazı tıp örgütleri, tüm hekimler için geçerli olanların yanısıra üyelerine ek sorumluluklar yükleyen dini öğretilerden oldukça etkilenmektedir.

- Birçok ülkede hekimlerin davranışları için standartlar belirleyen ve hekimlerin bu standartlara uyumunu izleyen örgütler, artık önemli oranda hekim dışı üyelerle sahiptir.

Hekim birliklerinin meslek ahlakı düzenlemeleri doğası gereği geneldir; hekimin tıp uygulaması sırasında karşılaşılabileceği her duruma ilişkin bir düzenleme getirmez. Birçok durumda hekimler doğru eylemin ne olduğuna kendileri karar vermek zorundadır; ancak karar verme sürecinde diğer hekimlerin benzer durumlarda nasıl davrandıklarını bilmek yardımcı olur. Meslek ahlakı kuralları ve diğer düzenlemeler hekimlerin ne yönde eylemleri gerektiği üzerine genel bir uzlaşmayı yansıtır ve aksi yönde davranmak için çok iyi bir neden bulunmuyorsa bu düzenlemelere saygı gösterilmelidir.

“...karar verme sürecinde diğer hekimlerin benzer durumlarda nasıl davrandıklarını bilmek yardımcı olur.”

## TIP ETİĞİ DEĞİŞİR Mİ?

Tıp etiğinin bazı boyutlarının zaman içinde değiştiğine kuşku yoktur. Son zamanlara dek hekimler, hastalarını nasıl tedavi edeceklerini belirleme hakkına ve görevine sahiptiler; hastanın aydınlatılmış onamını alma zorunluluğu yoktu. Buna karşın DHB **Hasta Hakları Bildirgesi**'nin 1995 uyarlaması şu ifadeyle başlamaktadır: “Hekimlerin meslektaşlarıyla, hastalarıyla ve toplumun bütünü ile ilişkileri son zamanlarda anlamlı derecede değişikliğe uğramıştır. Bir hekimin her zaman vicdanına ve hasta için en iyi olana göre eylemesi gerekirken, aynı zamanda hasta özerkliği ve adalet ilkelerini güvence altına almak için çaba göstermesi de gerekmektedir.” Artık birçok birey sağlık hizmetine birincil olarak kendilerinin karar vereceğini düşünmekte ve hekimlerin rolünü danışmanlık olarak görmektedir. Bu anlayış evrensel olmamakla birlikte yayılmakta ve hekime öncekinden farklı ahlaki yükümlülükler getiren hasta-hekim ilişkisinin evriminin bir belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son zamanlara dek hekimler genel olarak sadece kendilerine, meslektaşlarına ve inananlar için Tanrı'ya *karşı sorumlu olduklarını* düşünürlerdi. Bugünlerde ek olarak, hastalarına, hastaneler, sağlık örgütlenmesinin çeşitli kurumları, çalışma izni veren düzenleyici yetkililer ve mahkemeler gibi üçüncü taraflara da açıklama yapmak sorumluluğu bulunmaktadır. Bu farklı sorumluluklar, hekimin Bölüm Üç'te ayrıntılı biçimde tartışılan çifte sorumluluklarında olduğu gibi birbirleri ile çatışabilir.

“...farklı sorumluluklar, birbirleri ile çatışabilir.”

Tıp etiği başka yönlerden de değişmiştir. Son zamanlara dek gebeliğin sonlandırılması yasaklanmıştı; ancak şimdi birçok ülkede belli koşullarda izin verilmektedir. Geleneksel tıp etiğine göre hekimin tek sorumluluğu hastasına karşı iken, günümüzde genel olarak hekimin, sınırlı kaynakların paylaşımında olduğu gibi toplumun gereksinimlerini de göz önüne alması gerektiği kabul edilmektedir.

Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler geleneksel tıp etiğince yanıtlanamayan sorular ortaya çıkarmaktadır. Hekimin katılımını gerektiren yardımcı üreme teknikleri, genetik, sağlık bilgi sistemleri, yaşam uzatma teknolojileri hastalara büyük yararlar sağlayabildikleri gibi, uygulamaya bağlı olarak zarar verme olasılığı da taşırlar. Hekim birlikleri, hekimlerin bu etkinliklerin hangisine ne koşullarda katılmaları gerektiğine karar vermelerine yardım etmek için, varolan meslek ahlakı düzenlemelerini işaret etmenin ötesinde farklı çözümlene yöntemleri kullanmalıdır.

Tıp etiğindeki bu belirgin değişime karşın, hekimler arasında tıbbın temel değerleri ve etik ilkelerinin değişmediği, en azından değişmemesi gerektiğine ilişkin yaygın bir uzlaşma bulunmaktadır. Hastalanmak kaçınılmaz olduğuna göre, insanlar sevecen, yeterli ve özerk hekimlere daima gereksinim duyacaklardır.

## TIP ETİĞİ BİR ÜLKEDEN DİĞERİNE DEĞİŞKENLİK GÖSTERİR Mİ?

Tıp etiği bilim ve teknolojinin yanısıra toplumsal değerlerin gelişimine yanıt olarak zamanla değişebildiği gibi, aynı etmenlere bağlı olarak ülkeden ülkeye de değişir. Örneğin ötanazi konusunda ulusal hekim birlikleri arasında anlamlı derecede farklı görüşler vardır. Bazı birlikler ötanaziyi yasaklarken, bazıları yansız kalmakta, Hollanda Kraliyet Hekimler Birliği ise belli koşullarda kabul edilebilir bulmaktadır. Bunun gibi, sağlık hizmetine erişim söz konusu olduğunda bazı ülkelerin hekim birlikleri tüm vatandaşlar için eşit erişimi desteklerken, diğerleri büyük eşitsizliklere hoşgörü ile yaklaşmaktadır. Bazı ülkelerde tıbbi teknolojinin ortaya çıkardığı etik sorunlara yoğun ilgi gösterilirken, bu türden teknolojilere sahip olmayan ülkelerde bu sorunlar gündemde değildir. Bazı ülkelerdeki hekimler hükümetlerinin kendilerini meslek ahlakına aykırı davranışa zorlamayacağından eminken, başka ülkelerdeki hekimler için, örneğin polis ya da ordunun “kuşkulu” yaralanmaların bildirilmesi istemleri karşısında mesleki gizlilik ilkesini korumak gibi ahlaki yükümlülüklerini yerine getirmek oldukça güç olabilmektedir.

Bu farklılıklar büyük görünse de, benzerlikler çok daha büyüktür. Tüm dünyada hekimler birçok ortak özelliğe sahiptir ve DHB gibi örgütlerde biraraya geldiklerinde, sıklıkla uzun tartışmalar gerektirse de etik konular üzerinde anlaşma sağlamayı başarırlar. Sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerklik gibi tıp etiğinin temel değerleri, hekimlerin tıp ve sağlık hizmetinin tüm boyutlarına ilişkin deneyim ve becerileriyle birlikte, etik konularını çözümlmek ve birey olarak hasta, genel olarak insanlar ve toplum sağlığı açısından en iyiyi sağlayacak çözüme ulaşmak için sağlam bir temel sunar.

### DHB'NİN ROLÜ

Ülkesi ve uzmanlığından bağımsız olarak tüm hekimleri temsil etmek iddiasında olan tek örgüt olduğundan, DHB tıp etiğinin tüm dünyada

uygulanabilecek genel standartlarını oluşturma rolünü üstlenmiştir. DHB 1947'deki kuruluşundan bu yana, Nazi Almanyasındaki hekimlerin uygulamalarının tekrarlanmaması için çalışmıştır. DHB'nin ilk görevi Hipokrat Andı'nı 20. yüzyılda kullanılabilecek hale getirmektir.

“...DHB tıp etiğinin tüm dünyada uygulanabilecek genel standartlarını oluşturma rolünü üstlenmiştir.”

Sonuçta, DHB'nin 2. Genel Oturum'unda kabul edilen **Cenevre Bildirgesi** ortaya çıktı. Günümüze dek, sonuncusu 1994'te olmak üzere birçok kez gözden geçirildi. İkinci iş, 1949'daki 3. Genel Oturum'da kabul edilen, 1968 ve 1983'te gözden geçirilen **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nın geliştirilmesiydi. Bu düzenleme halen güncellenmektedir. Sonraki iş ise, insanlar üzerinde yapılan araştırmalar için ahlaki kılavuzlar geliştirmektir. Bu süreç, ilk iki belgeden çok daha uzun sürdü; **Helsinki Bildirgesi** ancak 1964'te kabul edildi. Bu belge belli aralıklarla gözden geçirilmektedir.

Bu temel düzenlemelere ek olarak DHB, çoğu etik ile, diğerleri ise tıp eğitimi ve sağlık sistemleri gibi “sosyo-medikal” konularla ilgili 100'den fazla konu üzerinde görüş bildirmiştir. Her yıl DHB Genel Oturumu'nda bazı görüşler gözden geçirilir ve/veya yenileri kabul edilir.

## DHB NEYİN AHLAKİ OLDUĞUNA NASIL KARAR VERİR?

Tartışmalı etik konularda uluslararası anlaşma sağlamak, görece ortak görüşte bir grup olan hekimler arasında bile kolay bir görev değildir. DHB'nin yıllık oturumunda yeni ya da gözden geçirilmiş

“Tartışmalı etik konularda uluslararası anlaşma sağlamak kolay bir görev değildir.”

bir bildirgenin kabul edilmesi için oyların en az %75'inin olumlu olması koşulu aranmakta, böylece kararın bir uzlaşmayı yansıtmaya sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu derecede bir uzlaşma sağlamanın önkoşulu, taslak

bildirgelerin oluşum sürecinde geniş biçimde danışmanlık alınması, DHB Tıp Etiği Kurulu'nun ve bazen özel bir çalışma grubunun iletilen yorumları özenli biçimde dikkate alınması, oluşturulan taslağın tekrar paylaşılması ve tekrar danışmanlık alınmasıdır. Süreç konunun karmaşıklığına ya da yeniliğine bağlı olarak oldukça uzun olabilir. Örneğin **Helsinki Bildirgesi**'nin son gözden geçirim süreci 1997'nin başında başlamış, ancak 2000 yılının Ekim ayında sonlanabilmiştir. Hatta o tarihten sonra da Tıp Etiği Kurulu ve çalışma grupları önemli noktaları ele almaya devam etmiştir.

İyi işleyen bir süreç, her zaman iyi bir sonuç elde edilmesini sağlamasa da, yaşamsal önemdedir. Neyin ahlaki olduğuna karar vermek için DHB, önceki görüşlerinde yansıtılan tıp etiği geleneklerini göz önünde tutar. Ayrıca ulusal ve uluslararası örgütlerin ve etik alanında yetkin kişilerin incelenen konu hakkındaki

“...bazı konularda ise hekimlerin konumunun, hükümetlerin, sağlık sistemi yöneticilerinin ve/veya şirketlerin konumlarına karşı savunulması gerekebilir.”

farklı görüşlerini dikkate alır. Aydınlatılmış onam gibi bazı konularda DHB kendisini çoğunluğun görüşlerini paylaşan bir konumda bulur. Kişisel sağlık kayıtlarının gizliliği gibi bazı konularda ise hekimlerin konumunun hükümetlerin, sağlık sistemi yöneticilerinin ve/veya şirketlerin konumlarına karşı savunulması gerekebilir. DHB'nin etiğe yaklaşımında tanımlayıcı bir özellik, birey olarak hastaya ya da araştırmaya katılanlara verdiği önceliklidir. **Cenevre Bildirgesi**'nde hekim, önceliğinin her zaman hastasının sağlığı olacağına söz vermekte, **Helsinki Bildirgesi**'nde ise, insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda katılımcının sağlığının bilimin ve toplumun çıkarlarının önünde tutulacağı belirtilmektedir.

## BİREYLER NEYİN AHLAKİ OLDUĞUNA NASIL KARAR VERİR?

Hekimler ve tıp öğrencileri için tıp etiği, sadece DHB'nin ya da diğer tıp örgütlerinin önerilerine uymaktan oluşmaz. Bu öneriler

“Hekimler sonuçta kendi kararlarını vermek ve uygulamak durumundadırlar.”

sıklıkla genel ifadelerdir ve bireyler bu önerilerin kendi durumlarına uygun olup olmadığını belirlemek durumundadırlar. Dahası, tıp uygulamasındaki birçok etik soruna ilişkin olarak hekim birlikleri bir kılavuz geliştirmemiş olabilir. Hekimler

sonuçta kendi kararlarını vermek ve uygulamak durumundadırlar.

Bu elkitabının başlangıcında yer alan olgulardaki gibi etik sorunlara yaklaşmak için birçok farklı yol bulunmaktadır. Bu yollar kabaca, *akılcı* ve akılcı-olmayan biçiminde ikiye ayrılabilir. Akılcı-olmayan'ın akıldışı ile aynı anlamda olmadığına, basitçe, 'akılın karar verme sürecinde sistematik biçimde kullanımından farklı' anlamında kullanıldığına dikkat etmek gerekir.

### Akılcı-olmayan yaklaşımlar:

- **Boyun eğme**, özellikle çocuklar ve ordu, polis, bazı dini örgütler, çoğu iş kurumları gibi yetkeci yapılarda çalışanlar için yaygın bir ahlaki karar verme yöntemidir. Kişi aynı fikirde olsa da olmasa da ahlaklılık, yetke sahibinin emir ya da kurallarına uymaktan oluşur.
- **Öykünme**, kişinin doğru ve yanlışla ilişkin yargılarını bir başka kişinininkine göre ikinci plana atması açısından boyun eğme ile benzeşir. Diğer kişi burada, davranışları örnek alınan kişidir. Ahlaklılık örnek alınan kişiyi izlemekten oluşur. Bu belki de tıp etiğini öğrenmenin en yaygın yöntemidir. Hekim daha deneyimli meslektaşlarını örnek alır; öğrenmenin yolu gözlemlenmek ve örnek alınan kişinin değerlerini içselleştirmektir.
- **Duyumsamak** ya da **istemek**, ahlaki karar verme ve davranış için öznel bir yaklaşımdır. Doğru olan kişinin doğru hissettiği ya da kişinin isteklerini doyurandır; yanlış olan ise kişinin



yanlış olduğunu hissettiği ya da isteklerini karşılamayandır. Ahlaklılığın ölçütü her birey için başkadır ve doğal olarak bireyden bireye, hatta zamanla bireyin kendi içinde bile büyük ölçüde değişebilir.

- **Sezgi**, bir durumda doğru eylemin ne olduğuna ilişkin ani bir algıdır. Tamamiyle öznel olması açısından istemek'le benzeşir; bunun yanısıra istekte değil, daha çok akılda yer bulması bakımından farklılaşır. Bu anlamda akılcı ahlaki karar verme yöntemlerine boyun eğme, öykünme, duyumsama ve isteme'den daha yakındır. Ancak ne sistematik ne de iç-denetimlidir; ahlaki kararları basit ve ani bir "parıltı" ya da bir içgörüyü dayanarak belirler. Duyumsama ya da isteme gibi bir bireyden diğerine ve zamanla bireyin kendi içinde büyük ölçüde değişkenlik gösterebilir.
- **Alışkanlık** çok etkin bir ahlaki karar verme yöntemidir; çünkü daha önce üzerinde düşünülüp karar verilmiş bir konuya benzer bir durumla karşılaşıldığında sistematik karar verme sürecini tekrar en baştan başlatmaya gerek duymaz. Ancak iyi alışkanlıklar olduğu gibi (doğruyu söyleme gibi), kötü alışkanlıklar da vardır (yalan söyleme gibi). Ayrıca benzer görünen durumlar birbirinden anlamlı ölçüde farklı kararlar gerektirebilir. Alışkanlık ne kadar yararlı olsa da, bu nedenle, kişi alışkanlıklarına tamamen güvenemez.

### Akılcı yaklaşımlar:

Ahlak üzerine çalışma alanı olarak etik, karar verme süreci ve davranışlar üzerinde etkili olabilen akılcı-olmayan yaklaşımları görmezden gelmez. Bununla beraber etik, temel olarak akılcı yaklaşımları dikkate alır. Bu türden dört yaklaşım, deontoloji, sonuçsalcılık, ilkecilik ve erdem etiğidir.

- **Deontoloji**, ahlaki karar vermeyi sağlayacak iyi-temellendirilmiş kurallar arayışı içindedir. Bu türden bir kurala örnek, “başkalarına kendine davranılmasını istediğin gibi davran”dır. Kökeni dinsel (örneğin, Tanrı’nın yarattığı tüm insanların eşit olduğu inancı) ya da din-dışı (örneğin, “tüm insanlar hemen hemen aynı genetik yapıya sahiptir”) olabilir. Kurallar bir kez oluşturulduktan sonra özgün olaylarda uygulanmalıdır; hangi kuralın uygulanacağına ilişkin tartışma da tam bu noktada ortaya çıkar (Örneğin öldürme karşılığı kural gebeliğin sonlandırılması olgusunda uygulanabilir mi?).
- **Sonuçsalcılık**, ahlaki kararları çeşitli eylem seçeneklerinin olası sonuçlarının çözümlenmesi üzerine dayandırır. Doğru eylem, en iyi sonucu üretendir. Elbette iyi sonucun ne olduğu üzerinde anlaşmazlık olabilir. Sonuçsalcılığın en iyi bilinen biçimlerinden biri, **yararcılık**, iyinin ölçüsü olarak ‘yarar’ı kullanır ve yarar’ı “en fazla sayıda insan için en büyük iyi” biçiminde tanımlar. Sağlık hizmetlerinde karar verme yöntemi olarak kullanılan diğer sonuçsalcı ölçütler, maliyet-etkinlik ve niteliğe göre değerlendirilen yaşam yılları (QALYs) ile engelliliğe göre değerlendirilen yaşam yılları (DALYs) göz önüne alınarak ölçülen yaşam niteliğidir. Sonuçsalcılığı destekleyenler genel olarak ilkelerden fazla söz etmezler; ilkelerin tanımlanması, öncelenmesi ve uygulanması güçtür ve hiçbir durumda, onların özellikle önem verdikleri sonuç gibi boyutlar dikkate alınmaz. Bununla beraber ilkeleri bu biçimde yana itmek, sonuçsalcılığın ‘amaçlar araçları haklı çıkarır’ önermesini kabul etmekle suçlanmasına neden olur.
- **İlkecilik**, isminden de anlaşılacağı gibi ahlaki kararlar verebilmek için etik ilkeleri kullanır. Hem kuralları hem de sonuçları dikkate alarak yapılması gereken doğru şeyin ne olduğunu belirleyebilmek için, bu ilkeleri özgün olaylar ya da durumlara uygular. İlkecilik son zamanlarda, özellikle A.B.D’de etik üzerine tartışmalarda son derece etkili olmaktadır. Özellikle

dört ilke, özerkliğe saygı, *yararlı olma*, *zarar vermeme* ve *adalet*, tıp uygulamasında ahlaki karar verme süreçleri için çok önemli görülmektedir. İlkeler gerçekten de akılcı karar vermek için önemli bir rol oynarlar. Ancak bu dört ilke, özellikle özerkliğe saygının diğerlerine öncelenmesi Batı'nın liberal kültürünün bir yansımasıdır ve evrensel geçerliliği bulunmamaktadır. Ayrıca bu dört ilke özgün durumlarda sıklıkla çatışır ve bu türden çatışmaları çözmek için bazı ölçütlere ve süreçlere gereksinim doğar.

- **Erdem etiği** karar vermekten çok, davranışına yansıdığı biçimiyle karar verenin karakterine odaklanır. Erdem ahlaki bir mükemmellik türüdür. Yukarıda vurgulandığı gibi, hekimler için özellikle önemli bir erdem, sevecenliktir. Diğerleri dürüstlük, saflık ve adanmışlıktır. Bu erdemlere sahip olan hekimlerin iyi kararlar alması ve o kararları iyi bir biçimde uygulaması olasılığı daha yüksektir. Ancak erdemli bireyler bile özgün durumlarda nasıl eylemek gerektiği konusunda sıklıkla kararsız kalabilirler ve yanlış kararlar verebilirler.

Bu dört yaklaşımın hiçbiri, ya da önerilen başkaları evrensel olarak kabul görmemiştir. Bireyler akılcı-olmayan yaklaşımlarda yaptıkları gibi akılcı yaklaşımlar arasında da farklı seçimlerde bulunabilirler. Bu farklılık kısmen her yaklaşımın güçlü ve zayıf yönlerinin bulunmasıyla açıklanabilir. Belki bu dört yaklaşımın en iyi özelliklerini içeren bir bileşim akılcı bir ahlaki karar verme için en iyi yolu oluşturabilir. Bu yöntem, yaşanan durum ya da olayla en ilişkili olan kural ve ilkeleri özenle değerlendirir ve olası en kapsamlı biçimde uygulamaya çalışır. Ayrıca eylem seçeneklerinin olası sonuçlarını değerlendirir ve hangi sonucun istenir olduğunu belirler. Son olarak karar-vericinin davranışının hem karar verme hem de kararı uygulama anlamında saygı uyandıracak bir davranış olmasını sağlamaya çalışır. Bu türden bir süreç şu adımlardan oluşur:

1. Konunun etik yönü bulunup bulunmadığını belirle.
2. Hekimlerin böylesi durumlarda genellikle nasıl davrandıklarını görebilmek için hekim birliğinin meslek ahlakı düzenlemeleri ve saygın meslektaşlar gibi kaynaklara başvuru.
3. Destekleyen değerler ve ilkeler ile olası sonuçlarını gözönüne alarak seçenekleri değerlendir.
4. Önerdiğin çözümü, o öneriden etkileneceklerle tartış.
5. Kararını ver ve kararından etkileneceklere duyarlılık göstererek uygula.
6. Kararını değerlendir ve gelecekte farklı davranmak için hazırlıklı ol.

## SONUÇ

Bu bölüm, izleyen bölümler için “sahneyi hazırlamaktadır”. Tıp etiğinde özel konularla uğraşırken hekimlerin tarih boyunca birçok benzer durumla karşılaştığını ve onların birikmiş deneyimleri ve bilgelerinin günümüzde çok değerli olabileceğini akılda tutmakta yarar vardır. DHB ve diğer tıp örgütleri bu geleneği sürdürürler ve hekimlere oldukça yararlı bir etik kılavuz sunarlar. Bununla beraber, hekimler arasında etik konulara ilişkin yaygın bir uzlaşma olabilese de, bireyler özgün olaylarda nasıl davranılacağı üzerinde anlaşamayabilirler. Ayrıca hekimlerin görüşleri hastalarinkinden ve diğer sağlık çalışanlarından çok farklı olabilir. Etik çatışmaları çözmek için ilk adım olarak, hekimlerin hem kendi hem de etkileşimde buldukları insanların farklı etik yaklaşımlarını anlamaları önemlidir. Bu onların kendileri için en iyi eylemi belirlemelerine ve kararlarını diğerlerine açıklamalarına yardım edecektir.

## BÖLÜM İKİ – HEKİMLER VE HASTALAR



Sevecen Hekim

© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS

## Öğrenim hedefleri

Bu bölümü okuduktan sonra,

- neden tüm hastaların saygı görme ve eşit hizmet almayı hakettiklerini açıklayabiliyor,
- aydınlatılmış onamın temel bileşenlerini tanımlayabiliyor,
- karar verme yeterliği olmayan hastalar için tıbbi kararların nasıl alınması gerektiğini açıklayabiliyor,
- Mesleki gizlilik ilkesinin nasıl haklı çıkarıldığını açıklayabiliyor ve bu ilkenin hangi koşullarda gözetilmeyebileceğini tanımlayabiliyor,
- Yaşamın başlangıcında ve son döneminde ortaya çıkan başlıca etik sorunları tanımlayabiliyor,
- Ötanazi/yardımlı özkıyım uygulamasını destekleyen ve karşı çıkan çıkarımları, bu iki eylem ile palyatif bakım veya tedavinin kesilmesi arasındaki farkları özetleyebiliyor olmalısınız.

## OLGU ÇALIŞMASI #1

Deneyimli ve yetenekli bir cerrah olan Dr.P, orta büyüklükteki bir devlet hastanesinde gece nöbetini bitirmek üzeredir. Genç bir kadın annesi tarafından hastaneye getirilir ve hastanın annesi diğer çocuklarına bakması gerektiğini söyleyerek hemen hastaneden ayrılır. Hastanın vajinal kanaması vardır ve çok ağrı çekmektedir. Dr.P hastayı muayene eder ve spontan abortus oluştuğuna karar verir. Hızla dilatasyon ve küretaj uygular ve hemşireden hastaya, güvenle taburcu edilene dek hastanede yatmaya maddi olanaklarının yetip yetmeyeceğini sormasını ister. Dr.P hastayla konuşmadan evine gider ve yerine Dr.R gelir.

### HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN ÖZGÜN YANLARI NELERDİR?

Hasta-hekim ilişkisi tıp uygulamasının ve dolayısıyla tıp etiğinin köşetaşdır. Daha önce vurgulandığı gibi **Cenevre Bildirgesi**'nde hekimin önceliğinin hastasının sağlığı olması gerektiği, **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda ise hekimin tüm bilgisi ve yetilerini hastasının hizmetine sunmakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Bölüm Bir'de tartışıldığı gibi hasta-hekim ilişkisinin geleneksel yorumu olan ve hekimin karar verip hastaya ilettiği babaca<sup>3</sup> yaklaşım, son yıllarda hem etik hem de hukukta yaygın olarak reddedilmektedir. Bununla beraber birçok hasta kendilerine sunulacak sağlık hizmeti hakkında karar verme yetisine sahip olmadığından ya da karar vermeyi istemediğinden, hasta özerkliği sıklıkla bir sorun oluşturmaktadır.

