

■
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
ETİK KURUL GÖRÜŞLERİ
■

Haziran 2001



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANAKRA

Tel: (0 312) 231 31 79 (pbx) Faks: (0 312) 231 19 52 - 53

e-posta: ttb@ttb.org.tr<http://www.ttb.org.tr>**ISBN 975-6984-07-4****Kapak/Sayfa Düzeni**

Sinan Solmaz

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	3
ÖNSÖZ	5
SUNUŞ.....	7
BÖLÜM:I	
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU (1996-2001).....	9
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU.....	10
1. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURUL YÖNERGESİ	11
2. THE ACTIVITIES OF THE ETHICS COMMITTEE OF THE TURKISH MEDICAL ASSOCIATION	13
BÖLÜM:II	
ETİK KURUL GÖRÜŞLERİ (1996-2001).....	17
1. "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun Tasarısı" Hakkında Görüş.....	19
2. "ORGAN NAKLİ MERKEZLERİ YÖNETMELİĞİ" HAKKINDAKİ GÖRÜŞ	24
3. KIZLIK ZARI ("HİMEN") İNCELEMELERİYLE İLGİLİ GÖRÜŞ	27
4. DOĞACAK BEBEĞİN CİNSİYETİNİN SEÇİLMESİ KONUSUNDAKİ TUTUM HAKKINDA GÖRÜŞ	33
5. KORNEA AKTARIMIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ.....	35
6. AVRUPA KONSEYİ'NİN BİYOETİK SÖZLEŞME TASLAĞI HAKKINDA GÖRÜŞ	36
7. ZİHİNSEL ENGELLİ KADINLARIN GEBELİKLERİNE İLİŞKİN ETİK SORUNLAR KONUSUNDA GÖRÜŞ	38
8. KLİNİK ARAŞTIRMALARDA HASTA HAKLARI ÜZERİNE GÖRÜŞ	40
9. PSİKİYATRİDE ELEKTROKONVÜLSİF (ELEKTROŞOK) TEDAVİ UYGULAMALARI HAKKINDA GÖRÜŞ.....	42
10. CİNSEL FARKLILAŞMA SORUNLARININ ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
11. "TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ" HAKKINDA GÖRÜŞ.....	46

12. HEKİM-AIDS İLİŞKİSİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞ.....	49
13. SAĞLIĞA YÖNELİK TELEVİZYON PROGRAMLARI VE HEKİM-HASTA İLİŞKİLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ.....	51
14.MEDYA VE SAĞLIK.....	53
15. ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİNİN HASTA KAYITLARINA ULAŞMA İSTEKLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ.....	55
16. ACİL OLAYLARDA SAĞLIK HİZMETİ VEREN AMBULANS HEKİMLERİYLE İLGİLİ GÖRÜŞ.....	57
17. "HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ" TASLAĞI HAKKINDA GÖRÜŞ.....	59
18. KONSÜLTASYON HAKKINDA GÖRÜŞ.....	61
19. TİMUS FRAGMANLARI TOPLANMASI HAKKINDA GÖRÜŞ.....	63
20.HEKİMLERİN VE TANI - TEDAVİ KURUMLARININ TIBBİ BELGELERDE DİNSEL NİTELİKTE İBARELER KULLANMASI HAKKINDA TTB ETİK KURULU'NUN GÖRÜŞÜ.....	65
21.TTB Etik Kurulu' nun Psikiyatrik Sorunu Olan Askerlik Yükümlüleriyle İlgili Protokole İlişkin Görüşü.....	67
22.TTB Etik Kurulu' nun Tıbbi Yanlış Uygulama (Malpraktis) Kanunu Tasarı Taslağı ve Gereççeleri" Metnine İlişkin Görüşleri.....	70
23.TTB Etik Kurulu' nun Hekimin Hastalığı Durumunda Mesleğini Uygulamasına İlişkin Görüşü.....	72
24. TUTUKLU BİREYİN MUAYENESİ.....	74
25.ÖLÜM ORUCU VE HEKİMLİK.....	76

EKLER

EK:1 TIBBİ ETİK KURSU PROGRAMI.....	79
EK:2 TÜRKİYE' DE ETİK KURULLARLA İLGİLİ BİR DURUM DEĞERLENDİRMESİ ANKETİ, 1998.....	81
EK:3 ETİK KURULLAR NE KADAR "YETERLİ?".....	87
EK:4 BEYİN ÖLÜMÜ TANISI KESİNLEŞEN BİR HASTANIN YAKINLARI İÇİN BİLGİ VE ONAM FORMU İÇİN ÇERÇEVE ÖNERİSİ.....	100
EK:5 BEYİN ÖLÜMÜ OLAN HASTADA PROTOKOL ÖNERİSİ.....	102
EK:6 HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI.....	104
EK:7 EDITÖRLERİN GÖZÜYLE "TIP" DERGİLERİNDE YAYIN ETİĞİ.....	113
EK:8.....	118

ÖNSÖZ

Onur,eşitlik,insana hürmet, adalet dayanışma kavramlarını tüm faaliyetine yanıtıtmaya çalışan Türk Tabipleri Birliği, 1994'den bu yana merkezi bir Etik Kurul çalışması ile zenginleşti. Yukarıdaki kelimelerde somutlaşan ilkeleri bizimle paylaşan, aynı meslekte olmasalar da tıp ortamını yakından tanıyan, kendi yönergeleri doğrultusunda çalışan bu kurul ihtiyaç olan önerilen her konuyu gündemine aldı ve derin, katılımcı tartışmalarla geliştirdi, TTB Etik Kurul görüşü haline getirdi. Hepsine emekleri ve bizimle paylaşımları için teşekkür ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi
1996-2001

SUNUŞ

Varolan yazılı kuralların bile toplumun her düzeyinde çiğnenmesinin sıradanlaştığı bir ortamda, yoğun teknoloji kullanan ve mesleki kimliklerin büyük dönüşümler sergilediği bir tıp kurumu bağlamında etiğin nasıl bir işlevi olabilir? Tıp alanına yeni giren kavram ve uygulamalardan ya da eskilerin geçirdiği değişimlerden kaynaklanan değer sorunlarına yönelik olarak, değil herhangi bir görüşün, tanımların bile bulunmadığı konularda belirli ilkelerin varlığının altını çizmek ve buradan yola çıkarak uyulması önerilen kuralları oluşturmaya çalışmak olabildiğince somut ve pragmatik bir beklentinin ürünüdür.

Elinizde tuttuğunuz bu kitapçık, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu'nun kurulduğu günden bu yana oluşturduğu görüşleri içermektedir. Daha yakından incelediğinizde organ aktarımlarından beyin ölümüne, kızlık zarı incelemelerinden elektroşok tedavisine, medya ve sağlık ilişkisinden hasta haklarına ulaşan olabildiğince geniş bir açılımla tıp etiğine ilişkin konuların ele alınmış olduğunu göreceksiniz. Ele aldığımız bu konular TTB Etik Kurulu'na Merkez Konseyi'nce iletilen ya da doğrudan Etik Kurul içinden belirlenen sorunlar arasından seçilerek değerlendirilmiştir. Kitapta yer verilmiş sıraları da belli bir sistematığe uyulmaksızın, tümüyle zamansal olarak, bu konuların etik kurul gündemine alınma tarihlerine göre belirlenmiştir.

Kurul, gündemine aldığı konuyu, öncelikle iki-üç kişilik bir alt grup çalışması yapılarak ve bu çalışma sonucunda üretilen taslak metinler üzerinde tartışarak işlemektedir. Bu nedenle ilk metinleri oluşturan arkadaşların adlarını her bir görüşün altında ayrı ayrı yazmadık. Ancak zaman zaman Kurul dışından katkıda bulunmalarını istediğimiz akademisyenler de oldu. Örneğin;

"Cinsel farklılaşma sorunları"yla ilgili olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr.Gönül Öcal'a ve "Kızlık Zarı İncelemeleri" ile "Konsültasyon" hakkındaki görüşlere katkılarından dolayı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı'ndan Serap Şahinoğlu Pelin'e ayrıca teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu'nun Yönergesi'ni incelediğinizde onun hem üye profili, hem de çalışma biçimi ve ürünleri açısından öteki etik kurullardan; örneğin İlaç Araştırmaları Etik Kurulları'ndan da, Hastane Etik Kurulları'ndan da oldukça farklı olduğunu göreceksiniz. Bu farklılık, temelde, sözü edilen kurulların amaç ve işlev farklılıklarından kaynaklanmaktadır ve aynı zamanda TTB Etik Kurulu'nun meslek

örgütü içindeki Yüksek Onur Kurulu gibi bir başka oluşumun rolüne soyunmadığının da göstergesi olarak algılanmalıdır.

Son söz olarak; TTB içerisinde "Multidisipliner" yapıda bir etik kurulun oluşturulmasına yönelik katkılarından dolayı adlarını anmamız gerekenleri ve aynı motivasyonu sürdürebilmemizi sağlayanları unutmamak gerekli. Tıp Etiği Çalışma Grubu'nun 1993 Kasım'ında güzel bir hafta sonu Bolu'da toplanmasındaki çabaları için ve daha sonra da kurulun lokomotiflerinden birisi olduğu için Dr.Çağrı Kalaça'ya, ilk dönem başkanlığı yürüten Prof.Dr.Yaman Örs'e, dönemin Merkez Konseyi Başkanı Dr.Selim Ölçer'e ve daha sonra da sürekliliği sağlayarak bizleri her fırsatta yüreklendiren TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr.Fusun Sayek'e teşekkür etmek isteriz.

Bu kitabın sizlere ulaşmasındaki emeği için öncelikle Sultan'a ve Sinan'a, geçen dört yıl boyunca Etik Kurul toplantılarını olanca titizliğiyle duyuran ve organizasyonu sağlayan İkbâl'e, öteki TTB çalışanları Mustafa ve Veli'ye, ayrıca Hatem Hanım'a gönülden teşekkürler. Biliyoruz, bunların maddi karşılıkları yok, ama onların herbirinin katkısının bizim açımızdan çok önem taşıdığına altını çizmeliyiz.

Prof.Dr.Berna Arda

TTB Etik Kurulu Adına

BÖLÜM:I
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU
(1996-2001)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU

Türk Tabipleri Birliği bünyesinde çalışmakta bulunan etkinlik gruplarından birisi de TTB Etik Kurulu'dur(TTBK). 19-21 Kasım 1993 tarihleri arasında Bolu'da bir Sempozyum dolayısıyla toplanan Tıp Etiği Çalışmaları Grubu bu kurulun oluşmasına da öncülük yapmıştır. Önceleri Tıp Etiği Çalışma Grubu adıyla Merkez Konseyi içinde yer alan etkinlik grubu, Bolu'da "öngörülerini de aşan bir başarıyla" toplanınca ve ayrıca tıbbi etikle ya da daha geniş anlamıyla biyoetikle ilgili sorular daha sık gündem konusu olmaya başlayınca TTB içinde sürekli bir gruba gereksinim duyulduğu da ortaya çıkmıştır. Bolu toplantısı sırasında uygulanan anketlerle gönüllü olarak böyle bir çalışma grubuna katılımın düzeyi belirlendi; daha sonra da Ankara'da bulunanlardan disiplinlerarası bir yaklaşımla TTB Etik Kurulu oluşturuldu.

TTB Etik Kurulu, ilk kez Şubat 1994'de toplandı. Kurulun üyeleri tıp, dış hekimliği, biyoloji, hemşirelik, felsefe, medikal sosyoloji/antropoloji ve hukuk gibi geniş bir yelpazeden gelen akademisyenlerdir. Merkez Konseyi üyelerinden birisinin de TTBEK içinde yer alması öngörülmüştür. Kendisine bir yönerge hazırlayan Kurul, üyelerinin üçte birinin üç yıllık dönem sonunda değişmesini, ayda iki kez, gerekirse daha sık aralıklarla toplanmayı karara bağlamıştır. Oturumlarını kapalı yapan TTEK, görüşlerini basın yoluyla topluma duyurmaktadır.

TTBEK'nin kuruluş amaçları şunlardır:

1-TTB'nin önerdiği ya da Kurul'un kendi belirlediği etik konularda çözümler üretmek,

2-TTB Merkez Konseyi ve bağlı tabip odaları ile etik eğitimi konusunda etkili bir rol oynamak,

3-Etik konusunda belirli çalışma programları hazırlamak:

1. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURUL YÖNERGESİ

1-Etik Kurul'un Oluşturulması

1-Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nce (TTBMK), Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) amaçlarına katkıda bulunmak üzere, daha önce ilgili kişi, kurum ve kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilen, Tıp Etiği Çalışmaları Grubu Bolu Sempozyumu'nun bir sonucu olarak, TTB çatısı altında çalışacak bir ETİK KURUL oluşturulmuştur.

2-Etik Kurul'un Amaç ve Etkinlikleri

2-Etiği ve tıp etiğini tıp çevresine tanıtmak amacıyla;

- Seminerler, konferanslar ve benzeri etkinlikler düzenlemek,
- Tıp etiği ile felsefe, hukuk ve insan bilimleri gibi çeşitli alanlararası ilişkileri belirginleştirmek,
- Tıp etiği ile ilgili görüş ve düşüncelerin bilimsel temele oturmasını sağlamak amacıyla araştırmalar tasarlamak ve yürütmek,
- Tıp ve ötesi sağlık uğraşları arasında etik sorunlar konusunda işbirliği ortamı yaratmak,

3-Tıp Etiği Eğitimi Konusunda;

- Tıp etiğinin tıp fakültelerinde daha etkin bir biçimde ele alınabilmesi için girişimlerde bulunmak,
- Tıp etiği programlarının gözden geçirilmesi için ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ortamı yaratmak,
- Fakülteler, TTB ve ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte, tıp etiği konularında sürekli eğitim programlarının hazırlanması ve yürütülmesi için işbirliği ortamı yaratmak.

4-TTB'ne Yardımcı Olmak Amacı ile;

- Etik konularda, öncelikleri birlikte saptanan bir programa uyularak düşünce ve görüş oluşturmak, bu konularda hazırlanan raporları TTB'ne iletmek,
- Gereğinde, güncellik kazanan etik sorunlar konusunda düşünce ve görüş oluşturmak ve TTB'ne iletmek,
- Başta etik konularda eğitim ve oluşturulacak yerel etik kurullar için danışmanlık istekleri olmak üzere, tabip odalarından gelebilecek isteklere yanıt vermek,

5-Yukarıda sayılan çalışmalara ek olarak, toplumun genel yada güncel etik konularda aydınlatılması, duyarlık düzeyinin artırılması için, üniversiteler ve TTB başta olmak üzere ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ortamı yaratmak.

3-Etik Kurul'un Oluşumu

6-a)Etik Kurul, başta tıp etiği olmak üzere tıbbın çeşitli dalları ile Hemşirelik, Diş Hekimliği, Eczacılık, Biyoloji, Felsefe, Sosyoloji, Psikoloji, Hukuk v.b.alanlardan gelen sağlık ve etik konuları üzerinde çalışan ve TTBMK'nce belirlenen 15 (onbeş) kişiden oluşur.

b)Etik Kurul üyelerinin üçte biri yılda bir yenilenir. Süresi sona eren üyeler yeniden görevlendirilebilir.

c)Etik Kurul üyelerinden en az biri TTBMK üyeleri arasında seçilir.

7-a)Etik kurul ilk toplantısında kendisine bir başkan ve bir sekreter seçer.

b)Başkan Etik Kurul'un temsilcisidir; toplantıları yönetir.

c)Başkan ve sekreter seçimi iki yılda bir yapılır.

d)Sekreter, toplantılarda raportör olarak kurul kararlarını, tartışmaları, görüşleri yazıya geçirir. Kurul adına sürekli yazışmalar yapar. TTB ile koordinasyonu sağlar.

8-a)Etik Kurul oy çokluğu ile karar verir.

b)Ancak çoğunluğun karar ve görüşlerine katılmayanların düşünceleri de kararda ayrıca belirtilir.

9-a)Etik Kurul, Tıp Etiği Çalışmaları Grubu ile düşünce ve bilgi alış-verişinde bulunabilir.

b)Etik Kurul karar ve görüşlerini açıklamakta serbesttir.

10-Kurul her yıl kendisine bir çalışma programı yapar.

4-Etik Kurul'un Toplanması

11-a)Etik Kurul, her yıl Aralık ayında çalışma programı yapmak üzere toplanır.

b)Bunun dışında, ayda bir, gerek duyulduğunda daha sık toplanabilir.

2. THE ACTIVITIES OF THE ETHICS COMMITTEE OF THE TURKISH MEDICAL ASSOCIATION ¹

One of the recent initiatives in Turkey is the founding of an Ethics Committee of the Turkish Medical Association(ECTMA). The composition of it has a multidisciplinary approach, the members of the committee are academicians from different fields like Medicine, Dentistry, Nursing, Philosophy, Medical Sociology/Anthropology, Forensic Medicine and Law interested in "health and ethics". There is no administrative personnel in the committee.

The first meeting of ECTMA is in February 1994. Meeting periodicity is twice a month. These are closed to the public but press announcements have been made. The committee strives for concensus and has produced ten reports during its activity period.

1-to develop solutions to the medical ethics problems on specified issues, especially proposed by the Turkish Medical Association(TMA).

2-to undertake the education of the central council of TMA and the other physicians' chamber,

3-to prepare certain working programs on medical ethics.

The topics which ECTMA has investigated and produced a document are:

1-View of ECTMA on the draft law for amendments in the Law on the Procurement, Preservation, Grafting and Transplantation of Organs and Tissues.

2-The Regulations on Organ Transplantation Centers in Turkey.

3-A draft protocol for brain dead patients.

4-A report on the draft of European Bioethics Convention.

5-View of ECTMA on the examinations of hymen.

6-The approach of ECTMA on the use of medical techniques for sex determination.

¹ Dr.Berna Arda; "*International Journal of Bioethics* 7(3):235, 1996"dan aynen alınmıştır.

7-The ethical problems involved in cornea transplantation.

8-The ethical problems about mentally handicapped women's pregnancies.

9-View of ECTMA on patient rights in medical research.

10-The application of electro-convulsive therapy to psychiatric patients in the light of ethics.

Between 25th and 26th April in 1996 ECTMA organized a course on medical ethics for physicians together with the Bioethics Society of Turkey. It was an important stage in realizing the second aim of the committee. Currently, ECTMA is interested in "the ethical problems about prisoners in the light of patient rights".

Finally, and as one of the secretaries of the Committee, I want to summarize here the sixth document of ECTMA which is about sex determination.

The Approach of ECTMA on the Use of Medical Techniques for Sex Determination.

Ankara, 20 December 1994

"Gender is an important factor to maintain the presence of the human being and the continuity of the somatic and emotional features in nature. Sexual separation is a result of some hormonal procedures and depends on some physiologic and functional characteristics. As generally accepted, the full participation and partnership of both women and men is required in productive and reproductive life. National and international organizations have a great effort to prevent gender discrimination.

This era is a knowledge and communication one. Everyday we are confronting new knowledge and very new techniques which it depends on. Genetic engineering, life support systems, reproduction techniques, prenatal diagnosis.... all of them are the dreams of yesterday and these were only acceptable like a science fiction movie, but today all of them are "real" forms of medical practice.

Hope and suspicion. These are two key concepts which accompanied scientific curiosity. Early diagnosis of diseases and treatments and also eradication of them are possible through use new medical technology and this make it possible to hope to provide the happiness and welfare of human beings. But on the other hand, there will always be suspicion. Because when we had targeted to reach better, we couldn't realize appearing issues. Sometimes humanity lost his position as a purpose in front of the new technology and changed to a consumer. That dichotomy must be always remembered in the genetic area as in the others.

The theme of sexual selection is also a subject which needed to be awakened especially in developing countries. In most regions of the world, women receive less formal education than men and are also facing threats to their lives and health as a result of being overburdened at many levels of society. In a number of countries, especially in Asia.

Discrimination on the basis of sex begins at the earliest stages of life and "son preference" is curtailing the access of girl children to food, education and health care.

In the whole societies in which the status of women is lower than men, the medical technology which offers sex determination can be accepted as a good marketing tool.

ECTMA does not approve the application of sex selection methods which not depend on medical indications and only serve the aim of gender discrimination. The rationals of this approach can be summarized as follows:

**This application mainly originates on the concept of gender discrimination.*

**The demands of the sexual selection depends on the poor level of the status of women. This application will increase this sexual preference and harden this negative situation.*

**Gender is not a disease and the baby is not a commercial product of which we can determine some features like sex.*

**Using prenatal diagnosis to select sex could lead to a "slippery slope" toward selection on esthetic grounds: such as eye, hair, skin colour and other phenotypic features.*

**In the future, if sex selection is cheaper and easier... the natural balance between sexes may be changed.*

**Prenatal diagnosis for this purpose can be accepted as a misuse of costly and scarce medical resources in Turkey.*

As a result of the historical, cultural and economic factors the sexual preference of society in Turkey is for sons. Because of this preference some sex selection firms arose as is common for all developing countries. The method followed by these firms in sex selection is sperm separation. Statements by the owner of such a firm and his use of procedures without permission prompted new legal and ethical considerations. After the commercial advertisements of these firms started some non governmental organizations such as the Turkish Genetic Society and ECTMA, have led to discuss this procedure in the light of ethics and as a result of this effort the Higher Council of Health prohibited this application in the absence of X-Linked diseases in January 1995.

REFERENCE

Arda B. The Ethics Committee of the Turkish Medical Association. Eubios Journal of Asian and International Bioethics 5, 156, November 1995.

BÖLÜM:II
ETİK KURUL GÖRÜŞLERİ
(1996-2001)

1. "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun Tasarısı" Hakkında Görüş

ÖZET

Söz konusu Kanun Tasarısı üzerinde uzun süredir yürütülen ve bir süredir de basında yer alan tartışmalar Kurulumuzca yakından izlenmektedir. Konuyla ilgili olarak titiz bir çalışma ile hazırlanan bir dosya, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimlerine, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi aracılığı ile bir süre önce iletilmiş bulunmaktadır. Bu dosya ile ayrıca, "**Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği**" konusunda bir inceleme raporu ve "**Beyin Ölümü Olan Hasta İçin Bir Protokol Önerisi**" de sunulmuştur.

Demokratik geleneklerin yerleşmesi ve işlerlik kazanması açısından önem taşıyan bu tartışma düzlemine katkıda bulunmayı yararlı görmekteyiz. Bu nedenle, yasa değişikliğine karşı çıkış noktalarımız ve gerekçeleri aşağıda sunulmaktadır:

*Kurulumuz, organ aktarımı(nakli) konusunda yürütülen çalışmaları, genel hatları bilimsel yeterlik, tıp etiği ilkeleri ve insan haklarının çizdiği çerçeve dikkate alındığı sürece desteklemektedir.