<sup>3</sup> Çevirenin notu: "Paternalistic" sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmıştır. Kavramın kendisi yeni olduğundan sözcüğün Türkçesi dilimize yerleşmemiş olsa da, tam anlamıyla karşıladığı için "paternalist" yerine "babaca" sözcüğü tercih edilmiştir.



Hasta-hekim ilişkisinde eşit derecede sorun oluşturan diğer boyutlara, bilgilerin bilgisayarlarda depolandığı ve iletildiği bir çağda hastaya ait tıbbi kayıtların gizliliğini sağlama yükümlülüğünü yerine getirmek, ölümü hızlandırma istemi karşısında yaşamı korumak görevi gibi örnekler verilebilir.

Bu bölümde, hekimlere günlük uygulamaları sırasında sıkıntı yaratan altı konu yer almaktadır: Saygılı davranma ve eşit hizmet sunma, iletişim ve onam, yeterliği olmayan hasta için karar verme süreci, mesleki gizlilik, yaşamın başlangıcına ilişkin sorunlar ve yaşamın son dönemine ilişkin sorunlar.

“...Önceliğim her zaman hastamın sağlığı olacak.”

## SAYGILI DAVRANMA VE EŞİT HİZMET SUNMA

Tüm insanların saygı görme ve eşit hizmet almaya hakları olduğu inancı görece yenidir. Birçok toplumda bireylere ve gruplara saygı göstermeyen ve eşit olmayan davranışlar normal ve doğal kabul edilmektedir. Kölelik, Avrupa ülkelerinin sömürgelerinde ve A.B.D.'de 19.yüzyıla kadar yok edilmeyen ve yeryüzünün bazı bölgelerinde varlığını hâlâ koruyan bu türden bir uygulamadır. Güney Afrika Cumhuriyeti gibi ülkelerde beyaz olmayanlara karşı uygulanan kurumsal ayrımcılığın sonlanması çok daha yenidir. Birçok ülkede kadınlar hâlâ eşit saygı ve hizmetten yoksundur. Yaşa, engelliliğe ya da cinsel seçime göre ayrımcılık yaygındır. Sonuçta, herkesin eşit hizmet alması gerektiği savının önemli bir direnişle karşılaştığı söylenebilir.

İnsanlığın, her insanın eşit olduğu düşüncesine doğru aşamalı ve süregiden dönüşümü, 17. ve 18. yüzyıllarda Avrupa ve Kuzey Amerika'da başlamıştır. İki karşıt ideoloji, Hristiyan inancının yeni bir yorumu ve Hristiyanlık karşıtı akılcılık belirleyici olmuş, ilki Amerikan Devrimi ve Haklar Bildirgesi'ne ilham kaynağı olurken, ikincisi Fransız Devrimi ve ilişkili politik gelişmelere kaynaklık etmiştir. Bu ikisinin etkisi altında demokrasi çok yavaş da olsa yerleşmeye

ve dünya çapında yayılmaya başlamıştır. Demokrasi, her erkeğin (sonrasında kadınların da) politikada eşit olduğu ve bu nedenle kendisini kimin yönetmesi gerektiği hakkında söz söyleme hakkı olduğu inancına dayanır.

20. yüzyılda insanların eşitliği kavramı, insan hakları bağlamında oldukça ayrıntılı biçimde tanımlanmış bulunuyordu. Yeni kurulmuş Birleşmiş Milletler'in ilk etkinliklerinden biri, ilk maddesinde "Tüm insanlar özgür doğar; onurları eş, hakları eşittir." ifadesine yer verilen **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi**'ni geliştirmektir (1948). Diğer birçok uluslararası ve ulusal örgüt hem insanların tümünü hem de belli grupları (çocuk hakları, hasta hakları, tüketici hakları gibi) ilgilendiren haklara ilişkin düzenlemeler geliştirmiştir. Bu düzenlemelerde yer verilen hakları savunmak için birçok örgüt kurulmuştur. Ancak ne yazık ki insan haklarına birçok ülkede hâlâ saygı gösterilmemektedir.

Tıp mesleği hastaların eşitliği ve hakları üzerine yıllar boyunca çatışan görüşlere sahip olmuştur. Bir tarafta hekimlere, yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel seçim ya da toplumsal konuma göre değerlendirmelerin göreviyle hastası arasına girmesine izin vermemesi söylenmektedir (**Cenevre Bildirgesi**). Diğer taraftan ise hekimlerin acil durumlar dışında hastayı reddetme haklarının olduğu ileri sürülmektedir. Ancak hekim hastayı neden reddettiğine ilişkin bir neden göstermek zorunda olmazsa, kolayca ayrımcı davranabilir ve bundan sorumlu tutulmayabilir. Böylesi bir durumda insan hakları ihlalinin önleniminin tek aracı, yasal düzenlemeler ya da ceza korkusu değil, sadece hekimin vicdanı olmaktadır.

Hekimler hastaları seçerken insanların eşitliğine saygı gösterebilirler bile, bu ilkeyi tutumlarıyla da çiğneyebilirler. Bölüm'ün başlangıcında tanımlanan olgu çalışması bu soruna işaret etmektedir. Bölüm Bir'de vurgulandığı gibi sevecen yaklaşım tıbbın temel değerlerinden biridir ve iyi bir tedavi ilişkisinin yaşamsal bileşenidir. Sevecen yaklaşım

hastanın onuru ve değerleri üzerine temellenir; ayrıca bilgilendirerek ve hastanın hastalık ve/veya engellilik karşısındaki savunmasız konumunu destekleyerek daha da derin bir anlam kazanır. Hasta hekimin sevecenliğini duyumsarsa, hekimin kendisi için en iyisini yapacağına ilişkin güveni artacak ve bu güven iyileşme sürecine katkıda bulunacaktır.

Hasta-hekim ilişkisinin yaşamsal önemdeki bileşeni olan güven, genellikle hekimin hastasını bırakmaması gerektiği biçiminde yorumlanmaktadır. DHB'nin

**Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda hasta-hekim ilişkisinin sonlanması için tek nedenin, hastanın bir başka hekime gereksinim duyması olduğu belirtilmektedir: "Hekim hastasına bağlılığını ve bilgisini tümüyle borçludur. Bir tanı ya da tedavi yöntemi hekimin yetilerinin ötesine

"...hasta-hekim ilişkisini sonlandırma kararı alırken... hekimler, kararlarını kendilerine, hastalarına ve gerekirse üçüncü bir tarafa gerekçeleriyle açıklamaya hazır olmalıdırlar."

geçtiğinde hekim, gerekli bilgi ve beceriye sahip başka bir hekimi davet etmelidir". Bununla birlikte bir hekimin hastasıyla ilişkisini sonlandırmak isteyeceği diğer birçok neden olabilir. Örneğin hekim taşıyor ya da mesleğini bırakıyor olabilir, hasta hekimin ücretini ödeyemiyor ya da ödemeyi reddediyor olabilir, hekim ve hasta birbirlerinden hoşlanmamış olabilir, hasta hekimin önerilerini yerine getirmiyor olabilir vb. Nedenler tamamen yasal, ya da meslek ahlakına aykırı olabilir. Bu türden bir karar vermek için düşünürken hekimler, meslek ahlakı düzenlemelerini ve diğer ilişkili belgeleri incelemeli ve amaçlarını dikkatlice değerlendirmelidirler. Kararlarını kendilerine, hastalarına ve gerekirse üçüncü bir tarafa gerekçeleriyle açıklamaya hazır olmalıdırlar. Eğer amaç yasalara uygunsa, hekim hastanın başka bir hekim bulmasına yardımcı olmalı, eğer bu mümkün olmuyorsa hastanın uygun bir sağlık hizmetine ulaşabilmesi için hizmet sunmayı durdurduğunu uygun biçimde anlatmalıdır.

Birçok hekim, özellikle kamu sektöründe çalışanlar hasta seçemez. Bazı hastalar şiddete eğilimlidir ve hekimin güvenliğini tehlikeye atabilirler. Bazı hastalar antisosyal davranışları nedeniyle kirlî ve itici gelebilir. Bu türden hastaların saygı görme ve eşit hizmet alma hakları sorgulanabilir midir, yoksa hekimler onlarla bir tedavi ilişkisi kurabilmek için fazladan, hatta kimi kez kahramanca çabalar göstermeli midir? Hekimler böyle hastalarla uğraşırken kendilerinin ve diğer sağlık çalışanlarının güvenlikleri ve iyilikleri ile hastaların iyileşmesini sağlama ödevi arasında denge kurmalıdırlar. Her iki sorumluluğu da yerine getirecek çözümler bulmaya çalışmalıdırlar. Eğer bu mümkün olamıyorsa, hastanın bakımı için başka seçenekler yaratmaya çalışmalıdırlar.

Saygılı davranma ve eşit hizmet sunma ilkesini korumanın güçleşebildiği olgulardan biri de bulaşıcı hastalık taşıyan hastalardır. Burada, sadece yaşamın yitirilmesine neden olabilecek bir hastalık olduğu için değil, aynı zamanda toplumsal önyargılarla bağlantılı olduğu için de genellikle HIV/AIDS gündeme gelir. Ancak sağlık çalışanlarına HIV/AIDS'den çok daha kolay geçebilen birçok bulaşıcı hastalık vardır. Bazı hekimler bulaş olasılığını düşünerek bu tür hastalara girişimsel işlemler uygulamaktan çekinirler. Ancak meslek ahlakı düzenlemeleri, hekimin tüm hastalara eşit davranma görevi bağlamında bulaşıcı hastalığı olan hastalar için bir ayrıcalık tanımaz. DHB'nin **AIDS Hastalarını Tedavi Eden Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu üzerine Görüşü** konuya şöyle açıklık getirmektedir:

AIDS hastalarının sevecenlikle ve insanlık onuruna yakışır biçimde sunulan, yeterli bir sağlık hizmeti almaya hakları vardır.

Hekim, sadece hastanın seropozitif olduğunu ileri sürerek uzmanlık/yeterlik alanı içinde

**“AIDS hastalığına yakalanmış bir kişinin yeterli ve sevecen bir yaklaşımla sunulan hizmete gereksinimi vardır.”**

bulunan durumlarda hastayı tedavi etmeyi reddedemez.

Tıp etiği hastaların sadece seropozitifliğine bakılarak kategorik olarak ayrımcılığa uğramalarına izin vermez. AIDS hastalığına yakalanmış bir kişinin yeterli ve sevecen bir yaklaşımla sunulan hizmete gereksinimi vardır. AIDS'li hastaların gereksindiği bakım ve hizmeti sunamayacak durumda olan hekim, bu hizmetleri sunabilecek hekim ya da kurumlara hastayı uygun biçimde yönlendirmelidir. Yönlendirme işlemi tamamlanana dek hekim hasta için en iyisini elinden geldiğince yerine getirmelidir.

Hasta-hekim ilişkisinin özel doğası cinsel bir çekim yaratabilir. Tıp etiğinin temel kurallarından biri bu tür bir çekime karşı direniş gösterilmesi gerektiğidir. Hipokrat Andı, “Hangi evi ziyaret edersem edeyim hastanın yararı için çalışacağım, tüm art niyetlerden uzak olacağım, erkek ve kadınlarla cinsel ilişkiye girmeyeceğim. ...” ifadesini içerir. Son yıllarda birçok hekim birliği hekim ve hasta arasında cinsel ilişkiyi yasaklayan düzenlemeleri tekrar gündeme getirmektedir. Bunun nedenleri günümüzde, 2,500 yıl önce Hipokrat zamanında olduğu kadar geçerlidir. Hastalar savunmasızdır ve hekimin kendilerine iyi davranacağına güvenirler. Tedavilerinin olumsuz etkileneceğinden korkarak hekimlerin cinsel istemlerini geri çeviremeyebilirler. Ayrıca hekimin klinik yargısı hastaya karşı duygusal yaklaşımı nedeniyle olumsuz etkilenebilir. Bu neden hekimin aile üyelerini tedavi etmeleri için de geçerlidir; birçok meslek ahlakı düzenlemesi hekimin aile üyelerini tedavi etmesinin uygun olmayacağını belirtir. Ancak elbette, örneğin başka hekimin olmadığı kırsal bir bölgede çalışan bir hekim özellikle de acil durumlarda aile üyelerine sağlık hizmeti sunmak durumunda kalabilir.

## İLETİŞİM VE ONAM

Aydınlatılmış onam günümüzde tıp etiğinin merkezi kavramlarından biridir. Dünyadaki yasal ve meslek ahlakı düzenlemelerinin çoğu, hastaların kendilerine sunulacak sağlık hizmeti hakkında karar

verme hakkına çok önemli bir yer vermiştir. DHB **Hasta Hakları Bildirgesi**;

Hasta kendi kaderini belirlemek için kendisine ilişkin özgür karar alma hakkına sahiptir. Hekim hastayı kararının sonuçları hakkında bilgilendirecektir. Yeterli ve yetişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedavi işlemine onam verme ya da reddetme hakkına sahiptir. Hasta karar verebilmek için gerekli bilgiyi edinme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir test ya da işlemin amacını, olası sonuçlarını ve onam vermemesi durumunda neler olabileceğini açık biçimde anlamalıdır.

Aydınlatılmış onam için gerekli bir koşul hekim ve hasta arasında iyi bir iletişim kurulmasıdır. Babaca yaklaşımın normal kabul edildiği zamanlarda iletişim görece basitti; hekimin yapılacakları hastaya iletmesi, hastanın da buna uymasından ibaretti. Günümüzde ise iletişim hekimlerin çok daha fazla çaba göstermesini gerektirmektedir. Hekimler hastalarına kendi kararlarını verebilmeleri için gerekli tüm bilgileri sağlamak durumundadırlar. Karmaşık tanı yöntemleri, prognoz ve tedavi biçimleri yalın bir dille, hastanın tedavi seçeneklerini anlaması sağlanarak, her seçeneğin üstünlükleri ve olumsuz yönlerini de içerecek biçimde açıklanmalı, hastaların sorabilecekleri her soru yanıtlanmalı, hastanın verdiği karar, olası ise gerekçeleriyle birlikte anlaşılmalıdır. İyi iletişim becerileri çoğu insanda doğal olarak bulunmaz; bilinçli bir çaba ile geliştirilmeli ve sürdürülmelidir.

İyi hasta-hekim ilişkisinin önündeki iki ana engel, dil ve kültür farklılıklarıdır. Eğer hekim ve hasta aynı dili konuşmuyorsa, bir çevirmen bulunmalıdır. Ne yazık ki birçok ortamda nitelikli çevirmenler bulmak olanaksızdır ve hekim bu işi olanaklar çerçevesinde en iyi yapabilecek kişiyi aramak durumunda kalır. Dili içeren, ancak ondan çok daha geniş olan kültür, ek iletişim sorunları doğurur. Hastalıkların doğası ve nedenleri üzerine farklı kültürel anlayışlar nedeniyle hastalar hekimlerinin sunduğu tanı ve tedavi

yöntemlerini anlamayabilirler. Böylesi durumlarda hekim hastasının sağlık ve iyileşme üzerine anlayışını algılamak için çaba göstermeli ve önerilerini olası en iyi biçimde hastasına iletmelidir.

Hekim tanısı, prognozu ve tedavi seçenekleri hakkında bilmesi gereken ve bilmek istediği herşeyi hastasına başarılı biçimde iletmış ise, hasta artık ne yapılacağına ilişkin aydınlatılmış bir karar verebilir. 'Onam' terimi tedavinin kabul edilmesi anlamına geliyorsa da,

**“...Karar verme yeterliği olan hastalar, engellilik ya da ölüme neden olabilecek olsa bile, tedaviyi reddetme hakkına sahiptirler.”**

aydınlatılmış onam kavramı aynı zamanda tedavinin reddedilmesi ya da tedavi seçenekleri arasında seçim yapılması anlamına da gelmektedir. Karar verme yeterliği olan hastalar, engellilik ya da ölüme neden olabilecek olsa bile, tedaviyi reddetme hakkına sahiptirler.

Onam açık ya da dolaylı olabilir. Açık onam sözlü ya da yazılı olarak verilir. Hasta belli bir işlem ya da tedavinin uygulanmasına istekli olduğunu bir davranışıyla belirtiyorsa, o onam dolaylıdır. Örneğin kişinin kolunu uzatması, kan örneği vermek için dolaylı olarak onam verdiği anlamına gelir. Risk oluşturan ya da orta dereceden daha fazla rahatsızlık yaratan işlemler için açık onam almak uygun olur.

İki durumda yeterli hastaların aydınlatılmış onamını almaya gerek yoktur:

- Hastaların karar verme yetkilerini gönüllü olarak hekimlerine ya da üçüncü bir tarafa devrettikleri durumlar. Durumun karmaşıklığı nedeniyle ya da hastanın hekimin yargısına tamamen güvendiği durumlarda, hasta hekime 'Sence en iyisi neyse onu yap' diyebilir. Hekim böyle bir istemi hemen kabul etmemeli ve gerekli bilgileri sunarak hastasının kendi kararını vermesi için onu cesaretlendirmelidir. Ancak hasta buna karşın

isteminde ısrar ederse hekim hasta için en iyisini sağlamaya çalışmalıdır.

- Bilgilendirmenin hastaya zarar verebileceği örnekler. Geleneksel 'ayrıcılık' kavramı böyle olgularda ortaya çıkar; bilgilendirmenin hastaya fiziksel veya psikolojik zarar verme olasılığı söz konusu ise, örneğin terminal bir hastalığı olduğunu öğrenecek hastanın özkıyım girişiminde bulunacağı öngörülüyorsa, hekim hastayı bilgilendirmeyebilir. Bu ayrıcılık kötüye kullanıma çok açıktır ve sadece çok ender durumlarda kullanılmalıdır. Hekimler hastalara, kendilerine ilişkin haberlerle baş edebilecekleri beklentisiyle yaklaşmalı, bilgilendirmeme seçeneğini gerçeği söylemenin daha fazla zarar vereceğine ikna oldukları olgular için saklamalıdır.

Bazı kültürlerde, hasta terminal dönemde bir hastalığa sahipse, hekimin bilgilendirme sorumluluğunun bulunmadığı kabul edilir. Bu tür bir bilginin hastayı umutsuzluğa sürükleyeceği ve yaşamının kalan günlerini iyileşme umudunu yitirmiş olarak çok daha kötü geçireceği düşünülür. Dünyanın hemen her yerinde, yaşamının son döneminde olan hastanın yakınları, hekimden hastaya ölmekte olduğunu söylememesini isterler. Hekimler, özellikle ölümün yaklaştığı zamanlarda kötü haber verirken kişisel ve kültürel etmenlere duyarlı olmak durumundadır. Ne var ki hastanın aydınlatılmış onam hakkı çok daha geniş kabul görmüştür ve hekimin birincil ödevi hastasının bu hakkının yerine getirilmesini sağlamaktır.

Sağlık hizmetini bir mal ve hastaları da birer tüketici olarak gören anlayışın giderek yaygınlaşmasıyla, hastalar ve aileleri kendileri için uygun olmayan sağlık hizmetlerini giderek daha fazla istemeye başlamışlardır. Bu tür hizmetlere örnek olarak, beyin ölümü gerçekleşmiş yoğun bakım hastalarına virütik enfeksiyonlar için antibiyotik uygulaması ya da henüz etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmamış, ancak ümit veren ilaç ya da cerrahi girişimler gösterilebilir. Bazı hastalar kendilerine iyi geleceğini düşündükleri



her hizmeti almaya ‘hak’ları olduğunu ileri sürebilmekte ve hekimler istenen hizmetin hastaya yararı olmayacağından emin olsalar bile, sıklıkla bu tür istemleri kabul etmektedirler. Bu sorun özellikle kaynakların sınırlı olduğu ve bazı hastalara uygulanacak boşuna ya da yararsız tedavilerin diğerlerine kaynak ayrılamaması anlamına geldiği durumlarda önem kazanır.

**Boşuna** ve **yararsız** uygulama şöyle tanımlanabilir: Herhangi bir akla yatkın iyileşme ya da gelişme umudu sağlamıyorsa ya da hastanın herhangi bir yarar görme şansı kalıcı olarak sona ermişse, hekim söz konusu uygulamayı tıbbi açıdan boşuna veya yararsız olarak tanımlayabilir. Diğer durumlarda yarar sadece hastanın öznel iyi hissetme yargısına dayanılarak belirlenir. Genel bir kural olarak hasta, boşunalık kararına katılmalıdır. Ender durumlarda hastanın bu tartışmaya katılması iyiliğine olmayabilir. Hekimin bir hastaya boşuna ya da yararsız uygulamada bulunma zorunluluğu yoktur.

**“Hekimin bir hastaya boşuna ya da yararsız tedavi sunma zorunluluğu yoktur.”**

Aydınlatılmış onam ilkesi, hekim tarafından sunulan seçenekler arasından seçme hakkıdır. Hasta ve ailesinin hekim tarafından önerilmeyen hizmetleri almaya ne derece hakkı bulunduğu etik, hukuk ve kamu politikalarının ana konularından birini oluşturmaktadır. Hükümetler, sigorta şirketleri ve/veya hekim örgütleri bu konuda bir karara varana dek, hekimler uygun olmayan tedavi istemlerini kabul edip etmemeye kendileri karar vereceklerdir. Uygulanacak işlemin yarardan çok zarar getireceğine ikna olmuşlarsa, bu tür istemleri reddetmelidirler. Hekimler ayrıca işlem zararsız olsa bile, büyük olasılıkla yarar getirmeyecek ise, plasebo etkisi oluşma olasılığının gözardı edilmemesi gerekmesine karşın bu tür istemleri reddebilirler.

**Hastaların, hekimlerin önermediği hizmetleri almaya hakkı var mı?**

Kaynakların sınırlılığı söz konusu ise, bu konuyu kaynakların dağıtımından sorumlu olanların dikkatine sunmalıdır.

## YETERLİĞİ OLMAYAN HASTA İÇİN KARAR VERME

Birçok hasta kendisi için karar verme yeterliğine sahip değildir. Küçük çocuklar, belli psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlıklardan etkilenenler, geçici olarak bilincini yitirenler ve komadakiler bu duruma örnek olarak verilebilir. Bu hastaların, hekim ya da bir başka kişinin kendileri yerine karar vermesine gereksinimleri vardır. Hasta yerine karar verecek uygun kişinin ve kararların hangi ölçütlerle verileceğinin belirlenmesi etik sorunların ortaya çıktığı noktaları oluşturur.

Babaca yaklaşım geçerliken, yeterliği olmayan hastalar için uygun karar vericinin hekim olduğu kabul edilirdi. Hekimler hastanın aile üyelerine danışabilirdi; ancak son karar onlara aitti. Hastalara yeterliklerini yitirdiklerinde kendileri adına kimin karar vermesini istediklerini belirleme olanağı tanınmaya başladığından, birçok ülkede hekimler bu yetkiyi yavaş yavaş yitirmektedirler. Ek olarak bazı ülkeler, hasta yerine karar vericilerin belirlenmesi için bir sıra oluşturmaktadır (eş, yetişkin çocuk, kardeşler gibi). Böyle durumlarda hekimler ancak, acil durumlarda olduğu gibi önceden belirlenmiş karar vericiler bulunamıyorsa hastaları yerine karar verebilmektedir. DHB **Hasta Hakları Bildirgesi** hekimin böyle durumlardaki görevini aşağıdaki gibi tanımlamaktadır:

Hasta bilinçsiz ya da isteklerini iletemiyor ise, aydınlatılmış onam hastanın yasal temsilcisinden alınır. Eğer hastanın yasal temsilcisi bulunamıyorsa ve acil bir tıbbi girişim gerekiyorsa, önceden böyle bir durumda girişimi reddedeceğine ilişkin açık ve kuşkuya yer bırakmayan bir ifadesi ya da düşüncesi bulunmadıkça, hastanın onam verdiği varsayılır.

Sorunlar, karar-verici olduklarını ileri süren kişiler kendi aralarında

anlaşamadıklarında ya da hekim karar-vericilerin kararlarının hasta için en iyisi olmadığını düşündüğünde ortaya çıkar. İlk örnekte hekim kolaylaştırıcı bir rol oynayabilir; ancak anlaşmazlık devam ederse çözüme başka yollarla, örneğin ailenin en yaşlı üyesinin karar vermesine izin verilmesiyle ya da oylamayla ulaşılabilir. Hasta yerine karar verenler ile hekim arasında ciddi bir anlaşmazlık olduğunda ise **Hasta Hakları Bildirgesi** şunu önermektedir: “Eğer hastanın yasal temsilcisi ya da hastanın yetki verdiği bir kişi, hekimin hastasının yararına olacağını düşünerek önerdiği bir tedaviyi engellerse, hekim bu kararın değiştirilmesi için ilgili yasal ve diğer kurumlara başvurmalıdır.”

Daha önceki bölümde tartışılan aydınlatılmış onam ilkesi ve süreci, hastaların kendi kararlarını vermelerinde olduğu gibi hasta yerine karar verenlere de uygulanabilir. Hekimlerin karar-vericilerin gereksindiği tüm bilgileri sağlamak ödevi bulunmaktadır. Karmaşık tanı yöntemleri, prognozlar ve tedavi biçimleri sade bir dille, hastanın tedavi seçeneklerini anlaması sağlanarak, her seçeneğin üstünlükleri ve olumsuz yönlerini de içerecek biçimde açıklanmalı, sorulabilecek her soru yanıtlanmalı ve verilen karar, olası ise gerekçeleriyle birlikte anlaşılmalıdır.

Yeterliği olmayan hasta için verilecek kararlarda öncelik, eğer biliniyorsa hastanın kendi isteklerine verilmelidir. Bu istekler yazılı bir belgede bulunabilir ya da hasta kendisi için karar vermesini istediği kişiye iletmiş olabilir. Yeterliği olmayan hastanın istekleri bilinmiyorsa, tedavi kararları hasta için en iyisini sağlayacak biçimde, şu noktalar dikkate alınarak verilir: (a) hastanın tanısı ve prognozu, (b) hastanın bilinen değerleri, (c) hastanın yaşamında önemli bir yeri olan ve onun için en iyisini belirlemeye yardımcı olabilecek kişilerden edinilen bilgiler, (d) hastanın kültür ve dininin uygulanacak işlemleri etkileyebilecek boyutları. Bu yaklaşım karar-vericinin, hastanın diğer seçimlerinin ve yaşama genel olarak yaklaşımının ışığında şimdiki durumda ne yapması gerektiğini anlamasını sağlar.

Tıbbi kararlar verme yeterliğini değerlendirmek, özellikle genç

“Hasta yine de, olanakları elverdiğince karar verme sürecine katılmalıdır.”

insanlarda ve akıl yetilerini akut ya da kronik bir hastalık nedeniyle yitirmiş hastalarda oldukça güç olabilir. Bir kişi yaşamın belli bazı boyutlarında karar verme yeterliğine sahip olabilir, ancak bazı boyutlarında olmayabilir. Ayrıca

yeterlik kesikli olabilir; kişi günün bir kısmında içinde bulunduğu zaman ve yeri bilebilir ve aklını açık biçimde kullanabilir, ancak diğer kısmında yeterliği olmayabilir. Böyle hastalar yasal olarak yeterli kabul edilmeseler de, onlar adına karar verilirken istekleri dikkate alınmalıdır. **Hasta Hakları Bildirgesi** yapılması gerekeni şöyle belirtir: “Bir hasta küçük ya da yasal olarak yeterli değilse, yasal temsilcisinin onamı gerekir. Hasta yine de olanakları elverdiğince karar verme sürecine katılmalıdır.”

Hastalıklarının neden olduğu rahatsızlıklar nedeniyle hastaların, tedavi seçenekleri arasında iyi düşünülmüş, akılcı seçimlerde bulunamamaları hiç de ender değildir. Yine de özel bir girişimi, örneğin damar içi beslenmeyi reddettiklerini belirtiyor olabilirler. Böyle durumlarda, tedavi planının bütünü içinde değerlendirilmesi gerekiyor olsa da, bu istekler son derece ciddiye alınmalıdır.

Psikiyatrik veya nörolojik hastalıklara yakalanan ve kendilerine veya başkalarına zarar verebileceği düşünülen kişilerin durumu oldukça güç etik sorunlar ortaya çıkarır. Onların insan haklarına, özellikle özgürlük hakkına olası en geniş anlamda saygı göstermek önemlidir. Yine de kendilerine ya da başkalarına zarar vermelerini engellemek için özgürlüklerini kısıtlamak ya da isteklerine karşı gelerek tedavi etmek gerekebilir. Bu noktada istemsiz sınırlama ile istemsiz tedavi arasında bir ayrım yapılabilir. Bazı hasta avukatları, sonuçta özgürlüklerinin kısıtlanmasına neden olabilecek olsa bile bu bireylerin tedaviyi reddetme hakkının var olduğunu savunmaktadırlar. Psikotropaların şiddetli yan etkileri gibi geçmişte yaşanmış ağrılı bir tedavi deneyimi, tedaviyi reddetmek için yasal bir gerekçe

oluşturabilir. Bu türden hastalar yerine karar verecek olan hekimin hastanın sadece rahatsızlık vermesini yeterli bulmaması, kendisi veya başkalarına gerçek bir tehlike oluşturduğundan emin olması gerekir. Hekim, sonuçta yerine getirilemeyecek olsa bile, hastanın tedavi hakkındaki isteklerini ve bu isteklere ilişkin gerekçelerini araştırmalıdır.

## MESLEKİ GİZLİLİK

Hekimin hastaya ait bilgileri gizli tutma ödevi, Hipokrat zamanından beri tıp etiğinin köşetaşlarından biridir. Hipokrat Andı'nda, "Tedavi sırasında ya da hatta tedavi dışında, insanların yaşamlarına ilişkin, dışarıya yayılmaması

**"Bir hekim hastası hakkında tüm bildiklerini, hastanın ölümünden sonra bile gizli tutacaktır."**

gereken şeyler görür ya da işitsem, bunları kendime saklayacağım ve sözünü etmeyi ayıp sayacağım." sözü yer alır. Ant ve daha yeni uyarlamaları, bilgileri gizli tutma ödevinde hiçbir ayrıcalık tanımamaktadır. Örneğin DHB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**, "Bir hekim hastası hakkında tüm bildiklerini, hastanın ölümünden sonra bile gizli tutacaktır" ifadesine yer vermektedir. Bununla beraber başka düzenlemeler, bu mutlakçı yaklaşımı reddetmektedir. Mesleki gizlilik ilkesinin çığnenebilme olasılığı, gizlilik düşüncesinin netleştirilmesini gerektirmiştir.

Gizlilik ilkesine verilen yüksek değer, üç kaynağa dayanmaktadır: Özerklik, diğerlerine saygı ve güven. Özerklik gizlilik ile, kişisel bilgilerin kişiye ait olması ve onamı olmadan başkalarının bilinmemesi anlamında ilişkilidir. Bir birey kişisel bilgilerini bir başkasına, örneğin bir hekime ya da bir hemşireye açıkladığında, ya da kendisi hakkında tıbbi bir bilgi bir test sonucunda açığa çıktığında, bu bilgiye sahip olanlar kendilerine o birey tarafından izin verilmedikçe bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler.

Mesleki gizlilik ayrıca, insanlar saygı görmeyi hak ettikleri için önemlidir. İnsanlara saygı göstermenin bir yolu, onların özel yaşamlarına ilişkin bilgileri korumaktır. Tıbbi ortamlarda gizlilik sıklıkla tehlikeye girer; bu da insanların özel yaşamlarının gereksiz yere açığa çıkmasını önlemek için bir neden oluşturur. Bireyler özel yaşamlarının gizliliği konusunda farklı düşündükleri için, herkesin kendimize davranılmasını isteyeceğimiz biçimde davranılmasını isteyeceğini varsayamayız. Bir hastanın hangi kişisel bilgisinin gizli tutulmasını ve hangisinin başka kişilere açıklanmasını istediğine dikkat edilmelidir.

Güven hasta-hekim ilişkisinin yaşamsal bir parçasını oluşturur. Sağlık hizmeti alabilmek için hasta, kendisine ait ve kimsenin bilmesini istemediği bilgileri hekime ve kendisine tamamen yabancı başka kişilere açıklamak zorunda kalır. Hizmet sunanların bu bilgileri açıklamayacaklarına güvenmeleri için iyi bir nedene gereksinimleri vardır. Bu güvenin temeli, sağlık çalışanlarının sahip çıkması beklenen ahlaki ve yasal mesleki gizlilik standartlarıdır. Açıkladıklarının gizli kalacağından emin olmadıklarında hastalar kişisel bilgilerini paylaşmayabilirler. Bu da hekimin etkin bir hizmet sunmasını veya belli toplum hekimliği amaçlarına ulaşmasını engeller.

DHB **Hasta Hakları Bildirgesi** hastanın gizlilik hakkını aşağıdaki gibi özetlemektedir:

- Bir hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu ve tedavisi hakkındaki tüm tanımlanabilen bilgiler ile diğer tüm kişisel bilgileri, ölümünden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bununla beraber, hastanın ailesi kendi sağlıklarıyla ilgili riskleri öğrenmek üzere bu bilgilere erişme hakkına sahip olabilirler.
- Gizli bilgiler, ancak hasta onam verirse ya da yasa tarafından açık biçimde istenirse açıklanabilir. Hasta açık bir

onam vermedikçe kendisi hakkındaki bilgiler ancak 'bilmesi gereken' sağlık çalışanlarına açıklanabilir.

- Hastaya ait tanımlanabilen tüm bilgiler korunmalıdır. Verilerin korunması depolanma biçiminin uygunluğunu da kapsar. İnsanlardan alınan kimlik belirtici veri üretilebilecek her türlü örnek de aynı biçimde korunmalıdır.

Bu DHB bildirgesinin belirttiği gibi, gizlilik ilkesi için bazı ayrıcalıklı durumlar vardır. Bunların bazıları görece az sorun yaratsa da, bazıları hekimler için oldukça güç etik sorunlar doğurur.

Mesleki gizlilik ilkesi, birçok sağlık kuruluşunda neredeyse her gün çiğnenir. Birçok bireyin, hekimler, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri ve diğer sağlık çalışanlarının hastaya uygun bir hizmet sunabilmek için, öğrencilerin ise tıp uygulamalarını öğrenmek için hastanın tıbbi kayıtlarına erişmeleri gerekir. Hastaların dili kendilerine hizmet sunanlardan farklı olduğunda, bu iletişimi kolaylaştıracak bir çevirmene gereksinim doğar. Karar verme yeterliği olmayan hastalar söz konusu olduğunda diğer bireylerin onlara bakabilmeleri ve onlar yerine karar verebilmeleri için hasta hakkında bilgilendirilmeleri gerekir. Hekimler genellikle ölen bir kişinin aile üyelerini ölüm nedeni hakkında bilgilendirirler. Gizlilik ilkesinin bu biçimde çiğnenmesi sıklıkla haklı çıkarılır; ancak olası en az düzeyde tutulmalı ve hasta hakkında bilgilendirilenler bu bilgileri hastanın yararı için gerekmedikçe başkalarına iletmemeleri konusunda uyarılmalıdır. Olası ise hasta bu türden açıklamalara ilişkin bilgilendirilmelidir.

Mesleki gizlilik ilkesini dikkate almamanın genel olarak kabul gören diğer bir nedeni, yasal gereklilikleri karşılamaktır. Örneğin birçok yargı yapılanması, otomobil kullanmaya engel oluşturan bir sağlık sorununa sahip hastalar ya da çocuklara şiddet uygulandığına ilişkin kuşku söz konusu ise bildirim zorunluluğu getirmiştir. Hekimler hastaya ait bilgilerin hangi yasal koşullar altında açıklanması gerektiği hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Bununla birlikte yasal

**“...hekimler mesleki gizlilik ilkesini çiğneyecek her türlü yasal gerekliliği eleştirel gözle değerlendirmeli ve uygulamadan önce haklı çıkarılabildiğinden emin olmalıdır.”**

gereklilikler, tıp etiğinin temelini oluşturan insan haklarına saygı kavramı ile çatışabilir. Bu nedenle hekimler mesleki gizlilik ilkesini çiğneyecek her türlü yasal gerekliliği eleştirel gözle değerlendirmeli ve uygulamadan önce haklı çıkarılabildiğinden emin olmalıdır. Hekimler yasal gerekliliklere uymak konusunda ikna olurlarsa, bunun

gerekliliğini hastaları ile tartışmaları ve işbirliği sağlamaları uygun olur. Örneğin çocuğuna şiddet uyguladığından kuşku edilen bir hastanın yetkilileri kendisinin çağırması ve hekimin bulunduğu bir ortamda açıklamada bulunması, ya da hekimin yetkililere bildirmeden önce kişinin onamını alması daha uygun olacaktır. Bu yaklaşım sonraki girişimleri kolaylaştıracaktır. Eğer bu tür bir işbirliği sağlanamıyorsa ve hekim bildirmekte geç kalmanın çocuğu ciddi bir risk altına sokacağına inanıyorsa, hızla çocuk koruma yetkililerine haber vermeli ve hastayı bu durum hakkında bilgilendirmelidir.

Mesleki gizlilik ilkesinin yasal gereklilikler karşısında göz ardı edilmesine ek olarak, hekimlerin hastadan zarar görme olasılığı bulunan başkalarına hastaya ait bilgileri açıklama ödevi bulunabilir. Bu durumun söz konusu olacağı iki durum, hastanın psikiyatristine başka birine zarar vereceğini söylemesi ve hekimin HIV-pozitif hastasının korunmasız cinsel ilişkiye devam edeceğine ikna olmuş olmasıdır.

Yasa tarafından gerekli kılınmadığı halde gizlilik ilkesinin çiğnenebileceği bir durum, oluşacağı düşünülen zararın yakın, ciddi, geri dönüşsüz, bilgi açıklanmadığı sürece kaçınılmaz ve bilginin açıklanmasıyla oluşacak zarardan daha büyük olmasıdır. Bu görece zararların büyüklüğünü belirlemek için hekim zararların ciddiliğini ve oluşma olasılıklarını değerlendirmek ve karşılaştırmak durumundadır. Kuşkuya düşüldüğünde uzman danışmanlığına



başvurmak akıllıca olur.

Hekim uyarma ödevinin kişinin onamını almadan bilgileri açıklamayı haklı çıkardığını belirlediğinde, iki karar daha vermelidir: Hekim kime açıklamalıdır? Ne kadar açıklanmalıdır? Genel olarak, açıklama beklenen zararı önlemeye yetecek kadar olmalı ve sadece zararı önleyebilecek kişilere açıklanmalıdır. Hastanın açıklamadan en az zarar görmesi için önlem alınmalıdır. Hekimin hastasına, kendisinin ve başkalarının iyiliği için gizlilik ilkesini göz ardı edebileceğini bildirmesi önerilir. Olası ise hastanın işbirliği sağlanmalıdır.

HIV-pozitif hasta söz konusu olduğunda, hastanın eşine ya da şu anki cinsel eşine durumu açıklamak meslek ahlakına aykırı olmayabilir; aslında bu açıklama hasta risk altındaki kişiyi bilgilendirmeyi istemiyorsa haklı çıkarılabilir. Bu açıklama şu koşulların tamamının sağlanmasını gerektirir: Hastanın eşi HIV bulaşma riskiyle karşı karşıya olmalı ve başka bir yolla öğrenme olasılığı bulunmamalı, hasta eşini bilgilendirmek istemiyor olmalı, hasta hekimin kendisi yerine bilgilendirme önerisini reddetmiş olmalı ve hekim hastayı, bu bilgiyi eşine açıklama niyeti hakkında bilgilendirmeli.

Tutuklu ve hükümlülere sağlık hizmeti sunmak mesleki gizlilik bağlamında güç sorunlar doğurur. Mesleki bağımsızlıkları sınırlanmış olabilsede hekimler, diğer hastalara olduğu gibi tutuklu ve hükümlülere de ellerinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar. Özellikle, hastanın onamını almadan hastanın tıbbi durumuna ait bilgileri cezaevi yetkililerine açıklamamalı ve gizlilik ilkesini korumalıdırlar.

## YAŞAMIN BAŞLANGICINA İLİŞKİN KONULAR

Tıp etiğinin ön plandaki konularının çoğu yaşamın başlangıcı ile ilgilidir. Elkitabının sınırlı kapsamı bu konuların ayrıntılı olarak ele alınmasını engellemekte ise de, etikle ilgili olduklarını anımsamak için kısaca söz etmekte yarar vardır. Bu konuların çoğu hekim birlikleri, etikçiler ve hükümetlere danışmanlık yapan kurullar

tarafından ayrıntılı biçimde çözümlenmiştir ve birçok ülkede bu konularla ilgili düzenlemeler bulunmaktadır.

- **Gebelikten korunma** – İstenmeyen gebeliklerin önlenmesini de içermek üzere kadının üreme yetisi üzerindeki denetim hakkı uluslararası düzeyde giderek artan biçimde tanınıyorsa da, hekimler hâlâ, küçüklerin gebelikten korunma istemleri ve farklı korunma yöntemlerinin risklerini açıklamak gibi zor konularla uğraşmak durumundadırlar.
- **Yardımcı üreme teknikleri** – Doğal yoldan gebelik oluşturamayan çiftler için, büyük tıbbi merkezlerin çoğunda bulunabilen, yapay dölleme, in-vitro fertilizasyon ve embriyon aktarımı gibi çeşitli yardımcı üreme tekniklerini kullanılabilmektedir. *Vekil gebelik* başka bir seçenektir. Bu tekniklerin hepsi hem kişisel anlamda hem de politika düzeyinde sorun oluşturmaktadır.
- **Prenatal genetik tarama** – Günümüzde embriyon ya da fetüsün belli genetik anomalilere sahip olup olmadığı ya da cinsiyetlerini belirleyen genetik testler yapmak olasıdır. Bulgulara bağlı olarak gebeliği sürdürme ya da sonlandırma kararı alınabilir. Hekimler bu tür testlerin ne zaman yapılacağını ve sonuçların hastaya nasıl açıklanacağını belirlemek durumundadırlar.
- **Gebeliğin sonlandırılması** – Tıp etiğinde bu konu, hem hekimler hem de kamu yetkilileri için çok uzun zamandan beri en yoğun görüş ayrılıklarına neden olan konulardan biridir. DHB'nin **Gebeliğin Tedavi Amaçlı Sonlandırılması Üzerine Görüş**'ü, bu düşünce ve inanç ayrılıklarına yer verir ve sonuçta "bu konunun kişisel düşünce ve vicdana bağlı olduğunu ve buna saygı gösterilmesi gerektiğini" belirtir.
- **Yaşama şansı düşük yenidoğanlar** – Prematürite ya da doğuşsal anomaliler nedeniyle bazı yenidoğanların yaşama

şansı çok azdır. Bu durumda sıklıkla hekimin, bebeklerin yaşamlarını uzatma ya da yaşamlarının sonlanmasına izin verme kararı vermesi gerekir.

- **Araştırma konuları** – Bu konular, olası tedavi uygulamaları için kök hücre elde etmek, yeni yardımcı üreme tekniklerini denemek ve fetüsler üzerinde deney yapmak için yeni embriyonların üretilmesi ya da 'yedek' embriyonların (üreme amacıyla kullanılmak istenmeyen) kullanılmasını içerir.

## YAŞAMIN SON DÖNEMİNE İLİŞKİN KONULAR

Yaşamın son dönemine ilişkin konuların içeriği, ölmekte olan hastaların yaşamlarını hayvan organları aktarmak gibi oldukça deneysel teknolojiler kullanarak uzatma çabalarından, ötanazi ve hekim yardımıyla özkıyım ile yaşamı erken sonlandırma çabalarına dek değişir. Bu iki uç arasında yaşamı uzatma olasılığı bulunan girişimleri başlatmak ya da sonlandırmak, terminal dönemdeki hastaların bakımı ve *istenç bildirimini*<sup>4</sup> kullanımı gibi birçok konu yer alır.

İki konu özellikle dikkate değerdir: Ötanazi ve yardımcı özkıyım.

- **Ötanazi**, aşağıdaki koşulların yerine getirildiği durumlarda, bir başka kişinin yaşamını sonlandıracağı açık olan bir eylemi bilerek ve isteyerek uygulamaktır:
  - Karar verme yeterliğine sahip, aydınlatılmış ve tedavi edilemeyen hastalığı olan bir kişi, gönüllü olarak yaşamının sonlandırılmasını istiyor olmalı.
  - İşlemi uygulayacak kişi, hastanın durumunu ve ölmek istediğini biliyor olmalı.
  - İşlem birincil olarak hastanın yaşamını sonlandırmak için uygulanmalı.

<sup>4</sup> Çevirenin notu: "Advance directive" deyiminin karşılığı olarak kullanılmıştır. Kişinin, karar verme yeterliğini yitirdiğinde kendisi ile ilgili tıbbi kararların ne yönde alınmasını istediğine ilişkin olarak önceden hazırladığı belgedir.

- İşlem şefkatli bir yaklaşımla ve kişisel kazanç gözetilmeden uygulanmalı.
- **Yardımlı özkıyım** bir kişiye, bilerek ve isteyerek, ilaçların öldürücü dozları hakkında bilgi vermek, bu dozlarda ilaç reçete etmek veya ilaçları sağlamayı da içermek üzere, özkıyım için gerekli bilgi ve/veya araçları sağlamaktır.

Ötanazi ve yardımlı özkıyım, uygulama ve kimi yargı yapılanmalarında yasalar açısından bir fark bulunsa da, ahlaki açıdan sıklıkla eş kabul edilir. Yukarıdaki tanımlara göre ötanazi ve yardımlı özkıyım, uygun olmayan, boşuna ya da istenmeyen uygulamanın başlatılmaması ya da durdurulmasından ya da palyatif bakımdan, her ikisi de yaşamı kısaltıyor olsa bile, farklıdır.

Ötanazi veya yardımlı özkıyım istemi, hasta tarafından dayanılamayan ağrılar sonucu dile getirilir. Bu durumdaki hastalar bu koşullarda yaşamaktansa ölmenin daha iyi olacağını düşünürler. Ayrıca birçok hasta ölmeyi seçmeye, hatta ölmek için yardım almaya hakları olduğunu düşünür. Hekimler tıbbi bilgiye sahip oldukları ve hızlı ve acısız bir ölümü sağlayacak ilaçlara ulaşabildikleri için bu konuda en uygun yardımcı olarak görülürler.

Bu eylemler birçok ülkede ve meslek ahlakı düzenlemesinde yasaklandığı için, hekimlerin ötanazi ve yardımlı özkıyım istemlerini karşılamakta çekimser olmaları anlaşılabilir bir şeydir. Bu yasak Hipokrat Andri'nda ve DHB'nin **Ötanazi Bildirgesi**'nde de yer alır:

Bir hastanın yaşamını bilerek sonlandırmak olan ötanazi, hastanın ya da yakın akrabalarının istemi olsa bile, meslek ahlakına aykırıdır. Ancak hekim hastanın, terminal dönemde hastalığın doğal seyrine bırakılması isteğine saygı göstermelidir.

Ötanazi ve yardımlı özkıyım isteminin reddedilmesi, hekimin, yaşamı

sonlandırabilecek, ilerlemiş ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olan hastası için birşey yapamayacağı anlamına gelmez. Son yıllarda, ağrıyı azaltan ve yaşamın niteliğini iyileştiren palyatif bakım uygulamalarında büyük gelişmeler olmuştur. Palyatif bakım, kanser

**“...hekimler ölmekte olan hastayı terk etmemeli, tedavi olası olmasa bile sevecen bir yaklaşımla bakım sağlamaya devam etmelidirler.”**

hastası bir çocuktan yaşamının sonuna yaklaşan bir yaşlıya dek tüm yaşlar için uygundur. Palyatif bakımın tüm hastalar için dikkate değer bir özelliği ağrı denetimidir. Yaşamının son dönemindeki hastalarla uğraşan hekimler, bu konuda yeterince donanımlı olduklarından emin olmalı ve ayrıca olası ise bir palyatif bakım uzmanından danışmanlık almalıdırlar. Hepsinin ötesinde, hekimler ölmekte olan hastayı terk etmemeli, tedavi olası olmasa bile sevecen bir yaklaşımla bakım sağlamaya devam etmelidirler.

Ölüme yaklaşım, hastalar, hasta yerine karar verenler ve hekimler için diğer birçok etik soruna yol açmaktadır. İlaçlar, yaşama döndürme girişimleri, radyolojik işlemler ve yoğun bakım ile yaşamı uzatmaya dönük olanakların artması, bu işlemlerin ne zaman uygulanacağı ve işe yaramadığında ne zaman durdurulacağı kararlarının önemini gündeme getirmektedir.

Daha önce iletişim ve onamla ilişkili olarak tartışıldığı gibi, karar verme yeterliği olan hastalar ölümlerine neden olacak olsa bile tüm tıbbi girişimleri reddetme hakkına sahiptirler. Bireylerin ölüme karşı tutumları büyük farklılıklar gösterir; kimi yaşamını uzatmak için ne kadar acı çekerse çeksün herşeyi yaparken, kimileri ise bakteriyel pnömoni için antibiyotik kullanımı gibi kendilerini yaşatacak en küçük bir önlemi bile reddedecek kadar ölmeyi ister. Hekim, tüm tedavi seçenekleri ve başarı olasılıkları hakkında aydınlatmak için elinden gelen tüm çabayı gösterdikten sonra, hastasının herhangi bir girişimin başlatılması ya da sürdürülmesine ilişkin kararına saygı göstermelidir.

Yaşamın son döneminde yeterliği olmayan hastalar için karar verme çok daha güçtür. Hastalar örneğin bir istenç bildirimini ile isteklerini açık biçimde belirtmişlerse, bu tür bildirimlerin belirsiz ifadeler içerebilmesine ve hastanın şu anki durumuna saygı göstererek yorumlanması gerekmesine karşın, karar vermek daha kolaydır. Hastalar isteklerini önceden uygun biçimde belirtmemişlerse, hasta yerine karar verecek olan kişi, hasta için en iyisini gözetmek gibi bir ölçüt kullanmalıdır.

## OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

Bu bölümde sunulan hasta-hekim ilişkisi çözümlemesine göre Dr.P'nin eylemi birkaç açıdan sorunludur:

1. İLETİŞİM: Hekim hastayla durumunun nedeni, tedavi seçenekleri veya hastaneye yatıp yatamayacağı hakkında iletişim kurmaya çalışmamıştır.
2. ONAM: Tedavi için aydınlatılmış onam almamıştır.
3. SEVECEN YAKLAŞIM: Hekim, hastanın kötü durumuna özen göstermeyen bir tutum almıştır. Cerrahi tedavisi çok başarılı olabilir ve uzun bir nöbetin sonunda yorgun olabilir; ancak bunlar meslek ahlakına aykırı davranmak için geçerli bir neden oluşturmaz.