*Söz konusu yasa değişikliğinin, organ bağıışı yetersizliği sorununa yasal bir çözüm bulmak için iyi niyetle hazırlandığı kabul edilmektedir.

Ayrıca, konuyla ilgili tartışmaların açık bir biçimde yapılmasının, gerek yasa içeriğinin açıklık kazanması gerekse yöntemin demokratik geleneklere katkısı açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

*Ancak TTB Etik Kurulu, önerilen yasa değişikliğinin geniş katılımlı bir toplumsal tartışma ortamına dayanmadan, ilkesel tüm yaklaşımları dışlayan bir görünüm ve tepeden inme bir tutumla ortaya konmasını kabul etmeyi olanaklı görmemektedir.

*Organ aktarımı söz konusu olduğunda, vericinin gönüllü ve aydınlatılmış onamının (rızasının) temel olması gerektiği konusunda hiçbir kuşkuyla yer kalmamalıdır. Bu evrensel gereklilik bir yasa değişikliği ile tersine çevrilemez.

Önerilen yasa değişikliğine göre, "**organ ve dokularının alınmasını istemeyen kişiler bunu önceden belgelemek**" zorundadırlar. Ters durumda, ailenin isteği ne olursa olsun, kişinin organ ve dokuları alınabilecektir.

Bu yaklaşımın, bir takım varsayımlara dayandığı anlaşılmaktadır: İlk varsayım, "ölüm durumunda organ ve dokuların alınmasını toplum tarafından benimsemiş bir davranış" olduğudur. Buna dayanan ikinci varsayım da, tersini düşünen, görece az sayıdaki kişinin "organ ve doku bağışlamak istemediğini belgelemesi gereği"ne ilişkindir.

Oysa ülkemizdeki durumun bu olduğu görüşünü destekleyecek herhangi bir bulgu, bu yönde yapılmış yeterli bir araştırma bulunmamaktadır.

*Değinme gereği duyduğumuz bir başka nokta da şudur: Yasa değişikliği gerçekleşecek olursa, beyin ölümü tanısından sorumlu üç kişilik hekimler kurulundan **nöroloji** uzmanı çıkarılmış olacaktır. Bu değişiklik önerisini anlamak hiçbir biçimde olanaklı değildir. Bu girişim büyük olasılıkla "işlemi hızlandırmak" kaygısına dayanmaktadır. Beyin ölümü tanısı konusunda en temel uzmanlık alanı **nörolojidir**. Bu konudaki düşüncemiz, Sağlık Bakanlığı'nda ilgili birimlere daha önce de iletilmiştir. Nöroloji uzmanının kuruldan dışlanması konusunda gösterilen ısrar, varsayılan iyi niyet üzerinde kuşku doğmasına yol açmaktadır.

*Organ aktarımının "ticari" bir etkinliğe dönüşmesine ilişkin sorunlar tüm dünyada sıcak bir biçimde yaşanmakta ve tartışılmaktadır. Bu konuda çaba harcayan ilgili ve sorumluların, çalışmaları sırasında, tek boyutlu bakış biçimlerinden olabildiği ölçüde kaçınmaları gerekmektedir.

AÇIKLAMA

1) Kurulumuz organ aktarımı konusunda yürütülen çalışmaları, genel hatları bilimsel yeterlik, tıp etiği ilkeleri ve insan haklarının çizdiği bir çerçeve dikkate alındığı sürece desteklemektedir.

Bu konuda uluslararası tıp ve hukuk çevrelerince yapılmış son derece değerli çalışmalar bulunmaktadır. Temel ilke ve standartların saptanması konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır.

Ülkemizde de organ ve doku aktarımı uygulamaları genel olarak bilimsel standartlara uygun olarak gerçekleştirilmekte, ancak bu alanda tüm ülkeyi kapsayan bir sistem henüz yaşama geçirilememektedir.

Organ ve doku bağışı konusunda kimi zaman kampanyalarla desteklenen çalışmalar yapılmıştır. Ülkemizde organ ve doku aktarımlarının önemli bir bölümü canlı vericiden gerçekleştirilmektedir. Oysa benzer tıbbi girişimlerin son derece yaygın ve başarılı olarak uygulandığı ülkelerde, aktarımların çoğu "ölü vericiden aktarım" biçimindedir. En azından "canlı vericinin" karşılaşacağı risk dikkate alındığında, bu eğilimin ne ölçüde önemli olduğu anlaşılacaktır.

Ülkemizdeki "canlı vericiden aktarım" eğiliminin nedenlerini ve toplumun bu konudaki eğilimlerini araştıran çalışmalar bulunmamaktadır.

Bu konudaki sorunların, yasal tıkanıklıklardan kaynaklanmadığı açıktır. Organ ve doku aktarımı konusunda, adaletli bilimsel ve teknik altyapı kurulduğunda, söz konusu eğilimin tersine döneceği öngörülebilir.

2)Kurulumuz, söz konusu yasa değişikliğinin, "organ bağıışı yetersizliği" sorununa yasal bir çözüm bulmak için, iyi niyetle hazırlandığını kabul etmiştir.

Ayrıca, konuyla ilgili tartışmaların açık bir biçimde yapılmasının, gerek yasa içeriğinin açıklık kazanması, gerekse yöntemin demokratik geleneklere katkısı açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Örneğin, yasa içeriği tartışılırken, "hastanın-kişinin-onamının (rızasının) alınmasının gerekliliği" gibi konularda toplumsal duyarlılığın yaratılması, son derece değerli bir kazanım olacaktır.

3)Bu noktada bazı eleştirilerimiz bulunmaktadır:Ülkemizde organ ve doku aktarımı konusundaki tek ve en önemli eksiklik organ bağıışının yeterli olmaması değildir. Kaldı ki, tek ve en önemli eksiklik bu bile olsa, getirilen düzenlemelere katılmak olanaklı değildir.

Organ ve doku aktarımı söz konusu olduğunda, vericinin gönüllü ve aydınlatılmış onamının (rızasının) temel olması gerektiği konusunda hiçbir kuşkuya yer olmamalıdır. Bu gereklilik bir yasa değişikliği ile tersine çevrilemez.

Önerilen yasa değişikliğine göre, "**organ ve dokularının alınmasını istemeyen kişiler bunu önceden belgelemek**" zorundadırlar. Tersi durumda, ailenin isteği ne olursa olsun, kişinin organ ve dokuları alınabilecektir.

Bu yaklaşımın, bir takım varsayımlara dayandığı anlaşılmaktadır:İlk varsayım, "ölüm durumunda organ ve dokuların alınmasının toplum tarafından benimsenmiş bir davranış" olduğudur. Buna dayanan ikinci varsayım da, tersini düşünen görece az sayıdaki kişinin "organ ve doku bağıışlamak istemediğini belgelemesi gereği"ne ilişkindir.

Oysa ülkemizdeki durumun bu olduğu görüşünü destekleyecek herhangi bir bulgu, bu konuda yeterli çalışma yoktur.

4)Kişileri doğal organ bağıışlayıcıları olarak kabul eden, ölüm durumunda beden bütünlüğü üzerinde girişimde bulunma yetkisi doğuran bu tür bir yasa değişikliğinin geniş bir toplumsal tartışma ortamına dayanmayan bir biçimde, ilkesel tüm yaklaşımları dışlayan bir görünüm ve tepeden inme bir tutumla ortaya konmasını kabul etmek olanaklı değildir.

5)Ülkemizde tıp etkinliğinin en temel eksikliklerinden biri "**hastanın bilgilendirilmeye dayandığı gönüllü onamının (rızasının) alınması**" aşamasında gözlenmektedir.

Onam alınmasının yeterince yaşama geçirilmediği bir hekimlik uygulamasında, kişinin organ ve dokularının kullanılmasına izin vermediğini -belki de yıllarca- önce-

den belgelemesini beklemek, bu belgenin sürekli korunmasını ya da gerektiğinde iki tanık bulunmasını istemek **aldatıcıdır**.

Yazılı ve görsel basının, bu tartışmalar sürecinde "hasta onamı (rızası)" konusunun kamuoyunda tartışılmasını sağlaması durumunda, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu her türlü katkıda bulunmaya hazırdır.

Kurulumuz, Sağlık Bakanlığı'ndaki ilgili birimlere "**Beyin Ölümü Olan Hasta İçin Protokol Önerisi**" sunmuştur. Bu öneri kapsamında, organ aktarımı konusunu da içeren bir "**Onam(Rıza) Belgesi Taslağı**" da bulunmaktadır.

6) Bir başka sorun da, "**kaynakların adaletli dağıtılması**" noktasında düğümlenmektedir.

Öncelikli sorunlarımızdan biri, toplumun hemen yarısının sağlık güvencesi bulunmamasıdır. Oysa organ aktarımı işlemleri, aktarım öncesi ve sonrası süreçlerle birlikte, bireysel gelirlerle karşılanması toplumun büyük kesimi için hemen hemen olanaksız olan son derece pahalı girişimlerdir.

İkinci olarak, çalışmalarına başlanmış olmakla birlikte, organ aktarımını gerçekleştiren kurumlar arasında gerçek bir işbirliği ağı yoktur. Doku tiplerine uygun bir organ için bekleyenlere, adaletli dağıtım ve ulaşım olanakları yaratılmış değildir.

Bu ve buna benzer sorunların nedeni, organ bağıışı eksikliği değildir. Bu tür olumsuzluklar düzeltilmeden, neredeyse zorla organ alınan bir "bağıış ortamı" yaratmak hangi sorunu çözecektir?

7) Organ aktarımının "ticari" bir etkinliğe dönüşmesine ilişkin sorunlar tüm dünyada sıcak bir biçimde yaşanmakta ve tartışılmaktadır.

İmza koyan tüm ülkeleri bağlayacak olan ve şu anda üzerinde son düzeltmeler yapılan **Avrupa Biyoetik Konvansiyonu**, insan organ ve dokularının herhangi bir biçimde ticaret konusu yapılamayacağını karara bağlamaktadır.

Organ aktarımının "ticari" bir etkinliğe dönüşmesine ilişkin sorunlar tüm dünyada sıcak bir biçimde yaşanmakta ve tartışılmaktadır. Bu konuda çaba harcayan ilgili sorumluların, çalışmaları sırasında, tek boyutlu bakış biçimlerinden olabildiği ölçüde kaçınmaları gerekmektedir.

8) Yasa değişikliğinde bilimsel ya da yasal hiçbir gerekçeyle açıklanamayan bir öneri de, beyin ölümü tanısında sorumlu üç kişilik hekimler kurulundan **nörolog**'un çıkarılması ve kurul üyelerinin iki uzmana indirilmesidir. Bu "iki kişilik kurul" (?) ancak gerek duyacak olursa nöroloji uzmanına başvuracaktır.

Oysa beyin ölümü tanısı konusunda en temel uzmanlık alanı nörolojidir.

Bu girişim, büyük olasılıkla "işlemi" hızlandırmak kaygısına dayanmaktadır. Ancak düşünülen, "karar vericilerin sayısını azaltarak işlemi hızlandırmak" bile olsa, beyin ölümü tanısından birinci dereceden sorumlu olan ve beyin cerrahlarına göre

ülke hastanelerinde daha yaygın olarak bulunan nöroloji uzmanının kuruldan çıkarılmasını anlamak olanaklı değildir.

Nöroloji uzmanının kuruldan dışlanması konusunda gösterilen ısrar, varsayılan iyi niyet üzerinde kuşku doğmasına yol açmaktadır.

9)Bu noktada, katıldığımız bu tartışmanın demokratik geleneklere ve toplum duyarlılığına yönelik yararlarını bir kez daha vurgulamak istiyoruz.

İlki toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren bir yasa -değişikliği- önerisinin, toplum önünde, değişik düşüncedeki taraflar arasında, açık bir biçimde tartışılmasının sağlayacağı yararlarıdır. İkincisi söz konusu tartışmanın önemli bir özelliği olarak, "hastadan onam alınmasının" tıp uygulamalarında en temel gerekliliklerinden biri olduğunun vurgulanması, konunun tanıtılması, toplumda duyarlılık oluşturulmasıdır.

10)Organ aktarımı konusundaki sorunlara, hem organlarını bağışlamayı düşünen, hem organ aktarımını bekleyen, hem de bu iki konuma belki de hiç gelmeyecek olan kişiyi en az ve en uygun biçimde etkileyecek bir çözüm bulunmalıdır.

Bu tür konularda genellikle sihirli bir çözüm yoktur. Tek engel olarak yasa maddelerini görmek, buna karşın kestirmeci çözümler üretmek yanıtıcı olabilmektedir.

Organ aktarımı gerekliliklerinin sayısını azaltmak üzere koruyucu hekimliğe, sağlık eğitimine önem vermek, organ bağışını özendirici önlemler üzerine düşünce üretmek, konuyla ilgili toplum eğitimini ısrarla vurgulamak ve tüm bunları uygulamaya geçirmek için çaba harcamak son derece önemlidir

Etik Kurulumuz, bu konudaki çalışmalara katkıda bulunmayı bundan böyle de sürdürecektir.

2. "ORGAN NAKLİ MERKEZLERİ YÖNETMELİĞİ" HAKKINDAKİ GÖRÜŞ

"Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği", 2238 sayılı ve 29.5.1979 tarihinde kabul edilmiş olan "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun" uyarınca, kronik doku ve organ hastalıklarında hastaların yaşamlarını sürdürmek için gerçekleştirilecek nakilleri uygulayacak merkezlerin açılması, çalışması ve denetimi ile, bunların bağlı olduğu kamu kurum ve kuruluşlarıyla, özel kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esasları düzenlemek amacıyla çıkarılmıştır. Adı geçen yönetmelik organ alımının ve naklinin yaygınlaştırılabilmesi için, organ alımında ve naklinde, özel kişi ve kuruluşları ve böyle bir işi halen yapanları yasal bir statüye kavuşturmak, ayrıca organ alımı ve naklini Türkiye genelinde koordine etmek için çıkarılmış izlenimi vermektedir. Temelde son derece olumlu ve iyi niyetli bir tavır olsa bile; insan yaşamını doğrudan ilgilendiren bu gibi konularda yapılacak düzenlemelerin ancak çok ayrıntılı, bilimsel ve titiz olarak gerçekleştirilmiş incelemelere dayanması durumunda işlevsel ve verimli olmaları beklenebilir.

"Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği"nde üzerinde durmak istediğimiz noktalar şunlardır:

1-Genel olarak Türkçe karşılıkları bulunan survi, brans, donör, kriter, müeyyide, deklare etmek.... gibi terim ve sözcüklerin kendi dilimizde ifade edilmesi metnin anlaşılabilirliği ve akıcılığı açısından gerekli görülmektedir. Ayrıca bütünüyle cansızlığa dönüşmüş bir yapıyı da belirten "kadavra" sözcüğü yerine, yine tam doğru olmamakla birlikte "canlı" vericinin karşısı anlamında "ölü"("ölüden aktarım") sözcünün kullanılması daha yerinde olacaktır.

2-Yönetmeliğin önde gelen bir amacı organ alımını ve naklini bütünsel olarak koordine etmek ise, 4. maddede yer alan "organ nakli merkezi" ve "özel organ nakli merkezi" gibi bir çifte adlandırmaya neden gerek duyulduğu -bir organ nakli merkezinin nitelikleri özel olsun veya olmasın değişmeyeceğine göre- merak konusu olabilir.

3-Yönetmeliğin 6. ve 7. maddeleri bir organ nakli merkezinin açılabilmesi için bazı evrakın tamamlanmasının yeterli olduğu izlenimini uyandırmaktadır. Bu belgelerin gerçeğe uygunluklarının denetlenmesi 12. maddede "Organ Nakli Bilim Kurulu"na verilmekte, ancak bu kurulun başvuruları nasıl değerlendireceği belirtilmemektedir. Böyle bir durumda değerlendirme öznel kalabileceği gibi, kötüye kullanıma da yol

açabileceklerdir. Bu nedenle çok etkin bir denetim mekanizmasının kurulmasına ve işletilmesine ihtiyaç bulunduğu kanısındayız.

4-Yönetmeliğin 8. maddesinde, bir organ nakli merkezinin açılabilmesi için değerlendirilecek konuların neler olduğu üstü kapalı ve genel bir biçimde dile getirilmiştir:

a)"Merkezin konu ile ilgili yeterli düzey ve sayıda uzman elemanının olup olmadığı" ifadesindeki yeterliliğin "nicel" karşılığı ne olmak gerekir?

b)Merkezin "gerekli hastane koşullarına sahip olup olmadığı" ifadesindeki gerekli koşullar nelerdir? Bu koşullar acaba bir başka hukuk metninde bulunmakta mıdır?

c)Değerlendirmede bir başka ölçüt, merkezin "organ nakli öncesi ve sonrası dönemlerde gerekli olabilecek tüm araştırma ve inceleme olanaklarına erişip erişmediğinin" saptanmasıdır. Bu ifade ile de neyin kastedildiği açıkça belirtilmelidir.

5-Söz konusu yönetmelikte birisi "açılma izin belgesi" öteki "ruhsatname" olan, birbirleriyle ilgileri tartışmalı iki belgeye yer verilmiştir.

Yönetmeliğin 8. maddesinin gerekçesinde, "açılma izin belgesinin" ruhsatname öncesi verilen bir belge olduğu ve "konunun gerektirdiği altyapı olanaklarını eksiksiz kullanmayla yakından bağlantılı bir belge niteliği taşıdığı" anlaşılmaktadır. Bu durumda açılma izin belgesi almış olan bir merkezin "ruhsatname" alana dek, yani yönetmeliğe göre iki yıl süre ile organ alımı ve nakli yapmaması gerekecektir. Çünkü "ruhsatname" henüz yoktur. Böyle bir çelişki bulunurken, "açılma izin belgesi", "ruhsatname" gibi düşünülerek, bu belgeyi alana organ nakli yapma izni verilmektedir. Asıl ruhsatnameyi alabilmek için de belirli sayıda organ nakli yapılmış olması; bunların canlı ya da ölü vericilerden alınmış olmalarında da -böbrek nakli için- belirli bir süredeki "greft yaşam oranları" ölçüt alınmaktadır. Buna göre;

a)Ruhsatname ile açılma izin belgesi arasındaki fark ya çok açık olarak belirtilmeli ve bunların işlevleri ayrılmalı ya da tek bir belgeye sahip olmak organ nakli için yeterli sayılmalıdır.

b)Ruhsatname alabilmek için öngörülen organ nakli sayısının ve greft yaşam oranlarının nasıl ve neye dayanılarak saptandığı merak konusu olabilir. Örneğin iki yıl süresince 40 adet böbrek nakli yapılmış olması, ruhsatname almak için bir koşuldur. Ama bu sayıyı tutturabilmek için kötüye kullanma söz konusu olmayacak mıdır? Ayrıca, yukarıda dile getirilen tutarsızlıktan dolayı, açılma izin belgesi alındıktan sonra ruhsatname alınana kadar, iki yıl içinde yapılacak olan organ nakillerinin ruhsatsız yapılmış alımlar ya da nakiller sayılması hukukun işleyişi gereğidir.

6-Yönetmeliğin, çeşitli organlara ihtiyacı olan kişiler arasında adil bir dağıtım sistemine göre işlemlerini isteme gibi iyi niyetli bir yaklaşımı olduğu sezilmektedir. Ancak, 15. maddede belirtildiği gibi, "bir insan organının kamu yararına kullanılacak niteliğe sahip" görülmesi anlamsızdır. Çünkü "kamu yararı" kavramı organ söz konusu olduğunda kullanılmaması gereken bir kavramdır. Çünkü kamu kavramında, kamuya mal edilmesi söz konusu olan şeyin "herkesin ve her bir kişinin" malı olması

esprisi bulunmaktadır. İnsan organına böyle bir özellik atfedilmesi anlamsız olsa gerektir.

Ancak, organ varlığının ve durumunun bir merkez tarafından bilinmesi ve organ naklinde adaletli bir paylaşım düzeninin kurulabilmesi için önceliklerin saptanması -ki 15. maddenin gerekçesindeki "nesnel ölçütler" burada geçerli olabilir- önemli görülebilir. Organ alım ekibindeki hekimlerin kimlerden oluşacağına ve bunların niteliklerine, organ naklini gerçekleştirecek hekim grubundan farklı olup olmaması gerektiğine ilişkin açıklamaların bulunmaması önemli bir eksikliklerdir.

7-Bütün bunlara ek olarak Etik Kurulumuz bu yönetmeliğin "Ek-1" adı altında verilen ve "beyin ölüm kriterleri"nin konu edildiği bölümünü ayrıntılı olarak ele almıştır. Bu tartışmaların ışığında "beyin ölüm tanısı almış bir hastanın yakınından, o hastanın organlarının bağışlanması için izin alınmadığı takdirde hastaya uygulanan tıbbi desteklerin kesileceği" biçiminde ifade edilmiş bulunan sonuç cümlesinin yanlış anlamalara kesinlikle çok açık olduğu dikkate alınarak bir "protokol önerisi" hazırlanmıştır. Beyin ölümü tanısı almış bir hastanın ilk 24 saati ile 24. saatten sonraki durumunun ayrıntılarıyla ele alındığı bu protokol önerisinin yararlı olacağını düşünüyoruz. Ayrıca, "beyin ölümü tanısı kesinleşen bir hastanın yakınları için bilgi ve onam formu önerisi" de hazırlanarak ekte sunulmuştur.

3. KIZLIK ZARI ("HİMEN") İNCELEMELERİYLE İLGİLİ GÖRÜŞ

Kamuoyuna yansıyan örnekleriyle zaman zaman toplumumuzda tartışma konusu yapılan "Kızlık Zarı İncelemesi", bir başka anlatımıyla "Bekaret Denetimi", ülkemizde kimbilir ne zamandır "alışlagelmiş toplumsal uygulamalardan" birisi olsa gerektir. Bu uygulamayı yürüten ve benimseyenlerce, en azından onu olağan karşılayanlarca kuşkusuz ortada onunla ilgili bir sorun söz konusu olmayacaktır. Ülkemizde ana-babalar, nişanlı ve eş olarak erkekler, okul ve yurt müdürleri, genç kızlara örneğin bir askeri kurumda iş verecek yöneticilerle onları yatılı okul ve yurtlara alacak olanlara, kadın tutuklu ve mahkumların bulunduğu kurumların sorumluları, adli yetkililer, kolluk güçleri, vb. belki "mahallenin muhtarı" ve giderek neredeyse tüm toplum böyle bir incelemeyi isteme hakkına, daha ilerisi yetkisine, sahip görünmektedir. Kimden? Kuşkusuz hekimlerden; ister doğrudan, isterse başkaları aracılığıyla dolaylı olarak; en başta da kadın hastalıkları uzmanlarından.