## BÖLÜM ÜÇ – HEKİM VE TOPLUM



AIDS'e karşı...

© Gideon Mendel/CORBIS





## Öğrenim hedefleri

Bu bölümü okuduktan sonra,

- hekimin hastalarına ve topluma karşı sorumlulukları arasındaki çatışmaları ve nedenlerini belirleyebiliyor,
- sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtımında yaşanan etik sorunları tanımlayabiliyor ve bu sorunlarla uygun biçimde uğraşabiliyor,
- hekimin toplum ve dünya ölçeğinde sağlığa ilişkin sorumluluklarını tanımlayabiliyor olmalısınız.

## OLGU ÇALIŞMASI #2

Dr.S, bir hekime gittikten sonra aynı hafif rahatsızlık için bir de kendisine başvuran hastalardan giderek usanmaya başlamıştır. Bu durumun kaynakları boşa harcadığını ve hastaların sağlığı için olumsuz etki yarattığını düşünmektedir. Hastalara, eğer aynı rahatsızlık için başka hekimlere başvurmaya devam ederlerse kendilerine hizmet sunmayacağını söylemeye karar verir. Ayrıca ulusal hekim birliğine başvurarak sağlık hizmeti kaynaklarının bu biçimde harcanmasının önlenmesi için hükümetle görüşmelerini istemeyi düşünür.

### HEKİM-TOPLUM İLİŞKİSİNİN ÖZGÜN YANLARI NELERDİR?

Hekimlik bir meslektir. Meslek terimi, birbirine yakın olsa da farklı iki anlama sahiptir: (1) Başkalarının iyiliğine adanmışlık, yüksek ahlaki standartlar, belli bir bilgi ve beceri bütünü ve yüksek derecede bağımsızlık niteliklerine sahip bir iş, (2) o mesleği uygulayan tüm bireyler. Dolayısıyla 'hekimlik mesleği' hem tıp uygulamasını hem de genel olarak hekimleri kapsar.

Hekimlik mesleği, sadece Bölüm İki'de tartışılan hasta-hekim ilişkisinden ve Bölüm Dört'te ele alınacak olan meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerden oluşmaz. Aynı zamanda toplumla ilişkileri de içerir. Bu ilişki, toplumun hekimlik mesleğine belli hizmetler sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendisini denetlemesi gibi ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak başkalarının yararına ve sadece ikincil olarak kendi yararına kullanmayı kabul etmesini içeren bir çeşit 'toplumsal sözleşme'dir.

Tıp bugün, her zamankinden fazla oranda toplumsal bir etkinliktir. Hükümetler, şirketler ve maddi kaynaklarla aynı bağlamda yer alır. Bilgisel temeli ve uygulamaları için kamu ve özel kaynaklı araştırma ve ürün geliştirmeye dayanır. Uygulanacak birçok işlem için karmaşık sağlık kurumlarına gereksinim duyar. Biyolojik olduğu kadar toplumsal kökenli hastalık ve rahatsızlıkları da tedavi eder.

“Tıp bugün, her zamankinden fazla oranda toplumsal bir etkinliktir.”

Tıp etiğinin Hipokratik geleneği hekimin toplumla ilişkisi için pek yön gösterici değildir. Bu geleneği desteklemek için günümüz tıp etiği, bireysel hasta-hekim ilişkisinin ötesinde ortaya çıkan sorunlara eğilir ve bu sorunlarla uğraşabilmek için ölçüt ve süreçler sunar.

Tıbbın ‘toplumsal’ niteliğinden söz etmek hemen bir soru doğuracaktır: Toplum nedir? Bu elkitabında toplum terimi bir topluluk ya da ulusu işaret etmektedir. Hükümet’le eşanlamlı değildir; hükümetler toplumun çıkarlarını temsil etmelidir. Ancak sıklıkla tersini yaparlar, temsil etseler bile, **toplum olarak** değil, **toplum adına** hareket ederler.

Hekimler toplumla çeşitli ilişkiler kurarlar. Toplum ve fiziksel çevresi hastaların sağlığı için önemli etmenler olduklarından, genel olarak hekimlik mesleği ve bireysel olarak hekimler toplum sağlığında, sağlık eğitiminde, çevrenin korunmasında, toplum sağlığını ya da iyiliğini etkileyen yasalarda ve yargı süreçlerinde tanıklık ederek önemli rollere sahiptirler. DHB’nin **Hasta Hakları Bildirgesi**’nde belirtildiği gibi, “Hasta hakları yasal düzenlemeler, hükümet etkinlikleri ya da diğer yönetimler ve kurumlarca tanınmadığında, hekimler hakların sağlanması ve güvence altına alınması için gerekli araçları kullanmalıdır”. Hekimler ayrıca, toplumun sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtımında temel bir rol oynamalı ve hastaların hak etmedikleri hizmetlere erişmelerini engellemelidirler. Bu sorumlulukları yerine getirmek, özellikle toplumun çıkarları

bireysel olarak hastaların çıkarları ile çatıştığında etik sorunlar doğmasına neden olur.

## ÇİFTE BAĞLILIK

Hekimlerin hem hastalarına hem de üçüncü taraflara karşı sorumlulukları varsa ve bu sorumluluklar birbirleri ile uyumsuzsa, kendilerini 'çifte bağlılık'tan kaynaklanan bir durumla karşı karşıya bulurlar. Hekimin bağlılığını isteyen üçüncü taraflar, hükümetler, işverenler (örneğin hastaneler, kurum yöneticileri), sigortacılar, askeri yetkililer, polis, cezaevi yöneticileri ve hasta yakınları olabilir. DHB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları** "hekimin hastasına bağlılığını sunması gerektiğini" belirtmekte ise de, genel olarak

"...hekim ender durumlarda başkalarının çıkarlarını hastasının çıkarlarının önünde tutmak zorunda kalabilir."

hekimin, ender durumlarda başkalarının çıkarlarını hastasının çıkarlarının önünde tutmak zorunda kalabileceği kabul edilmektedir. Bu noktada hekim için önemli olan, hastanın üçüncü tarafların baskısı karşısında ne zaman ve nasıl korunacağına karar vermektir.

Çifte bağlılık, toplumun çıkarlarına öncelik verilmesi gereken durumlardan, hastanın çıkarlarının yaşamsal olduğu durumlara dek değişen bir yelpazede ortaya çıkabilir. Arada, doğru eylemi belirlemek için özenli ve ayrıntılı bir çözümlenme yapmak gereken büyük bir gri bölge bulunur. Yelpazenin bir ucunda, otomobil kullanmaya engel oluşturan bir sağlık sorununa sahip hastalar ya da çocuklara şiddet uygulandığına ilişkin kuşku söz konusu olduğunda geçerli olacak bildirim zorunluluğu yer alır. Hastaların bilgilendirilmesi gerekse de, hekimler bu yükümlülükleri duraksamadan yerine getirmelidirler. Diğer uçta ise, polis ya da askerlerin işkence gibi insan hakları ihlallerinde yer almasına ilişkin istek ya da emirleri bulunur. 2003 tarihli **Hekimlerin Öğrendikleri İşkence ve Diğer İnsanlık Dışı Uygulamaları Açıklama Sorumluluğuna İlişkin Karar**'da DHB,

bu koşullarda bulunan hekimlere kılavuzluk sağlamaktadır. Hekimler özellikle, hasta için en iyisinin ne olduğunu belirleme konusunda mesleki bağımsızlıklarını korumalı ve aydınlatılmış onam ve mesleki gizlilik ilkelerinin uygulanmasını gözlemlemelidir. Bu gerekliliklerin herhangi bir biçimde göz ardı edilmesi, haklı çıkarılabilir olmalı ve hastaya açıklanmalıdır. Hekimler özellikle temel insan haklarına saygı gösterilmediğinde, hastalarına hizmet sunarken karşılaştıkları her türlü haklı çıkarılamayan girişimi yetkililere bildirmelidirler.

“...Hekimler özellikle temel insan haklarına saygı gösterilmediğinde, hastalarına hizmet sunarken karşılaştıkları her türlü haklı çıkarılamayan girişimi yetkililere bildirmelidirler.”

Yelpazenin ortalarında, tıbbi açıdan hastalara nasıl yaklaşılacağını belirleyerek hekimin klinik özerkliğini sınırlayan “yönetilen sağlık hizmeti”<sup>5</sup> gibi sağlık politikaları bulunur. Bu tür uygulamalar her zaman hasta için en iyi olanla çelişmeyebilse de, hekim bu tür programlara katılmak konusunda dikkatli davranmalıdır. Eğer başka bir seçeneği yoksa hekim, kendi hastaları ve hekim birlikleri aracılığı ile bu türden kısıtlayıcı politikalardan etkilenen tüm hastaların gereksinimlerini *savunmalıdır*.

Hekimin karşılaştığı bir başka çifte bağlılık biçimi, bir şirket ile hastalarının ve/veya toplumun çıkarlarının çatıştığı ya da çatışma olasılığı bulunan durumlardır. İlaç şirketleri, tıbbi teknoloji şirketleri

<sup>5</sup> Çevirenin notu: “Yönetilen sağlık hizmeti”, ‘managed healthcare’ deyiminin karşılığı olarak kullanılmıştır. Sağlık hizmetinin doğasına ilişkin olarak yönetilmesi gerektiğinden bu deyim kulağa garip gelebilir. Ancak bunun nedeni çevirinin kötülüğünden değil, uygulamanın kendisinden kaynaklanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık harcamalarının denetlenemeyen artışı karşısında, hizmetlerin pazarın “görünmez eliyle” değil, devletçe yönetilmesi için uygulamaya konulan “yönetilen sağlık hizmeti”, bu ülkede sağlık hizmetleri ilk defa büyük kapsamda, belli ölçütlerle, yasal düzenlemelerle ve devletçe yönetilmeye çalışıldığı için bu isimle anılmıştır. Giderleri kısmak için tıbbi uygulamalara çeşitli kısıtlamalar getirilmiş, gereksinim değil maliyet dikkate alındığından insanların sağlık hizmetine erişimi daha da kısıtlanmıştır. Yukarıdaki paragrafta “yönetilen sağlık hizmeti”nin bu etkisi vurgulanmaktadır.

ve diğer ticari örgütlenmeler hekimlere sıklıkla, numunelerden, eğitim toplantılarına katılabilmek için gerekli yol ve konaklama giderlerini karşılamaya ve araştırma etkinliklerine katılım için yüksek miktarda para ödemeye dek değişen çeşitli hediyeler ve kazançlar sunar (Bölüm Beş'e bakınız). Bu türden şirket hediyelerinin altta yatan ortak amacı, hekimi o şirketin ilacını yazmaya ya da ürününü kullanmaya ikna etmektir. Bu ilaç ya da ürün hasta için en iyisi olmayabilir ve/veya toplumun sağlık giderleri için ek bir yük oluşturabilir. DHB'nin 2004 yılında oluşturduğu **Hekimler ve Ticari Girişimler Arasındaki İlişkiler üzerine Görüş**, hekimlere böyle durumlar için yol göstericilik

“...hekimler kendi çıkarları ile hastanın çıkarları arasındaki herhangi bir çatışmayı, hastanın lehine çözmelidir.”

sağlamaktadır. Ayrıca birçok ulusal hekim birliğinin kendi kılavuzları bulunmaktadır. Bu kılavuzların temelinde bulunan birincil etik ilke, hekimin kendi çıkarları ile hastanın çıkarları arasındaki herhangi bir çatışmayı, hastanın lehine çözmesi gerektiğidir.

## KAYNAKLARIN DAĞITIMI

En varsılından en yoksuluna dek dünyadaki her ülkede, eldeki kaynaklar ile sağlık hizmetlerine olan gereksinim ve istekler arasında geniş ve sürekli olarak artan bir fark bulunmaktadır. Bu fark, eldeki kaynakların akılcı bir biçimde değerlendirilmesini gerektirir. Sağlık hizmetlerinde paylaşım, ya da yaygın olarak bilinen ismiyle 'kaynakların dağıtımı', kendisine üç düzeyde yer bulur:

- En yüksek düzeyde (makro), toplam bütçenin ne kadarının sağlığa ayrılacağı, hangi sağlık hizmeti harcamalarının ücretsiz, hangilerinin doğrudan hastadan ya da hastanın bağlı olduğu sigortadan karşılanacağı, hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının emeklerinin nasıl ücretlendirileceği, sağlık bütçesinden hastaneler ve diğer kurumların harcamaları için, bilimsel araştırma için, sağlık çalışanlarının eğitimi için,

tüberküloz ve AIDS gibi özel hastalıklarla savaşım için ne kadar pay ayrılacağı vb. hükümet tarafından belirlenir.

- Hastaneleri, poliklinikleri, sağlık hizmeti kurumlarını kapsayan kurumsal düzeyde (mezo), kaynakların nasıl dağıtılacağına yöneticiler karar verir: Hangi hizmetler sunulacak, çalışanlara, araçlara, güvenliğe, genişlemeye, diğer işletme giderlerine ne kadar ayrılacak vb.
- Bireysel olarak hasta düzeyinde (mikro), sağlık hizmeti sunanlar, özellikle de hekimler hangi testin isteneceğine, başka bir hekime yönlendirmek gerekip gerekmediğine, hastanın hastaneye yatmasının gerekip gerekmediğine, jenerik bir ilaç yerine mutlaka belli bir marka ilacın gerekli olup olmadığına vb. karar verirler. Hekimlerin, sağlık harcamalarının %80'inden sorumlu oldukları tahmin edilmektedir ve “yönetilen sağlık hizmetlerinin” hastaların haklarını giderek daha fazla çiğnemesine karşın, yine de hastalarının hangi hizmetlere erişeceğini belirleme konusunda önemli derecede sağduyu sahibidirler.

Değerler üzerine temellendiklerinden ve bireylerin ve toplumun sağlığı ve iyilikleri üzerinde anlamlı sonuçlar yarattıklarından, her düzeyde yapılan seçimlerin temel bir etik bileşeni vardır. Bireysel olarak hekimler tüm düzeylerdeki kararlardan etkilenseler de, katılımları en fazla mikro düzeydedir. Dolayısıyla aşağıda bu noktaya odaklanılmaktadır.

Yukarıda vurgulandığı gibi, hekimlerden geleneksel olarak, başkalarının gereksinimlerini dikkate almaksızın, sadece kendi hastalarının çıkarları doğrultusunda eylemeleri beklenir. Meslek ahlakının öncelikli değerlerinden olan sevecen yaklaşım,

**“...hekimler sadece kendi hastalarına karşı değil, belli bir ölçüde diğer hastalara karşı da sorumludurlar.”**

yeterlik ve özerklik, kendi hastalarının gereksinimlerine hizmet etmeye doğru yöneltilmiştir. Tıp etiğine bu bireyselci yaklaşım, hekimin babaca yaklaşımından hastanın isteğinin sunulacak sağlık hizmeti için temel ölçüt olduğu hasta özerkliğine geçiş sürecinde varlığını korumuştur. Yine de son zamanlarda başka bir ilke, adalet ilkesi tıbbi kararlarda önemli bir etmen olmaya başlamıştır. Bu ilke kaynakların dağıtımında, diğer hastaların da gereksinimlerini dikkate alan daha toplumsal bir yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır. Bu yaklaşıma göre hekimler sadece kendi hastalarına karşı değil, belli bir ölçüde diğer hastalara karşı da sorumludurlar.

Kaynakların dağıtımında hekimin rolüne ilişkin bu yeni anlayış, birçok ulusal hekim birliğinin meslek ahlakı kurallarında yer aldığı gibi, DHB de **Hasta Hakları Bildirgesi**'nde "Kaynakların sınırlı olduğu belli bir tedavinin uygulanması için hastalar arasında seçim yapılacağı koşullarda, tüm hastalar adil biçimde değerlendirilme hakkına sahiptir. Bu seçimde tıbbi ölçütler dışında herhangi bir ölçüte göre ayrımcılık yapılamaz." ifadesine yer vermiştir.

Hekimlerin kaynakların dağıtımına ilişkin sorumluluklarını yerine getirmelerinin bir yolu, hastalar istemde bulunuyor olsa da boşuna ve etkisiz uygulamalardan kaçınmaktır. Antibiyotiklerin aşırı kullanımı boş ve zararlı uygulamalara iyi bir örnektir. Randomize klinik çalışmalarda, birçok yaygın tedavi biçiminin aslında kullanıldıkları endikasyon için etkisiz olduğu gösterilmiştir. Birçok tıbbi durum

**"...Hekimlerin kaynakların dağıtımına ilişkin sorumluluklarını yerine getirmelerinin bir yolu, hastalar istemde bulunuyor olsa da boşuna ve etkisiz uygulamalardan kaçınmaktır."**

için klinik uygulama kılavuzu bulunmaktadır; kılavuzlar etkin ve etkin olmayan tedavi biçimleri arasında ayırım yapmaya yardımcı olurlar. Hekimler hem kaynakları korumak, hem de hastaları için en uygun tedaviyi sağlamak için bu kılavuzlar hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.



Birçok hekimin vermek zorunda kalabildiği bir kaynak dağıtım kararı, acil servis çalışanı, yoğun bakım birimindeki tek boş yatak, aktarılacak organlar, yüksek teknolojlili radyolojik incelemeler ve bazı çok pahalı ilaçlar gibi çok sınırlı bir kaynağa gereksinimi olan iki ya da daha fazla hasta arasında seçim yapmaktır. Bu kaynakların dağıtımını üzerinde söz sahibi olan hekimler, erişemeyenlerin sonuçta acı çekeceğinin, hatta öleceğinin tam bilincinde olarak, hangi hastanın bu hizmetlere erişeceğini ve hangi hastanın erişemeyeceğine karar vermek durumundadırlar.

Bazı hekimler, diğerlerinin yanısıra kendi hastalarını da etkileyecek genel politikalar oluşturulmasında rol alarak kaynakların dağıtımına ilişkin başka bir çatışmayla yüzyüze gelirler. Çatışma, hekimlerin yönetsel konumlarda buldukları ya da sağlığa ilişkin politikaların belirlendiği veya önerildiği kurullarda çalıştıkları hastane ve diğer kurumlarda ortaya çıkar. Hekimler kendilerini sıklıkla hastalarıyla olan ilişkilerinden soyutlamaya çalışsalar da, bazen konumlarını, daha fazla gereksinimi olan hastalar yerine kendi hastalarına öncelik kazandırmak için kullanabilirler. Bu türden konularda hekimler sadece adalet ve sevecen yaklaşım ilkelerini dengelemekle kalmayıp, aynı zamanda hangi adalet yaklaşımının uygun olacağına da karar vermelidirler. Aşağıdakileri de içeren birçok adalet yaklaşımı vardır:

- **Düzenleme Karşıtı (Libertarian)** – Kaynaklar pazar ilkelerine göre dağıtılmalıdır (bireyler ödeme gücü ve isteğine göre seçim yapar, ödeme gücü olmayanlar sınırlı hayırseverlik etkinlikleriyle sağlanan hizmetleri alır)
- **Yararcı (Utilitarian)** – Kaynaklar herkes için en büyük yarar ilkesine göre dağıtılmalıdır.
- **Eşitlikçi (Egalitarian)** - Kaynaklar sadece gereksinime göre dağıtılmalıdır.

- **Onarıcı (Restorative)** - Kaynaklar tarihsel olarak haksızlığa uğramış olanların lehine dağıtılmalıdır.

Yukarıda vurgulandığı gibi, hekimler kavramsal olarak rollerini yavaş yavaş, tıp etiğinin düzenleme karşıtı yaklaşımdan yana geleneksel bireyciliğinden, daha toplumsal bir düzeye doğru kaydırmaktadırlar. Düzenleme karşıtı görüş genel olarak reddediliyor olsa da, tıp etikçileri diğer üç yaklaşımın hangisinin daha üstün olduğu konusunda bir anlaşmaya varamamışlardır. Bu yaklaşımların

“...seçim, hekimin kişisel ahlakına olduğu kadar mesleğini uyguladığı sosyo-politik koşullara da bağlıdır.”

her biri daha önce sözü edilen, hangi testin isteneceği, hastanın başka bir hekime yönlendirilip yönlendirilmeyeceği, hastaneye yatıp yatmayacağı, jenerik yerine markalı ilacın gerekli olup olmadığı, organın kime aktarılacağı gibi pek

çok konuya uygulandıklarında çok farklı sonuçlara yol açacaktır. Hekimin sadece kendi hastaları için değil, karardan etkilenecek herkes için farklı uygulamaların olası sonuçlarına ilişkin verilerle uğraşmasını gerektirdiğinden, yararcılık bireysel olarak hekim için belki de uygulaması en güç yaklaşımdır. Diğer ikisi (düzenleme karşıtı da katılırsa, üçü) arasında yapılacak seçim, hekimin kişisel ahlakına olduğu kadar mesleğini uyguladığı sosyo-politik koşullara da bağlıdır. A.B.D gibi bazı ülkeler düzenleme karşıtı yaklaşımı benimsemiş iken, örneğin İsveç eşitlikçi yaklaşımı, Güney Afrika Cumhuriyeti onarıcı yaklaşımı uygulamaktadır. Sağlık politikaları üretenlerin çoğu ise, yararcı yaklaşımı öne çıkarmaktadır. Farklılıklarına karşın adalete ilişkin iki ya da daha çok yaklaşım ulusal sağlık sistemlerinde sıklıkla birlikte bulunur ve bu ülkelerdeki hekimler kendi yaklaşımlarıyla uyumlu olarak mesleklerini nerede uygulayacaklarını (ör, kamu ya da özel) seçebilirler.

Eldeki kaynakların dağıtımındaki rollerine ek olarak hekimlerin, kaynakların yetersiz olduğu yerlerde artırılmasını savunma sorumluluğu da vardır. Bu genellikle hekimlerin, hükümetteki ve

başka yerlerdeki karar vericileri kendi ülkelerinde ve dünya çapında gereksinimlerin varlığına ve nasıl karşılanacaklarına ilişkin ikna edebilmek için, meslek birliklerinde birlikte çalışmalarını gerektirir.

“...hekimlerin, yetersiz olduğu yerlerde kaynakların artırılmasını savunma sorumluluğu da vardır.”

## HALK SAĞLIĞI

20. yüzyılda tıp, halk sağlığı<sup>6</sup> ve diğer sağlık hizmetlerinin ('özel' ya da 'bireysel') şanssız biçimde ayrılmasına tanıklık etti. Şanssız bir ayırmadır; çünkü, yukarıda vurgulandığı gibi toplum bireylerden oluşur ve toplumun sağlığını koruyacak ve geliştirecek önlemler sonuçta bireysel sağlığa yarar sağlayacaktır.

Ayrıca, 'halk sağlığı', 'kamu-kaynaklı sağlık hizmetleri' anlamında anlaşıldığında (bir ülkenin vergi sistemi veya zorunlu bir genel sigorta kullanılarak sunulan sağlık hizmetleri gibi) ve 'özel sektör-kaynaklı sağlık hizmetleri'nin (bireyin cepten ödediği veya özel sağlık sigortasının karşıladığı ve herkesi kapsamayan sağlık hizmetleri) karşıtı olarak görüldüğünde ayrı bir karışıklık doğmaktadır.

Bu elkitabında kullanılan 'halk sağlığı' terimi, hem toplumun sağlığını, hem de sağlığa birey yerine nüfus temelli bakan bir tıp uzmanlığına işaret etmektedir. Danışmanlık vermeleri, toplumu bulaşıcı hastalıklar

<sup>6</sup> Çevirenin notu: Halk sağlığı disiplini, içme sularının klorlanması gibi geniş çaplı ve basit önlemler olarak toplumun sağlığını korumak düşüncesiyle doğmuştur. Bu haliyle bir tür mühendislik dalına benzetilebilir. Bu düşünce, yukarıdaki paragrafta da belirtildiği gibi şanssız bir ayırma yol açmış, toplumun sağlığıyla sadece halk sağlıklarını ilgilendirmesi gerektiği ve halk sağlıklarının sadece toplum sağlığını koruyucu önlemlerle ilgilendirmesi gerektiği düşüncesinin yerleşmesine neden olmuştur. Sonraları ise, sağlık hizmetlerinin ancak nüfus temelli, ekip çalışmasıyla ve toplum katılımıyla yürütülen ve gezici hizmetleri içeren bir örgütlenmeye, geliştirici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici boyutlarıyla bir bütün olarak sunulduğunda etkin olabileceği bilimsel olarak kanıtlanmış, bu anlamda tüm sağlık çalışanlarının halk sağlığı bakış açısına sahip olması gerektiği anlaşılmıştır. Bu yeni bilgi ışığında yeni bir yaklaşımla uygulanması gereken disiplinin ismi, kapsayıcı olmaktan uzaklaşmıştır. Yeni yaklaşım için 'Toplum Hekimliği' terimi daha uygundur. Bu kitapta ise disiplin, eski ve dilimize yerleşmiş anlamıyla adlandırıldığından (Public Health), 'Halk Sağlığı' terimi kullanılmıştır.