Bu "incelemede" belirlenen, daha doğrusu belirlenmek istenen şudur: Kişi, (isteğiyle ya da isteği dışında, zorla) cinsel ilişkide bulunmuş mu, bulunmamış mı? Daha başka bir anlatımla, o bir "kadın" mıdır, yoksa henüz bir "kız" mı?

Üç yıl kadar önce, tıp kaynakları arasında yapılan on yıllık bir tarama uluslararası dergilerde (tek bir vakada üretra cerrahisi için kullanılması dışında) kızlık zarı ("himen") gibi bir başlığın bulunmadığını göstermiştir. Dolayısıyla, tıp yayınlarına katkıda bulunan ülkelerde "kızlık zarı incelemesi" ya da "bekaret denetimi" gibi bir konu yoktur. Ancak, daha aşağıda göreceğimiz gibi konuyu oralarda da sorun yapanlar vardır.

Ülkemiz söz konusu olduğunda, konuyla ilgili olarak dikkate alınması gereken çevreler üç başlık altında toplanabilir:

1-Merkez Konseyi ve Tabip Odaları yoluyla tüm hekimler,

2-Tıp fakülteleri, hukuk fakülteleri, barolar, Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı gibi konuyla ilgili olarak eğitim ve uygulama yapan kurumlar,

3-En başta Basın-Yayın aracılığıyla toplumun tümü ya da tüm kamuoyu.

Bu çevreler de gözönüne alındığında konunun çok ciddi ve çok boyutlu bir etik (ya da ahlak) sorun olduğunu ortaya koyabilmek için aşağıdaki temel noktalar sıralanabilir. Bu sıralamada, sorunla ilgili olarak daha çok, görünüşteki ve daha sınırlı olan noktaları giderek daha temeldeki ve kapsamlı olanların izlemesine dikkat edilmiştir.

AÇIKLAMALAR

1)Hekimlerin hastaları ile olan uğraş ilişkilerinde kuşkusuz bir takım temel Tıbbi Etik ilkelerine uymaları söz konusudur. Buna göre ve bizi bu bağlamda ilgilendirdiği ölçüde, hastanın sağlık sorununun çözümü için gerekli tanı ve tedavi uygulaması sırasında hekim şu ilkeleri dikkate alacaktır:İnsan ve birey olarak ona saygı gösterme, onun ruhsal-bedensel bütünlüğünü tanıma ona bedensel, ruhsal, toplumsal yönlerden zarar vermeme; hastayla olan ilişkisinin belli başlı her aşamasında onun onamını(rızasını) alma; onunla ilgili bilgileri saklı tutma (gizlilik ilkesi). Kişinin kendi isteği dışındaki "olağan" toplumsal gerekçelerle yapılan kızlık zarı incelemesi sırasında bu ilkelerin hepsi çiğnenmektedir.

2)Kızlık zarı ya da himen, bir patoloji durumu ya da "hastalığı" bulunmayan bir anatomik yapıdır. Dolayısıyla, insanın yapısı ile ilgili olan ve en başta anatomi alanındaki ders kitapları ve bilimsel yayınlarının dışında başka tıp yapıtlarında ondan söz edildiğine pek rastlanmamaktadır. Bu saptamanın ancak dolaylı bir iki ayrık(istisna) durumu vardır:zarın doğuştan kapalı olduğu durumlarda ilk adet görme sırasında onun cerrahi yolla açılması zorunluluğu; ilerleyen plastik cerrahi teknikleri aracılığıyla, kız çocuklarında dış idrar yolunun (üretra'nın) eksikliğinde zarın onun yapımı için (ve belki benzeri cerrahi uygulamalar amacıyla) kullanılması. Böylece, klinik tıbbın genelinde bir "himen sorunu" ve konusu yok gibidir.

3)Buna bağlı olarak, konumuzun bağlamında hekime gelen, daha doğrusu getirilen genç kız ya da daha ileri yaştaki kadın, klinik (ve temel tıp) uygulamaları açısından, sözcüğün olağan kullanımlarındaki anlamında bir "hasta" ya da "vaka" değildir. Dolayısıyla, onlarla ilgili olarak tedavi amacına yönelik bir tanı çabası, bir "tıbbi muayene" söz konusu olamaz. Konumuzun başlığında da belirtildiği gibi burada bir "inceleme" vardır. Bu inceleme, ilgili durumların çoğunda ancak sözde bir hukuksallığı, gerçekte ise kişilerle ilgili "toplumsal" bir saptama amacını taşımaktadır. Böylece, bir ya da birkaç sağlık sorunu nedeniyle hekimlik uğraşı ve tıbbi etik açıdan hekim için doğrudan bir amaç konumunda olması gereken birey, bu uygulama sırasında onun yönünden toplumun istekleri doğrultusunda bir araç durumuna gelmektedir.

Bu durumun sonucu olarak hekimin kendisi de uğraşındaki temel işlevinden, oradaki temel amacından uzaklaşmakta, tersine bir araç konumuna gelmektedir. Burada, bir halk sağlığı yaklaşımının ışığında örneğin bir takım salgın hastalık durumlarında olduğu gibi, hastanın dışındaki toplumun korunmasına benzer bir sağlık gerekçesi de kuşkusuz söz konusu olamaz; yeter ki toplum ya da onun sözde temsilcileri, "kadınların bekaret durumunu" denetlemek için "kendilerini" ve kadınların "namusunu" çağdışı ahlaki gerekçelerle korumaya kalkmasın.

4)Hukuk açısından ise gerek genel olarak, gerekse ülkemizdeki yasal düzenlemelerin ışığında konumuzla ilgili olarak şu temel noktaların üzerinde durulabilir. Ülkemizin (ve olasılıkla daha başka ülkelerin) yasal düzenlemelerinde kişinin "beden bütünlüğünden" söz edilmekte, görünüşe göre onun ruhsal yönü, yargıç ve savcı gibi hukuk uygulayıcıları tarafından ancak "yeri geldiğinde dikkate alınmaktadır". Tıp et-

kinliğine gelince, onun genelinde olduğu gibi klinik hekimlik açısından da birey, ruhsal ve bedensel yönleri büyük etkileşim içinde olan "psikosomatik" bir bütündür. Daha geniş bir açıdan ve toplumsal düzeyde görüldüklerinde ise bireyler, tıp etkinliği yönünden "psikobiyososyal" birer varlıktırlar. Yalnız bilimsel-teknik bir yönden bakıldığında hekimlerin hastaları üzerinde uyguladıkları işlemlerin kapsamı böyle geniş bir açıdan görülemeyecektir. Ancak hasta-hekim ilişkisinin genel olarak insanlar arasındaki ilişkilerin oldukça özel bir altkümümesi olduğu düşünülürse, bu son noktanın konumuz bağlamındaki önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler açısından, "kızlık zarı incelemesinin" hukuksal olarak geçerli olduğu ya da gerçekleştirilebileceği durumlar gerçekte yapılanlara göre çok sınırlıdır. Irza tecavüz, alikoyma gibi durumlarla ilgili adli başvuruların dışında hekimlerin bu incelemeyi yapma konusunda yasal hiçbir yükümlülükleri yoktur. Tersine, onu yapmama zorunlulukları bulunmaktadır. Çünkü yasanın gerektirdiği durumlarda savcı ve yargıçlarca istenecek incelemelerin dışındaki (ailenin bir üyesi, okul yöneticisi, polis gibi ve başkaca) kişilerden gelen başvurulara uyararak bu incelemeyi yapmak, yasal açıdan bir suç oluşturmaktadır-yasal gerekçesi ya da dayanağı bulunmayan eylemler, bu arada hekimin bir kızlık zarı incelemesinde bulunması, kişinin beden (ve ruh) bütünlüğüne yönelik bir saldırı olmaktadır. Bu gibi uygulamalarda hekim, yasal yaptırımlarla karşı karşıya kalma durumundadır.

5)Kanımızca yasal durumlarda da etik açısından hekimin, "incelenecek" bireyin kendisi başta olmak üzere ilgili kişilerle, onun aile üyelerinin yanında yargıç ve savcı ile işbirliği yaparak uygulamayı kişinin en az zararına olacak biçimde yapması gerekecektir. Burada, ilk maddede sayılan onam, gizlilik gibi tıbbi etik ilkeler hekimlik uğraşı açısından temel etiksel yol göstericiler olacaktır. Bunların arasında, kendi üzerinde yapılacak girişimlerde bireyin onam vermesinin, öteki ilkelerin de gözetildiği bir ilkeler bütünüünün merkezinde yer alacağı açık olmalıdır.

6)Söz konusu incelemeyi "hangi hekimin yapacağı" sorusu da konumuzun gündemindedir. Bu soruyu daha açarsak, "hangi uzmanlık dalındaki hekim?", "ne gibi bir konumdaki hekim?", "ne tür yetkisi bulunan hekim?" gibi sorular da sorabiliriz. Görebildiğimiz ölçüde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, bu alanda kendilerine en çok başvuru alan hekimler olmaktadır. Onların yanında adli tıp uzmanları, bunların bulunmadığı yerlerde de genelde hükümet tabipleri devlet görevlilerinin (ve başkalarının) konumuzla ilgili başvurularını dikkate almaktadırlar. Yine gözlemlerimize göre, özellikle akademik yaklaşımdaki adli tıp uzmanları, kanımızca çok yerinde olarak kendilerini bu konuda bilgi ve yaklaşım açısından en yetkili kişiler olarak görmektedirler. Kendilerinden bu incelemenin istendiği kadın hastalıkları - doğum uzmanları ise genelde kendilerinin bu konudaki işlevlerini olağan klinik tıp uygulamalarındakinden değişik görmemektedirler. Her durumda, başta adli tıp uzmanları olmak üzere hekimlerin bu konuda etik açıdan ayrı bir duyarlılık kazanmalarını, bunun için de belki ruh hekimleri ile işbirliği yapmalarını beklemek aşırı bir tutum olmasa gerektir. Ruh hekimlerine bu alanda genel olarak da önemli işler düştüğü, onların ilgili herkesi bu konuda ve tüm toplumu ruhsal yönleri açısından aydınlatabilecekleri kanısındayız.

7)Açıklamaya çalıştığımız gibi, kızlık zarı incelemeleri hekimleri hekim oldukları için ilgilendirmemekte, onlar bu işlem için bilgilerine başvurulmuş ya da danışılan uzman kişi ya da "bilirkişi" konumunda olmaktadır. Ancak yine vurgulanması gerekir ki onların bu konudaki bilirkişilik işlevlerinin yasal geçerliliği sınırlıdır:Onlar, kendilerinden böyle bir işlev beklendiğinde bunun yasal gerekçeleri konusunda kendilerine doyurucu bir açıklama yapılmasını istemek durumundadırlar. Etik açıdan ise hekim işlemin ahlaki gerekçelerini verebilme konusunda bireyin yanında kuşkusuz kendisine; deontoloji yönünden de uğraş çevresine karşı sorumludur düşüncesindeyiz.

Bunların ötesinde, kızlık zarı incelemesi konusunda kendilerinin uzmanlık bilgilerine başvurulmuş hekimlerin karşısına bilimsel açıdan da çok önemli bir sorun çıkmaktadır. Kızlık zarının anatomik biçimi kadından kadına önemli değişiklikler gösterebilmektedir. Bizim konumuz yönünden en önemlisi, onun ilk cinsel birleşimde herhangi bir yırtık olmayacak biçimde erkeklik organının rahatça ya da bir zorlanma olmadan girmesine uygun olabilmesidir. Bu durum, ilk birleşimde, özellikle evlilik durumunda genellikle beklenen kanamanın olmaması sonucunu doğurmaktadır. Kuşkusuz bu özelliğin toplumdan topluma dağılımı da istatistiksel açıdan değişiklikler göstermektedir: Ülkemizde yapılan kimi çalışmalara ve gözlemlere göre ise, üçte bir oranına varabilmektedir. Yukarıda dile getirilen öteki kaygılar bir yana, bu konuda yeterince bilgi ve deneyimi olmayan bir hekimin bilirkişi olarak yapacağı saptama ya da varacağı sonuçta ortaya çıkabilecek yanlışların oranı, bilinen anlatımı ile "hata payı" çok önemli "haksız yargılara" yol açabilecektir. İki yönlü olabilecek bu yanlışlıklardan bizi burada en çok ilgilendireni, cinsel ilişkinin olmamasına karşın himenin buna uygun bulunması özelliğine bağlı olarak varılacak yargıların söz konusu olduğu durumlardır.

Bu tür eksik ve yanlışlıklar "bilimsel saptamalara" dayandırılacak hukuksal kararların, birey (ve çevresi) açısından çok önemli etik, ruhsal, toplumsal sonuçlar doğurabileceğini düşünmemiz gerektiği açıktır.

8)Savcı ve yargıçların gerekli ve yeter yasal gerekçelerle istemde buldukları kızlık zarı incelemeleri de içinde olmak üzere; ister hukuk adamları, ister kolluk güçleri, isterse bu konudaki kendini "yetkili" gören başkaları olsun, bütün bu ilgililer işlemi başlatan kişi konumundadırlar. Böylece, onların tutumları zaman açısından hekimlerine göre öncelik göstermektedir. Konunun hukuk, uğraş etiği ve deontolojisi, genel olarak da toplumsal düzeyde etik açısından tartışılmasında, duyarlılığın geliştirilmesinde, ilgili eğitimin verilmesinde bu durumun göz ardı edilemeyeceği çok açık olmalı. Bütün bu kişilerin insan onuru konusundaki yaklaşımları burada kuşkusuz en başta dikkate alınacak noktadır.

9)Konumuzla ilgili olarak bir yandan ruhsal bilimsel ve toplumsal açılardan, öte yandan etik, deontoloji ve hukuk açısından düşünülebilecek bütün bu ve benzeri önemli noktaların ışığında, onun şu yönünün de vurgulanması gerekmektedir. Yasal zorunluluklara da dayansa, kendi bedeni üzerinde kızlık zarı incelemesinin yapılacağı bireye, konuyla ilgili herkesin gerekli duyarlılıkla yaklaşması son derece önemlidir. İşleme bağlı olarak ortaya çıkabilecek ruhsal ve toplumsal olumsuz sonuçlar, en başta ancak

bu yolla nitelik ve nicelik yönünden en aza indirilebilir. Fiziksel açıdan yumuşak yaklaşım vb. öteki davranışlar bir yana, kişiyi işlemin yasal açıdan "haklılığına" ve gerekliliğine inandırma, onun bireyselliği ve toplumsallığı düşünüldüğünde son derece önemli olmalıdır.

Kanıt saptamada çeşitli adli tıp yöntemlerinin geliştiği, bunun yanında kuşkusuz çağdaş bir etik ve tıbbi etik anlayışının az ya da çok yerleştiği ülkelerde; bu inceleme, her durumda kişinin onamı alınmadan yapılamamaktadır. Bu demektir ki, ilke olarak hekim, adli tıp konusu da olsa kızlık zarı incelemesini kişinin onamı olmazsa yapmayabilir. Bu durumda ise o, ülkesindeki yasal düzenlemelere ters düşebilmekte; ancak kişinin, onun bedeninin dokunulmazlığı, onunla ilgili bilgilerin üçüncü kişilere verilmemesinin gerekliliği gibi yönlerden çağın temel etik ve genel bir anlamda hukuk ilkelerini uymuş olmaktadır.

10)Özellikle bir önceki bölümde yapılan açıklamaların gösterdiği gibi, kızlık zarı incelemesi konusu çağımızda çok ciddi bir insan hakları ve demokrasi sorunudur da. Bireyin onamı olmadan devlet kurumlarında çalışan görevlilerin, konuları ne olursa olsun hekimlerin, toplumun başka üyelerinin, onun kişiliği ve ruh-beden bütünlüğü üzerinde, görünüşteki ahlaki gerekçelerle "tasarruf" hakkında bulunmaları çağımızın toplumsal etik ve temel hukuk anlayışı ile hiç de bağdaşmamaktadır. Tıbbi etikle ilgili olanların yanında genel olarak insan hakları ile ilgili bildirgelere ve benzeri metinlere bir göz atmak, böyle bir saptamanın çok yerinde olduğunu gösterecektir.

11)Konu ya da sorunun genel olarak toplumsal ve insan hakları boyutuna değinmek, bunun yanında onunla ilgili olarak devletin rolünden söz etmek, onun gerçekte uluslararası bir siyasal boyutunun bulunduğunu, en azından bulunabileceğini de belirtmek demektir. Gerçekten de, merkezi Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan İnsan Hakları Gözlemcisi Örgütü (Human Rights Watch), sorunun uluslararası boyutundan yararlanarak Türkiye'deki durumla ilgili otuz sayfayı aşan ayrıntılı bir rapor hazırlamıştır. Örgütün Kadın Hakları Tasarımı çerçevesinde yer alan bu rapor, Haziran 1994 tarihini ve "Bir Güç Sorunu- Türkiye'de Kadın Bekaretinin Devletçe Denetimi" başlığını taşımaktadır. Sorunun değişik kaynaklara dayanılarak işlendiği bu metin, düşünülebileceği gibi ayrı bir çalışmanın konusunu oluşturabilir.

12)Hekimlik uğraşının temel işlevi, insan sağlığının korunması ve hastalanan bireylerin tanı ve iyileştirmelerinin gerçekleştirilmesidir. Hekimlerin yaptıkları, yapmak zorunda olduklarını düşündükleri kızlık zarı incelemeleri, bu işlevin çok dışına düşmektedir. Özellikle genç yaştaki kadınların kendilerini toplumda aşağı görmelerinden, yaşamlarına kıymalarına dek uzanan sonuçlar doğuran bu incelemedeki "birikmiş görevlerini"de hekimler dikkatle gözden geçirmek durumundadırlar. Çok önemli bir tıbbi etik sorunu oluşturmasının yanında etik, hukuk, toplumsal, siyasal boyutlarıyla söz konusu inceleme, benzeri tüm boyutlu konularda olduğu gibi toplumun değişik kesimlerince tanınmalıdır. Yine böyle, uygulamada yaşananların anlaşılabilmesi için konuyla ilgili çok yönlü bir eğitime ağırlık verilmesi kaçınılmazdır. Son olarak da belki

en önemlisi, konu kuşkusuz toplumun genelinde tüm niteliği ve boyutlarıyla bir sorun olarak görülebilmelidir.

4. DOĞACAK BEBEĞİN CİNSİYETİNİN SEÇİLMESİ KONUSUNDAKİ TUTUM HAKKINDA GÖRÜŞ

Doğada, canlıların bedensel ve duygusal yönden zenginliklerinin ve kuşkusuz soylarının sürdürülmesinde temel öge olarak cinsiyeti görüyoruz. Cinsiyet ayrımını ancak, fiziksel ve işlevsel özellikler ve hormonal süreçlerle ilgili olarak söz konusu ediyoruz. Hepimizin bildiği gibi çağdaş toplumlarda, her iki cinsiyetteki insanların, sivil, kültürel, ekonomik ve toplumsal yaşama tam ve eşit katılımı öngören bir yaklaşım söz konusudur. Bu yönde, cinsiyete dayalı ayrımcılığın güçsüzleştirilmesi, giderek ortadan kaldırılmasına yönelik, ulusal ve uluslararası nitelikte önemli çabalar harcanmaktadır.

Çağımız bir yeniden aydınlanma, bilgi çağıdır. Gün geçmiyor ki kapımızı yeni bilgiler ve kaynağını bunlardan alan yeni teknolojiler çalmasın. Genetik mühendisliği, yaşam destek sistemleri, üremeye ilişkin yeni teknolojiler, doğum öncesi tanı olanakları gibi gelişmeler, dün ancak sinema salonlarında, soluklarımızı tutarak izlediğimiz düşleri, korkuları yaşama geçiriyor.

Umut ve kuşku....

Umut! Çünkü, bu yeni teknolojiler insanoğlunun ortak gönenç ve sağlığına giden yola döşenen taşlar gibidirler. Erken tanı, kesin tedavi, hatta kimi hastalıkların tümüyle ortadan kaldırılması artık olanaklar içindedir.

Kuşku! Çünkü daha iyiyi, daha doğruyu, daha gelişkin olanı hedeflerken, daha sonraki aşamalarda ortaya çıkabilecek sorunları kimi zaman göremiyoruz. Kimi zaman insanlık bu gelişmelerin amacı olmaktan çıkıp, bu yeni teknolojilerin alıcısı, tüketicisi durumuna dönüşüyor.

Ne yazık ki insanoğlu bir eliyle yarattığının canavara dönüşmemesi için, diğer eliyle savaşım vermektedir. Örneğin insan genetik yapısının haritasını çıkarmayı amaçlayan geniş katılımlı uluslararası bir projenin denetlenebilmesi ve kötüye kullanımının önlenmesi için başka uluslararası projeler yaşama geçirilmektedir; çünkü insanlık tarihi pek çok kez bilimin ve özellikle tıbbın kötüye kullanılmasına tanıklık etmiştir ve yeni teknolojiler aracılığıyla bu tür uygulamalar daha kolay ve daha kitlesel bir nitelik kazanabilmektedir.

Cinsiyet seçimi konusu, özellikle kız çocuğun toplumsal konumu güçsüz ülkelerde bu tür ağır sorunlara yol açmaktadır. Özellikle kimi Asya toplumlarında yaşananlar ibret vericidir.

Kabul etmek gerekir ki, kadının toplumsal konumunun düşük olduğu tüm ülkeler gibi ülkemizde de, cinsiyet seçimine olanak tanıyan bir teknoloji için iyi bir "Pazar" olanağı bulunmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, bilimsel bir gerekçeyle haklı kılınamayan ve salt ayrımcılığa dayanan, bu tür tıbbi bir uygulamanın destekleyicisi olmayı uygun görmemektedir. Bu tutumun nedenleri şöyle özetlenebilir:

*Bu uygulama önemli ölçüde cinsiyet ayrımcılığına dayanmakta ya da oradan köken almaktadır.

*Cinsiyet seçimi talebi gerçekte, kadının toplumdaki konumunun düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Cinsiyet seçimi uygulamaları, bu talebi körükleyici, bu olumsuz durumu pekiştirici bir nitelik taşımaktadır.

*Cinsiyet, önceden saptanması gereken bir hastalık değildir.

*Sosyoekonomik ve sosyokültürel gerekçelere dayandırılan cinsiyet seçimi ile açılan yolun, daha sonra olanaklı olduğunda hangi fiziksel ve davranışsal özelliklerin seçimine dek uzanacağını öngörmek olanaksızdır.

*Cinsiyet seçiminin yaygınlık kazanması uzun erimde, cinsiyetler arasında gözlenen, bildiğimiz ya da henüz ayırımında olmadığımız kimi doğal dengelerin bozulmasına yol açabilecektir.

(Bu konuyla ilişkili olarak ayrıca incelenmesi gereken bir nokta da şudur: Annenin taşıyıcı olduğu bazı önemli kalıtsal hastalıkların, erkek bebekte ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu tür tıbbi gerekçelere dayandırılan cinsiyet seçimi uygulamaları, farklı bir çerçevede ele alınmalıdır.)

5. KORNEA AKTARIMIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ

Son zamanlarda basında yer alan tartışmalar nedeniyle, "kornea naklinin etik yönü" ile ilgili aşağıdaki noktaları belirtmeyi gerekli görüyoruz.

1-2238 sayılı yasada "Kornea Nakli" organ naklinden farklı olarak "ölü bütünlüğü-nü bozmayan" doku nakli olarak ele alınmıştır.

2-Yasanın 14. Maddesinde "aksine bir vasiyet veya beyan yoksa, kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir. Ölü sağlığında kendisinden, ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse, organ veya doku alınmaz" denilmektedir.

3-20 Ağustos 1993 tarih ve 21674 sayılı resmi gazetede yayınlanan "Kornea merkezinde, kornea sağlanması ve paylaşımı yönetmeliği" ile bu yönetmelik gereği hazırlanan kornea yönetmeliğinin 4. Maddesi c fıkrasında "serviste ölüm vukuunda, kadavra morga indirilmeden önce, kornea alımından sorunlu hekimlere bildirilir. Aksi-ne bir vasiyet ya da bir beyan yoksa uygunluğu saptanan donörden, servisteki özel bir odada ya da morg dışında oluşturulacak patoloji odasında kornea alınır" denilmektedir.

4-Belirtilen hükümler bugüne kadar "kornea alımında izin gerekli değildir şeklinde yorumlanmıştır". Yasa da bunu ifade etmektedir. Ancak; "aksine bir vasiyet veya beyan yoksa" ifadesi gözardı edilmektedir.

Kornea alımının yapılabilmesi için, kişinin aksi beyanı sorulmalıdır. Bu amaçla, hasta organlarını yaşarken resmi şekilde bağışlamamış ise, aileye ya da yakınlarına "kişi yaşarken organ ya da dokularının alınmasına karşı mıydı?" diye sorulur. Yani aileden izin alınması değil, kişinin karşı vasiyetinin, görüşünün olup olmadığı sorulmalıdır.

Ailenin bilgilendirilmesi ve ölen kişinin aksi beyanının olup olmadığının araştırılması, hekim olarak görevimizdir.

5-Bugüne kadar konunun etik yönünün tartışmaya alınmaması nedeniyle oluşan olayların sorumluluğunu, TTB olarak paylaşıyoruz. Bundan sonraki dönemde, yukarıda belirtilen konulara gerekli ilginin gösterilmesini öneririz.

6. AVRUPA KONSEYİ'NİN BİYOETİK SÖZLEŞME TASLAĞI HAKKINDA GÖRÜŞ

CDBI tarafından hazırlanmış olan ve Temmuz 1994 tarihini taşıyan sözleşme taslağı Türk Tabipleri Birliğı Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve aşğıdaki sonuçlara varılmıştır:

1-Söz konusu taslak altı ayrı bölümden ve ek olarak sunulmuş açıklayıcı bir rapordan oluşmaktadır.

2-İlk bölümde "insana verilen değer", "profesyonel standartlar", "sağlık hizmetlerinin eşit paylaşımı", "onam(rıza)", "özürlülerin korunması", "insan bedenine ticari nitelik verilmesinin önlenmesi", "mahremiyet ve bilgiye ulaşma", "bilimsel araştırma", "embriyolarla in vitro araştırmalar", "insan genomu", "genetik hastalıklar için tanı koydurucu testler", "genetik test sonuçlarının iletilmesi", "ilkelerin ihlali" ... gibi durumlar ele alınmıştır.

3-Sözleşmenin genel olarak "insan haklarına saygılı", "bireyi koruyucu" ve onun yararını ön planda tutucu bir söylemi olduğu görülmektedir. Düşünce ve yaklaşım açısından olumlu bulduğumuz bu sözleşme, mevzuatımıza henüz girmemiş olan başta "genetik" olmak üzere, pek çok konuya ışık tutacak ve kendi yasal düzenlemelerimiz için çıkış noktası olabilecek niteliktedir.

4-Maddeler ve açıklamalar oldukça ayrıntılı ele alınmıştır. "Organ aktarımları" ve "insan deneyleri" ile ilgili olarak Konsey'in ayrıntılı başka protokoller hazırladığı ve bu nedenle bu iki konunun açıkta kalmış gibi görüldüğü söylenebilir.

5-Söz konusu sözleşme taslağında toplumsal ve kültürel farklılıklar vurgulanarak, taraf ülkelerin kendi yasal düzenlemelerini yapmaları gerektiği dile getirilmiştir.

6-Sözleşmenin ikinci bölümünde CDBI biyoloji ve tıbbın gelişimi ile ortaya çıkan ana sorunlarla ilgili olarak üye ülkelerde sosyal, ekonomik, etik ve yasal açılardan toplumsal düzeyde tartışmalar başlatılması dileğindedir.

7-Üçüncü bölüm ilkeleri bu taslakta yer almak üzere spesifik alanlarda protokoller hazırlanabileceğine yer vermektedir; dördüncü ve beşinci bölümler taslağın kabulü hakkındaki teknik ayrıntılara ayrılmıştır. Altıncı ve son bölümde imzalanma, çekince koyma, yürürlüğe giriş durumları dile getirilmiştir.

8-Anlatımla ilgili olarak Etik Kurulumuzun üzerinde durduğu noktalar şöyle sıralanabilir:

"Bioethics Convention" sözcüklerinin başlangıçta yer alması gerektiğini, açıklayıcı raporda tersi geçmekle birlikte, genelde "biyoloji ve tıp" olarak geçen sıralamanın önceliği tıbbı verecek biçimde düzeltilmesi gerektiğini, ayrıca deneysel çalışmaların yapıldığı "psikoloji" alanının da eklenmesinin düşünülebileceğini, 5. Maddede onam tanımlarken " ... express (if necessary written)" sözcüklerinin ve onamın geri çekilme durumunun açıklandığı cümlelerin sonuna da "... unless an inevitable situation arises..." benzeri bir açıklamanın gerektiği kanısındayız.

6. maddede köşeli parantezin içindeki açıklama kurulumuza daha doyurucu gelmiştir. Aynı maddenin ikinci paragrafında da yine ikinci sıradaki açıklamanın yeğlenmesi gerektiği kanısındayız.

9. maddede yer alan "... his wishes ..." in "her wishes" ile tamamlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Sözleşmenin imzalanması ile ilgili olarak yer alan "ratification, acceptance or approval" gibi farklı kavramların ülkelerin mevzuat farklılıklarının gözetilerek yazıldığını, 29. Maddede yer alan "territories" konusunun Türkiye açısından (KKTC için) nasıl ele alınacağına Dışişleri Bakanlığımızla görüşüldüğünü ve kurulumuzun bilgi ve uzmanlığı dışında kaldığını belirtmeliyiz.

7. ZİHİNSEL ENGELLİ KADINLARIN GEBELİKLERİNE İLİŞKİN ETİK SORUNLAR KONUSUNDA GÖRÜŞ

Zihinsel engellilik, gelişme sırasında ortaya çıkan; biliş, dil, motor ve toplumsal yetiler gibi zekânın çeşitli boyutlarında "bozulma" ile belirlenebilen, "zekânın yetersiz gelişmesi" olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel engellilik kavramı, zekâ geriliği, zeka azlığı, zekâ yetersizliği, mental retardasyon, oligofreni kavramlarıyla eşanlamlı kabul edilmekte, süregelen psikotik bozukluklar ve bunama gibi durumlar bu kavramın kapsamı dışında tutulmaktadır. Zekâ gerilikleri, tek bir nedeni mekanizması, seyri ve prognozu olmayan ve çeşitli düzeylerde ortaya çıkabilen bir davranış bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Hafif, orta, ağır ve çok ağır düzeylerde olmak üzere dört düzeyde zeka geriliği tanımlanmıştır.

Ülkemizde gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yasal düzenlemelerde de bu konuya yer verilmiştir. 2827 sayılı ve 24.5.1983 kabul tarihli "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" bilindiği gibi, onuncu gebelik haftasından önce, anne sağlığı açısından tıbbi sakıncanın bulunmaması durumunda, istek üzerine rahim tahliyesine izin vermektedir. Aynı kanun onuncu haftayı geçen vakalarda ancak "gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu izleyecek kuşaklar için ağır sakatlığa neden olacak durumlar" söz konusu ise gebeliğin sonlandırılmasını onaylamaktadır. Bu durumları yaratan hastalıklar arasında (2 sayılı liste, L alt bölümü) "ruh hastalıklarına bağlı nedenler"e de yer verilmiştir. Bu başlık altında "oligofreni, kronik şizofreni, psikoz manyak depresif, paronaya ve uyuşturucu bağımlılıkları ile kronik alkolizm" onuncu hafta aşılırsa bile, gebeliğin sonlandırılmasını gerektiren hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır. Aynı düzenlemede gebeliğin sona erdirilmesine ilişkin izin konusunda "akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz" ifadesi bulunmaktadır.

Yasal açıdan konunun bu şekilde değerlendirilmiş bulunması, onun etik açıdan ele alınmasına, açılmasına ve tartışılmasına elbette engel değildir.

Toplum içinde kuşaklar boyunca, zihinsel engelli bireylerin cinsel ilişkide bulunmaları sonucunda zekâ geriliği sıklığında hızlı bir artış olacağı sanılmıştır. Bunu önlemenin yolu olarak da; istenc dışı sterilizasyon, evliliğin yasaklanması, zihinsel engellilerin kaldıkları kurumların cinsiyete göre düzenlenmesi gibi çözümler düşünülmüştür. Bunların sonucu olarak, zihinsel engelli bireyler toplumsallaşma ve karşı cinsle yakınlaşma haklarından genellikle yoksun bırakılmışlardır.

Ağır zekâ geriliği gösteren bireyler, otoerotizm dışında nadiren cinselliğe karşı bir ilgi gösterirler. Ama hafif derecede zekâ geriliği olanların çoğu, normal ya da normale yakın cinsel ilgi ve cinsel rol özdeşimi gösterebilirler. Hafif düzeyde zekâ geriliği olan adolesan ve genç erişkinlerde ise cinsel işlev, akran gruplarında kendini kabul ettirmenin önemli bir aracıdır. İlişkinin toplumsal yönü, çoğu kez eylemin kendisinden daha önemlidir. Cinsel eğitimi olmayan bireylerde davranışlar yanlış değerlendirilebilir. Ayrıca yoğun bir sevgi gereksinmelerinin olması, yaşadıkları cinsel eylemin ayırdına varamama, anlattıklarına genellikle inanılmayacağına düşünülmesi nedeniyle, zekâ engelli bireyler, özellikle kadınlar cinsel tacize uğrama bakımından risk altında olan bir gruptur.

Zihinsel engelli bir kadının gebe kalması ve bu gebeliğin doğumla sonuçlanıp sonuçlanmayacağı tartışmalıdır. Gebeliğin doğumla sonuçlanabilir olması ve bunun zamanında anlaşılması durumunda, doğacak olan çocuğun sağlıklı bakımı ve yetişmesi ile ilgili sorunlar ön plana çıkmaktadır.

Zihinsel engelli kadınların çocuk doğurmalarının önlenmesi amacıyla kısırlaştırılmaları düşüncesi uygarlık tarihinin en eski sorunlarından birisidir. Günümüzde zihinsel engelli kadınların kısırlaştırılması ETİK AÇISINDAN her zaman uygun bir seçenek olmayabilir. Zihinsel engelin kalıtsal bir bozukluktan kaynaklandığının ve kalıtılabileceğinin bilinmesi veya zihinsel engelin doğacak çocuğa gerekli destek, eğitim ve bakım sağlayamayacak düzeyde bulunması durumlarında kalıcı çözümler düşünülmelidir. Ne yapılabileceği ve verilecek karar (tüp ligasyonu, ilaç gözetim vb.), olayı çeşitli yönleriyle değerlendirilebilecek geniş katılımlı bir Etik Kurulca belirlenmelidir.

Genel ilkeler çerçevesinde, etik bakımdan karşı karşıya kalınan her durum tek ve kendine özgüdür. Her tek durumun bütünlüğü ve kendine özgü gerçekliği olduğu unutulmamalıdır. Bu, yapılması gerekenler konusunda sürekli biçimde gözönünde bulundurulması gereken bir ilkedir.

Ayrıca, zihinsel engelli bireyin kendi eylemlerinin sonuçlarını kavrama derecesi kadar, varsa ana-babasının içinde bulunduğu psikolojik koşullar ve toplumsal konum da önemli olmaktadır.

Toplumun ve özellikle konu ile ilgili olan herkesin, aydınlatılarak eğitilebilir düzeyde olan zihinsel engelli bireylerin cinsel eğitiminin sağlanması, bu alandaki sorunların çözümlenebilmesinde etkili bir yol olabilir. Böyle bir eğitimde psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek elemanlarının danışmanlığı gereklidir.

8. KLİNİK ARAŞTIRMALARDA HASTA HAKLARI ÜZERİNE GÖRÜŞ

Klinik tıp araştırmaları, bilimsel ölçütlere göre yapılan, tasarımı uzman kişilerce gerçekleştirilmiş sistematik çalışmalardır. Bu araştırmalar bilimsel olarak geçerli ve güvenilir veriler üretmek üzere tasarlanmak zorundadırlar.

Tıp araştırmalarının, öncelikle hayvanlar ya da öteki seçenek modeller üzerinde denense de, insanlar üzerinde yapılması bir zorunluluk olarak görölmektedir. Uluslararası düzeydeki çeşitli bildirgeler ve sözleşme metinleri araştırma sürecinde, denek haklarının gözetilmesine yönelik olarak hazırlanmışlardır.

Bunlardan Helsinki Bildirgesi, insanlar üzerindeki biyomedikal araştırmalar için, ölkemizde de kendisine en çok başvurulan metin olma özelliğini taşımaktadır. Burada "tanı koyucu, iyileştirici ve koruyucu işlemleri geliştirmek ya da bir hastalığın etyolojisini (kökenini) ve patogenezi (oluşum sürecini) anlamak "biçimindeki bir amaca yönelik olarak temellendirilmiş süreçler "araştırma" olarak tanımlanmıştır.

Biyomedikal araştırmalar iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, esas olarak o hastanın kendi hastalığının tanısına ve tedavisine yönelik olanlardır. İkincisi ise, sadece bilimsel olanlar ya da araştırma deneğinin kendi tanı ve tedavisine doğrudan ilgili olmayan araştırmalardır. Deneklerin ruh ve beden bütönlüklerine saygı duyulması, onlardan bilgilendirilmeye dayalı, gönüllölük belirten yazılı bir onam(rıza) almak, bu onamını istediği zaman geri çekebileceğini söylemek, denek mahremiyetini gözetmek... genel kabul gören denek haklarının başında gelmektedir. Ölkemizde bir süredir etkin olarak çalışmaya başlayan tıbbi etik kurullar da araştırmacılara Helsinki Bildirgesi'nin göz önünde bulundurulmasını sürekli olarak hatırlatmaktadır.

1964 yılında yayınlanan Helsinki Bildirgesi'nde değinilmemiş olan noktalardan birisi "araştırma maliyeti" konusundadır. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, kendisine yapılan bir başvuru nedeniyle bu konuda bir görüş oluşturma gereğini duymuştur.

Sosyal bir tıp anlayışı içerisinde hekim için hastanın sağlığının ve bakımının öncelik taşıması zorunluluktur. Başka hiçbir şeyin bunun önüne geçmesine izin verilmemelidir. Bu durum, genel tıp uygulamasında olduğu gibi, araştırmalarda da belirgin olmalıdır. Bir başka nokta araştırmadan bağımsız hastalara da, deneklerle aynı özenin ve dikkatin gösterilmesidir. Araştırma ekibinin araştırma maliyetlerini tedavi hizmetlerinininkinden ayrı tutması ve gereksiz/fazladan tetkiklere başvurmamaları öneril-

mektedir. Örneklem için "optimum" sayının belirlenmiş olması da ayrıca araştırma maliyetini sınırlayıcı bir etkidir.

Araştırmanın ekonomik tutarını kim karşılayacaktır? Kurum mu, özel sigorta şirketleri mi, hasta ya da yakınları mı? Yoksa ilaç şirketleri mi? Son zamanlardaki genel eğilim, yeni preparatların denenmesine dayalı çalışmalarda o preparatları üreten şirketlerin karşılamasıdır. Ancak bu durumda da ilaca ilişkin verilerin nesnelliliği (objektifliği) zedelemeyecek biçimde değerlendirilmesine özen gösterilmelidir.

Arzu edilen, sağlık sistemi içinde araştırmaya ayrılmış ayrı kaynakların bulunması ve tüm tasarım giderlerinin buralardan karşılanmasıdır. Ancak bu koşullarda en kabul edilemeyecek olan, kuşkusuz, üzerinde yapılacak bir araştırmanın maliyetinin de hastanın kendisine, yakınlarına ya da tedavi masraflarını karşılayan kuruma yüklenmiş olmasıdır.

Bu aşamada, bir yandan "öncelikle zarar vermemek" etik ilkesinin gözönünde tutulması, öte yandan etik kurulların yapılacak araştırmaların sürekli denetiminde daha etkili olmalarını sağlamaya yönelik mekanizmaların çalıştırılması gereklidir. Araştırmaları yayınlayacak olan dergilerin etik kurul onayının yanısıra, araştırma maliyetinin hastaya, yakınlarına ya da tedavi masraflarını karşılayan kuruma yükletilmemiş olmasına dikkat etmeleri de gerekli görünmektedir.

9. PSİKİYATRİDE ELEKTROKONVÜLSİF (ELEKTROŞOK) TEDAVİ UYGULAMALARI HAKKINDA GÖRÜŞ

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), başta depresyon olmak üzere belirli ruhsal bozuklukların tedavisinde 50 yılı aşkın bir süredir kullanılan bir tedavi yöntemidir. EKT, sade bir tanımlamayla, tedavi ekibinin, hastada yapay bir şekilde (elektrik aracılığıyla) bir konvülsiyon (yaygın kasılmalar) nöbeti oluşturmasıdır. Uygulama amacı, konvülsiyonun beyinde nöronal düzeydeki etkisinden yararlanarak özellikle duygulanım (affektif) bozukluklarını tedavi etmektir. EKT ile depresyon tedavisindeki başarı oranı %80'in üzerindedir. Bir başka duygulanım bozukluğu olan manik durumlarda da etkisinin hızla başlaması özelliği nedeni ile, EKT değerli bir seçenektir. Yaşamı tehdit edici sorunlara neden olabilen şizofrenik bozukluğun katatonik tipinde de EKT ile hızla düzelmeye sağlanır.

EKT'nin etki düzeneği günümüz psikiyatrisinde yaygın olarak kullanılan lityum, antidepresan ve antipsikotikler gibi ilaçların etkilerine benzer şekilde açıklanabilir. Yani tam ve açık olarak ne olduğu bilinmemekle birlikte, beyin kimyasal iletim sisteminde bir dizi değişiklik olduğu ve bunların tedavi edici etki ile bağlandırılabilirdiği bilinmektedir. Tedaviye temel oluşturan nörobiyolojik düzeneklerin aydınlatılması için araştırmalar yoğun bir biçimde sürdürülmektedir. EKT'nin doğuşu tıptaki bir çok tedavi için geçerli olduğu gibi, tedavisinde kullanıldığı hastalığın nedeninin anlaşılması ile değil, uygulamadaki klinik gözlemlerle olmuştur. Klinik gözlem sonuçları, ampirik olarak EKT ile ağır ve ciddi depresyon durumlarında iyileşme sağlandığını kesin bir biçimde ortaya koymaktadır.

Tüm bu olumlu özelliklerine karşın, hem doğru biçimde tanıtılmadığı hem de her zaman uygun biçimde kullanılmadığı için, toplumda EKT'ye karşı olumsuz ve yargılayıcı bir tutum mevcuttur. Bir süre yaygın olarak kullanılan "elektroşok" terimi, elektrik ve şok gibi iki "ağır" bileşeni ile, insanlarda elektrikle ölüm cezası, elektrikle işkence, şok verme gibi yanlış çağrışımlara neden olmaktadır. EKT'de kullanılan çok düşük elektrik akımının tercih sebebi, günümüzde mevcut kimyasal nöbet oluşturuçularından çok daha kolay ve güvenle uygulanabilmesidir.

EKT'ye yönelik olumsuz düşüncelerden birisi de, EKT'nin aşağılayıcı ve baskı kurucu bir davranış kontrol aracı olduğudur. Oysa EKT bir davranış kontrol aracı değil, bir tedavi yöntemidir. Bu noktada, tıptaki tüm branşlar için geçerli olduğu gibi, herhangi bir tedavi aracının ancak doğru kullanımının(endikasyonunun) anlamlı olduğunu vurgulamak gereklidir. EKT'nin kişilik bozukluklarında örneğin; antisosyal kişilik

bozukluğunda kullanılması ancak gereksiz yere yapılan bir ameliyata benzetilebilir. Geçmişte bu tür uygulamalar olmuş olsa bile, **çağdaş psikiyatride EKT ancak endikasyon alanında kullanılır.**

EKT ile ilgili olarak en çok sorulan sorulardan birisi kalıcı beyin hasarı yapıp yapmadığıdır. Bu sorunun yanıtı, güncel teknik ve araçların duyarlılık limitleriyle kısıtlı olduğumuz payını bırakarak, EKT'nin beyin hasarına kesinlikle yol açmadığı yönündedir. Bir başka soru EKT'nin kalıcı bellek kaybına neden olup olmadığıdır. Elli yılın klinik birikimlerine dayanarak, bu soru da şöyle yanıtlanabilir. EKT, nöbet sonrası kısa süreli geçici bir şaşkınlık dönemi ve çok az hastada ortaya çıkan en çok 6 ay-1 yıl süren yine geçici bellek sorunlarına neden olabilir. Ancak bu, EKT'nin kalıcı bellek kaybına neden olduğu anlamına gelmemektedir.