“...hekimlerin tümünün hasta bireylerin sağlık durumlarını etkileyen toplumsal ve çevresel etmenlerin farkında olmaları gerekir.”

ve sağlığa zararlı diğer etmenlerden korumak için gerekli etkinliklere katılmaları ve sağlığı geliştirecek kamu politikalarını savunmaları için halk sağlığı uzmanlarına her ülkede büyük gereksinim bulunmaktadır. Halk sağlığının

(‘halk sağlığı tıbbi’ ya da ‘toplum tıbbi’ da denilmektedir) bilimsel temeli, büyük oranda, toplumda sağlığın ve hastalığın belirleyenleri ve dağıtımları ile ilgilenen **epidemiolojiye** dayanır. Bazı hekimler akademik eğitim alarak tıbbi epidemiyolog olurlar. Ancak hekimlerin tümünün hasta bireylerin sağlık durumlarını etkileyen toplumsal ve çevresel etmenlerin farkında olmaları gerekir. DHB'nin **Sağlığın Geliştirilmesi üzerine Görüş**'ünde belirttiği gibi, “Tıp mesleğini uygulayanlar ve onların meslek birlikleri her zaman hastaları için en iyisi yönünde eylemek ahlaki ödevine ve mesleki sorumluluğuna sahiptirler ve bu sorumluluğu toplum sağlığını güvenceye almak ve geliştirmeye çalışmakla birlikte düşünmelidirler.”

Bağışıklama kampanyaları ve bulaşıcı hastalık salgınlarına acil yanıt oluşturma gibi halk sağlığı önlemleri bireylerin sağlığı için önemlidir; ancak barınma, beslenme ve çalışma da en az onlar kadar önemlidir. Hekimler, hastalarını var olan sosyal hizmetlere yönlendirebilseler de, hastalıklarının toplumsal kökenlerini çok ender olarak iyileştirme gücüne sahiptirler. Ancak yine de, halk sağlığı ve toplum eğitimi etkinliklerine katılarak, çevresel zararları izleyerek ve bildirerek, şiddet gibi toplumsal sorunların sağlığa etkilerini tanımlayarak ve yayımlayarak, halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini savunarak dolaylı yoldan bile olsa bu sorunların uzun dönemde çözümüne katkıda bulunabilirler.

Yine de bazen, aşılardan kişinin hastalığa yakalanmasını değil başkasına bulaştırmasını engellemesi gibi bir yan etki riski taşınması, belli bulaşıcı hastalıkların bildirilmesinin gerekmesi, çocuk ya da yetişkinlerin şiddete uğraması ya da otomobil veya

uçak kullanmak gibi bireyin ve başkalarının sağlığı için tehlikeli olabilecek belli etkinliklerin yerine getirilmesi örneklerinde olduğu gibi, toplum sağlığının çıkarları hastaninkilerle çatışabilir. Bunlar, yukarıda tanımlandığı gibi, çifte bağlılık durumlarına örneklerdir. Bu tür durumlarla uğraşmak için yaşama geçirilmesi gereken süreçler, Bölüm İki’de ‘mesleki gizlilik’ başlığı altında ele alınmıştı. Genel olarak hekimler, toplum sağlığı gereksinimlerinin karşılanması nedeniyle bireysel olarak hastaların görebileceği zararı en aza indirmenin yollarını bulmaya çalışmalıdırlar. Örneğin bildirim zorunlu ise, yasal gereklilikleri yerine getirirken hastaya ilişkin bilgilerin gizliliği olası en geniş biçimde sağlanmalıdır.

Hasta bireyler ile toplumun çıkarları arasındaki çatışmanın başka bir türü, hastanın sigorta ödemeleri ya da hastalık izni gibi hak etmediği bir yarar elde etmek için hekiminden yardım istemesiyle ortaya çıkar. Hastalar belli tıbbi durumlara sahip olduklarında, bu tür yararları elde etmelerini sağlamak için hekimlere belge verme yetkisi tanınmıştır. Bazı hekimler hastaların bu tür istemlerini geri çevirmek istemeseler de, meslek ahlakına aykırı olmayacak başka destek araçları bularak yardım etmeleri gerekir.

## DÜNYA ÖLÇEĞİNDE SAĞLIK

Hekimlerin yaşadıkları topluma karşı sorumluluklarının bulunduğu anlayışı, son yıllarda bu sorumluluğun dünya çapında sağlığı da kapsadığı biçiminde gelişmektedir. “Dünya ölçeğinde sağlık” deyimini ulusal sınırları aşan, diğer ülkelerdeki koşullar ya da deneyimlerden etkilenebilen ve en iyi biçimde işbirliği ile çözülebilecek olan sağlık sorunları anlamına gelmektedir. Dünya ölçeğinde sağlık, bilgi alışverişi, ticaret, politika, turizm ve diğer insan etkinliklerini kapsayan çok daha büyük bir küreselleşme hareketinin

**“..Bir ülkedeki hekimin son derece bulaşıcı bir hastalığın tanı ve tedavisinde başarısız olması, başka bir ülkedeki hastalar için korkunç etkilere neden olabilir.”**

parçasıdır. Küreselleşmenin temelinde bireylerin ve toplumların birbirlerine bağımlı oldukları anlayışı bulunur. Bu özellikle, grip ve SARS gibi hastalıkların hızla yayılmasının da gösterdiği gibi insan sağlığı için geçerlidir. Bu tür salgınların denetlenebilmesi için uluslararası işbirliği gerekir. Bir ülkedeki hekimin son derece bulaşıcı bir hastalığın tanı ve tedavisinde başarısız olması, bir başka bir ülkedeki hastalar için korkunç etkilere neden olabilir. Bu nedenle hekimlerin ahlaki yükümlülüklerinin sınırları, bireysel olarak hastalarını, kendi toplumlarını ve hatta uluslarını da aşmaktadır.

Sağlığa dünya ölçeğinde bakan yaklaşımın yaygınlaşması, sağlıkta eşitsizliklere karşı dünya çapında giderek artan bir duyarlılık gelişmesine neden olmuştur. Yoksul ülkelerde erken ölümlerle savaşım ve hastalık prevalanslarının geriletmesine yönelik geniş çaplı kampanyalar, çiçek hastalığının yok edilmesi ve polio savaşımının da bu yönde ilerliyor olması gibi belli bir başarı sağlamış olsa da, yüksek ve düşük gelirli ülkelerin sağlık düzeyleri arasındaki fark giderek artmaktadır. Bunun nedeni kısmen, en kötü etkisini yoksul ülkelerde gösteren AIDS hastalığıdır; ancak başlıca neden, yoksul ülkelerin son onyıllarda dünyanın bir bütün olarak artan zenginliğinden pay almaktaki yetersizliğidir. Yoksulluğun nedenlerinin temel olarak politik ve ekonomik olmasına ve bu nedenle hekimleri ve birliklerini aşmasına karşın, hekimler sonuçta yoksulluğun neden olduğu hastalıklarla uğraşmak durumundadırlar. Düşük gelirli ülkelerde hekimler hastalarına sunacak çok az kaynağa sahiptir ve sürekli olarak bu kaynakları en adil biçimde dağıtmak sorumluluğu ile yüzyüze gelmektedirler. Orta ve yüksek gelirli ülkelerde bile hekimler, küreselleşmeden doğrudan etkilenen göçmenlerle ya da sağlık hizmetlerine erişemeyen hastalarla karşılaşmaktadırlar.

Küreselleşmenin diğer bir özelliği, sağlık çalışanlarının uluslararası hareketliliğidir. Hekimlerin gelişmekte olanlardan ileri derecede sanayileşmiş ülkelere göç etmesi, hekimin kendisi ve alıcı ülke için yarar sağlasa da, hekimin ülkesi için kötüdür. **Hekimlerin Uluslararası Çalıştırılmaları için Meslek Ahlakı Kılavuzu**'nda

DHB, hekimlerin başka bir ülkedeki iş olanaklarına erişmesinin engellenmemesi gerektiğini belirtmektedir. Bununla beraber tüm ülkelere, gereksinimler ve kaynaklar göz önüne alınarak yeterli sayıda hekim yetiştirilmesi ve başka ülkelerden gelecek hekim göçüne güvenilmemesi çağrısında bulunmaktadır.

Sanayileşmiş ülkelerdeki hekimlerin gelişmekte olan ülkelere deneyim ve becerilerini sunması konusunda uzun bir geçmiş ve çeşitli örnekler söz konusudur: Kızılhaç, Kızılay, Sınır Tanımayan Hekimler gibi acil tıbbi yardım örgütleri, yarı damak ya da katarakt gibi durumlar için kısa dönemli cerrahi kampanyalar, misafir öğretim üyelerinin tıp fakültelerini ziyareti, ilaç ve tıbbi malzeme sağlanması, kısa ya da uzun dönemli tıbbi araştırma projeleri gibi. Bu tür programlar küreselleşmenin olumlu yanına bir örnektir ve en azından kısmen, hekimlerin yoksul ülkelere varsıl ülkelere göç etmesi karşılığında bir tür tazminat rolü oynamaktadır.

## OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

Bu bölümde sunulan hekim-toplum ilişkisinin çözümlenmesine göre, Dr.S hastasının davranışının toplum üzerindeki etkisini dikkate almakta haklıdır. Başka bir hekime başvuru Dr.S'nin çalıştığı sağlık sisteminin dışında gerçekleşiyor ve bu nedenle topluma ek bir mali yük getirmiyor olsa bile, hasta Dr.S'nin gereksinim duyan başka hastalara ayırabileceği zamanı almaktadır. Bununla birlikte Dr.S gibi hekimler bu tür durumlarla karşılaştıklarında dikkatli olmalıdır. Hastalar sıklıkla, çok çeşitli nedenlere bağlı olarak akılcı olmayan kararlar verebilirler ve kendileri ve diğerleri için en iyisinin ne olduğunu anlamaları için uzun bir süre ve sağlık eğitimi gerekiyor olabilir. Dr.S, bu durum sadece kendisini ve hastasını değil, diğer hekimleri ve hastaları da etkilediğinden, toplumsal bir çözüm bulmak için hekim birliğine başvurmakta da haklıdır.





## BÖLÜM DÖRT – HEKİMLER VE MESLEKTAŞLARI



Sağlık ekibi bir hastayı tartışıyor  
© Pete Saloutos/CORBIS



## Öğrenim hedefleri

Bu bölümü okuduktan sonra,

- Bir hekimin başka bir hekime nasıl davranması gerektiğini tanımlayabiliyor,
- Meslektaşlarının meslek ahlakına aykırı davranışlarını bildirmeyi haklı çıkarabiliyor,
- Sağlık hizmeti sunumunda diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmakla ilgili temel etik ilkeleri tanımlayabiliyor,
- Diğer sağlık çalışanlarıyla ortaya çıkabilecek çatışmaların nasıl çözülebileceğini açıklayabiliyor

olmalısınız.

## OLGU ÇALIŞMASI #3

Bir şehir hastanesinde yeni işe başlayan anestezi Dr.C, yaşlıca bir cerrahın ameliyathanedeki uygulamalarından rahatsız olmuştur. Cerrah artık eskimiş teknikler kullanmakta, bu teknikler ameliyatın uzamasına, ameliyat sonrası ağrının ve iyileşme süresinin uzamasına neden olmaktadır. Dahası, hekim hastalar hakkında kaba şakalar yapmakta, bu da ekipteki hemşireleri açıkça rahatsız etmektedir.

Daha genç bir ekip üyesi olan Dr.C cerrahi kişisel olarak eleştirmeye ya da durumu üst yetkililere bildirmeye çekinir. Ancak durumu düzeltmek için birşeyler yapması gerektiğini de hissetmektedir.

## TIBBİ YETKENİN SORGULANMASI

Hekimler geleneksel olarak son derece *hiyerarşik* bir mesleğin üyesidirler. İçsel olarak, birbirinin üzerine binen üç hiyerarşi vardır: İki uzmanlıklar arasındadır; bazıları daha prestijlidir ve daha iyi kazanç

**“Hekimler geleneksel olarak, son derece hiyerarşik bir mesleğin üyesidirler”**

sağlar. İkincisi uzmanlık alanlarının içindedir; akademisyenler kamu ya da özelde çalışan hekimlerden daha etkilidir. Üçüncüsü ise hasta bakımıyla ilişkilidir; birincil sağlık hizmeti sunanlar hiyerarşinin en üstündedir, diğerleri ise ne denli deneyimli ve becerikli olurlarsa olsunlar, hasta kendilerine yönlendirilmedikçe sadece danışman hekim olarak hizmet sunabilirler. Dışsal anlamda ise, hekimler diğer sağlık çalışanlarının hiyerarşik olarak üstündedirler.

Bu bölümde, hem içsel hem de dışsal hiyerarşilerden kaynaklanan etik sorunlar ele alınacaktır. Bu sorunlardan bazıları her iki alanda da ortaktır, bazıları ise sadece bir alana özgüdür. Bu konuların çoğu tıp ve sağlık hizmetlerindeki son değişimlerden kaynakladıkları için, görece yenidir. Tıbbi yetkenin geleneksel uygulamalarının büyük çapta sorgulanmasına neden oldukları için bu değişimlerden kısaca söz edilecektir.

Tıp, bilimsel bilgi ve bu bilginin klinik uygulamalarının hızlı gelişimine paralel olarak giderek karmaşılaşmaktadır. Hekimlerin tüm hastalıkların uzmanı olmalarına olanak yoktur ve diğer uzman hekimler, hemşireler, eczacılar, fizyoterapistler, laboratuvar teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer birçok eğitilmiş sağlık çalışanının işbirliğine gereksinimleri vardır. Hekimler, hastalarının gereksinim duyduğu uzmanlara nasıl erişebileceklerini bilmek durumundadırlar.

Bölüm İki'de tartışıldığı gibi babaca yaklaşım, hastaların kendi kararlarını verme haklarının tanınması ile yavaş yavaş azalmaktadır. Sonuç olarak, işbirliği yapılan bir karar verme modeli, geleneksel babaca yaklaşımın özelliği olan yetkeci modelin yerine geçmektedir. Aynı şey hekimlerle diğer sağlık çalışanlarının ilişkilerinde de oluşmaktadır. Diğer sağlık çalışanları, arkasındaki nedenleri bilmediklerinde hekimin yönlendirmelerine giderek daha fazla karşı çıkmaktadırlar. Kendilerini hastalara karşı özel ahlaki sorumlulukları olan çalışanlar olarak görmekte, kendi sorumluluk algılayışları hekimin yönlendirmeleri ile çatıştığında, sorgulamak hatta hekime karşı çıkmak zorunda olduklarını hissetmektedirler. Yetkeci hiyerarşik modelde kimin söz sahibi olduğu ve bir çatışma gerçekleştiği zaman kimin baskın çıkacağı belli iken, işbirliği modeli, uygun hasta bakımının ne olduğu konusunda tartışma ve uyuşmazlık

**“..işbirliği yapılan bir karar verme modeli, geleneksel babaca yaklaşımın özelliği olan yetkeci modelin yerine geçmektedir”**

çıkmasına neden olabilir.

Bu türden gelişmeler, hekimin meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinde “oyunun kurallarını” değiştirmektedir. Bu bölümün geri kalan kısmı bu ilişkilerin bazı sorunlu boyutlarını tanımlayacak ve ileri sürecektir.

## MESLEKTAŞLAR, ÖĞRETMENLER VE ÖĞRENCİLERLE İLİŞKİLER

Geleneksel olarak tıp mesleğinin üyeleri olan hekimlerin, birbirlerine yabancı, hatta arkadaş gibi değil, bir ailenin üyeleri olarak davranmaları beklenir. DHB **Cenevre Bildirgesi**'nde “Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağım” sözü verilir. Bu sözün gereklilikleri ülkeden ülkeye ve zaman içinde farklı yorumlanabilir. Örneğin hasta başına ücret almak hekimlerin başlıca ya da tek kazanç biçimi olduğunda, hekimin meslektaşından tedavi karşılığında ücret almaması gibi ‘mesleki bir nezaket’ söz konusu idi. Bu uygulama diğer kazanç olanaklarının bulunduğu ülkelerde yavaş yavaş azaldı. Bir hekimin meslektaşına saygılı davranması ve hasta yararı için işbirliği içinde çalışması gibi olumlu gerekliliklerin yanısıra, DHB **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları** hekimlerin birbirleriyle ilişkilerine iki sınırlılık getirmektedir: (1) hastanın yönlendirilmesi sonucunda herhangi bir biçimde kazanç sağlamak, (2) meslektaşların hastalarını çalmak. Üçüncü bir yükümlülük olan, meslektaşların meslek ahlakına aykırı ya da hatalı davranışlarını bildirmek, aşağıda ele alınmaktadır.

Tıp etiğinin Hipokratik geleneğine göre, hekimler öğretmenlerine özellikle saygı göstermelidir. **Cenevre Bildirgesi**'nde bu konuya ilişkin olarak, “Öğretmenlerime hak ettikleri saygıyı göstereceğim ve minnettarlık duyacağım” ifadesine yer verilmiştir. Günümüzde tıp eğitimi, eski zamanlardaki usta-çırak ilişkisinin yerine çok sayıda öğretmenin öğrencilerle etkileşimine dönüşmüş olmasına karşın, hâlâ, genellikle eğitim etkinlikleri için maddi bir kazanç elde etmeyen hekimlerin iyi niyeti ve adanmışlığına bağımlıdır. Tıp ve diğer sağlık

mesleklerinin öğrencileri, onlar olmaksızın eğitimin kendi-kendine öğrenime dönüşeceği öğretmenlerine minnettarlık borçludurlar.

Öğretmenlerin ise öğrencilerine saygı duymaları ve hizmet sunumunda örnek olmaları gerekir. Hekimlerin mesleklerini uygularken gösterdikleri davranışlar gibi “gizli eğitim araçları”, tıp etiğinin klasik derslerle anlatılmasından çok daha etkili olmakta ve meslek ahlakının gerektirdikleri ile öğretmenlerin tutum ve davranışları arasında çatışma olduğunda, öğrenciler sıklıkla öğretmenlerinin davranışını örnek almaktadırlar.

**“Öğretmenlerin öğrencilerine saygı duymaları ve hizmet sunumunda örnek oluşturmaları gerekir.”**

Öğretmenlerin bir sorumluluğu da, öğrencilerinin meslek ahlakına aykırı uygulamalarda bulunmalarını istememektir. Belli niteliklere sahip bir sağlık çalışanının yapması gerekirken hastanın onamını tıp öğrencisine aldırarak, anestezi etkisindeki ya da yaşamını yitirmiş hastalara onam almadan pelvik muayene uygulatmak, küçük çaplı da olsa, öğrencinin kendi yeterliğinin ötesinde olduğunu düşündüğü uygulamaları denetlemeden yaptırmak gibi örnekler tıp dergilerinde yer almıştır. Öğretmen ve öğrenci arasındaki güç dengesizliğini ve buna bağlı olarak öğrencinin soru sormaktan ya da bu türden buyrukları geri çevirmekten çekinebileceğini göz önüne alarak, öğretmenlerin öğrencilerinden meslek ahlakına aykırı davranmalarını

**“Eğitiminin etik boyutu hakkında kaygıları olan öğrenciler, muhbir olarak nitelenmekten çekinmeden seslerini duyurabilecekleri bu tür mekanizmaları kullanabilmelidir.”**

istemediklerinden emin olmaları gerekir. Birçok tıp fakültesinde, tıp eğitimine ilişkin etik kaygılarını dile getirebilecek olan sınıf temsilcileri ya da öğrenci dernekleri bulunur. Eğitimlerinin etik boyutu hakkında kaygıları olan öğrenciler, muhbir olarak nitelenmekten çekinmeden seslerini duyurabilecekleri bu tür mekanizmaları kullanabilmeli,

konunun daha resmi bir sürece taşınması gerekli ise uygun destek bulabilmelidirler.

Geleceğin hekimleri olarak öğrencilerin, meslek ahlakının değerlerini korumaya özen göstermeleri beklenir. Diğer öğrencilere meslektaşları olarak davranmalı ve mesleğe uygun olmayan davranışlar karşısında uyardırmayı da içermek üzere gerektiğinde her yardımı sunmalıdırlar. Ayrıca çalışma grupları ve nöbetler gibi ortak çalışmalara tam olarak katkıda bulunmalıdırlar.

## **HATALI VEYA MESLEK AHLAKINA AYKIRI UYGULAMALARIN BİLDİRİMİ**

Tıp mesleği geleneksel olarak, kendisini denetleyen bir meslek olmakla övünür. Toplumun sağladığı ayrıcalıklar ve hastaların hekimlere duyduğu güvene karşılık tıp mesleği, üyeleri için yüksek davranış standartları ve hekimlikle ilgili suçlamaları soruşturmak, gerektiğinde hekimi cezalandırmak için disiplin süreçleri oluşturmuştur. Bu kendini denetleme sistemi sıklıkla başarısız olmakta ve son yıllarda, düzenleyiciler arasına toplumdaki kişilerin de katılmasını sağlamak gibi uygulamalarla mesleğin daha açık bir yapılmaya kavuşmasına yönelik adımlar atılmaktadır. Bununla birlikte kendini denetlemenin temel gerekliliği, hekimlerin etik ilkeleri yürekten desteklemeleri, hatalı ve meslek ahlakına aykırı uygulamaları tanımaya ve bu uygulamalarla uğraşmaya istekli olmalarıdır.

Bir meslektaşın yetersizliğini ya da yanlış uygulamasını bildirmek, meslek ahlakı düzenlemelerinde önemle vurgulanmaktadır. Örneğin DHB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda "Hekim, yeterliğinde eksiklik bulunan ya da sahtecilik ya da dolandırıcılığa karışan hekimlerin açığa çıkması için çaba gösterecektir" ifadesi yer almaktadır. Ancak bu ilkenin yaşama geçirilmesi oldukça güçtür. Hekim kıskançlık gibi kişisel nedenlerle bir meslektaşına saldırmak ya da kendisine yöneltildiğini düşündüğü bir saldırıya karşılık



vermek istiyor olabilir. Diğer taraftan hekim arkadaşlık ya da acıma duygusu ile meslektaşının hatalı davranışını bildirmek istemeyebilir. Ayrıca bu türden bir bildirim, suçlananın ve büyük olasılıkla diğer meslektaşların düşmanlığını kazanmak gibi, bildiren için oldukça zararlı sonuçlara yol açabilir.

Bu çekincelere karşın yanlış davranışların bildirim, hekimlerin mesleki bir görevidir. Sadece mesleğin toplum gözündeki saygınlığını korumak için değil, genellikle yanlış bir uygulamayı ayırt edebilecek tek kişi olduklarından da böyle bir sorumlulukları vardır. Yine de meslektaşları disiplin mekanizmalarına bildirmek, diğer seçenekler denendikten sonra başvurulacak son çare olmalıdır. İlk adım, meslektaş ile iletişim kurmak ve davranışının hatalı ya da meslek ahlakına aykırı olduğunu düşündüğünüzü söylemek olabilir. Sorun bu düzeyde çözülebilirse daha ileriye gitmenin gereği kalmaz. Çözülemezse sonraki adım, konuyu sizin ya da söz konusu hekimin amiriyle tartışmak ve kararı ona bırakmaktır. Bu yöntem uygulanamıyorsa ya da başarısız olursa, ancak o zaman hekimi yetkililere bildirmek uygun olacaktır.

“...meslektaşları disiplin mekanizmalarına bildirmek, diğer seçenekler denendikten sonra başvurulacak son çare olmalıdır.”

## DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE İLİŞKİLER

Hastalarla olan ilişkilerden söz eden Bölüm İki, hasta-hekim ilişkisinde saygılı davranma ve eşit hizmet sunmanın öneminden söz ediyordu. Bu tartışmada öne çıkarılan ilkeler meslektaşlarla olan ilişkilerde de eşit derecede önemlidir. Özellikle “yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel seçim ya da toplumsal konum”a göre ayırım yapma yasağı (DHB **Cenevre Bildirgesi**) hekimlerin hasta bakımında ve diğer tüm mesleki etkinliklerde birbirleriyle girdikleri ilişkiler için de geçerlidir.

Ayrım yapmama bir ilişkinin edilgen bir özelliğidir. Saygı daha etkin ve olumlu birşeydir. Hastaların bakımına katkı sağlayabileceği için diğer sağlık çalışanlarının beceri ve deneyimlerini göz ardı etmemeyi gerektirir. Tüm sağlık çalışanları eğitim ve öğrenim anlamında birbirleriyle eşit değildirlir; ancak hastaların iyiliği için benzer kaygıların yanısıra, temel insani eşitlik duygusunu da paylaşırlar. Yine de, hastalar söz konusu olduğunda, yeterliğine ilişkin güven duyulmayan ya da ciddi kişilik çatışmaları yaşanan başka bir sağlık çalışanı ile ilişki kurmayı reddetmek ya da ilişkiyi sonlandırmak olanaklıdır. Bunları daha önemsiz sorunlardan ayırt edebilmek hekimin etik duyarlığa sahip olmasını gerektirir.

## İŞBİRLİĞİ

Tıp bireysel olduğu kadar, büyük ölçüde işbirliği de gerektiren bir meslektir. Bir tarafta hekimler haklı olarak, bireysel hasta-hekim ilişkisinin korunma ve tedavi için gerekli bilgileri hastadan edinmenin en iyi aracı olduğunu ileri sürerek hastalarını sahiplenirler. Bu ilişki hekime de, en azından maddi anlamda yarar sağlar. Aynı zamanda, yukarıda tanımlandığı gibi, tıp oldukça karmaşık ve uzmanlaşmış bir meslektir ve bu nedenle farklı fakat birbirini tamamlayıcı özellikteki bilgi ve becerilere sahip hekimler arasında yakın bir işbirliği gerektirir. Bireycilik ile işbirliği arasındaki bu gerilim tıp etiğinin sürekli gündeme gelen konularından birini oluşturur.