EKT, diğer etkin tıbbi/cerrahi tedavilerle pek çok benzerlik gösterir. EKT uygulamasının yaratabileceği "ruhsal incinmenin" giderilmesi bu benzerliklerin desteklenmesi ile olanaklıdır. EKT'nin anestezi altında ve kas gevşemesi sağlanarak uygulanma yöntemi, bu anlamda bir "medikalizasyonun parçası" olarak düşünülmelidir. Tipik bir konvulsiyon nöbetinde izlenen çevresel kaslardaki kasılmanın hiçbir tedavi edici değeri yoktur. Oysa bir çok insan için ürkütücü olan "sara nöbeti geçirmekte olan" hastanın trajik görüntüsüdür. Anestezi altında ve kas gevşemesi sağlanarak yapılan bir EKT uygulamasında böyle bir görüntü olmaz. Bu yöntem aynı zamanda hastanın hem uyurken tedavi altına alınmış olmasını sağlar, hem de kasılmaların -sık olmasa da- neden olabileceği kas kopmaları ve kırılmaları önler, uzamış apne ve kardiyovasküler komplikasyonlar gibi sorunları ortadan kaldırır. Batılı ülkelerde EKT, anestezi ve kas gevşetimi sağlanarak uygulanmaktadır. Ülkemizde ise EKT, pratiğine yalın uygulamalar egemendir. Modifiye uygulama, fizik komplikasyonları ve etik kaygıları hafifleten ve yeni yöntem arayışlarına potansiyel oluşturan yönleri ile, EKT'nin seçkin bir tedavi olması yolunda bir gereklilik gibi görünmektedir. Ancak anestezinin ve kas gevşemesi sağlayan ilaçların da kendi başına birer risk faktörü oldukları hatırdan tutulmalıdır.

EKT uygulanacak hastaya ve/veya yakınlarına uygulamanın neden gerekli olduğu, yararları ve riskleri anlatılarak onamları/rızaları alınmalıdır ve EKT sadece donanımlı hastane ortamında uygulanmalıdır.

1930'lardan 1990'lara kadar geçen süre içerisinde, EKT yararlı ve etkili bir tedavi yöntemi olduğunu kanıtlamış ve ayakta kalmayı başarmıştır. EKT ile ilgili bilgi birikiminin hasta ve/veya yakınlarına anlatılması, eşduyuyla/empatiyile yaklaşım, nörobiyolojik gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler, EKT'ye yönelik ilgiyi ve güveni artıracaktır. Yeter ki, EKT yerinde, doğru ve herşeyden önce insana saygıyı unutmadan uygulansın.

10. CİNSEL FARKLILAŞMA SORUNLARININ ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bir bebek doğduğu zaman ilk sorulan soru, "kız mı? erkek mi?" sorusu olmaktadır. Bu sorunun yanıtlanmasında sorunlar ya da kuşklar varsa, vaka acil bir durum olarak ele alınmalı, "hele çocuk bir büyüsün" beklentisi içine girilmemelidir. Aile ve hasta için son derece örseleyici olan cinsel farklılaşma sorunları, deneyimli bir ekip (endokrinolog, tıbbi genetikçi, çocuk psikiyatristi, çocuk cerrahı, estetik cerrah, deontolog, adli tıp uzmanı) çalışması ile çözümlenmelidir. Bu konuda doğumu yaptıran hekime ya da ebeye, ilk muayeneyi yapan hekime düşen en önemli görev, tanı koymaktan çok patolojyi fark etmek ve hastayı ilgili merkezlerden birine göndermektir.

Kuşkulu genital yapı, yenidoğan döneminde çözümü gereken bir sorundur. Ancak bu konuda ergenlik dönemine dek gecikilebilmektedir. Tanıda geciken hastaların bir kesiminin rutin hekim denetiminde olan çocuklar olması oldukça düşündürücüdür. Genital muayene fizik incelemenin içinde çoğu kez ihmal edilmekte, ya da kuşkulu durumların üzerinde yeterince durulmamaktadır.

Bebekler cinsel kimliklerini yaklaşık 2 yaşında kazanmakta, kız ya da erkek olduklarının farkına o zaman varmaktadırlar. Aile için süre daha da kısıtlıdır. İki yıl ya da daha uzun süre kız ya da erkek olarak yetiştirdiği, çevreye öyle tanıttığı çocuğunun farklı bir cinsiyette olduğunu öğrenmek, iki cinsiyetli olması kuşkusunu duymak, ana-baba için son derece üzücü olmaktadır. Töreler ve dini baskılar, sorunu daha da ağır bir duruma getirmektedir.

Aile çocuğun cinsiyetinden kuşkuya düşerek hekime başvurmuşsa ve hekim konuya gereken önemi vermemişse, bu çok ağır bir meslek kusuru olarak kabul edilmelidir.

Geç kalınmış vakalarda, çocuğun yetiştirilmekte olduğu, ancak fizyolojik olmayan ve "gonadlarda malign tümör gelişmesi" gibi riskleri bulunan cinsiyetin değiştirilmesi olanaksızlaşabilir. Bunun sonucu olarak ailenin, daha da önemlisi çocuğun kabullenmediği cinsel kimliğin değiştirilmesi artık gerçekleştirilemeyebilir.

Örneğin on üç yaşına dek erkek olarak yetiştirilen ve ailenin "tek erkek çocuğu" olan, 7 yaşında sünnet edilen bir hastada, 13 yaşında meme gelişimi ve hematüri sanılan periodik aylık kanamalar ortaya çıkmıştır. Bu hasta, iki yanlı kriptorşitizm nedeni ile defalarca hekime götürülmesine karşın, onun kız olabileceği düşünülme-

miştir. Oysa karyotipi 46, XX olan hastanın, dişi iç genital yapıları ve yumurtalıkları mevcuttu. Bu tür örnekler rahatça çoğaltılabilir.

Başlıca cinsel farklılaşma sorunları, virilize dişiler (dişi yalancı hermafrodit), yetersiz virilize erkekler (erkek yalancı hermafrodit), gerçek hermafroditler, miks gonadal disgenezisler, agonadizm, XX erkekler ve XY dişilerdir. Bu durumların ayırıcı tanısı, uygulanacak tıbbi tedavi düzeltici ameliyatların seçimi, yalnızca bu konuda deneyimi olan uzmanlaşmış ekiplerce gerçekleştirilmelidir.

Genital muayenede ve öykü almada aşağıdaki bulgular kuşkulu kabul edilmelidir ve belirtilen noktalar dikkate alınmalıdır.

a)Kız kabul edilen bebekte, çocukta(ya da herhangi bir kişide) kliteromegali, vagen açıklığının olmaması, kasıklarda ya da labialar içinde ele kitle gelmesi, kasıkta fitiklar, erken pubik kıllanma.

b)Erkek kabul edilen bebekte, çocukta (ya da kişide) mikropenis, ağır hipospadias, her iki gonadın palpe edilememesi, erken pubik kıllanma.

c)Perinoskrotal hipospadias nedeni ile erkek çocuklar ayakta idrar yapamayabilirler; çömelerek idrar yapma öyküsü son derece önemlidir.

d)Aile öyküsünde daha önceki bebeklerin dehidratasyonla yaşamın erken döneminde kaybedilip kaybedilmediği, cnisiyeti kuşkulu bireylerin, cinsel gelişimi geciken ya da tam tersine erken ölen kardeş ya da akrabaların bulunup bulunmadığı dikkatle sorgulanmalıdır.

Kuşkulu genitalya nedeni kalıtsal ise, ailenin öteki bireylerinin de sorgulanması ile doktora getirilmeyen ancak aynı yapıyı gösterebilecek kişilere de ulaşılması bazen yaşamsal olabilir.

e)Erkeklerde her iki gonadın palpe edilmemesi kesinlikle önemsenmelidir.

Her iki gonad (inguinal kanal da dahil) ele gelmiyorsa, bu çocuklar ne kadar erkek görünümünde olurlarsa olsunlar, onların dişi olma olasılıkları vardır. Bunlar, öncelikle karyotipleri belirlenerek, kongenital adrenal hiperplazi yönünden kesinlikle denetlenmelidirler.

f)Ergenlik yaşında meme gelişimi ve menstural periyodları başlamayan kızlar gonadal disgenezis yönünden kesinlikle araştırılmalıdır.

g)Aile ile konuşulurken kararsız anlatımlar kullanılmamalıdır. Kesin tanı konup, yetiştirilecek cinsiyet bir Etik Kurul tarafından belirlendikten sonra, onlara hastalık konusundaki anlaşılır bir dille bilgiler verilmeli, ailenin yazılı onayı alınmalıdır.

11. "TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ" HAKKINDA GÖRÜŞ

AMAÇ

Yürürlükteki Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi(TDN)'nin eleştirel değerlendirilmesi, yeni bir düzenleme için içerik önerilmesi.

GİRİŞ

Bilindiği gibi, halen geçerlikte olan TDN 1960 tarihli bir yasal düzenlemedir. "Hekimlik Görevleri Tüzüğü" olarak da adlandırılması mümkün olan bu tüzüğün temel birkaç özelliği;

- a)Hekimlerin ve dişhekimlerinin uymakla yükümlü oldukları kuralları içermektedir.
- b)Tüzüğün tüm maddeleri yasal olarak bağlayıcıdır.
- c)Meslek örgütleri olarak tabip odaları tüzüğün uygulanmasında yetkilidirler.

d)Tüzük uyarınca "inzibati" açıdan cezalandırılan meslektaşların, ayrıca "hukuki" ve "cezaî" açılardan da kovuşturulmaları mümkündür. Bir başka deyişle tüzük kapsamındaki meslektaşların disiplin soruşturması geçirip suçlu bulunmaları, onların hukuki ve cezai olarak kovuşturulmalarına engel oluşturmamaktadır.

GEREKÇE

3.1.1960'dan beri uygulanmakta olan TDN geçen süre içerisinde birçok açıdan yetersiz kalmış, eleştiri konusu olmuş ve değiştirilmesine yönelik girişimlerde bulunmuştur(1987 TTB Tüzük Tasarısı "Tıp Meslek Ahlakı Tüzüğü", 1995 İTO "Tıbbi Deontoloji Tüzüğü Taslağı" gibi). Henüz yürürlükte bulunan bu yasal düzenleme 50'li yılların tıp ve hekimlik uygulamalarına bakışını içermektedir. Geçen sürede hem ülkemizde ve hem de dünyada sağlık ve hastalık tanımları değişmiş, bu kavramlar farklı düzeylerde geliştirilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetinin sunulma biçimi, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık politikalarının geçirdiği birey ya da toplum merkezli değişiklikler de düzenlemelerin yeniden ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluğun bir başka ögesi de hekim kimliğinin sergilediği farklılaşma olarak karşımıza çıkmaktadır.

GENEL SAPTAMALAR

TDN dilinin eski olması, anlaşılabilirliğini azaltmaktadır. Hekim kitlesinin yaygın olarak kullanacağı ve bilmesi gereken bir metnin kolay anlaşılabilir olması sağlanmalıdır.

Yararlılık, zarar vermeme, adalet, hasta özerkliği gibi temel etik ilkelerin hiçbirisi TDN içerisinde yer almamaktadır.

Özel muayenehane hekimliği temeline dayanan TDN'de benzer yaklaşımla, bir ekip hizmeti anlayışı değil, bireysel hekimlik anlayışı egemendir.

Tüzüğün genel ilkeler dışındaki içeriği: **reklam konusu, araştırma ve deneylerle ilgili hükümler, özel muayenehane ücretleri, hasta-hekim ilişkisi, doğum-küretaj, konsültasyon ve hekimlerin meslektaşlarıyla ilişkileridir.**

Tüzükte, "tedavi edici hekimlik" sağlık hizmetinin tek biçimi olarak görünmektedir. Bu temelden yola çıkışın sonucu TDN'de koruyucu hekimliğin yeri hemen yoktur denilebilir(m.15 kısmen değişmektedir). Bunun uzantısı olarak hekimin toplumsal sorumluluğuna hiç değinilmemiştir. Yine aynı biçimde hekimin kendini yenileme yükümlülüğü ve bir eğitici olma özelliği üzerinde hiç durulmamıştır.

Hekim-hasta ilişkisi paternalistik biçimde ele alınmıştır. Hasta hakları kavramının günümüzde giderek gelişmesi, bu ilişkide yol gösterici, bilgilendirici ve paylaşımcı bir biçime sokmaktadır. TDN'de hastanın özgür iradesini öne çıkaracak, aydınlatılmasını gerektirecek hiçbir ifade bulunmamaktadır. Sadece kötü prognoz ile ilgili bir yaklaşım önerisine rastlanmaktadır(m.13-14).

TDN'nin bilimsel araştırmalarla ilgili kuralları da oldukça yetersizdir(m.10-11). Hastanın bilgilendirilmesi ve buna dayalı rızasının (onamının) alınması araştırmalarda bir önkoşul iken, tüzükte hiç dile getirilmemiştir. Plasebo kullanımının TDN'de yasaklanmış olduğu da söylenebilir(m.20).

TDN hasta sırrının korunmasını yasal zorunluluk olmadıkça öngörmektedir(m.4), ancak hasta yararına göre sırrın sürdürülmesinin tartışmalı olduğu durumlara nasıl açıklık getirileceği konusunda en ufak bir değinme bile yoktur.

Tıptaki gelişmelerle açıkta kalan pekçok öge bulunmaktadır. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'un kabulüyle TDN'nin 22. maddesi işlevsiz kalmıştır. Bunun yanısıra genetik çalışmalar, organ aktarımları, yardımcı üreme teknikleri... gibi konularda da hiçbir açıklama yoktur.

ÖNERİLER

TTB Etik Kurulu yeni bir Deontoloji Tüzüğü'nün içeriğinin nasıl olması gerektiği konusunda aşağıdaki önerileri sunmaktadır.

1-Tüzüğün temel insançıl içeriği günümüzde de tümüyle geçerlidir; ancak güncelleştirilmesi zorunludur.

2-Tüzük tüm hekimleri (kamuda çalışan hekimler ile özel çalışan hekimleri) kapsayacak biçimde düzenlenmelidir.

3-Tüzük hükümlerine tüm hekimler tabi olmalıdır. Hekimlik mesleğinin yürütülmesi TTB üyeliği ile birleştirilmelidir. Böylece "tüzük hükümlerini uygulama, denetleme ve gereğinde ceza verme yetkisine sahip bir TTB" ile "isteyenin üye olduğu TTB" çelişki si giderilmelidir.

4-Vicdani yaptırımı bulunan bir metin olan tüzükte and(yemin) metninin yer almaması gereklidir.

5-Tüzük "kısa vadede" değişmesi beklenen konuları içermemeli ve küretaj olgusundaki gibi genel hükümlere uyacak biçimde ayrı karar düzenekleri olmalıdır.

6-Tüzük değişikliği olabilecek en geniş hekim kesimlerini içerecek bir tartışma platformunda ele alınmalıdır. TTB'nin tüm organlarının katıldığı bu tartışma sürecinde oluşturulacak bir komisyonunun bir taslak hazırlaması ve böyle bir taslağın TTB Genel Kurulu'nda görüşülüp kabul edilmesi sözkonusu olabilir.

7-TTB Etik Kurulu bu süreçte yeni görüş oluşturmak ve tartışma platformu hazırlamak işlevini üstlenebilir. Sadece tüzüğün tartışıldığı geniş kapsamlı bir toplantı düzenlenmesi sözkonusu edilebilir.

8-Olası bir tüzüğün alt başlıklara ve bu konularda çalışacak alt gruplara ayrılması, bu çalışma düzeninin belirli bir takvime bağlanarak ayrıntılandırılması önerilmektedir. Hem kaynak oluşturma, hem de çıkış noktası olabilme açısından Avrupa Biyoetik Sözleşmesi temel alınabilir görünmektedir.

TTB Etik Kurulu'nun önerdiği başlıca alt grup çalışma başlıkları şunlardır:

- Araştırmacı hekim sorumluluğu, araştırma ve yayın etiği,
- Hekimin kendini yenileme sorumluluğu,
- Hekimin toplumsal sorumluluğu,
- Hekim-hasta ilişkisi, hekim-hasta yakını ilişkisi, hekim-öteki sağlık personeli ilişkisi,
- Koruyucu hekimlik,
- Hekim-medya, hekim-ilaç firmaları ilişkileri

12. HEKİM-AIDS İLİŞKİSİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞ

AIDS, hekimleri hem hasta, hem de toplum yönünden zor kararlarla ve tercihlerle karşı karşıya bırakan bir hastalıktır. Çünkü özgür iradeye saygı, zarar vermeme, yararlılık, adalet gibi tıp etiğinin temel ilkeleri ekseninden bakıldığında, bu konunun tartışılması gereken pek çok yönü olduğu hemen görülmektedir.

AIDS hastasının bir insan olarak, sahip olduğu hakların ötekilerinkinden farklı olmaması gerektiği açıktır. İş bulma, çalışma, barınma... gibi toplumsal yaşamın zorunlu kıldığı durumlar bu metinde doğal olarak ele alınmayacaktır. Biz burada sadece AIDS'le ilgili tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan değer sorunlarına ana çizgileriyle değineceğiz.

Bu aşamada öncelikle **AIDS'li hastalar ile HIV(+)** denilen ve bulaşıcılık niteliği taşıyan kişilerin sırlarına saygı gösterilmesini bekleme, hastalığı konusunda bilgilendirilme, hastalığı ile ilgili destek ve gerekli tedavi olanaklarından yararlandırılma hakları vardır. Öte yandan sağlık hizmeti veren ekibin de virüsle bulaşma riskinin bulunmasından kaynaklanan, bir takım haklarının olup olmadığı tartışılmalıdır.

Hekimlerin mesleki eylemleri açısından, tedavi etmekle yükümlü oldukları hastaların hangi tanıyı almış oldukları önemli değildir. Bir başka söyleyişle; uğraştığı hastalığın niteliği hekimin hastaya yaklaşım biçimini etkilememelidir.

Hasta bireylerin haklarını da gözönünde tutarak ve onları çiğnemenin, toplumun hastalıktan korunması nasıl gerçekleşecektir? AIDS'li hastaların ya da HIV(+) bireylerin "temiz toplumdan" yalıtılması mümkün olabilir mi? Toplumu gözetme adına bu bireylere hem sosyal, hem de tıbbi anlamda yığınla güçlük yaratmaya hakkımız var mıdır?

HIV ile enfekte olan hekim, diş hekimi ve sağlık ekibinin öteki üyelerinin, mesleki konuları nedeniyle bu virüsü başka hastalara taşıma olasılığı vardır. Bu nedenle, sağlık kurumlarına başvuran hastaların "güvenli tedavi olma hakkı"nı yaşama geçirebilmek için, hekim ve öteki sağlık personelinin HIV(+) olup olmadığını bilme hakkı kendiliğinden gündeme gelecektir.

AIDS'in bildirimi zorunlu bir hastalık olması, toplumu koruyabilmek gibi bir amaca ulaşmak isterken, HIV(+) ya da AIDS'li hastanın bilimsel tıbbın olanaklarından yoksun kalması sonucunu doğurmamalıdır. Bu nedenle bir çok ülkede getirilen çözüm, hasta

kayıtlarının epidemiyolojik verileri toplamaya ve izleme yapmaya engel olmayacak biçimde, ama isimsiz olarak tutulmasıdır.

HIV antikor testi kimlere uygulanmalıdır? Bir kişinin iznini almaksızın kanında HIV testi uygulamak onun özerkliğini hiçe saymak olduğundan, etik dışı bir uygulama kabul edilmelidir. Bu konuda, WHO'nunki de dahil genel kabul, bilgilendirilmiş rıza(onam) temeline dayanan bir hasta görüşünün alınmasıdır. Başta cerrahlar ve dış hekimleri olmak üzere, hekimlerin operasyon öncesi hastalarından HIV testi istemele-ri makul karşılanabilir. Ancak hastaların bu test için gerekli olan rızayı (onamı) vermek istememesi durumunda, operasyonun HIV(+) hasta koşullarında gerekli önlemlerin alınarak gerçekleştirilmesi önerilebilir. Hastaların cerrahlarının HIV(+) olup olmadığını öğrenmek istemeleri de, onların güvenli tedavi olma haklarıyla doğrudan ilintilidir.

Toplumda AIDS'le ilgili bilgilenmeyi, toplumun aydınlatılmasını sağlamak, asılsız önyargıların yerleşmesini önlemek birincil olarak hekimlerin görevi olsa gerektir. Eğitimin hemen her düzeyde birey için gerçekleştirilmesiyle AIDS'e yönelik soyutlamalar önlenebilecek ve AIDS tanısı almış bir hasta herhalde aşağıdaki cümleyi söylemek zorunda kalmayacaktır.

"Korkuyorum ama ölmekten değil, yardım edilmeden bir köşeye bırakılmaktan..."

13. SAĞLIĞA YÖNELİK TELEVİZYON PROGRAMLARI VE HEKİM-HASTA İLİŞKİLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ

Genel olarak medyada sağlık ve hastalık olgusuyla ilgili kavramların, oldukça farklı amaçlarla işlendikleri görülmektedir. Bunlardan bir bölümü, bir hastalığın tanı ve tedavi yöntemlerinin anlatılması, yeni tedavi yöntemlerinin kamuoyuna duyurulması, tıbbi uygulamalar karşısında "mağdur" duruma düşen hastaların tanıtılması... gibi görünümde karşımıza çıkmaktadır. Bu son durumda kimi zaman gerçekten uygulama hatalarına yer verilirken, kimi zaman da olası komplikasyonların hekim ya da sağlık personelinin suçlanması amacıyla kullanıldığı da görülmektedir.

Medyada bu konuların işlenme biçimlerinden birisi de, hekimlerin televizyon ekranlarından hasta ya da hasta olduğu kanısını taşıyan kişilere danışmanlık hizmeti vermesidir. Bu biçimde bir "hizmet" çok uzun yıllardan beri gazete sütunlarında "ses-siz sedasız" sürüp giderken, görsel iletişimin ön plana çıktığı günümüzde, bazı program yapımcıları tarafından biraz daha farklılaştırılarak sunulması uygun görülmektedir. Bu farklılaşma yapımcıların çoğu kez "kadın kuşağı" adını vererek, ev kadını izleyicilerine yönelik hazırlamış oldukları programlarda sağlığın korunması, hastalık belirtilerinin tanıtılması ve bu durumlarda nereye başvurulacağına belirtilmesi biçiminde bir yönlendirmeyi içermektedir. Benzer programların, hekimlerin yanısıra neredeyse çoğu kez "kadrolu astrologlar" da çalıştırıyor olmaları, onların potansiyel izleyicilerini bilime mi, yoksa bilim dışı avuntulara mı yönlendirdiği konusunda ciddi kaygılar uyandırmaktadır. Fakat bu kaygılar bir yana bırakılırsa, bu programların bir ölçüde aydınlatıcı hizmet verdikleri de düşünülebilir. "Hastaların" çoğu zaman canlı telefon bağlantılarıyla katıldıkları bu programların, insanlarımızı yine bir ölçüde "kendilerini ifade etme deneyimi ve özgürlüğü" kazandırdığı bile savunulabilir.

Ancak tüm bu programlarda, etik açıdan dile getirilmesi gereken sorun insan onuruna ve kişiliğine saygı duyulması konusunda gereken duyarlılığın gösterilmediğidir. Kendi gelecekleri açısından umut beklentisi içinde olan "hastaların", izleyicilerde duygu sömürsü yapacak biçimde "teşhir edilmeleri" kabul edilemez bir durumdur. Benzer saptamalar ruh hastalıklarının konu edildiği programlar için de yapılabilir. Bu tür yayınların benzerleri arasından öne çıkaran özelliği, sosyokültürel bağlamımızda ruh hastalıklarına yönelik genel algıların ve önkabullerin bulunmasıdır. "Hastaların ilk isimleri ve nereden aradıkları" bilgisi tüm izleyiciler tarafından bilinirken, yakınmalar başvuranların kendi seslerinden dile getirilmektedir. "Herkesin gözü önünde cereyan eden" bu hekim-hasta ilişkisinde hasta gizliliğinin zedelenmesi söz konusu olmakta-

dır. Bu zedelenme olasılığının özellikle küçük yerleşim birimlerinde yaşayan insanlar için daha belirgin olması kaçınılmazdır.

Çağlar boyunca hekim-hasta ilişkisi güven temeline dayalı sürdürülen bir ilişki biçimi olmuştur. Bu güvenin ağırlıklı olarak üzerinde durduğu temel, başvuran kişinin hastalığı dolayısıyla dile getirdiği bilgilerin gizliliğine saygı duyulacağı ön kabulüdür. Teknolojinin iletişim biçimlerini çeşitlendirerek farklılaştırması ve bu arada insan topluluklarının geçirdiği kültürel değişim, elbette hekim-hasta ilişkisinin de biçim değişmesine neden olmaktadır. Bu gerçeğin farkında olarak, özellikle ruh hastalıklarının söz konusu edildiği durumlarda, çok daha duyarlı ve çok daha titiz olunması gereklidir. Aksi takdirde, "hastaların uğrayacağı zarar", onlara yönelik yarar beklentisinden daha fazla olabilecektir. Program izleyicilerinden benzer yakınmaları olan kişilerin, o çerçevede o hasta için dile getirilen önerileri yeterli bularak hekime başvurmaktan vazgeçebilecekleri ve böylece bilimsel tıbbın ve psikiyatri hastasına özgün hekim-hasta ilişkisi ortamının dinamiklerinden yararlanamayacak olmaları da hatırdta tutulması gereken önemli bir başka boyuttur.

14.MEDYA VE SAĞLIK

Bilgiyi toplum üzerinde kullanmanın, bilgi üzerinde (tarafli) yargı ve kamuoyu oluşturunun en etkin ve kolay yollarından biri, medyayı doğru biçimde yönlendirmektir. Ancak, günümüzde medya salt onu biçimlendirenlerin kullandığı bir araç olmaktan çıkarak, başlı başına önemli bir güç haline gelmiştir. Medyanın kendi iç etiği, doğal olarak bu sektör çalışanlarının söz sahibi olduğu bir alanken, medyanın bilgilendirme adına yaptığı etik ihlaller ya da yanlışlar, doğrudan yanlışın yapıldığı alan ve çalışanlarını, tartışmanın doğal taraflarından biri haline getirmektedir. Sağlık alanında ülkemizde yaşanan medya kaynaklı sorunların ana başlıkları şöyle sıralanabilir:

1-Olmayan bir tedavi yönteminin varmış gibi gösterilmesi,

2-Daha az etkin ya da artık kabul edilmeyen yöntemlerin halen etkin bir yöntem olarak gösterilmesi,

3-İşlenen konularda eksik haber verilmesi,

4-Bilinçli olarak konunun saptırılması,

5-Kişisel kusurların tüm meslek çalışanlarına mal edilmesi,

6-Bilimin ve günün gerisinde kalmış haberlerin verilmesi,

7-Toplumda yanlış rol modellerinin benimsenmesinde yönlendirici olunması

Bu ana başlıkların ötesinde, iki noktanın daha altı çizilmelidir:

1-Değişik sosyoekonomik, kültürel ve coğrafi koşullarda yaşayanların, doğru habere aynı anda ulaşmaları her zaman olanaklı olmamaktadır.

2-Çok farklı sosyal, ekonomik ve kültürel koşullardan gelen medya profesyonellerinin hepsinin aynı değer yargılarını ve sorumluluğu taşımaları mümkün olmamakta, kişilerin ve kurumların bilinçli ya da bilinçsiz yanlış tanıtımı söz konusu olabilmektedir.

Medya çalışanlarının kendi özdenetimini sağlayabilmesi için, her alanda, özellikle sağlık gibi medyaya sıkça konu olabilen öteki alanlardan medyaya güncel ve sağlam bilgi akışının sağlanması gerekmektedir. Bunu sağlamak için şunlar önerilebilir:

1-Sağlık çalışanları, bireysel çabalarıyla yürütebilecekleri meslek örgütleri tarafından da, medya kuruluşlarına doğru bilgileri yoğun biçimde aktarmaları yönünde özendirilmeli ve desteklenmelidirler.

2-Meslek gruplarının yönlendirmesi altında medya çalışanlarının da katılımlarıyla ortak çalışma grupları oluşturulmalıdır. Bu gruplar yayımlanan haberleri gözden geçirip, yine medya aracılığı ile yanlışları düzeltme ve doğru haberleri özendirme yoluna gitmelidirler.

3-Sağlık alanında uzman olan kişilerin, medya kuruluşlarında bu konularla ilgili haberlerin yapımında etkin olmaları amacıyla eğitim programları geliştirilmelidir. Hatta bu iki sektörün birlikte yürüteceği çalışmalar ve kurslarla "sağlık haberleri konusunda uzmanlaşma" sağlanmalıdır.

4-Zaman zaman sağlık çalışanlarının olumsuz örnekleri medyada yer almaktadır. Bunları sergileyen doğru haberler doğrultusunda, sağlık çalışanlarının kendi özdenetimlerini geliştirmeler ve özelleştirilerini yapmaları gereklidir. Bu konu sağlık meslek örgütlerince sık sık gündeme getirilerek, uyarılar yapılmalı, gerekirse izleme ve yaptırımlara başvurulmalıdır.

15. ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİNİN HASTA KAYITLARINA ULAŞMA İSTEKLERİ HAKKINDA GÖRÜŞ

Hastanın hekimine kendine ait bilgilerini vermesi ile kurulan ilişki, hekime, bu bilgileri gerektiğinde adli olaylar söz konusu olduğunda bile, sır olarak koruma yükümlülüğünü getirmektedir. Kuşkusuz bu yükümlülük olayın etik yanından kaynaklanmaktadır. Hekim, hastanın izni olmadan kendisi ile ilgili bilgileri üçüncü şahıslara anlatamaz. Bu durum ancak özel koşullarda, hastanın birinci derecede yakınları için bozulabilir.

Sigortalı hastalarda bu özerk ilişki tarzının değiştiği gözlenmektedir. Hasta ve sigorta şirketi arasında düzenlenen poliçeler *"... sigortacının bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, aksi takdirde ortaya çıkacak anlaşmazlıklarda sigortacının herhangi bir sorumluluğu olmayacağını, belirttiğim tüm hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda sigortacıyı yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim."* veya benzeri şekilde, hasta tarafından imzalanarak, sigorta ve sağlık kuruluşu arasında bir ilişki başlatılmış bulunmaktadır. Bu poliçenin imzalandığı tarihten başlayarak oluşacak her türlü anlaşmazlıkta sigorta şirketine, hasta ile ilgili bilgilerin aktarılabileceğine ilişkin onay hasta tarafından verilmiş bulunmaktadır. Bu nedenle hasta ile hekim arasında ileride bu poliçe çerçevesinde kurulacak olan ilişki, poliçenin imzalandığı tarihten başlayarak, sözleşme süresi boyunca özerk kalamayacaktır.

Taraflar arasında oluşabilecek anlaşmazlıklarda, bu bağlamda ortaya çıkabilecek bilgi aktarımının yukarıda açıklandığı gibi etik kurallardan öte, hukuksal yönü ön planda görülmektedir. Hastanın tıbbi inceleme ve raporlarının, "bir hekim tarafından epikriz niteliğinde hazırlanması" ve sigorta şirketine iletilmesinin uygun bir yol olduğu düşünülmektedir.

Bu durumda gözden kaçırılmaması gereken nokta, hasta ile sigorta şirketi arasında var olan poliçenin belirli bir tarihte imzalanmış olmasıdır. Bu nedenle hekim-hasta arasındaki ikili özerk ilişki, sözleşme başlangıcından itibaren yerini üçlü bir ilişkiye bırakmıştır. Sigorta şirketleri tarafından Türk Ticaret Hukuku'nun bazı maddelerini gerekçe göstererek hasta dosyalarının aslı veya tümünün fotokopilerinin istendiği belirtilmektedir. Bilindiği gibi, hasta dosyası "o kişiye ait", "tamamen özel" ve hasta ile o kurum arasında ilk ilişkinin başladığı anda düzenlenen, bazı durumlarda geçmiş tıbbi inceleme ve raporların da yer alabildiği bir belgedir. Hastaya ait sigorta poliçe geçerlilik süresi öncesi ya da sonrasında dosyaya geçmiş bilgiler, yine hasta-

hekim arasındaki ikili özerk ilişki kavramı içerisinde kalmak zorundadır. Dosyanın gönderilmesi söz konusu olduğunda, bu dönemlere ait bilgilerin de üçüncü şahıslara ulaşması nedeniyle etik sorunların doğması olasıdır. Sigorta şirketi tarafından ancak dosyanın tümünün incelenmesi sonucunda karara bağlanabileceği düşünülen anlaşmazlıkların çözümünde, ilgili mahkemenin istemleri doğrultusunda davranmanın uygun olacağı düşünülmektedir.

16. ACİL OLAYLARDA SAĞLIK HİZMETİ VEREN AMBULANS HEKİMLERİYLE İLGİLİ GÖRÜŞ

Acil tıbbi vakalar, günlük mesleki uygulamamızda, olağan başvurulardan, taşıdığı bir çok özellikle ayrılan ve duyarlılık gösterilmesi gerekli olgulardır. Bu özel koşullarda verilecek hizmetin niteliği herhangi bir ayrımcılığa meydan vermeyecek ve sosyal güvencesi olsun olmasın her tür hastayı tıbbi bakımsız bırakmayacak biçimde gerçekleştirilmelidir. Acil tıbbi vakalar bir yandan hekimin otoriter olmasını gerektiren koşullar ve ortam sunarken, öte yandan günümüzün tıp etiği anlayışı hasta haklarının göz ardı edilmemesini de zorunlu kılmaktadır. Bu tür acil olguların değerlendirilmesinde, hekimler yasal düzenlemeler karşısında üst düzeyde korunurken, elbette bu durum tedavi ekibinin sınırsız bir özgürlüğe sahip olduğu anlamına da gelmemektedir. Acil tıp hizmeti sırasında karşılaşılabilecek kimi özel durumlarda tedavi ekibinin tutumuna ışık tutabilecek yaklaşımlar geliştirilmiştir:

1-Kendilerine gelen acil yardım çağrısıyla, ilgili yere giden hekimler için öncelikli işlem; hastanın veya yaralının sağlığına ilişkin bir durum değerlendirmesi yapmak olmalıdır. Ardından hastanın hava ve damar yolunun açılması, kanama kontrolünün yapılması gibi yaşamsal öncelik taşıyan işlevleri ayakta tutmaya yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Hastanın sergilediği tablo yataklı bir tedavi kurumuna nakledilmesini ve ileri tetkiklerin yapılmasını gerektiriyorsa, bu durum **hastaya ve/veya yakınlarına gerekçeleri, taşıdığı risk ve tehlikeleriyle birlikte basit ve anlaşılır bir dille anlatılmalıdır**. Hastanın ya da yakınlarının çok çeşitli etkenlerle (ekonomik gerekçeler, ileri düşkünlük ve yatalaklık, terminal dönemde olmak,...) tedavi amaçlı bir nakli reddetmeleri mümkündür. Böyle bir red durumunda öncelikli karar, bizzat hastanın kendisine aittir ve saygı duyularak belgelenmelidir. Hastanın bilinci kapalıysa ve red kararını hastanın yakınları veriyorsa, yine bu durumun belgelenmesi gereklidir. Söz konusu işlemin, ambulans çağrı raporunun nakil reddi bölümünün işaretlenmesi hukuki açıdan yetersiz bulunabilir. Bunun için çağrı raporlarının ekinde bulunması gereken, aşağıdaki gibi bir metnin kullanılması gerekli görülmektedir. Eğer böyle bir metnin imzalanmasına da karşı çıkılıyorsa, buna ilişkin ayrıca bir tutanak düzenlenmesi önerilir. Hekim, hasta yakınlarının tedavi amaçlı bir nakli reddetmelerini bir kötü niyete bağlı görüyorsa, durumu ilgili makamlara bildirmelidir.

2-Adli olaylarda ambulans hekiminin öncelikli görevi, hastanın yaşamsal işlevlerini desteklemeye yönelik girişimleri yaparak, bireyin gözetim altında sağlık kurumuna sevkini sağlamaktır. Adli olaylar için ambulans hekiminin hazırlayacağı yazılı belge

hastayı serviste göreceğ ikinci hekim için ışık tutacak nitelikte bir epikriz olmalıdır. Bu metin hastanın ilk görüldüğü sırada saptananlar ile hekimin uyguladığı işlemlerin bilgisini içermelidir. Adli olayın gerçekleştiği yer ve ambulans koşulları sistemik bir muayenenin yapılması için uygun olmayıp, pek çok konunun (çocuk istismarı, işkence...) atlanması muhtemeldir. Ancak nakil sırasında ölüm hali dışında bu koşullarda ambulans hekiminden ayrıntılı bir adli rapor hazırlanması beklenmemelidir. **Ambulans hekiminin vereceği epikrizin ve daha sonra hastayı yataklı kurumda gören ikinci hekimin hazırlayacağı raporun birlikte adli makamlara iletilmesi uygun görülmektedir.**

EK METİN

Tedavi amaçlı nakil reddi için tutanak:

Ambulansla gelip hasta görüldü, muayenesi yapıldı, hemen bir hastaneye götürülmesi gerektiği, aksi takdirde kötü sonuçlar doğabileceği, hatta hastanın ölebileceği ayrıntılı olarak anlaşılabilir bir biçimde hasta yakınlarına anlatılmıştır. Buna rağmen, hasta yakınları bütün sorumluluğu kabullenerek, hastanın hastaneye götürülmesine izin vermemişlerdir.

<i>Hekim</i>	<i>Ambulans Sürücüsü</i>	<i>Hasta/Hasta Yakını</i>
<i>Adı, Soyadı</i>	<i>Adı, Soyadı</i>	<i>Adı, Soyadı</i>
<i>İmza</i>	<i>İmza</i>	<i>İmza</i>

Not:Hasta yakını imzalamak istemezse tutanağa hekimin ve ambulans sürücüsünün imzalarıyla bu durum ayrıca belirtilmelidir.

17. "HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ" TASLAĞI HAKKINDA GÖRÜŞ

Hasta Hakları Yönetmeliği Taslağı 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. Maddesinin c bendine ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43. Maddesine dayanılarak hazırlanmış bir metindir. Bu taslak ile yasal düzenleme altına alınan hakların "sağlık hizmetinden yararlanma konusunda sırf insan olmak hasebiyle sahip olunan ve TC Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakların" tanımlanmasının hedeflendiği görülmektedir. Söz konusu taslak; "Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar", "Sağlık Hizmetlerinden Faydalanabilme Hakkı", "Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı", "Hasta Haklarının Korunması", "Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası", "Tıbbi Araştırmalar", "Diğer Haklar", "Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları", "Değişik ve Son Hükümler" başlıkları altında toplam dokuz bölümden oluşturulmuştur.

Sözü edilen "Hasta Hakları Yönetmeliği Taslağı" genel olarak son derece eski bir dille kaleme alınmıştır. "Müdahale", "hal", "iştirak eden", "teminat", "riayet etmek", "müsaade edilen", "ihtiva etmek", "faydalanma", "usul ve şartlar", "prensip" ... gibi sözcüklerin, daha akıcı ve anlaşılır bir anlatıma ulaşmak için "girişim", "durum", "katılan", "güvence", "uymak", "izin verilen", "içermek/kapsamak", "yararlanma", "yöntem ve koşullar", "ilke" ... gibi sözcüklerle değiştirilerek yeniden yazılması gerekli görünmektedir.

Söz konusu yönetmelik taslağı ile Sağlık Bakanlığı'nın aynı zamanda işvereni de olduğu meslek üyelerinin, örneğin hekimlerin "denetçisi" konumuna geldiğini söylemek mümkündür. Bu durumun, genel olarak meslek odalarının ve özelde de Türk Tabipleri Birliği'nin etkinliğini azaltıcı bir biçimde algılanabilir.

Taslakta yer alan kimi ifadelerin hekimlik ve tıp kurumunun kendi geleceğinde zaten varolduğu düşüncesiyle, gereksiz birer ayrıntı olduğu söylenebilir. Söz gelimi 39. Maddede yeralan "sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel, hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik ve şefkatli davranmak mecburiyetindedirler" ifadesinde olduğu gibi; böyle davranış biçimlerinin bir yönetmelik hükmü olmasına gerek yoktur. 38. Maddede yer verilen "din görevlisi çağırma" işinin hastanelerce yerine getirilen bir görev olması uygun değildir. Bu durum tıbbın kurum olarak binlerce yıldır sergilemekte olduğu laik işleve bölge düşürebilecek, uygulamada sorun yaratacak gibi görünmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği günümüz hekim-hasta ya da sağlık kurumu-hasta ilişkisinin hemen her yönüyle ilgili birtakım belirlemeler ve sınırlılıklar getirmeyi, hemen hiçbir konuyu dışarıda bırakmamayı hedeflemiş bir taslak olarak görünmektedir. Bu nedenle, aynı metin içerisinde hem ötanazi (m.13), hem organ ve doku aktarımları(m.29), hem de gebeliğin sonlandırılması(m.30) bir arada yer alabilmiştir.

Hastaların bilgilendirilmelerinin ve onlardan onam(rıza) alınmasının bu taslakta oldukça merkezi bir konumda bulunması yerindedir. Ancak bu konuda çeşitli çelişkilerin bulunduğuna da dikkat çekmek gerekli görünmektedir. Bunlardan birisi "hastanın bilgilendirilme hakkına belirgin bir kısıtlamanın" yönetmelik hükmü olarak getirilmiş olması (bkz. m.19, ikinci paragraf), bir başkası da "bir konuda verilmiş onamın(rızanın) ancak ona ilişkin öteki konuların da hastaya anlatılması durumunda geniş bir kapsamı olacağına yönelik" bir çağdaş bilgilendirilme hakkı tanımının gözardı edilmesidir (m.31).

Söz konusu taslağın sekizinci bölümünde memurlar ve kamu görevlileri hakkında yaptırımların dile getirildiği 46. Maddeye "etik bilirkişilik" gibi bir kavramın eklenmesi önerilebilir.

Sonuç olarak; Hasta Hakları Yönetmeliği Taslağı'nın Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanmış olmasını son derece olumlu bir girişim olarak değerlendirmekle birlikte, öncelikle dilinin sergilediği görünüm açısından akıcı ve anlaşılabilir bir metin olmadığı, bu durumun mutlaka düzeltilmesi gerektiği yönündeki kanımızı bildirmek isteriz. Ayrıca öteki eleştirel ayrıntıların ise daha sistemli bir biçimde tek tek ele alınmasının gerektiği kanısındayız. Bunun yanı sıra çocuklar, akıl hastaları, tutuklu ve gözaltında bulunanlar gibi özel grupların hastalıkları durumunda, haklarının yaşama geçirilmesi konusunda da, Yönetmeliğin özel düzenlemelerinin bulunması gerekli görünmektedir.

18. KONSÜLTASYON HAKKINDA GÖRÜŞ

Bilimsel bilginin gelişmesine paralel olarak günümüzde uzmanlık alanlarının sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle bir vakaya bütüncül yaklaşabilmek için, birden fazla tıp alanının birlikte çalışması kaçınılmaz olmuştur. İsabetli bir tanı ve tedavi amacıyla günümüzde her uzmanlık alanındaki hekim, mesleğini uygularken diğer alanların bilgi ve teknik desteğine de gereksinim duymaktadır. Hekimin hasta merkezde olmak üzere, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık, **konsültasyon** ya da **danışım** olarak adlandırılmaktadır. Konsültasyon eyleminin daha doğru ve düzenli işleyebilmesi için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1-Konsültasyonun öneminin kavranması, tıbbın bütüncül yaklaşımı esas alan bir meslek olduğunun kavranmasıyla olanaklı olduğundan, tıp eğitiminin her döneminde alanın bu özelliğine dikkat çekmek uygun olur.

2-Konsültasyonun daha sağlıklı işleyebilmesi için, hastanın sürekli(müdavi) hekiminin yazılı istem yapması uygundur. Ancak yapılan yazılı istemde hastanın özellikleri, neden konsültasyon istendiği çok açık ve anlaşılır bir biçimde yazılmalıdır.

3-Konsültasyon yazılı olarak istense bile, olanaklı ise hastanın konsültasyonu sırasında ya da hemen sonrasında hekimler hasta ile ilgili olarak karşılıklı görüşme olanağını bulabilmelidirler.