Hekimin hastanın "sahibi" olduğu anlayışı, babaca yaklaşımın zayıflamasıyla birlikte yitmeye başlamıştır. Hastaların geleneksel olarak sahip oldukları ikinci görüş alma hakkı, gereksinimlerini daha

**"Babaca yaklaşımın zayıflamasıyla birlikte, hekimin hastanın "sahibi" olduğu anlayışı yitmeye başlamıştır."**

iyi karşılayabilecek diğer sağlık çalışanlarına erişebilme olanağını da kapsamaya başlamıştır. DHB **Hasta Hakları Bildirgesi**'ne göre, "Hekim sağlık hizmetinin hastaya hizmet sunan diğer sağlık çalışanları ile eşgüdüm içinde

yürütülmesi için işbirliği yapmakla yükümlüdür.” Bununla birlikte, yukarıda vurgulandığı gibi, hekimler ücreti bölüşerek bu işbirliğinden kazanç sağlayamazlar.

Hekimin hasta üzerindeki “sahipliğinin” bu sınırlılıkları, hasta-hekim ilişkisinin önceliğini korumak için başka önlemlerle dengelenmelidir. Örneğin, hastanelerde olduğu gibi birden fazla hekimce tedavi edilmekte olan bir hastanın, hastayı genel olarak durumu hakkında bilgilendiren, karar vermesine yardımcı olan ve eşgüdüm sağlayan tek bir hekimi olmalıdır.

Hekimler arası ilişkiler iyi yapılandırılmış ve anlaşılabilir kurallarca düzenlenmiş olsa da, hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler değişkenlik gösterebilir ve taraflar rollerinin ne olması gerektiği konusunda anlaşamayabilirler. Yukarıda belirtildiği gibi birçok hemşire, eczacı, fizyoterapist ve diğer sağlık mesleklerinden insanlar kendi alanlarında hekimlerden daha yetkin olduklarını düşünürler ve bu nedenle hekimlerle eş sayılmaları için bir neden görmezler. Hizmet sunumunda, tüm sağlık çalışanlarının görüşlerine eşit derecede önem verilen bir ekip çalışmasından yanadırlar ve kendilerini hekime karşı değil hastaya karşı sorumlu görürler. Diğer taraftan birçok hekim, ekip çalışmasını benimsemiş olsa bile, son sözü bir kişinin söylemesi gerektiğini, bu kişinin de eğitimi ve deneyimden ötürü hekim olması gerektiğini düşünür.

Bazı hekimler geleneksel olarak neredeyse sorgulanamaz yetkilerine karşı çıkışlara direnseler de, rolleri, hem hastaların hem de diğer sağlık çalışanlarının daha katılımcı bir karar verme sürecine yönelik istemleri karşısında kesinlikle değişecektir. Hekimler önerilerini diğerlerine karşı savunmak ve bu önerileri kabul etmeleri için onları ikna etmek durumunda kalacaklardır. Bu iletişim becerilerine ek olarak hekimlerin, hizmet sunumuna katılanlar arasında doğabilecek çatışmaları da çözebilmeleri gerekecektir.

Hasta için en iyisine yönelik işbirliği yapmak anlamında özel bir

zorluk, hastaların geleneksel veya alternatif tıp uygulayıcılarına başvurmalarından kaynaklanır. Afrika'da, Asya'da, son zamanlarda Avrupa ve Amerika kıtasında çok sayıda insan bu kişilere başvurmaktadır. Kimileri bu uygulamaları tamamlayıcı olarak görse de, birçok durumda modern tıp uygulamaları ile çatışacaklardır. En azından bazı geleneksel ve alternatif uygulamaların sınırlı da olsa tedavi edici etkileri olabildiğinden ve hastalar bu uygulamalar için istemde bulunduğundan, hekimler bu uygulayıcılar ile işbirliği yapmanın yollarını aramalıdır. Bunun nasıl yapılacağı ülkeden ülkeye ve bir uygulayıcıdan diğerine değişebilir. Tüm etkileşimlerde hastanın yararı ve iyiliği ön planda tutulmalıdır.

## ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜLMESİ

**“...belirsizlik ve karşıt görüşler, hizmetin amacı veya bu amaçlara hangi araçlarla ulaşılabileceği konusunda anlaşmazlık doğurabilir.”**

Hekimler meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile çok çeşitli çatışmalar yaşayabilmesine rağmen, bu bölümde sadece hizmet sunumuna odaklanılacaktır. İdeal olarak sağlık hizmetine ilişkin kararlar hastanın, hekimin ve hizmet sunumuna katılan diğer herkesin ortak görüşünü yansıtmalıdır. Ancak

belirsizlik ve karşıt görüşler, hizmetin amacı veya bu amaçlara hangi araçlarla ulaşılabileceği konusunda anlaşmazlık doğurabilir. Ayrıca sınırlı kaynaklar ve örgütsel politikalar da ortak bir karara varmayı güçleştirebilir.

Sağlık çalışanları arasındaki hizmetin amaç ve araçlarına ilişkin anlaşmazlıklar açığa çıkarılmalı ve hastayla ilişkilerini tehlikeye düşürmemek için sağlık ekibinin üyelerince çözümlenmelidir. Sağlık çalışanları ve yöneticiler arasında kaynakların dağıtımına ilişkin anlaşmazlıklar kurum içinde çözümlenmeli ve hastanın yanında tartışılmamalıdır. Her iki çatışma da doğası gereği etikle ilişkili olduğundan, eğer var ise bir klinik etik kurul ya da etik danışmanın önerisi çözüme katkıda bulunabilir.

Aşağıdaki öneriler bu türden çatışmaların çözümünde yararlı olabilir:

- Çatışmalar mümkün olduğunca resmi olmayan yolla, örneğin görüş ayrılığı bulunan kişilerin doğrudan görüşmesi ile çözülmeli, resmi süreçler ancak bu yöntem işe yaramadığında yaşama geçirilmelidir.
- Tüm tarafların görüşleri ortaya çıkarılmalı ve saygıyla değerlendirilmelidir.
- Hastanın ya da onun yerine karar vermeye yetkili birinin aydınlatılmış seçimi, anlaşmazlıkların çözümünde öncelikle dikkate alınmalıdır.
- Anlaşmazlık hastaya hangi seçeneklerin sunulacağına ilişkinse, daha geniş olan seçenek dizisi genellikle daha uygundur. Eğer seçilen tedavi sınırlı kaynaklar nedeniyle sağlanamıyorsa, buna ilişkin olarak hasta bilgilendirilmelidir.
- Eğer yeterli ve uygun bir çaba sonrasında karşılıklı görüşme yoluyla anlaşma veya uzlaşma sağlanamıyorsa, karar verme hakkı ya da sorumluluğu olan kişinin kararı kabul edilmelidir. Kimin karar verme hakkı ya da sorumluluğuna sahip olduğu açık değilse ya da tartışmalı ise, arabuluculuk ya da hakemlik aranmalıdır.

Sağlık çalışanları kararı, kendi mesleki yargılarına ya da kişisel ahlaklarına aykırı buluyorsa, hastanın zarar görme ya da terk edilme riski bulunmadığından emin olunduktan sonra kararı uygulamaya katılmaktan çekilmelerine izin verilmelidir.

## OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

Dr.C kıdemli cerrahın ameliyathanedeki uygulamalarından rahatsız olmakta haklıdır. Hekim sadece hastanın sağlığını tehlikeye atmakla kalmamakta, aynı zamanda hem hastaya hem de meslektaşlarına saygısızca davranmaktadır. Dr.C'nin etik açıdan, hekimin bu davranışlarını görmezden gelmeme ve birşeyler yapma sorumluluğu bulunmaktadır.

İlk adım olarak, bu türden davranışlara herhangi bir destekleyici tepki vermemeli, örneğin hekimin yaptığı şakalara gülmemelidir. Durumu hekimle görüşmenin etkili olacağını düşünüyorsa bunu yapmalıdır. Aksi durumda doğrudan hastane yetkilileri ile görüşmek durumunda kalabilir. Eğer yetkililer bu konuda birşeyler yapmaya istekli değillerse, hekim birliğine başvurabilir ve konunun soruşturulmasını isteyebilir.

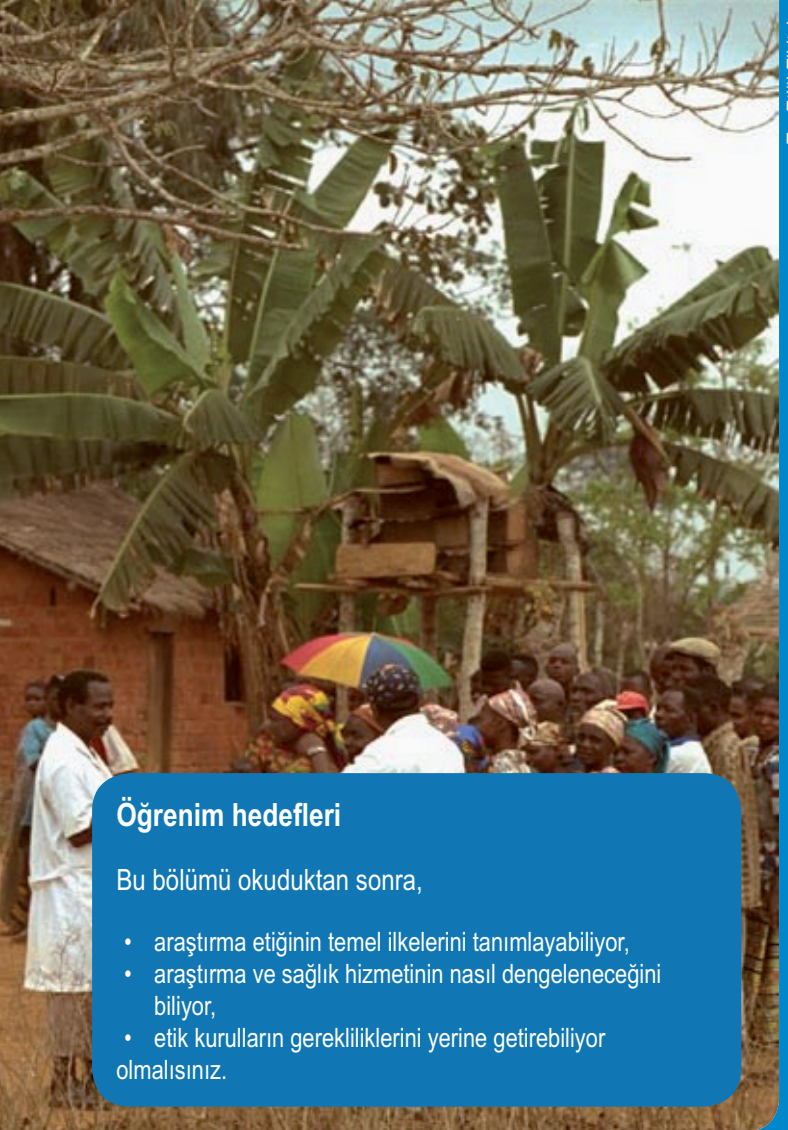


## BÖLÜM BEŞ – TIBBİ ARAŞTIRMALAR



Uyku hastalığı tekrar artıyor  
© Robert Patric/CORBIS SYGMA





## Öğrenim hedefleri

Bu bölümü okuduktan sonra,

- araştırma etiğinin temel ilkelerini tanımlayabiliyor,
- araştırma ve sağlık hizmetinin nasıl dengeleneceğini biliyor,
- etik kurulların gerekliliklerini yerine getirebiliyor olmalısınız.

## OLGU ÇALIŞMASI #4

Küçük bir kasaba sağlık ocağında çalışan pratisyen hekim Dr.R'ye, bir araştırma şirketi (contract research organization - C.R.O) tarafından osteoartrit için kullanılacak yeni bir non-steroidal anti-inflamatuvar ilacın klinik denemelerine katılma önerisinde bulunulur. Araştırmaya katacağı her hasta için hekime yüklü bir miktar para ödenecektir. Şirket temsilcisi araştırmanın, etik kurulu da içerecek biçimde gerekli her onayı aldığı konusunda güvence verir. Dr.R daha önce bir araştırmaya katılmamıştır ve özellikle de para kazanacağı için öneriyi memnunlukla karşılamıştır. Çalışmanın bilimsel veya etik boyutlarını daha fazla sorgulamadan şirketin önerisini kabul eder.

### TIBBİ ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tıp, fizik gibi kesin bir bilim değildir. Çoğu zaman geçerli olan birçok genel ilkesi bulunur, ancak her hasta farklıdır ve toplumun %90'ı için etkin olan bir tedavi, geri kalan %10 için etkisiz kalabilir. Bu nedenle tıp doğası gereği deneyseldir. En yaygın biçimde kabul edilen tedavi yöntemleri, tek tek her hasta için etkin olup olmadıkları yönünden izlenmelidir. Bu, tıbbi araştırmaların işlevlerinden biridir.

“...tıp doğası gereği deneyseldir..”

Araştırmaların diğer işlevi, belki de daha iyi bilineni, yeni tedavilerin, özellikle de ilaçların, tıbbi aygıtların ve cerrahi tekniklerin

geliştirilmesidir. Son 50 yılda bu alanda büyük ilerlemeler sağlanmıştır ve günümüzde her zamankinden daha çok tıbbi araştırma yürütülmektedir. Yine de insan bedeninin işleyişi, hastalıkların nedenleri (hem bilinen hem de yeni hastalıklar için) ve korunma ya da tedavi için en iyi yöntemler hakkında hâlâ pek çok yanıtlanmamış soru bulunmaktadır. Bu soruları yanıtlamak için elimizdeki tek araç, tıbbi araştırmadır.

İnsan fizyolojisini daha iyi anlama çabalarına ek olarak tıbbi araştırmalar, insan sağlığı üzerinde etkili olan, hastalıkların epidemiyolojisi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, kaynak sağlanması ve sunumu (sağlık sistemleri araştırmaları), hukuk (adli tıp) ve etik (tıp etiği) gibi çeşitli etmenleri de araştırmaktadır. Bu tür araştırmaların önemi, kaynak sağlayan kurumlarca giderek daha yaygın biçimde anlaşılmaktadır.

## TIBBİ UYGULAMADA ARAŞTIRMA

Tüm hekimler kendi alanlarındaki tıbbi araştırmaların sonuçlarını kullanırlar. Yeterliklerini sürekli kılmak için hekimler, sürekli tıp eğitimi/sürekli mesleki gelişim programları, dergiler ve bilgili meslektaşları kanalıyla çalışma alanlarına ilişkin araştırmalar hakkında bilgi edinmelidirler. Kendileri araştırmaya katılmasalar bile, araştırma bulgularını nasıl yorumlayacaklarını ve hastalarına nasıl uygulayacaklarını bilmek durumundadırlar. Bu nedenle araştırma yöntemlerini temel düzeyde bilmek, yeterli bir tıbbi uygulama için yaşamsal öneme sahiptir. Bu bilgiyi edinmenin en iyi yolu, mezuniyet öncesi ya da sonrasında bir araştırma projesine katılmaktır.

**“Kendileri araştırmaya katılmasalar bile, araştırma bulgularını nasıl yorumlayacaklarını ve hastalarına nasıl uygulayacaklarını bilmek durumundadırlar.”**

Hekimler için araştırmaya katılmanın en yaygın yöntemi, klinik denemelerdir. Yeni bir ilacın düzenleyici kurullarca onaylanmasından önce, yaygın biçimde güvenilirlik ve etkinlik testlerinden geçmesi gerekir. Süreç laboratuvar çalışmalarını ile başlar, hayvan deneyleri ile devam eder. Eğer bu aşamada madde umut veriyorsa, sıra klinik araştırmanın dört basamak, ya da "faz"ına gelir:

- Faz Bir araştırması, genellikle görece az sayıda sağlıklı gönüllü üzerinde uygulanır. Katılımcılara sıklıkla para ödenen araştırmanın amacı, ilacın insan bedeninde bir yanıt oluşturması için hangi dozda verilmesi gerektiği, beden ilacı nasıl işlediği ve ilacın toksik ya da zararlı etkilerinin olup olmadığını belirlemektir.
- Faz İki araştırması, ilacın tedavi edeceği umulan hastalığa sahip bir grup hasta üzerinde yürütülür. Amacı ilacın hastalık üzerinde herhangi bir yararlı etkisi ve zararlı yan etkisi olup olmadığını belirlemektir.
- Faz Üç araştırması ilacın çok sayıda hasta üzerinde uygulandığı ve eğer varsa diğer bir ilaçla ve/veya plasebo ile karşılaştırıldığı klinik denemedir. Olası ise, bu tür çalışmalar çift-kör yapılı; ne araştırmacı ne de araştırmaya katılan kimin ilaç kimin plasebo aldığını bilmez.
- Faz Dört araştırması ilaç ruhsat aldıktan ve pazara çıktıktan sonra yürütülür. İlk birkaç yılda ilaç daha önceki fazlarda görülmeyen yan etkiler açısından izlenir. Ek olarak ilaç şirketi genellikle ilacın hekimlerce ve hastalarca nasıl karşılandığı ile ilgilenir.

Klinik denemelerin sayısında son zamanlardaki hızlı artış, denemelerin istatistik gerekliliklerini yerine getirebilmek için büyük sayılarda hasta bulmak ve onları araştırmaya katmayı gerektirmektedir. Denemeleri yürüten bağımsız hekimler ya da

ilaç şirketleri, hastaların araştırmaya katılmalarını sağlamaları için diğer hekimlere, özellikle de başka ülkelerdeki hekimlere güvenmektedirler.

Araştırmaya bu türlü katılım hekimler için değerli bir deneyim olsa da, farkına varılması ve kaçınılması gereken tehlikeler vardır. Öncelikle, hekimin hasta-hekim ilişkisindeki rolü, hekim

**“...hekimin hasta-hekim ilişkisindeki rolü, hekim ve araştırmacı aynı kişi olsa bile, araştırmacı-katılımcı ilişkisindeki rolünden farklıdır.”**

ve araştırmacı aynı kişi olsa bile, araştırmacı-katılımcı ilişkisindeki rolünden farklıdır. Hekimin birincil sorumluluğu sağlık ve hastanın iyiliği iken, araştırmacının birincil sorumluluğu araştırmaya katılanın sağlığı ve iyiliğine katkıda bulunma ya da bulunmama olasılığı olan bilgi üretimidir. Bu nedenle iki rol

arasında çatışma yaşanması olasıdır. Bu çatışma ortaya çıktığında hekimlik rolü araştırmacı rolünün önünde gelmelidir. Bunun uygulamadaki anlamı aşağıda açıklanmaktadır.

Bu iki rolün birleşmesi ile oluşan diğer bir olası sorun, çıkar çatışmasıdır. Tıbbi araştırma, çok iyi kaynak sağlanan bir girişimdir ve bazen hekimler katıldıkları için önemli miktarlarda ödüllendirilir. Bu ödüller, araştırmaya hasta katma karşılığında nakit ödeme, araştırma verisi iletilme karşılığında bilgisayar gibi aygıtlar sağlama, araştırma bulgularını tartışmak için toplantılara davet etme ve araştırma bulgularının yayımlanmasında yazarlık sağlama biçiminde olabilir. Hekimin bu yararları elde etme isteği, bazen hasta için var olan en iyi tedaviyi sunma ödeviyle çatışabilir. Ayrıca hastanın, tam olarak aydınlanmış bir katılım kararı verebilmesi için gerekli tüm bilgileri edinme hakkıyla da çatışır.

Bu sorunların üstesinden gelinebilir. Hekimin meslek ahlaki değerleri –sevecen yaklaşım, yeterlik, özerklik- tıbbi araştırmacı için de geçerlidir. Dolayısıyla bu iki rol arasında doğal bir çatışma

yoktur. Hekimler araştırma etiğinin temel kurallarını anladıkça ve uyguladıkça klinik uygulamalarının önemli bir parçası olarak araştırmaya katılmakta zorlanmazlar.

## AHLAKİ GEREKLİLİKLER

Araştırma etiğinin temel ilkeleri oldukça iyi yapılandırılmıştır. Ancak bu her zaman böyle değildi. 19. ve 20. yüzyılda birçok ünlü araştırmacı, hastaların onamını almadan ve iyilikleri hakkında pek kaygılanmadan deneylerini uygulamışlardır. Tarihi 20. yüzyılın başlarına uzanan bazı düzenlemelerin varlığı, hekimlerin Nazi Almanyasında ve başka yerlerde insan haklarını açıkça çiğneyen deneyler yapmalarına engel olmamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bu hekimlerden bazıları Almanya-Nuremberg'te kurulan özel bir mahkemede yargılanmış ve suçlu bulunmuşlardır. Kararın gerekçesi Nuremberg Kuralları olarak bilinir ve bu düzenleme modern araştırma etiğinin temel metinlerine kaynaklık etmiştir. Bu Kurallar'da yer alan on ilkeden biri, araştırmaya katılacak hastanın gönüllü onamının alınması gerekliliği ile ilgilidir.

Dünya Hekimler Birliği 1947'de, Nuremberg Kuralları'nın oluşturulduğu yıl ile aynı zamanda kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşı öncesi ve sırasında meslek ahlakına aykırı uygulamaların bilinciyle, DHB'nin kurucuları hekimlerin en azından ahlaki yükümlülüklerinden haberi olmaları için harekete geçmiş, uzun yıllara yayılan çalışmalardan sonra 1954'te **Araştırma ve Deneye Katılanlara İlişkin İlkeler** kabul edilmiştir. Bu belge sonraki on yıl boyunca gözden geçirilmiş ve 1964'te **Helsinki Bildirgesi** yayımlanmıştır. Sonraları 1975, 1983, 1989 ve 2000'de<sup>7</sup> yenilenen Bildirge, araştırma etiği ilkelerini özlü biçimde içermektedir. Son yıllarda araştırma etiğini genel olarak ele alan daha ayrıntılı belgeler (Ör, Uluslararası Tıp Bilimleri Örgütleri Konseyi'nin 1993'te yayımladığı **İnsanlar Üzerinde Biyomedikal Araştırmalara İlişkin Uluslararası Etik Kılavuz**) ve araştırma etiğinin belli konularına özelleşmiş düzenlemeler de yayımlanmıştır

<sup>7</sup> Bu Bildirge 2002 ve 2004'te tekrar gözden geçirilmiştir.

## (Ör, Nuffield Biyoetik Konseyi'nce 2002'de yayımlanan **Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Araştırmaların Etiği**)

Bu belgelerin tümü, farklı kapsam, uzunluk ve yaptırımlarına karşın, araştırma etiğinin temel ilkelerine ilişkin olarak büyük oranda ortaklaşmaktadır. Bu ilkeler, birçok ülkenin ve ilaçlara ve tıbbi aygıtlara ruhsat verenleri de içeren uluslararası birçok örgütün yasalarında ve/veya düzenlemelerinde yer almaktadır. Aşağıda **Helsinki Bildirgesi**'nde öncelikle yer verilen ilkeler kısaca tanımlanmaktadır:

### Araştırma etik kurulu onayı

**Helsinki Bildirgesi**'nin 13 ve 14. maddeleri, insanlar üzerindeki her türlü tıbbi araştırma önerisinin, uygulamadan önce, bağımsız bir etik kurul tarafından değerlendirilmesi ve onaylanması koşulunu getirmektedir. Onay alabilmek için araştırmacılar projenin

“...her türlü tıbbi araştırma önerisi, uygulamadan önce, bağımsız bir etik kurul tarafından değerlendirilmeli ve onaylanmalıdır.”

amaç ve yöntemini açıklamalı, araştırmaya katılacakların nasıl belirleneceğini, onamlarının nasıl alınacağını, özel yaşamlarının nasıl korunacağını belirtmeli, projenin hangi kaynaklarla yürütüleceğini ve yaşanabilecek herhangi bir çıkar çatışmasını açıklamalıdır. Etik kurul projeyi sunulduğu biçimiyle kabul edebilir, başlatılmasından önce bazı değişiklikler yapılmasını isteyebilir ya da onaylamayı reddedebilir. Birçok kurul ayrıca, araştırmacıların sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlamak ve beklenmedik ciddi yan etkiler gelişirse, projeyi durdurmak için onay verdikleri projeleri izleme rolünü de üstlenirler.

Etik kurul onayının gerekli olmasının nedeni, araştırmacıların ve araştırmaya katılanların projenin bilimsel ve etik açıdan uygunluğunu her zaman değerlendirebilecek durumda olmamalarıdır.

Araştırmacıların, projenin uygulamaya değer olduğunu, kendilerinin projeyi yürütmek için yeterli olduklarını ve araştırmaya katılacakların olası en geniş anlamda zarar görmekten korunacaklarını bağımsız bir uzmanlar kuruluna göstermeleri gerekir.

Etik kurul değerlendirmesi ile ilgili çözülmemiş bir sorun, çok-merkezli bir projenin her merkezde ayrı onay alması gerekip gerekmediğidir. Eğer merkezler farklı ülkelerde ise, genellikle her ülke için ayrı onay alınması uygun olur.

### Bilimsel yararlılık

“...insanlar üzerindeki tıbbi araştırmaların bilimsel temellerde haklı çıkarılabilmesi gerekir.”