4-Konsültan hekim de hastayla ilişki süresince, en az hastanın sürekli hekimine kadar sorumluluk aldığını bilmelidir. Konsültasyon işlemi, temelde bir hasta-hekim ilişkisidir. Bu nedenle konsültan hekim de hasta-hekim ilişkisinin bütün gereklerini yerine getirmelidir.

5-Konsültasyon eyleminin daha verimli olabilmesi için, sürekli (müdavi) hekim olanaklı ise her keresinde aynı konsültan hekimle çalışabilmelidir.

6-Konsültan hekim, hastayla ilgili sorumluluğu yüklenmeye başladığı için, hastanın ve hastalığının durumuna göre işbirliğinde sürekliliğin sağlanması uygundur.

7-Konsültan hekim alanında yeterli bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

8-Konsültasyon sonuçlarından hastaların da yeterli ölçüde bilgilendirme hakları vardır.

9-Bazen konsültasyonun sonucunda hastanın sürekli hekimi değişebilir, bu durum hastaya bildirilmelidir.

10-Özellikle günümüzde bazı hastaların tedavi süreci disiplinlerarası işbirliğini zorunlu kılmaktadır. Bu durumda tedavi bir "ekip işi" haline gelmektedir.

11-Hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, sürekli hekim durumu hasta ya da yakınlarına bildirmelidir.

12-Multidisipliner eğitim hastanelerinde konsültasyon görevinin yerine getirilmesi ilgili uzmanlık alanını temsil eden kurumsal yapının sorumluluğundadır. Konsültasyon hizmetleri, ilgili uzmanlık alanının yetkililerince düzenlenmelidir.

13-Konsültasyon istemi ve yerine getirilmesi sırasında, konsültasyonun ve sonuçlarının kuşkuya yer vermeyecek biçimde açık ve iletişimi en üst düzeyde tutan bir tutanak ile belgelenmesi gerekir.

Yukarıdaki öneriler konsültasyon uygulamasına yol gösterici olmakla birlikte, çağımızın sağlık anlayışı dikkate alındığında, hastaya bütüncül yaklaşımın zorunlu olduğu ve bu nedenle sağlık hizmetinin bir ekip etkinliği olarak yürütülmesinin gerekliliği kaçınılmazdır. Bu çerçevede, gerektiğinde, hekim olmayan profesyonellerin de bu süreçte yer alabilecekleri açıktır.

19. TİMUS FRAGMANLARI TOPLANMASI HAKKINDA GÖRÜŞ

Sağlık Bakanlığı'na başvurarak Thymoglobuline ve Lymphoglobuline üretiminde kullanılmak üzere Timus Bezi Fragmanları toplamak için yetki ve izin isteyen ADAK Tıbbi Cihazlar Sanayi Ticaret LTD.ŞTİ'nin başvurusuyla ilgili dökümanlar bu başvuru ve eklerindeki verilen bilgi yeterli görünmemekle birlikte incelenmiştir.

Buna göre özellikle organ aktarımları erken ve geç dönemlerinde oluşacak rejeksiyonların önlenmesinde ve aralarında şiddetli aplastik anemi, steroide dirençli çeşitli hematolojik rahatsızlıklarda kullanılan yukarıda adı geçen ilaçların üretimini hedeflendiği belirtilmektedir. İthal edilen ve bu nedenle pahalı olan ilaçların daha ucuza maledilmesi önemli bir amaç olarak kabul edilebilir, ancak yukarıda kısaca özetlenen işlemin ülkemizde gerçekleşebilmesi için etik açıdan üzerinde durulması gereken kimi noktalar bulunmaktadır.

Başvuruda dile getirilen konular arasında böyle bir işlem için **hasta seçim ölçütlerinin neler olacağına ilişkin** açıklama yoktur. Örneğin çocuk hastalarda alınacak fragmanların miktarının en fazla ne kadar olacağı, seçim için hangi yaş sınırlarının saptanacağı ... gibi durumlar belirsizlik içindedir. Bu nedenle Kalp ve Damar Cerrahisi alanlarının her birinin hastaları da, timus fragmanlarının alınması için söz konusu edilebileceklerdir. Kuşkusuz kendi bedenlerine yönelik ve ameliyat oldukları hastalığın tedavisi için herhangi bir yararı ya da etkisi olamayacak böyle bir işlem için **onamlarının (rızarlarının) alınması** zorunludur. Bu onamin (rızanın) **tam ve hasta tarafından kesin anlaşılabilirliğe dayalı bir aydınlatma sonrası verilmiş olması** etik açıdan beklenmektedir. Ancak sözü edilen işlemin organ ve doku aktarımlarından oldukça farklı bir doğası olduğu da dikkat çekicidir. Çünkü burada hastanın vermeye razı olduğu doku tümüyle bir **ticaret ögesi** durumuna gelmektedir. Benzer bir durumun insan organizmasındaki başka herhangi bir doku ya da organ içinde gerçekleşmesi durumu ise günümüzde suç kabul edilerek hem ulusal, hem de uluslar arası düzeyde hukuki anlamda kovuşturulmayı gerektirmektedir. Örneğin Avrupa Konseyi'nce 1996 Kasım'ında kabul edilmiş olan Biyoetik Sözleşmesi'nde 7. Bölüm başlı başına bu konuya ayrılmıştır. Buna göre; insan bedenine ve onun parçalarına ticari kazanç ögesi olarak bakılamayacağı vurgulanmaktadır. Bu çelişkinin aydınlığa kavuşturulması amacıyla, eğer varsa farklılıkların tanımlanarak belirginleştirilmesi gerekir.

Tıp etiğinin ve hatta onu aşkın bir biçimde biyoetiğin evrensel ilkelerinden **zarar vermeme** ilkesi uyarınca yukarıda sözü edilen işlemin hastayı karşı karşıya bırakacağı riskler açısından titizlikle incelenmesi zorunludur. **Sadece timus fragmalarının alınmasının tek başına ameliyat endikasyonu olamayacağını vurgulayarak**, bir başka gerekçeyle ameliyata alınmış ve anestezi altındaki hastanın timus fragmanlarının alınması nedeniyle **fazladan daha ne kadar süre ameliyathanede ve anestezi etkisinde tutulmasının gerekeceği** ve bu durumun **hastada yaratacağı risk** ayrıntılarıyla değerlendirilmelidir. Bilindiği gibi ülkemizde Göğüs Cerrahisi ve Kalp Damar Cerrahisi ayrı uzmanlık alanları biçiminde eğitim ve hizmet vermektedir. Bu iki farklı alanın kendi konuları gereği timus üzerindeki deneyimleri, her iki alanın rutin operas-

yon kesilerinin yerleri ve uzunlukları gibi teknik ayrıntılar ile bunların sözü edilen işlemin başarıyla gerçekleştirilmesindeki rolleri gibi özelliklerin, her iki alanın eğitimini de veren öğretim üyelerince kapsamlı bir biçimde ele alınmasının ve tartışılarak bir sonuca ulaştırılmasının yararlı olacağı açıktır.

Bu nedenlerle, yukarıdaki noktalar ve belirtilen sorunlar gözönüne alındığında, şu an için sözü edilen işleme izin verilmesinin etik açıdan uygun olmadığı kanısındayız.

20.HEKİMLERİN VE TANI - TEDAVİ KURUMLARININ TIBBİ BELGELERDE DİNSEL NİTELİKTE İBARELER KULLANMASI HAKKINDA TTB ETİK KURULU'NUN GÖRÜŞÜ

Tıp Meslek Etiği Tüzüğü'nün "Hekimin Yansızlığı" başlığını taşıyan 7. maddesi, hekimin hastasında "siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözlemeksizin" davranması gerektiğini dile getirmektedir. Bilindiği gibi, aslında bu belirleme, hekimliğin ikibinbeşyüz yıllık *akılcı,bağımsız ve ayrımcılığa karşı duran* yapısının yeniden sözlere dökülmesinden başka bir şey değildir. Hekim - hasta ilişkisinde, benzer durum, hasta açısından da tıbbi duyulan güveni belirleyen, bu güven duygusunu sağlamlaştıran ve pekiştiren bir nitelik taşımaktadır. Bir başka deyişle, herhangi bir hekime ya da kuruma sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların da o hekimin dinsel inancını, etnik kökenini, siyasal görüşünü bilmek gibi bir zorunlulukları bulunmadığı gibi, bu nitelikler onun seçiminde belirleyici ya da zorlayıcı da olmamalıdır. Bu tür ayırdettirici anlatımların kullanılması, bunlar ister dinsel olsun, isterse politik ya da etnik bir görüşü ifade ediyor olsun, tıbbin ayrımcılığı kabul etmeyen yapısını göz ardı etmek demektir. Tıbbi belgelerde yer verilmekte olduğuna tanık olduğumuz "*Gayret bizden, şifa Allah'tan*" biçiminde ayrımcılığı destekleyen bir anlatım, bir yaklaşım biçimi olarak tıp kurumunu da bağlayan bilimsel yapıyla ve çağdaşlıkla bağdaşamaz. Ancak buna benzer bir karşı çıkışın, din dışındaki, yukarıda dile getirilen öteki öğelerin ayrımcılık amacıyla kullanılması durumunda da yapılması gerektiği vurgulanmalıdır. Kişisel ilişkilerde dinin yerini ancak bireyler belirleyebilir ve bu hiç bir biçimde müdahale konusu olmaması gereken bir durumdur. Tıbbın ve sağlık hizmeti sunan kurumların sağlam gelenekleri olan bir yapı olarak, kendi uygulamasına yönelik kimi sınırlamalar getirmesi ve saptamalar yapması mesleğin yapısının bozulmadan sürebilmesi açısından doğaldır. Bu açıdan, yukarıda dile getirilen ibarenin bir sağlık kurumuna ait tıbbi belgelerde kullanılması, çağdaşığa ve meslek etiğine aykırı bir durumu da göstermektedir.

Yukarıda dile getirilen ifade ile ilgili olarak üzerinde durulması gereken bir başka nokta da, bilimsel bir disiplin olma özelliğini yüzyıllardır taşıyan tıp uygulamasının, din olgusu ile karşı karşıya getirilerek mağlup gösterilmiş olmasıdır. Tıbbin tarihsel gelişimine bakarsak, benzer bir ifadenin "Yarasını ben sardım, şifasını Allah verdi" (*Je le pansait, Dieu le guairit*) biçiminde 16. Yüzyılın ünlü cerrahlarından Ambroise Paré tarafından kullanılmış olduğu gerçeğiyle karşılaşırız. Bu durum bizi

şaşırtmamalıdır; çünkü o dönemde ne mikroorganizma kavramı, ne de asepsi - anti-sepsi kavramları bilinmediğinden, hekim yaptığı etkinliği tam olarak açıklayamamakta; sadece uyguladıklarının ampirik olarak işe yaradığını söyleyebilmektedir. Özellikle tıbbi bilimsel - deneysel yaklaşımın egemen olmasından sonra, bilinmeyenler her geçen gün biraz daha azalmış, neden - sonuç ilişkisini açıklamaya yönelik "nedensellik ilkesi" her geçen gün biraz daha sağlam kurulabilmiştir. Bilinemezlik ya da bir başka deyişle o ana kadar tam olarak açıklanamamış durumların varlığı, tıp gibi hemen tüm öteki bilimsel alanlarda da geçerlidir. Ancak şu zaman diliminde hala bilemediklerimizin bulunması, nedensellik bağıntısını inançla doldurmamızı değil, aksine bilimsel yöntemle ve bakış açısıyla çalışarak tamamlamamızı gerektirmektedir. Bu nedenle yukarıdaki ifadenin dinsel bir bakış açısıyla bilimsel bakış açısını karşı karşıya getirdiği, sonuçta da, bilimi, kabul edilemez bir biçimde yenik ilan ettiği söylenebilir.

Bu tür anlatımların hekimlerin ve tanı - tedavi kurumlarının tıbbi belgelerinde yer almasının dile getirilmesi gereken bir başka yönü daha bulunmaktadır. O da ideolojik görünümü bir tarafa bırakılsa bile, bu tür bir deklarasyonun, belli bir gruba şirin görünmek kaygısı da olan bir reklam niteliği taşımasıdır. Bu nitelik oldukça açık olup, toplumdaki potansiyel hastaların bir bölümünü ve aynı zamanda sağlık hizmeti üretenleri de ister istemez hedeflemekte, böyle bir mesaj vererek tıp uygulaması için haksız bir rekabet ortamı yaratmaktadır.

Sonuç olarak hekimlerin ve tanı - tedavi kurumlarının tıbbi belgelerinde dinsel nitelikte ibareler kullanmaları, her tür ayrımcılığı reddeden ve bilimselliğe dayanması gereken tıp kurumunun işleyişi, genel olarak insanların tıptan ve hekimlerden beklentilerini yanlış bir biçimde yönlendirmeleri ve belirgin reklam niteliği taşımaları nedeniyle etik açıdan hiç bir biçimde kabul edilemez. (15 Mart 1999)

21.TTB Etik Kurulu' nun Psikiyatrik Sorunu Olan Askerlik Yü- kümlüleriyle İlgili Protokole İlişkin Görüşü

Sağlık Bakanlığı ile Milli Savunma Bakanlığı arasında imzalanan ve imzalandığı andan itibaren yürürlüğe girmiş olan "Psikiyatrik Sorunu Bulunan Askerliğini Yapmamış Vatandaşlarımızın Kimlik ve Hastalıklarının Askerlik Şubelerine Bildirilmesine İlişkin Protokol" 2. 8. 1999 tarihinde ve Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 12639 sayılı genelgesiyle Valiliklere gönderilmiştir. Sözü edilen protokole ve uygulamalarında çıkabilecek durumlara ilişkin, son derece önemli etik kaygılar duyan TTB Etik Kurulu bu konuda görüşlerini dile getirmeyi hem hekim hakları, hem de hasta hakları açısından bir zorunluluk olarak görmektedir.

Söz konusu protokolde bir çok kez psikoloji ve psikiyatri kavramlarının birbirine karıştırılarak, farklı biçimlerde ve farklı anlamlar atfedilerek kullanıldığı dikkat çekmektedir. Protokolün hazırlanması sürecinin oldukça kısa tutulduğu ve teorik bir temelden oldukça uzakta bulunulduğu göze çarpmaktadır. Bu noksanlık, aynı zamanda, böyle bir protokolün bu şekilde hazırlandığını ve başta hekimler olmak üzere tüm taraflar ve kamuoyu için bir dayatma niteliği taşıdığını da düşündürmektedir.

TTB Etik Kurulu' nun 1994' ten bu yana, çeşitli vesilelerle dile getirdiği temel noktalardan biri, "hekim - hasta ilişkisinin gizlilik boyutunun, titizlenilerek korunması gereken bir öge" olduğudur. Tıbbın evrimi boyunca varlığını koruyan bu özellik, günümüzde hasta kayıtlarının bilgisayar ortamlarında tutulması, ya da medyanın hastalara ait bilgilere yayınlarında yer vermesi gibi, bir çok farklı görünüme bürünmüştür. Ancak, "güven temeline dayalı bir hekim - hasta ilişkisi" nin varlığını sürdürebilmesini ve bir ölçüde tıp kurumunun saygınlığını korumasını sağlayan önemli etkenlerden biri, gizliliğe sadık kalınmasıdır. Gerek ulusal düzeydeki, gerekse uluslararası düzeydeki pek çok metnin, bildirgenin ya da mevzuat örneğinin hem içeriğinde, hem de ruhunda bu özelliğe rastlamak mümkündür. Oysa sözü edilen protokol ile, tıp kurumunun ön kabullerinden birisi olan, hastaların mahremiyetine saygı duyulması ve korunması dikkate alınmamıştır. Protokolün ve ilgili genelgenin içeriğinde yer verdiği, "tüm kayıtların gizli ibaresiyle tutulacağı" biçimindeki açıklamalarının teoride kalacağı ve gerçekleşmeyeceği, ülkemizdeki genel yazışma işleyişi göz önüne alınırsa, hemen kestirilebilir bir sonuçtur. Bu nedenle, ilgili protokolün hekim - hasta ilişkisinde mahremiyete saygı gözetmeyen ve buna pek önem vermeyen bir tutum sergilediği söylenebilir. Bu durum, söz konusu protokolün tıp etiği açısından kabul edilemez niteliklerinden birisidir. Bir başka deyişle, dünyada ve ülkemizde bazı hastalıkların bildirimini zorunlu

kılan uygulamaların temel amacı, özellikle toplum sağlığı açısından önem taşıyan hastalıkların belirlenmesidir. Epidemiyolojik değerlendirme, hastalık bildirimlerinde asıl amaç olmalıdır. Oysa bu protokolda amaç “askerliğe elverişli olmama kararının önceden alınması” ve bu insanların “stigmatizasyonu” dur.

Askerlik hizmeti gibi, belirgin hiyerarşinin egemen olduğu ve yaratacağı gerginlik ile psikotik nitelikteki kişilerin bu ortamda bazı tehlikeli durumlara neden olabileceği ve bu durumun, özellikle askeri yetkililer açısından, önlenmesi gereken bir tablo olarak değerlendirilebileceği açıktır. Ancak, ordunun silah altına alacağı “sağlıklı” bireyleri seçmesinde, bu protokol ile, hekimlere yüklenen rolün hem abartılı olduğu, hem de yer yer hekim kimliğine ters düşecek yönler içerdiği açıktır. **Böyle bir protokolü işletmek yerine, Milli Savunma Bakanlığı’ nın kendi içerisinde ruh sağlığı hizmeti veren / verecek birimlerini sayısal açıdan arttırması ve gerekiyorsa niteliksel açıdan donanımlı hale getirmesi daha işlevsel ve çok daha “sağlıklı” olacaktır kanısındayız.**

Askerlik çağındaki gençlerde “gelip geçici” karakter taşıyan kimi ruhsal kökenli hastalıkların, hekimler eliyle ihbar ediliyor olmasının yaratacağı bir başka olumsuz durum da, bu gençlerin kalıcı olmayacak kimi ruhsal sıkıntılar için etik dışı bir biçimde damgalanmış olmalarıdır.

Psikiyatrye yönelik haksız önyargının beslenmesi de, yukarıda dile getirilen protokol ile birlikte doğacak, arzu edilmeyen ancak kaçınılmaz sonuçlardan biri olabilir. Toplumsal düzeyde ruhsal sorunlara ve ruhsal sorunu olanlara ilişkin yersiz çekinmeler, önyargılar varken ve bu durum zaten insanların psikiyatri uzmanlarına başvurusunu sınırlandırırken, böyle bir protokolün varlığı başvuruları daha da kısıtlayacak ve güven sarsıcı olabilecektir. Tıp dışı yöntemlere yönelme, bilim dışı akımlara ve kişilere başvurulması gibi hiç arzu edilmeyen bir mecraya sapılması da, psikiyatri özelinde, karşılaşılabilecek sorunları ağırlaştıracaktır.

Söz konusu protokolün “3. Esaslar” bölümünde A maddesinde bildirim “hasta, veli veya vasilerinin rızası alınarak” yapılmasına ilişkin bir ifade bulunmaktadır. Burada genel olarak tıp etiğine ve hasta haklarına uygunmuş gibi bir izlenim alınmaktadır. Oysa, hekim - hasta ilişkisinin başlangıcında, hekim daha muayeneye başlamadan, saptayabileceği rahatsızlığa göre, rıza alınarak veya alınmadan bildirimde bulunmak durumunda olduğunu hastaya veya velisine , vasisine söylemek zorundadır. Böyle bir zorunluluk; bir hasta hakkı olarak hastanın görüşmeye devam etmemesine, bir başka deyişle hekim - hasta ilişkisini bitirmesine neden olabilir. Uzmanların “güven kazanmanın ve olumlu tedavi edici ilişki kurmanın son derece güç olduğunu” belirttikleri bu yaş grubunda, daha muayeneye başlamadan bu tür olumsuzlukların yaşanmasının “ bireylerin tedavi olma hakkı” nı zedeleyeceği açıktır. Bu açıdan da Etik Kurulumuz protokolün ciddi bir sakınca taşıdığı kanısındadır. Yine 3. Bölümün B Maddesindeki “askeri ortamda kendisinin ve bulunacağı toplumun can ve mal güvenliğini tehlikeye sokabilecek hastaların rızası alınmaksızın hekim tarafından re’ sen bildiri yapıl-

caktır” ifadesi hekimden hekime farklı algılanabilecek, dolayısıyla öznel olarak değerlendirilebilecek bir durumu anlatmaktadır.

Sonuç olarak; “Askerlik Çağı Öncesinde Ruhsal Sorun Yaşayan Gençlerin Sağlık Bakanlığı Aracılığıyla Milli Savunma Bakanlığı’na Bildirilmesi Konusunda İmzalanmış Bulunan Protokol” hekim - hasta ilişkisinin temel ve gerek koşullarından birisi olan mahremiyeti ortadan kaldıran, psikiyatriye yönelik varolan yersiz toplumsal önyargıyı besleyen ve tıp dışı uygulamalara yöneltebilecektir. Ayrıca, askerlik öncesi yaş döneminde görülebilecek birtakım kalıcı olmayabilecek bozukluklar nedeniyle, gençler haksızlığa ve damgalanmaya (stigmatizasyona) maruz kalacak ve ayrıca tüm bu etik sakıncaların yanı sıra, askerlik hizmetinden kurtulma düşüncesi olan çeşitli düzeydeki ve farklı olanaklara sahip aileler için bu durum kötüye kullanılacaktır. Bütün bu görünür sakıncalarından dolayı, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu olarak, “Askerlik Çağı Öncesinde Ruhsal Sorun Yaşayan Gençlerin Sağlık Bakanlığı Aracılığıyla Milli Savunma Bakanlığı’ na Bildirilmesi Konusunda İmzalanmış Bulunan Protokol” ün, bu biçimiyle kabul edilemez olduğu kanısındayız.

22.TTB Etik Kurulu' nun Tıbbi Yanlış Uygulama (Malpraktis) Kanunu Tasarı Taslağı ve Gereççeleri" Metnine İlişkin Görüşleri

"Tıpta Malpraktis", tıp uygulamalarında ortaya çıkabilen ve özellikle hekimler başta olmak üzere bütün öteki sağlık çalışanlarını da hastalar ve hasta yakınlarıyla karşı karşıya getirebilen önemli bir sorundur. Tıpta hasta haklarının yaşama geçirilmesinde, malpraktisin ayrıntılarıyla ele alınmasının ve çözüm önerilerinin geliştirilmesinin önemli katkısı olacaktır.