**Helsinki Bildirgesi**'nin 11. maddesi, insanlar üzerindeki tıbbi araştırmaların bilimsel temellerde haklı çıkarılabilmesini gerektirir. Bu gereklilik, örneğin yöntemi uygun olmadığı için başarı şansı düşük

ya da başarılı olsa bile üreteceği sonuç önemsiz olan projelerin geri çevrilmesi anlamına gelir. Zarar görme riski çok düşük olsa bile, hastalardan bir araştırma projesine katılmaları isteniyorsa, araştırma sonucunda önemli bir bilimsel bilgi üretme beklentisi söz konusu olmalıdır.

11. madde, bilimsel yararlılığın sağlanması için, projenin, konuyla ilgili literatür bilgisini ve önceki laboratuvar bulguları ile önerilen girişimin insanlarda etkin olabileceğine ilişkin geçerli nedenler sağlayan hayvan deneylerini temel almasını gerekli kılmaktadır. Hayvanlar zerindeki tüm araştırmalar, hayvan sayısının olası en az düzeyde tutulmasını ve gereksiz acının önlenmesini gerektiren etik kılavuzları dikkate almalıdır. 15. maddede ek bir gereklilik daha bulunmaktadır: İnsanlar zerindeki araştırmalar sadece bilimsel açıdan uygun nitelikteki kişiler tarafından yürütülebilir. Araştırma etik kurulu projeyi onaylamadan önce tüm bu koşulların yerine getirildiğine ikna olmalıdır.



## Toplumsal değer

Tıbbi araştırma projelerinin gerekliliklerinden bir diğeri, araştırmacının genel olarak toplumun iyiliğine katkıda bulunmasıdır. Eskiden bilimsel bilginin gelişmesi genellikle kendi içinde değerli

“...toplumsal değer, bir projeye kaynak ayrılıp ayrılmayacağını belirlerken kullanılan önemli bir ölçüt olarak ön plana çıkmıştır.  
...”

kabul edilir ve başka bir haklı çıkarma gerekçesi aranmazdı. Ancak tıp alanındaki araştırma kaynaklarının giderek azalmasıyla birlikte, toplumsal değer, bir projeye kaynak ayrılıp ayrılmayacağını belirlerken kullanılan önemli bir ölçüt olarak ön plana çıktı.

**Helsinki Bildirgesi**'nin 18 ve 19. maddeleri, araştırma projelerini değerlendirirken toplumsal değerinin göz önüne alınması gerektiğini açıkça belirtmektedir. Proje amacının hem bilimsel hem de toplumsal anlamda önemi, araştırmaya katılanların üstlendikleri risk ve yükten fazla olmalı, ayrıca araştırmacının yürüttüğü toplumlar o araştırmacının sonuçlarından yararlanmalıdır. Bu özellikle, araştırma sonucu geliştirilen ilaçlardan başka yerlerdeki hastalar yararlanırken, araştırmaya katılanların riskleri ve araştırmacının verdiği rahatsızlıkları üstlendiği ülkeler için önemlidir.

Bir araştırma projesinin toplumsal değerini belirlemek, bilimsel yararlılığını saptamaktan daha zor olabilir; ancak bu, toplumsal değeri göz ardı etmek için neden olamaz.

“...risk hakkında hiç bir şey bilinmiyorsa, güvenilir veri elde edilmedikçe araştırmacının projeyi uygulamaya koymaması gerekir.”

## Riskler ve yararlar

Bir projenin bilimsel açıdan yararlı ve toplumsal açıdan değerli olması sağlandıktan sonra araştırmacının, sonuçlar kendilerine yarar sağlamayacak olsa bile araştırmaya katılanların üstlendikleri risklerin,

araştırmanın beklenen yararları açısından uyumsuz ya da orantısız olmadığını göstermesi gerekir. Bu risklerden biri, ters bir etki oluşması ve katılımcının zarar görmesi olasılığıdır. Bu riskin iki bileşeni bulunur: (1) Zararın oluşma olasılığı (çok düşük'ten çok yüksek'e dek) ve (2) zararın şiddeti (önemsiz'den kalıcı, şiddetli engellilik ve ölüme dek). Önemsiz bir zararın çok düşük derecede gerçekleşme olasılığının bulunması, iyi bir araştırma projesi için sorun oluşturmaz. Diğer uçta, proje ancak terminal dönem hastaları için tek umut niteliğini taşıyor ise kabul edilebilecek olan ciddi bir zararın yüksek derecede gelişme olasılığı bulunur. Bu iki uç arasında, **Helsinki Bildirgesi**'nin 17. maddesinde yer alan, riskleri uygun biçimde değerlendirme ve risklerin denetim altına alınabileceğinden emin olma gerekliliği bulunur. Eğer risk hakkında hiç bir şey bilinmiyorsa, örneğin laboratuvar çalışmaları ya da hayvan deneylerinden güvenilir veriler elde edilmedikçe araştırmacının projeyi uygulamaya koymaması gerekir.

### Aydınlatılmış onam

**“Araştırmaya katılacak insanların gönüllü onamı, kesinlikle alınmak zorundadır.”**

**Nuremberg Kuralları**'nın ilk ilkesi, “Araştırmaya katılacak insanların gönüllü onamı, kesinlikle alınmak zorundadır.” der. Bu ilkeyi izleyen açıklayıcı paragrafta, diğer şeylerin yanısıra, “araştırmaya katılanın

aydınlanmış bir karar verebilmesi için, araştırma hakkında yeterli derecede bilgilendirilmesi ve bu bilgiyi anlamasının sağlanması gerekir” ifadesine yer verilmiştir.

**Helsinki Bildirgesi** aydınlatılmış onam hakkında başka ayrıntılara da yer vermiştir. 22. madde araştırmaya katılacak olan kişinin katılım kararını verebilmesi için neleri bilmesi gerektiği üzerinedir. 23. madde, onamın gönüllü verilmemesine yol açabileceğinden, kişilere araştırmaya katılmaları için baskı uygulamanın yanlışlığından söz eder. 24-26. maddeler, onam veremeyen katılımcılarla ilgilidir (küçük

çocuklar, akıl sağlığını yitirmiş bireyler, bilinci kapalı hastalar). Bu kişiler sadece belli koşullar sağlandığında araştırmalara katılabilirler.

**Helsinki Bildirgesi**, araştırma etiği ile ilişkili diğer belgeler gibi, aydınlatılmış onam alındığının bir imzalı formla gösterilmesini önerir (22. madde). Birçok araştırma etik kurulu araştırmacının kullanacağı aydınlatılmış onam formlarını görmek ister. Bazı ülkelerde bu formlar, katılımcıyı proje hakkında bilgilendirme amacına hizmet etmeyecek kadar uzun ve ayrıntılı olabilmektedir. Ancak her durumda, aydınlatılmış onam almak formun imzalanması ile başlamaz ve bitmez; projenin özenli bir biçimde sözlü olarak açıklanmasını ve katılımcı için bir anlam ifade etmesini gerektirir. Ayrıca katılımcılar, proje başlamış olsa bile, araştırmacılar ve diğer hekimler tarafından herhangi bir yaptırımla karşılaşmadan ve aldıkları sağlık hizmeti etkilenmeden verdikleri onamı istedikleri zaman geri çekme hakkına sahip oldukları konusunda bilgilendirilmelidirler.

### Gizliliğin sağlanması

Araştırmaya katılan hastalar, sağlık hizmeti sunulan diğer hastalar gibi kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması hakkına sahiptirler. Ancak diğer hastalardan farklı olarak, araştırma, kişisel

**“Araştırmaya katılan hastalar, kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması hakkına sahiptirler.”**

sağlık bilgilerinin bilimsel topluluklara, bazen de tüm topluma açıklanmasını gerektirir. Özel yaşamın gizliliğinin korunabilmesi için, araştırmacılar katılımcılardan kişisel sağlık bilgilerinin araştırmada kullanabilmek için aydınlatılmış onam almalıdır. Bunun için bu bilgilerin nasıl kullanılacağı katılımcılara önceden anlatılmalıdır. Genel bir kural olarak bilgiler kimliksizleştirilmeli ve depolama ve iletilme aşamalarında güvenliği sağlanmalıdır. DHB'nin **Sağlıkla İlgili Veritabanlarına İlişkin Bildirgesi**, bu konuda ayrıntılı yol göstericilik sağlamaktadır.

## Rollerin çatışması

Bu bölümde daha önce, hekimin hasta-hekim ilişkisindeki rolünün, hekim ve araştırmacı aynı kişi olsa bile araştırmacı-katılımcı ilişkisindeki rolünden farklı olduğundan söz edilmişti. **Helsinki Bildirgesi**'nin 28. maddesi bu tür durumlarda, hekimlik rolünün öncelikli olduğunu belirtir. Bunun anlamı, eğer hastaya uygulanmakta olan tedavi etkili ise ve proje hastanın farklı tedaviler ve/veya plasebo grupları arasında rasgele birisine girmesini gerektiriyorsa, hekimin hastasına araştırmaya katılmamasını önermesi gerekebileceğidir. Hekim hastasından, ancak uygulanan tedavinin önerilen yeni tedaviden, hatta plasebodan daha iyi olduğuna ilişkin sağlam bilimsel gerekçeler bulunmadığında araştırmaya katılmasını istemelidir.

## Sonuçların dürüstçe açıklanması

Araştırma sonuçlarının kesin olarak açıklanması gerekemeyebilir. Ancak ne yazık ki son zamanlarda, araştırma sonuçlarının yayımlanmasıyla ilgili olarak, *aşırma*, veri uydurma, tekrar yayın (aynı makaleyi tamamen ya da kısmen, önceden yayımlandığı yeri belirtmeden birden fazla yerde yayımlama – ç.n.) ve 'hediye' yazarlık

“...son zamanlarda, araştırma sonuçlarının yayımlanmasıyla ilgili olarak, dürüst olmayan birçok uygulamayla karşılaşmaktadır.”

gibi dürüst olmayan birçok uygulamayla karşılaşmaktadır. Bu türden uygulamalar, en azından ortaya çıkana dek araştırmacıya yarar sağlayabilir; ancak araştırma sonuçlarına dayanarak yanlış tedaviler uygulanacak hastalara büyük zararı dokunabilir ve bu sonuçlarına dayanarak yeni araştırmalar yürütecek başka araştırmacıların zaman ve kaynaklarını boşa harcamalarına neden olabilir.

## Bildirimde bulunma

Araştırma etiği açısından sorunlu araştırmaların yürütülmesini

önlemek ya da sonradan ortaya çıkmasını sağlamak için, bu türden uygulamaların varlığından haberi olan herkesin yetkililere bildirimde bulunma yükümlülüğü vardır. Ne yazık ki pek çok kişi bu yükümlülüğe uymak istemez, *bildirimde bulunanlar* ise cezalandırılabilir veya engellenmeye çalışılabilir. Bununla birlikte, hem araştırmacılar hem de hükümet yetkilileri etik açıdan sorunlu araştırmaların ortaya çıkarılması ve cezalandırılmasının gerekliliğini gördükleri, ayrıca bildirimde bulunanların bu amaç açısından değerini anlamaya başladıkları için bu tutumun değişmeye başladığı görülmektedir.

Araştırma ekibinin özellikle tıp öğrencileri gibi genç üyeleri, deneyimli araştırmacıları yargılayacak nitelikte olmadıklarını düşündükleri ve bildirimde bulunurlarsa büyük olasılıkla ceza alacakları için, böylesi durumlarda eyleme geçmekte zorlanabilirler. Ama en azından, araştırmaya katılanlara yalan söyleme ya da veri uydurma gibi araştırma etiği açısından açıkça sorunlu olduğunu düşündükleri uygulamalara katılmayı reddetmelidirler. Eğer başkalarının bu tür etkinliklere katıldığını gözlemlerlerse, ilgili yetkilileri doğrudan ya da isim belirtmeden uyararak için gerekli adımları atmalıdırlar.

## Çözülmeyen konular

Araştırma etiğinin tüm boyutları üzerinde genel bir anlaşma sağlanamamıştır. Tıbbi bilimler genetik, sinir bilimleri, organ ve doku aktarımı gibi alanlarda ilerlemeye devam ettikçe, yeni tekniklerin, işlemlerin ve tedavilerin etik açıdan kabul edilebilirliği ile ilgili olarak elde edilen yanıtların yetersiz kaldığı yeni sorular ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bir klinik denemeye hangi koşullarda plasebo grubunun da katılması gerektiği ya da araştırmaya katılanlara araştırma sonrasında hangi sağlık hizmetlerini sunmaya devam etmek gerektiği gibi konularda etik tartışmalar hâlâ sürmektedir. Dünya çapında, tıbbi

“...Dünya nüfusunun %90’ını etkileyen sağlık sorunları için, araştırma kaynaklarının sadece %10’u ayrılmaktadır.”

araştırmalarda 10/90 boşluğu hâla büyük bir etik sorun olmaya devam etmektedir (Dünya nüfusunun %90'ını etkileyen sağlık sorunları için, dünya çapında araştırmaya için harcanan kaynakların sadece %10'u ayrılmaktadır). Ayrıca kaynaktan yana yoksul ülkelerde araştırmacılar sorunlara işaret ettiklerinde, kendi ahlaki bakışları ile içinde çalıştıkları toplumun bakışı arasındaki çatışma yaşabilmektedirler. Tüm bu konular, genel bir uzlaşa sağlanmadan önce ileri düzeyde çözümlenmeli ve tartışılmalıdır.

Tüm olası sorunlara karşın tıbbi araştırma, hekimler ve tıp öğrencileri için olduğu kadar araştırmaya katılanlar için de değerli bir etkinliktir. Ayrıca, hekimler ve öğrenciler araştırmacı-katılımcı ilişkisinin diğer tarafını anlayabilmek için araştırmalara katılımcı olarak da katkıda bulunmalıdırlar.

## OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

Dr.R öneriyi hemen kabul etmemeliydi. Öncelikle proje hakkında daha ayrıntılı bilgilenmeli ve araştırma etiği açısından tüm gerekliliklerin yerine getirildiğinden emin olmalıdır. Özellikle etik kurula gönderilen araştırma protokolünü ve kurulun yorum ve önerilerini görmelidir. Sadece kendi çalışma alanındaki projelere katılmalı, projenin bilimsel yararlılığı ve toplumsal değeri hakkında tatmin olmalıdır. Araştırmayı değerlendiremeyeceğini düşünüyorsa, daha büyük merkezlerdeki meslektaşlarından yardım istemelidir. Hastaları için en iyisini sağlamaya yönelik olarak hareket ettiğinden ve sadece uygulanmakta olan tedaviden deneysel ya da plasebo olana geçmekle zarar görmeyecekleri araştırmaya kattığından emin olmalıdır. Aydınlatılmış onam verebilmeleri ya da katılmayı reddedebilmeleri için hastalarına diğer seçenekleri açıklamalıdır. Katılmaları için baskı yapmasına yol açabileceğinden ve bu da hastalar için iyi olmayabileceğinden, belli sayıda hastayı araştırmaya katmak üzere anlaşma yapmamalıdır. Çalışmaya katılan hastalarını beklenmeyen yan etkiler açısından dikkatle izlemeli ve gerektiğinde hızla girişimde bulunmak için hazırlıklı olmalıdır. Son olarak, araştırmanın sonuçları hakkında hastalarına bilgi vermelidir.

## BÖLÜM ALTI – SONUÇ



Dik bir tırmanışta...  
© Don Mason/CORBIS





## HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI VE AYRICALIKLARI

Bu elkitabı hekimin görev ve sorumluluklarına odaklanmıştır ve bu da tıp etiğinin temel konusunu oluşturur. Ancak tüm insanlar gibi

**“...tüm insanlar gibi hekimlerin de, sorumluluklarının yanısıra hakları vardır.”**

hekimlerin de, sorumluluklarının yanısıra hakları vardır ve tıp etiği hastaların, toplumun ya da meslektaşların hekime nasıl davranması gerektiğini dikkate almazsa eksik kalmış olur. Bu bakış açısı, hekimler birçok ülkede

mesleklerini uygularken gerek sınırlı kaynaklar, gerekse hükümet ve/veya şirketlerin sağlık hizmetlerine müdahaleleri, tıbbi hatalar ve hekimlerin meslek ahlakına aykırı davranışlarının medya tarafından abartılarak aktarılması ya da yetke ve yetilerine hastalar ve diğer sağlık çalışanları tarafından karşı çıkılması nedeniyle büyük güçlüklerle karşılaştıklarından giderek önem kazanmaktadır.

Tıp etiği geçmişte hekimler için, sorumlulukların yanında haklar da tanımlamıştır. Amerikan Hekimler Birliği'nin (AMA) 1847 tarihli meslek ahlakı kuralları gibi eski düzenlemeler, hastaların ve toplumun hekimlere karşı sorumluluklarından söz etmektedir. “Hasta hekimin reçetesine tam bir uyum göstermelidir. Reçete edilen ilaç ve önerilerin kendisine uygun olup olmadığı gibi düşüncelerin tutumunu etkilemesine izin vermemelidir” örneğinde olduğu gibi, bu sorumlulukların çoğunun artık geçerliliği kalmamıştır. Ancak, “Toplum, mesleki niteliklere hak ettiği değeri vermeli ve tıp eğitimi için her olanağı sağlamalıdır” biçimindeki ifade hâlâ geçerliliğini korumaktadır. AMA yeni düzenlemesinde bu bölümleri güncellemek yerine, tamamen çıkarmıştır.

Yıllar geçtikçe DHB, hekim haklarını ve bu haklara karşılık olarak özellikle hükümetlerin sorumluluklarını tanımlayan birçok uygulama önerisi hazırlamıştır. Bu haklara saygı göstermek için:

- 1984 tarihli **Tıbbi Toplantılara Katılım Özgürlüğü üzerine Görüş**'e göre, "Hekimlerin, nerede düzenleniyor olursa olsun, tıbbi toplantılara katılmalarını önleyecek herhangi bir engel bulunmamalıdır."
- 1986 tarihli **Hekimlerin Bağımsızlığı ve Kişisel Özgürlükleri üzerine Bildirge**'ye göre, "Hekimler mesleklerini dış etkilerden bağımsız uygulayabilmeli" ve "Hekimler, gereksinilen hizmetin alınmasını engelleyen herkese karşı hastalarının haklarını savunabilmelidirler"
- 1995 tarihli **Sağlık Hizmetleri Standartlarına ilişkin Mesleki Sorumluluk üzerine Görüş**'e göre, 'bir hekimin herhangi bir mesleki uygulaması üzerine değerlendirme, eğitim ve deneyimleri o uygulamanın ve ilişkili tıbbi konuların karmaşıklığını anlayabilecek düzeyde olan meslektaşlarının katılımı ile yapılmalıdır." Aynı Görüş, "hastaların yakınmalarını ya da tazminat istemlerini değerlendirirken, hekimin eylemlerini iyi niyetle ele almayan ya da bilirkişi görüşüne başvurmayan herhangi bir süreci" kabul edilemez bulmaktadır.
- 1997 tarihli **İşkence ve Diğer İnsanlık Dışı Uygulamalara Katılmayı ya da Göz Yummayı Reddeden Hekimler için Destek Bildirgesi**'ne göre DHB'nin, "mesleki gizlilik ilkesini de içermek üzere tüm etik ilkelerin korunması için çaba göstermenin yanı sıra, bu türden insanlık dışı uygulamalara katılmayı reddeden veya bu uygulamaların kurbanlarını tedavi edip esenlendiren hekimleri desteklemek, korumak, ulusal hekim birliklerini bu yönde eylemde bulunmaya çağırarak" sorumluluğu bulunmaktadır.
- 2003 tarihli **Hekimlerin Uluslararası Çalıştırılmaları için Meslek Ahlakı Kılavuzu** tüm ülkeleri, "hekimlerini hem meslekte hem de o ülkede tutabilmek için, ülkenin

gereksinimleri ve kaynaklarını göz önüne alarak, onların kişisel ve mesleki amaçlarına ulaşmaları için desteklemeye” ve “geçici ya da kalıcı olarak kendi ülkelerinden başka bir ülkede çalışan hekimlerin, o ülkenin hekimleri ile eşit davranılmalarını sağlamaya (eşit iş olanakları ve aynı işe eşit ödeme gibi)” çağırılmaktadır.

Hekimlerin bu haklarını savunma gerekliliğinin yanısıra, bazen hekimlere sahip oldukları ayrıcalıkları da anımsatmak gerekir. Birçok ülkedeki kamuoyu araştırmaları, sürekli olarak

**“...bazen hekimlere sahip oldukları ayrıcalıkları da anımsatmak gerekir.”**

hekimliğin en saygı duyulan ve en güvenilen meslek gruplarından biri olduğunu göstermektedir. Hekimler genellikle ortalamanın üzerinde (bazı ülkelerde çok üzerinde) bir kazanç elde ederler. Eskisi kadar olmasa da, hâlâ klinik özerkliğe sahiptirler. Çoğu hekim araştırmalara katılarak yeni bilgi üretmenin heyecanına ortak olur. En önemlisi, özellikle en savunmasız olan ve en çok gereksinim duyan hastalara ve genel olarak topluma değeri ölçülemez hizmetler sunarlar. Hekimlerin sağladığı, ağrı dindirme, hastalıkları tedavi etme ve ölmekte olanın rahatını sağlama gibi yararları göze alırsak, çok az meslek tıp kadar doyum sağlar. Meslek ahlakının gerekliliklerini yerine getirmek, tüm bu ayrıcalıklar karşılığında ödenmesi gereken küçük bir bedel olsa gerek.

## HEKİMİN KENDİSİNE KARŞI SORUMLULUKLARI

Bu elkitabı hekimlerin meslek ahlakı yükümlülüklerini, yararlananlara göre sınıflamıştır: Hastalar, toplum ve diğer sağlık çalışanlarını da kapsayacak anlamda meslektaşlar. Hekimler sıklıkla kendilerine ve ailelerine karşı sorumlulukları olduğunu unuturlar. Dünyanın

**“Hekimler sıklıkla kendilerine ve ailelerine karşı sorumlulukları olduğunu unuturlar.”**

birçok yerinde hekim olmak, kişinin kendi sağlığı ve iyiliğini gözetmeden kendisini mesleğine adanmasını gerektirir. Haftada 60-80 saat çalışmak hiç de ender değildir ve tatiller gereksiz aşırılıklar olarak görülür. Birçok hekim bu koşullarla başarılı bir biçimde başa çıkabilse de, aileleri bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Diğer hekimler ise bu çalışma yoğunluğu karşısında kronik yorgunluktan madde bağımlılığı ve özkıyımına dek uzanan çeşitli sorunlar yaşarlar. Tıbbi hatalara yol açabileceği için, hekimin yorgun ve rahatsız olması hastalar için bir tehlikedir.

Hem hasta güvenliğini sağlamak, hem de hekimler için sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek gereksinimi karşısında bazı ülkeler, çalışma saatleri ve nöbetlerin uzunluğunu sınırlamışlardır. Tıp eğitimi veren bazı kurumlar, kadın hekimlerin ailesel nedenlerle eğitim programlarına ara vermelerini kolaylaştırmaktadır. Bu tür önlemler hekimin sağlığı ve iyiliğine katkıda bulunabilse de, kendine dikkat etmenin birincil sorumluluğu hekimdedir. Sigara içme, madde bağımlılığı ve fazla çalışma gibi sağlığa açıkça zararlı olan etmenlerden uzak durmanın yanısıra, hekimler mesleki ve kişisel yaşamlarındaki stres etmenlerini tanımlayarak ve etkin başetme yöntemleri geliştirerek kendi sağlıklarını korumalı ve geliştirmelidirler. Tüm bunlar işe yaramadığında hekimler, hastaları, meslektaşları ya da toplumla ilişkilerini olumsuz etkileyebilecek kişisel sorunlarının çözümünde meslektaşlarından ve uygun nitelikteki uzmanlardan yardım istemelidirler.

## TIP ETİĞİNİN GELECEĞİ

Bu elkitabı, geçmişe birçok gönderme yapıyor olsa da, tıp etiğinin bugünkü durumuna odaklanmaktadır. Bununla birlikte “şimdi” sürekli olarak elimizden kayıp gitmekte ve hep zamanın gerisinde kalmak istemiyorsak geleceği öngörmeye çalışmak gerekmektedir. Tıp etiğinin geleceği büyük oranda tıbbın geleceğine bağlı olacaktır. 21. yüzyılın ilk on yılında tıp büyük bir hızla evrilmektedir ve bugünün tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri mezun olduğunda

tibbin nasıl uygulanacağını öngörmek çok zordur. Bu öğrenciler emekli olduklarında hangi değişikliklerin olmuş olacağını bilmek ise olanaksızdır. Yaygın politik ve ekonomik sorunlar, doğanın dengesinin bozulması, HIV/AIDS ve diğer salgınların giderek yayılması göz önüne alındığında, geleceğin mutlaka daha iyi olacağını söyleyemeyiz. Tıbbi gelişmelerin sağladığı yararların er ya da geç tüm ülkelere yayılacak olmasını ve bu ülkelerin karşılaşacağı etik sorunların bugün varsıl ülkelerin gündeminde olanlarla benzeşeceğini umsak da, durum tersine dönebilir: Bugün varsıl olan ülkeler, hekimlerinin tropik hastalıklarla uğraştığı ve tıbbi kaynakların çok kısıtlı olduğu noktaya geri dönebilirler.

Geleceğin kendisine içkin olan öngörülemezliği nedeniyle, tıp etiğinin bir süredir olduğu gibi esnek ve değişikliğe açık olması gereklidir. Ayrıca başka ilkelerinin, özellikle sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerkliğin, temel insan haklarına saygı göstermek ve mesleğe adanmışlıkla birlikte yerinde kalacağını bekleyebiliriz. Bilimsel gelişmeler ve toplumsal, politik ve ekonomik etmenlerin sonucu olarak tıpta hangi değişim oluşursa oluşsun, her zaman tedavi ve bakıma gereksinim duyan hasta insanlar olacaktır. Hekimler geleneksel olarak bu sağlık hizmetlerini, sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve sağlık hizmetlerinin yönetimi gibi diğerleriyle birlikte sunagelmektedirler. Bu etkinlikler arasındaki denge gelecekte değişse bile, hekimler tümünde önemli bir rol oynayacaklardır. Bu etkinliklerin her biri birçok etik sorunu barındırdığı için, hekimler tıbbın diğer boyutlarında olduğu gibi tıp etiği alanındaki gelişmelerden de sürekli olarak haberli olmalıdırlar.

Elkitabı burada sonlanıyor; ancak okuyucu için bu kitap, tıp etiği ile yaşam boyu sürecek ilişkisinde sadece bir adım olmalı. Giriş'te belirtildiği gibi, bu elkitabı tıp etiği ve onun bazı temel konularını tanıtmaya niteliği taşıyor. Kitabın amacı, tıbbın etik boyutunu sürekli göz önünde tutma gerekliliğini vurgulamak ve özellikle uygulamada karşılaşacağınız etik sorunları nasıl çözeceğiniz konusunda yol gösterici olmak. Ek B'de verilen kaynaklar listesi bu alandaki bilginizi derinleştirmenize yardımcı olabilir.

## EK. A - SÖZLÜK

*Adalet* – Bireylere ya da gruplara adil davranmak. Bölüm Üç'te belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinde neyin adil olduğu konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır.

*Akılcı* – İnsanın aklını kullanma yeteneğine dayanan. Örneğin, belli bir eylemden yana ve o eyleme karşı çıkarımları değerlendirebilmek ve bir seçim yapabilmek.

*Anestezist* – Bazı ülkelerde *Anesteziyolojist* ünvanı da kullanılır.

*Aşırma* – Bir kişinin başkasının çalışmasını kısmen ya da tamamen kopyalaması ve kaynağını belirtmeden kendi çalışması gibi göstermesi.

*Bildirimde bulunan* – Bir birey ya da örgütün ahlak ya da yasa dışı eylemini yetkililere ya da kamuoyuna bildiren kişi.

*Biyoetik / Biyomedikal etik* – Tıp, sağlık hizmetleri ve biyolojik bilimlerde ortaya çıkan ahlaki sorunları konu edinen iki eş terim. Dört temel alt bölümü vardır: **Klinik etik**, hastalara sağlık hizmeti sunulmasıyla ilgili konuları ele alır (Bölüm İki). **Araştırma etiği**, tıbbi araştırmalara katılan insanların korunması konusunda çalışır (Bölüm Beş). **Meslek etiği**, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının ödev ve sorumluluklarını konu edinir (**Tıp etiği** meslek etiği türlerinden biridir). **Kamu politikaları etiği**, biyoetikle ilgili konularda yasal düzenlemelerin oluşturulması ve yorumlanması ile uğraşır.

*Çoğulcu* – Çok sayıda farklı yaklaşım ya da özelliğe sahip olmak. Tekil ya da tekbiçim'in karşıtı.

*Değer vermek / Değer* – Bir şeyi çok önemli bulmak / Çok önemli bulunan şey.

*Erdem* – Kişilerin, özellikle karakter ve davranışlarındaki iyi nitelik. Bazı erdemler belli bazı kişiler için özellikle önemlidir. Örneğin, hekimler için sevecen yaklaşım, itfaiyeciler için cesaret, tanıklar için doğruluk gibi.

*Hekim* – Tıp mesleğini uygulamak için gerekli niteliklere sahip kişi. Bazı ülkelerde hekimler ile cerrahlar birbirinden ayrılır ve her ikisini de kapsamak üzere ‘doktor’ terimi kullanılır. Ancak ‘doktor’ terimi diş hekimleri ve veteriner hekimler gibi diğer sağlık çalışanları ve ayrıca doktora derecesi alanlarca da kullanılmaktadır. ‘Tıp doktoru’ terimi daha net bir tanımlama olsa da yaygın kullanılmamaktadır. DHB ‘hekim’ terimini tıp mesleğini uygulamak için gerekli niteliklere sahip tüm kişiler için kullanmaktadır ve bu elkitabında da aynı anlamda yer almaktadır.

*Hiyerarşi* – En üstten en alta önem derecesine göre sıralanma düzeni. *Hiyerarşik* sözcüğü, bu türden bir düzenlemeyi niteler. Hiyerarşi terimi ayrıca, bir örgütün en üstteki yöneticilerini tanımlamak için de kullanılmaktadır.

*İstenç bildirimi* – Bir kişinin, karar verme yeterliğini yitirdikten sonra (bilincin kapanması ya da demans durumunda olduğu gibi), genellikle yazılı olarak, kendisine nasıl davranılmasını istediğini belirttiği açıklamadır. Diğer bir seçenek, kişinin önceden kendisi adına karar vermeye yetkili bir vekil belirlemesidir. Bazı ülkeler bu konuda yasal düzenlemeler getirmişlerdir.

*Palyatif bakım* – Özellikle ölümcül ve tedavisi olmayan bir hastalık nedeniyle yaşamının son döneminde bulunan hastaların, ağırlıkla ağrıyı denetleyerek yaşamlarının niteliğini iyileştirmeye odaklanan bir bakım yaklaşımı. Hastanelerde, ölmekte olan hastalar için kurulmuş bulunan özel kurumlarda (genellikle “hospice” olarak adlandırılır), ya da hastanın evinde uygulanır.

*Savunmak* – Başka bir kişi ya da grubun haklarını dile getirmek ya



da o kişi ya da grup adına eylemde bulunmak. Hekimler, hükümetler ve sağlık sigortası yetkilileri karşısında, gereksindikleri sağlık hizmetlerine erişemeyen hastaların avukatıdır.

*(Birine karşı) Sorumlu olma* – Yapılan herhangi bir şey için birilerine karşı hesap verme sorumluluğunun olması. Örneğin çalışanlar, yaptıkları iş için işverenlerine hesap vermek durumundadır. Birine karşı sorumlu olma, kişinin yaptığı ya da yapmadığı şeyler için bir açıklama yapmaya hazırlıklı olmasını gerektirir.

*Vekil gebelik* – Bir kadının, yapay dölllenme ile sperm ya da in-vitro fertilizasyon ve embriyon aktarımı ile embriyon sağlayan bir başka kişi ya da çift için gebe kalması ve doğum sonrasında çocuğu vermesi.

*Yararlı olma* – Hekimlerin hastaları için en iyisi yönünde eylemleri beklenir.

*Yaygın kabul* – Herkes ortaklaşmamış olsa da, genel olarak kabul edilen.

*Yönetilen sağlık hizmeti* – Hangi hizmetlerin sunulacağına, kimlerin sunacağına (uzman hekimler, genel pratisyenler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, ...), nerede sunulacağına (klinikler, hastaneler, hastanın evi, ...) ve diğer ilişkili konulara hükümetin ve şirketlerin karar verdiği örgütsel bir yaklaşım.

*Zarar vermeme* – Hekimler ve araştırmacılar, hastalara ve araştırmaya katılanlara zarar vermekten kaçınmalıdır.

## EK. B – İNTERNETTEKİ TIP ETİĞİ KAYNAKLARI

### Genel konular

Dünya Hekimler Birliği Bildirgeler Elkitabı ([www.wma.net/e/policy/handbook.htm](http://www.wma.net/e/policy/handbook.htm)) – DHB'nin tüm bildirgelerini ve açıklamalarını tam metin olarak içermektedir (İngilizce, Fransızca ve İspanyolca).

Dünya Hekimler Birliği Etik Birimi ([www.wma.net](http://www.wma.net)) – Aşağıdaki bölümleri içermekte ve aylık olarak güncellenmektedir:

- Ayın konusu
- DHB etik etkinlikleri
- DHB'nin etik düzenlemeleri (geliştirilmekte ve yenilenmekte olanlarla birlikte)
- Helsinki Bildirgesi, tarihi ve şu anki durumu
- DHB etik kaynakları
- Tıp etiği örgütleri ve onların meslek ahlakı kuralları
- Toplantı duyuruları
- Tıp etiği eğitimi
- Etik ve insan hakları
- Etik ve tıp mesleği

### Yaşamın başlangıcına ilişkin konular

İnsan klonlama - [www.who.int/ethics/topics/cloning/en/](http://www.who.int/ethics/topics/cloning/en/)  
Yardımcı üreme teknikleri - [www.who.int/reproductive-health/infertility/report\\_content.htm](http://www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm)

### Yaşamın son dönemine ilişkin konular

Kaynaklar - [www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html](http://www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html)  
Hekimlerin yaşamın son dönemindeki sağlık hizmetlerine yönelik eğitimi –  
[www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html)

Palyatif bakım - [www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm](http://www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm)

Ötanazi karşıtlığı - [www.euthanasia.com/](http://www.euthanasia.com/)

## HIV/AIDS

Kaynaklar - [www.wits.ac.za/bioethics/](http://www.wits.ac.za/bioethics/)

UNAIDS - [www.unaids.org/en/in+focus/hiv\\_aids\\_human\\_rights/unaids+activities+hr.asp](http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp)

## Şirketlerle ilişkiler

Eğitimsel kaynaklar - [www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html)

Kaynaklar - [www.nofreelunch.org/](http://www.nofreelunch.org/)

## İnsanlar üzerinde araştırma

Uygulama kılavuzları ve kaynaklar - [www.who.int/ethics/research/en/](http://www.who.int/ethics/research/en/)

Harvard School of Public Health, Uluslararası sağlık araştırmalarında etik konular kursu - [www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/)

## EK. C - DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ

### Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi Önergesi

(Ekim 1999'da, Tel Aviv'de düzenlenen 51. Dünya Hekimler Toplantısı'nda kabul edilmiştir)

1. Tıp etiği ve insan hakları, tıp uygulamaları ve kültürünün içsel bir parçasını oluşturduğundan,
2. Tıp etiği ve insan hakları, DHB'nin tarihi, yapısı ve amaçlarının bir parçası olduğundan,
3. DHB, dünyadaki tüm tıp fakültelerine tıp etiği ve insan hakları öğretimini programlarına zorunlu ders olarak eklemeleri için önemle çağrıda bulunur.

## DÜNYA TIP EĞİTİMİ FEDERASYONU (WFME)

### Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme İçin Standartlar

([www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf](http://www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf))

Tüm tıp fakültelerinin uyması beklenen bu standartlar, tıp etiğine ilişkin olarak aşağıdaki maddeleri içermektedir:

#### 1.4 Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Tıp fakülteleri, öğrencilerinin mezun olduklarında sahip olmaları gereken ve sağlık sisteminde gelecekte alacakları rolle ilişkili yeterlik düzeylerini (tıp etiğine ilişkin bilgi ve anlayışı da içermek üzere) tanımlamalıdır.

#### 4.4 Eğitim Programı – Tıp Etiği

Tıp fakülteleri, etkin iletişim, klinik karar verme ve meslek ahlakına uygun uygulamaları olası kılacak tıp etiği katkılarını belirlemeli ve programlarına yerleştirmelidir.

#### 4.5 Eğitim Programı – Klinik Bilimler ve Beceriler

Klinik beceriler, öykü alma, iletişim ve ekip başkanlığı becerilerini içerir. Sağlık hizmeti sunumu, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte ekip çalışmasını gerektirir.

#### 4.6 Eğitimsel Kaynaklar - Araştırma

Araştırma ve eğitim etkinlikleri arasındaki etkileşim, öğrencilerin tıbbi araştırmalara katılımlarını desteklemeli ve onları hazırlamalıdır.

## EK. D – TIP FAKÜLTELERİNDE ETİK EĞİTİMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

Bazı tıp fakültelerinde etik eğitime çok az yer verilirken, bazıları oldukça gelişmiş programlara sahiptir. Ancak bu fakültelerde bile geliştirilmesi gereken birçok nokta bulunmaktadır. Bu bölümde tıp öğrencisi ya da öğretim üyesi, kurumunda tıp etiği eğitimini güçlendirmek isteyen herkesin başlatabileceği bir süreç tanımlanmaktadır.

1. Kurumun karar-verme yapılanmasını öğrenin.
  - Dekan
  - Eğitim Kurulu
  - Fakülte Kurulu
  - Etkili olabilecek öğretim üyeleri
2. Başkalarından destek bulmaya çalışın.
  - Öğrenciler
  - Öğretim üyeleri
  - Yöneticiler
  - Ulusal hekim birliği
  - Hekimlik uygulamalarını düzenleyen kurumlar
3. Güçlü bir olgu oluşturun.
  - DHB - *Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi Önergesi*
  - WFME - *Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme için Standartlar*
  - Diğer tıp fakültelerinden örnekler
  - Araştırma etiğinin gereklilikleri
  - Programın çok yüklü olduğu gibi itirazlara hazırlıklı olun
4. Yardım önerin.
  - Yapılanma, içerik, öğretim üyeleri ve öğrenci kaynakları için önerilerde bulunun (DHB Etik Birimi internet sayfasının

tıp etiği eğitimi kaynakları: [www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm](http://www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm)).

- Diğer tıp etiği eğitimi programları, DHB vd. ile bağlantı kurun.
5. Sürekliliğin devamını sağlayın.
- Sürekli bir tıp etiği kurulu oluşturulmasını savunun.
  - Genç öğrenciler, diğer öğretim üyeleri ve yöneticilerin de katılımını sağlayın.

## Ek. E – EK OLGU ÇALIŞMALARI

### Ergenlik çağındaki bir çocuğa gebelikten korunma önerisi

Deniz 15 yaşında bir kızdır. Cinsel saldırıların giderek sıklaştığı bir kentte yaşamaktadır. Çalıştığınız kuruma başvurur ve cinsel saldırıya uğradığında gebe kalmamak için gebeliği önleyici haplar vermenizi ister. Gebe kalması durumunda eğitimi yarıda kesilecek ve kendisine bir eş bulması çok güçleşecektir. Deniz, ailesinin bu hapları kullandığını bilmelerini istemediğini, çünkü erkek arkadaşıyla cinsel ilişkiye girmeye niyeti olduğunu düşüneceklerini söyler. Deniz'in amacından kuşulanırsınız, ancak gebelikten korunmaya çalışmasına saygı duyarsınız. Kendisine, ailesiyle birlikte başvurmasını ve konuyu genel olarak birlikte tartışmayı önerirsiniz. Üç gün sonra Deniz tekrar gelir ve ailesiyle konuşmaya çalıştığını, ancak bu konuyu tartışmayı reddettiklerini söyler. Ne yapmalısınız?



## Prematür bir bebek\*

Mehmet gebeliğin 23. haftasında dünyaya gelmiştir. Akciğerleri yeterince gelişmediğinden solunum aygıtına bağlanmıştır. Ayrıca dolaşım sistemindeki sorunlar nedeniyle serebral kanaması vardır. Birkaç hafta yaşama olasılığı düşüktür. Eğer yaşarsa, büyük olasılıkla hem akli hem de bedeni açısından şiddetli derecede engelli olacaktır. Mehmet'in durumu, barsaklarında gelişen ciddi bir enfeksiyon nedeniyle kötüleşir. Barsağın enfekte bölümünü ameliyatla çıkarmak ve yaşama şansını az da olsa artırmak olasıdır. Ancak Mehmet'in anne ve babası, ameliyat nedeniyle acı çekmesini istemedikleri ve yaşamının niteliğinin asla yeterince iyi olmayacağını düşündükleri için onam vermeyi reddederler. Hastanın tedavisini düzenleyen hekim olarak ameliyat yapılması gerektiğine karar verirsiniz ve ailenin reddine karşı ne yapmak gerektiğini düşünmeye başlarsınız.

\* Almanya – Medizinische Hochschule Hannover'den Dr. Gerald Neitzke ve Ms. Mareike Moeller tarafından önerilmiştir.

## HIV enfeksiyonu\*

Bay S, evli ve okul çağında iki çocuğu olan bir babadır. Çalıştığınız klinikte, ender görülen ve genellikle AIDS ile bağlantılı olan bir pnömoni biçimi dolayısıyla tedavi görür. Kan testlerinin sonuçları, HIV-pozitif olduğunu gösterir. Bay S karısına enfeksiyon hakkında bilgi verip vermeyeceğine ve bunu ne zaman yapacağına kendisinin karar vermek istediğini söyler. Enfeksiyondan korunacağı için, karısını bilgilendirmenin yaşam kurtarıcı olacağını belirtirsiniz. Ayrıca onun da bir HIV testi yaptırması önemlidir. Testin pozitif çıkması durumunda hastalığın ilerlemesini yavaşlatacak ilaçları alma ve böylece yaşamı uzatma şansına sahip olabilir. Altı hafta sonra Bay S, kontrol muayenesi için kliniğinize gelir. Sorduğunuzda, karısına henüz durumu açıklamadığını söyler. Karısının eşcinsel ilişkilerini bilmesini istemez; çünkü kendi ilişkilerini bitireceğinden ve ailesinin dağılacağından korkar. Ancak onu korumak için tek yaptığı, “güvenli cinsel ilişki”de bulunmaktır. Hastanın hekimi olarak, hastanın isteğine karşı gelip Bayan S’yi eşinin durumu hakkında bilgilendirmek gerekip gerekmediğini düşünmeye başlarsınız.

\* Almanya – Medizinische Hochschule Hannover'den Dr. Gerald Neitzke ve Ms. Mareike Moeller tarafından önerilmiştir.

## Bir tutukluyu tedavi etmek

İşiniz gereği iki haftada bir gün, yakınlardaki bir cezaevinde bulunan tutuklulara sağlık hizmeti sunmaktasınız. Yüz ve gövdesinde birçok yaralanma bulunan bir tutukluyu tedavi ediyorsunuz. Yaralanmaların nedenini sorduğunuzda hasta, sorgulama sırasında sorulara yanıt vermeyi reddettiği için bir cezaevi görevlisi tarafından saldırıya uğradığını söyler. İlk kez böyle bir durumla karşılaşmış olmanıza karşın, meslektaşlarınızdan benzer olaylar işitmişsiniz. Bu sorun hakkında birşeyler yapmanız gerektiğini düşünürsünüz, ancak hasta cezaevi yetkililerinin onu cezalandıracaklarından korkarak kendisi hakkında açıklama yapmanıza izin vermeyi reddeder. Yanısıra, hastanın size doğru söylediğinden emin değilsinizdir; hastayı getiren güvenlik görevlisi, onun başka bir tutuklu ile kavga ettiğini söyler. Cezaevi çalışanları ile iyi ilişkileriniz vardır ve temelsiz suçlamalarla bu ilişkileri bozmak istemezsiniz. Ne yapmalısınız?

## Yaşamı sonlandırma kararı

80 yaşındaki bir kadın bir bakımeviden pnömoni tedavisi için çalıştığınız hastaneye getirilir. Sağlıksız görünmektedir ve orta derecede demansı vardır. Pnömoniyi başarılı biçimde tedavi edersiniz; ancak hasta hastaneden ayrılırken birden sağ tarafını etkileyen bir felç geçirir ve kendisini besleyemez duruma gelir. Kendisine rahatsızlık verdiği belli olan bir beslenme tüpü yerleştirilir ve sol koluyla sürekli olarak tüpü çıkarmaya çalıştığı için kolu bağlanır. Bu nedenle artık kendisini ifade edememektedir. Karar vermekte yardımcı olmaları için çocukları ya da yakınları aranır, ancak bulunamaz. Birkaç gün sonra durumunun iyileşmeyeceğine ve çektiği acıyı dindirmenin ancak sedatif vererek ya da tüpü çekip ölmesine izin vererek mümkün olduğuna karar verirsiniz. Ne yapmalısınız?

## EK. F – KİTAPTA YER ALAN TIP ETİĞİ TERİMLERİ VE ÇEVİRİDE KULLANILAN KARŞILIKLAR

*Abortion* – Gebeliğin sonlandırılması

*Advance directive* – İstenç bildirimi

*Argument* – Çıkarım

*Artificial insemination* – Yapay dölleme

*Autonomy* – Özerklik

*Beneficence* – Yararlı olma

*Clinical ethics committee* – Klinik etik kurulu

*Code of ethics* – Meslek ahlakı kuralları

*Communication skills* – İletişim becerileri

*Compassion* – Sevecen yaklaşım

*Competency* - Yeterlik

*Competent* – Yeterli

*Confidentiality* – Mesleki gizlilik

*Conflict of interest* – Çıkar çatışması

*Consequentialism* – Sonuçsalcılık

*Data fabrication* – Veri uydurma

*Declaration* – Bildirge

*Disability* – Engellilik

*Disability adjusted life years (DALYs)* – Engelliliğe göre değerlendirilen yaşam yılları

*Discrimination* – Ayrımcılık

*Dual loyalty* – Çifte bağlılık

*Duplicate publication* – Tekrar yayın

*Duty* – Ödev

*Egalitarian* – Eşitlikçi

*End-of-life issues* – Yaşamın son dönemine ilişkin konular

*Equality* – Eşitlik

*Ethical* - Ahlaki

*Ethical guideline* – Meslek ahlakı kılavuzu

*Ethics review committee* – Araştırma etik kurulu

*Futile treatment* – Boşuna uygulama

*Gift authorship* – Hediye yazarlık

*Global health* – Dünya ölçeğinde sağlık

*Health care providers* – Sağlık hizmeti sunanlar

*Health professionals* – Sağlık çalışanları

*Health workers* - Sağlık çalışanları

*Healthcare* – Sağlık hizmeti

*Human dignity* – İnsanlık onuru

*Human subject* - Araştırmaya katılan, katılımcı

*Incompetent patient* – Karar verme yeterliği olmayan hasta

*Informed consent* – Aydınlatılmış onam

*Just* – Adil

*Justice* – Adalet

*Justification* – Haklı çıkarma

*Libertarian* – Düzenleme karşıtı

*Medical ethics* – Tıp etiği

*Morality* – Ahlaklılık, ahlak

*Non-beneficial treatment* – Yararsız uygulama

*Non-maleficence* – Zarar vermeme

*Non-rational* - Akılcı-olmayan

*Oath* – Ant

*Obligation* – Yükümlülük

*Paternalistic* – Babaca yaklaşım

*Patient's best interest* – Hasta için en iyisi

*Physician assisted suicide* – Hekim yardımlı özkıyım

*Plagiarism* – Aşırma

*Pluralistic* – Çoğulcu

*Principlism* – İlkecilik

*Privacy* – Özel yaşam, özel yaşamın gizliliği

*Quality adjusted life years (QALYs)* - Niteliğe göre değerlendirilen yaşam yılları

*Quality of life* – Yaşamın niteliği

*Rational* - Akılcı

*Rationing* – Paylaştırma, dağıtım

*Rehabilitation* – Esenlendirme

*Research ethics* – Araştırma etiği

*Research subject* – Araştırmaya katılan, katılımcı

*Resource allocation* – Kaynakların dağıtımı

*Respect and equal treatment* – Saygı gösterme ve eşit hizmet sunma

*Responsibility* – Sorumluluk

*Right to self-determination* – Kendi kaderini belirleme hakkı

*Statement* – Görüş

*Substitute decision maker* – Yerine karar veren



*Substitute/surrogate gestation* – Vekil gebelik

*Unethical* – Ahlaki olmayan, meslek ahlakına aykırı

*Utilitarianism* – Yararcılık

*Value* – Değer

*Virtue* – Erdem

*Virtue ethics* – Erdem etiği

*Vulnerable* – Savunmasız

## OLGU ÇALIŞMALARI İÇİN KAYNAKLAR

UNESCO Chair in Bioethics – Aydınlatılmış Onam olgu çalışmaları – <http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO Chair)

UK Clinical Ethics Network olgu çalışmaları – [www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm](http://www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm)

Harvard School of Public Health Uluslararası Sağlık Araştırmaları olgu çalışmaları – [www.hsph.harvard.edu/bioethics/](http://www.hsph.harvard.edu/bioethics/)

Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Healthcare Professionals, Bölüm 3, olgu çalışmaları – [www.commat.org/](http://www.commat.org/)



Yaşlı kadın fizik bakıda...  
© Peter M. Fisher/CORBIS

Dünya Hekimler Birliği (DHB), uzmanlıkları, buldukları yer veya çalıştıkları kurumdan bağımsız olarak dünyadaki tüm hekimlerin temsilcisidir. DHB'nin amacı, tüm insanlar için sağlık hizmeti, etik, bilim, eğitim ve sağlıkla ilgili insan haklarının olası en yüksek düzeyde sağlanması için çalışarak insanlığa hizmet etmektir.

DHB Etik Birimi, 2003 yılında, geliştirilen düzenlemeler ve önerilerin eşgüdümünün sağlanması, değerlendirilmesi ve DHB'nin tıp etiğine ilişkin üç alandaki etkinliklerinin genişletilmesi için kurulmuştur: Etik alanında etkinlik gösteren diğer uluslararası yapılanmalarla bağlantı kurmak, konferanslar ve DHB internet sitesi aracılığıyla hekimlere ulaşmak ve bu elkitabı gibi etiğe ilişkin yeni eğitim araçları geliştirmek.



Dünya Hekimler Birliği

B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France

e-posta: [wma@wma.net](mailto:wma@wma.net) faks: (+33) 450 40 59 37

internet adresi: [www.wma.net](http://www.wma.net)