Tıpta malpraktis konusu hakkında, başlangıçta üzerinde titizlikle durulması gereken bir kaç nokta bulunmaktadır. Bunlardan ilki "yanlış / hatalı tıbbi uygulama" ile "komplikasyon" arasındaki farkın bilinmesi ve gerekli olduğunda konunun uzmanlarınc bu ayrımın yapılmasının gerektiğidir. İkincisi böyle bir tabloyu yaratan bir durumun hemen bütünüyle bir tek etkene indirgenemeyeceği, onu ortaya çıkaran mesleki eğitim, sağlık sisteminin işleyişi, sağlık ekibinin kendi içindeki iletişim ... gibi sayıları daha da arttırılabilecek bir liste dolusu etkenin bulunduğu gerçeğidir. Üçüncü önemli nokta; bir çok tıbbi uygulama için "olmazsa olmaz" aşamaların belirlenmemiş olmasıdır; yani hangi basamağın atlanmasının ya da uygun biçimde yapılmamasının yanlış/ hatalı tıbbi uygulama sayılabileceği konusunda da bir belirsizlik bulunmaktadır. Bu genel gözden geçirmeden sonra; söz konusu tasarının kapsamıyla ilgili dikkati çeken bir başka nokta üzerinde de durmak gerekli görülmektedir. Tasarının "amaç" maddesinde tüm sağlık çalışanlarını kapsamaya çalışan ve bu yaklaşımla sünnetçiyi de, protezciyi de, fizyoterapisti de zikreden, ama sadece hekimi merkeze koyan bir yaklaşımın varlığı dikkat çekicidir. Bu açıdan bir tutarsızlık bulunduğu açıktır; çünkü eğer tüm sağlık çalışanları aynı kapsam içerisinde olacaksa metin içerisinde onların da sorumluluklarının dile getirilmiş olması gereklidir. Eğer taslak metinde görüldüğü gibi, bu, hemen sadece hekimlere yönelik bir yasa olacaksa, o halde de amaç maddesindeki tüm öteki sağlık profesyonellerini zikretmeye gerek yoktur. Söz konusu tasarıda dikkati çeken önemli bir başka nokta da, "sorumluluk" kavramının son derece belirsiz bırakılmış olmasıdır. "Müşterek sorumluluk" ya da "kişisel sorumluluk" gibi ayrı ayrı ifadelerle metin içerisinde rastlanmakta ise de, bunun hangi sağlık personeline yönelik bir ifade olduğu anlaşılammaktadır. Bir başka nokta da cezalara ilişkindir. Nitelikleri bakımından çok farklı suçlar varken, hemen hemen tek bir ceza öngörülmektedir (7. Bölüm md. 67). Bu, "son derece genel" olmanın yanı sıra; aynı zamanda "suç ve cezaların kanuniliği" ilkesini de göz ardı etmiş görünmektedir. Metinde yer verilecek

yaptırımlar açısından suç ile suç olmayan eylemlerin net bir biçimde tanımlanmış olması, hekimler açısından hangi eylemin suç olduğunun netlikle ortaya konmuş ve sınırlarının son derece belirgin bir biçimde çizilmiş olması gereklidir. Ceza maddesinde olduğu gibi, geçici maddeler ve yürürlükten kaldırma maddeleri de yasal anlamda geçersiz sayılabilecek bir formattadır.

Sonuç olarak; bütün bu saptamalardan sonra, şu anda Türkiye' de malpraktis ile karşı karşıya bulunulduğu düşünüldüğünde, söz konusu durumla ilgili nasıl bir tablonun bulunduğuna bakalım. Eğer bir hasta ya da hasta yakını sözü edilen durumdan yakınıyorsa; hem disiplin soruşturması açmak bakımından tabip odalarının onur kulları işlev görmektedir, hem de hukuki yolun mahkemeler kanalıyla işletilmesi açısından gerekli temel yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu bilgiler ışığında Türkiye' de tıp uygulamaları sırasında bir mağduriyete uğradığı düşüncesindeki bireyler açısından hak arama açısından yasal bir boşluk bulunduğu söylenemez. Böylece; tüzük, yönetmelik gibi hasta haklarına doğrudan yönelik yasal metinler varken bir yenisine daha gereksinim olup olmadığı sorgulanabilir. Üzerinde tartışılmayacak kadar ham bir metin olarak gördüğümüz "Tıbbi Yanlış Uygulama (Malpraktis) Kanunu Tasarı Taslağı ve Gereççeleri" kullanılan dili, grameri, hukuk tekniği gibi açılardan tümüyle baştan sona yeniden yazılması gereken bir metin görünümündedir. Yasanın adlandırılması içeriğini yansıtmamaktadır; eğer olacaksa " tıbbi uygulamalar yasası" ya da daha genel bir başlık olarak "sağlık uygulamaları", "sağlığa yönelik uygulamalar" gibi bir adlandırma önerilebilir. Bilindiği gibi, uygulamaya yönelik tek meslek tıp olmadığı için, öteki uygulamaya yönelik her bir meslek için de benzer bir kanuna ihtiyaç bulunup bulunmadığı doğal olarak gündeme getirilebilecektir. Böylece, uygulamalı ve insan yararına yönelik her meslek grubu için, "mühendislik uygulamaları yasası", "mimarlık uygulamaları yasası"... gibi ayrı ayrı yasalar çıkarmanın da ne kadar gerekli ve ne kadar anlamlı olacağı ayrıca tartışılabilir.

Ankara, 5 Haziran 2000

23.TTB Etik Kurulu' nun Hekimin Hastalığı Durumunda Mesleğini Uygulamasına İlişkin Görüşü

Hekimlerin de kendi hastalıklarında, o alanın bir profesyoneli olmanın dışında tıpkı öteki insanlar gibi tedavi olma, tedavi kurumlarından yararlanma, rapor alma ... gibi hakları bulunmaktadır. Gerektiği durumlarda hekimlerin bu haklarını, mesleki öncelikleri de dikkate alınarak kullanmalarına olanak sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Ancak, ilgi yazıda da belirtildiği gibi, hekimlerin kendi hastalıkları dolayısıyla hastalarına zarar vermeleri söz konusu ise ne yapılmalıdır?

Tıpta uğraş alanı dolayısıyla doğrudan hastalarla iletişim kurmayı gerektirmeyen dallar, temel tıp birimleri, adli tıp ya da patoloji' de olduğu gibi oldukça az sayıdadır. Bu gibi alanlarda hekimin taşıdığı bir enfeksiyonun birey, hasta ya da genel olarak toplum için bir zararı olmayabilir. Ancak örneğin renk körlüğü gibi bir durumun doğrudan etkisi ve neden olduğu sınırlılıklar nedeniyle böyle bir kişinin sözcüğü patoloji alanında çalışması en baştan kabul edilemeyecektir. Benzer biçimde bir meslek riski olarak çeşitli enfeksiyonlardan korunmak hekimler için bir hak olarak tanımlanmışken, aynı zamanda enfekte bir hekimin, bu enfeksiyonun sağlıklı bireylere ya da öteki hastalara bulaşmasını önlemek için bir takım sınırlılıklarının olabileceği de doğal karşılanmalıdır. Belki de hekimlerden kendi gizliliklerini koruma haklarından profesyonelce vazgeçmelerini beklemek, başka hiç bir alanda karşılaşılamayacak ölçüde ve boyutta sadece tıpta mümkün olabilmektedir. Uluslararası platformda örneğin Amerikan Tıp Birliği' nin Tıp Etiği Kodlarında bu tür sınırlamaları görmek mümkündür. 1992 yılı "Code of Medical Ethics" bir hekimin tıbbi uygulamasını bozan alkol, ilaç ya da kimyasal bir ajanın etkisi altında iken tıp icrasında bulunmasını etik dışı kabul etmektedir (8.15). Hekimlerin hastalarını ve toplumu korumak adına, mesleki becerisinin olumsuz etkilerini gördükleri meslektaşlarını bildirmekle sorumlu oldukları da aynı kodlar arasında dile getirilmektedir (9.11). Bu tür bir rahatsızlığın ilaçların ya da alkolün etkisiyle olabileceği gibi, ruhsal ya da fiziksel bir rahatsızlıktan da kaynaklanabileceği dikkate alınmalıdır. Tüm hekimler bu durumdaki meslektaşlarını uygun bir tedaviye yönlendirmek konusunda yükümlüdürler(American Medical Association, 1992).

Bu açıdan üzerinde durulması gereken hastalıklardan birisi de ruhsal sorunlardır. Öncelikle , ruhsal bozukluğu olan kişilerin kesinlikle hekimlik yapamayacakları gibi kesin bir kural koymak mümkün değildir. Çünkü zaman zaman her kişide görülebileceği gibi hekimler arasında da ruhsal sıkıntılar olması doğaldır. Ancak bu tür sorunla-

rın genellikle düzeldiği ve çalışmanın da bu düzelmede katkısı olacağı kabul edilmektedir. Uzmanlar, genel olarak kronik şizofreni tanısının bu konuda bir istisna olarak, hekimliğe açıkça bir engel oluşturabileceği kanısındadırlar.

Burada dile getirilmesi gereken bir başka nokta da, sonradan olan sakatlıklar, kısıtlılıklar dolayısıyla mesleğini uygulayamaz duruma gelen hekimlerin desteklenmesi konusunda neler yapılabileceği konusudur. Trafik kazalarının da içinde bulunduğu, beklenmedik durumlardan sonra sakat kalmış bir meslekdaş için Türk Tabipler Birliği'nin, hekimlere yönelik bir mesleki güvence sistemi geliştirmesi yolunda girişimlerde bulunması, hekim dayanışması adına önemli bir boşluğu dolduracaktır.

Prof. Dr. Orhan Öztürk' e katkıları ve 6. 3. 2000 günlü yazıları için teşekkür ederiz.

24. TUTUKLU BİREYİN MUAYENESİ

Bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesinde fiziksel ve psikososyal öykü alma (anamnez) ile fizik muayene önemli bir yer alır. Bunlardan öykü almada; bireye ilişkin dermografik veriler, halen ve geçmişteki sağlık sorunları, aile sağlık öyküsü, cerrahi ve eğer varsa jinekolojik öykü ve sistemlerin gözden geçirilmesi yer alır. Ancak bu bilgilere ulaşmada bireyin, duygu, deneyim ve sorunlarına ilişkin yönlerin sorulması ve anlatılması kaçınılmazdır. Bu nedenle görüşme sırasında hasta yönünden zaman zaman rahatsızlık, sıkıntı, utanma hislerinin ve çeşitli duygulanımların yaşanabilmesi, yanıtlaması zor sorunlarla karşılaşılabilmesi ve hatta hastanın mahremiyetine girilebilmesi nedeni ile (idrar ve bağırsak, seksüel etkinlik, örselenmeler, fiziksel deformiteler gibi) bu görüşme kendine özgü özel bir görüşme özelliğine sahiptir.

Öykü almanın bu içerik ve biçimine uygun olarak, bu bilgilerin, doğrudan yaşayan kişinin kendisinden (primer bilgi kaynağı) alınması esastır. Ayrıca yine bu öykü almanın içerik ve biçimine uygun olarak bu sürecin yer aldığı ortam ve koşulların bütün bu tabloyu tamamlar bir biçimde mahrem, güvenli, saygılı, rahat ve hastanın bir başka kişi bulundurma isteği olmadıkça, hasta ve hekime özel olması esastır.

Ancak bazı özel durumlarda örneğin, komadaki, terminal dönemdeki (kendini ifade edemeyecek durumda ise) ve çocuk hastalarda, sınırlı zekası olan, dil engeli olan ve aşırı yaşlı bireylerde olduğu gibi bireyin bizzat yaşadığı bilgilere ulaşamayacağı durumlarda, öykü kaynağı olarak hastayı çok iyi bilen kişilere başvurabilmektedir. Bu gibi durumlarda, bu kişilerin hastanın yaşadığı deneyim ve değişiklikleri, geliştirdiği başatma yollarını fark edebilecek konumda olması önemlidir. İkinci el ya da dolaylı bilgi kaynağı olarak bilinen bu kaynaklar;

aile üyeleri

akrabalar

arkadaşlar

sağlık personeli (doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışan gibi)

eski tıbbi kayıtlar

raporlar

tanı testleri

literatür olabilir.

Bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesinin ikinci boyutu olan fizik muayenede ise; öykü almada elde edilen öznel (subjektif) verilerin desteklenmesi, kanıtlanması ya da elenmesi amacı ile farklı bölge ve organların muayene edilmesi ve nesnel (objektif) verilere ulaşılması esastır.

Burada da muayene özel pozisyonların verilmesi, bedenin "mahrem" gizli yerlerinin muayene edilmesi, bireyin gerektiğinde kısmen soyunuk olması gibi durumlarda bireyin mahremiyetine saygı duyulması, onurunun korunması, utandırılmaması, olabildiğince hızlı hareket edilmesi, rahat, sakin ve güvenilir bir ortamın sağlanması ve yine hastanın bir başka kişi bulundurma isteği olmadıkça bu ortamın hasta ve hekime özel olması esastır. Hekimin kendi güvenliği açısından sözü edilen muayene ortamında bir yardımcı sağlık personelini bulundurmak gibi bir inisiyatifinin olduğu da hatırlanmalıdır.

Bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesinde mahkum hastaların konumuna bakılacak olursa; bu klasik öykü alma ve fizik muayene işlemlerinde mahkum hastaların "özel" bir hasta grubu olmamaları nedeniyle, sağlık değerlendirmeleri sırasında muayene odasında bir nezaretçi ya da gözlemcinin bulunması gibi bir uygulamanın gereği ve geçerliliği de bulunmamaktadır. Hekimin bu kişilerin muayene odası dışına çıkmalarını istemesinde görevini yapmaya yönelik koşulları sağlama çabası dışında bir gerekçe bulunmayacağı açıktır.

25.ÖLÜM ORUCU VE HEKİMLİK

Hekimlik mesleği insan yaşamını kutsal ve değerli kabul eden, “yaşatma” üzerine kurulu bir etkinliktir. İnsan toplumlarının sergilediği çok farklı görünümeler dikkate alındığında, hekimleri son derece ilginç ve bir o kadar da zor kararları vermeye iten durumların yaşanabildiği açıktır. Tıp uygulaması, bu konudaki pek çok somut örneğin hergün yaşandığı; hekimin sık bir biçimde yaşamla ölüm arasındaki sınırda karar vermek durumunda kaldığı, sözü edilen karar verme sürecinde kökü çok eskilere dayanan bir tıp geleneği ile günümüz koşullarının yer yer çatıştığı; son çözümlemede mesleğinin geleneksel birikimi ile kendi kişisel yargısının ortak ürünü olacak bir çözüme ulaşmak zorunda kaldığı bir uygulamadır. Bir mesleki uygulamayı biçimlendiren dış etkenler ne olursa olsun, o mesleğin özünde bulunan ve meslek kimliğinin onlarsız olamadığı, bir takım temel öğeler bulunmaktadır. Hekimlik için bu özü; insan sevgisi, dürüstlük, insani değerlere saygı gibi evrensel değerler doldurmaktadır. Tarih sahnesine çıkışındaki öncelik sırası ve mesleğin doğası, tıp uygulayıcılarını böylesine kristalize olmuş değerlerle kuşatmış, belki de bu nedenle, evrensel insani öğeler sadece hekimlik mesleğinde bu kadar ön planda yer almıştır. Hekimlerle hizmet vereceği toplum arasındaki sözleşmenin dile getirildiği metinler olarak karşımıza çıkan hekim andları da, bu değerlerin yer aldıkları özet metinlerdir. Gerek hekim-hasta ilişkisinin, gerekse genel olarak tıbbı duyulan toplumsal güvenin temel dayanaklarından birisi, hekimin ve tıbbın hastanın iyiliği için hareket etmek amacından asla vazgeçemez bir yapıda olduğudur. Günümüzde, artık tıp uygulamasında hasta hakları kendisinden sıkça söz edilir bir olgu halini almıştır. Bir başka deyişle tıp “hastaya rağmen” değil, ancak “hastayla birlikte ve hasta için” uygulanabilir bir etkinliktir. Bu etkinlik, hastaya hastalığı konusunda, aydınlanmasını sağlayıcı bilgi vermeye ve onu da karara ortak ederek sorumluluğu paylaşmaya yönelmiştir. Tıp etiğinin ana ilkelerden birisi “hasta özerkliği” ve bu özerkliğin hayata geçirilmesidir.

Zaman içinde hekim andlarının içerikleri de değişmektedir. Örneğin, yasal düzenlemeler dikkate alınarak küretaj yaptırmamaya ilişkin yasaklar metinden çıkarılmış, eski Yunan tanrılarını tanık tutarak yapılan and içme törenleri, laik bir yapı kazanarak hekimin “kutsal saydığı inançları üstüne” yapılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda hedeflenen, hangi unsurların hekim andlarında yer alacağı değil, “arkaik” bir metin yerine çağdaş, olabildiğince hümanist-evrensel yaklaşıma yer verilen bir metin oluşturmaktır. Günümüzde ant metinlerinin çağdaş niteliklerini ön plana çıkarmaya çalışılması, aynı zamanda onları işlevsel kılmaya yönelik bir çaba olarak da görülmelidir.

Zaten hekimi ve genel olarak tıp kurumunu da güvenilir kılan özelliklerden birisi, tarafsız olunması ve bu güvencenin topluma verilmesi değil midir? Kuşkusuz, ant metinlerinin değişmeyen ana özelliklerinden birisi "hekimin tarafsızlığı" ana fikri değil midir?

Tarihte zaman zaman hekimliğin ve tıbbın otoritesi kötüye kullanılmıştır. Uygulamada hekimlerin hastaları hakkında kendi bilgi ve donanımları doğrultusunda en iyi bildikleri yaklaşımı sergiledikleri gerçektir. Paternalist hekimlik olarak tanımlanan ve çoğunlukla hasta onayını aramadan yapılan bu uygulama tarzı ile, yapılacak her girişimde hasta onayını arayan, hastanın özerkliğine saygılı hekimlik tavrı arasında kalan hekimlerin sıkıntılar yaşadıkları açıktır. Bu nedenle "zor kullanarak müdahale", "zorla hastaneye yatırma" gibi uygulamalar, "kişi özerkliği" ve "kişi bütünlüğü" kavramları açısından tartışmalı olan konulardır. Hekimin her tür tıbbi girişimini kabul edilebilir kılan, hastanın buna bir biçimde rıza göstermiş olmasıdır. Bu bağlamda, rızanın bulunmadığı ve bunun açıkça dile getirildiği durumlarda, hekimin yapabilecekleri son derece sınırlı kalmak zorundadır.

Ülkemizde yaşanan açlık grevleri-ölüm oruçlarında hekimler mesleklerini tarafsız olmanın gerektirdiği bir biçimde ve insan yaşamını en öncelikli yere koyarak gerçekleştirmelidirler. Hekimden, devlet gücünü kullanarak "icracı" olması, zorla müdahale etmesi beklenmemelidir. Bu bağlamda, yürütülen bir eylemi durdurmak için hekime biçilmek istenen rolü kabul etmek olanaklı olamayacağı gibi, böyle bir yardımda bulunmayı reddeden hekim için "destekçilik", "işbirlikçilik" gibi bir nitelendirme yapmak da doğru olmayacaktır. Hekimin haksız bir biçimde zedelendiği ve suçlandığı böyle bir süreçte, aynı zamanda bir meslek kimliği krizi yaratılacağı da açıktır.

Hekimlerin de diğer meslek alanlarında olduğu gibi, toplumun içinde yaşayan insanlar olarak toplumun sorunlarına karşı duyarlı olmaları doğaldır. Burası iki tür kimliğin içiçe girdiği ve zaman zaman birbirine karışabildiği yerdir. Bu kimlikler kişinin "hekim" kimliği ile, kişinin toplumun bireyi olarak "vatandaş" kimliğidir. "Hekim" kimliği, insan yaşamını merkeze alarak hastanın kararına saygı duymayı gerektirirken, "vatandaş" kimliği politik tercihler yapabilen, örneğin bir protestoyu destekleyebilen ya da desteklemeyen tutum ve davranışlar için uygun bir kimliktir. Ancak sorun, hekim olan kişi ile vatandaş olan kişinin aynı kişi olmasıdır. Hekim, bu iki farklı kimliğin ayırıcına varmak ve böyle bir bilince sahip olmak zorundadır. Bu, hekim olan kişinin toplum sorunlarıyla ilgilenmemesi anlamına gelmez. Bunun anlamı, kişinin hekim olarak işbaşındayken, toplum sorunlarıyla ilgili politik tercihlerini işine karıştırmaması, buna izin vermemesidir.

Ölüm orucu ve benzeri durumlarla ilgili olarak verilen karardan dönebilme veya bu kararı yeniden gözden geçirebilme şansını (fırsatını) bireye tanıyabilmek amacıyla, geriye dönüşsüz tıbbi tablonun ortaya çıkmasını önlemeye yönelik ikna edici girişimlerde bulunulması; karar verme yeterliliğinin kaybolduğu durumlarda ise, hekimliğin geliştirdiği yaşamı sürdürme refleksinin ön plana çıkarılması ve bu durumlarda yapılanlardan ötürü hekimin etik açıdan kınanmaması gerekir.

Ne yazık ki bu alanda, Türkiye'nin hekimlerine yol gösterebilecek, istenmeyecek denli çok deneyimi bulunmaktadır. Bu deneyim birikimine dayanarak ve tüm hekimlerimizle paylaşıp zenginleştirerek Dünya Hekimler Birliği'ne kendi ülkesel sonuçlarımızı ve önerilerimizi aktarabileceğimizi; bu aktarımların başta Malta bildirgesi olmak üzere ilgili uluslararası metinlerin gözden geçirilip biçimlendirilmesinde son derece işlevsel olabileceği düşünülmektedir. Hekim kimliğini özellikle iletişim ortamında yaratılan krizden kurtarabilmek ve koruyabilmek adına TTB'nin çok şey yapabilecek güçte olduğuna inanıyoruz.

EK:1 TIBBİ ETİK KURSU PROGRAMI*

18-19 Nisan 1996

1.Gün

- 09:30:10:00 Açılış:TTB Etik Kurulu, Biyoetik Derneği ve TTB Pratisyen Hekim Kolu
- 10:00-10:50 Etik Nedir?
(Yrd.Doç.Dr.İsmail Demirdöven)
- 11:00-11:50 Etik, Tıbbi Etik, Biyoetik Kavramları
(Prof.Dr.Yaman Örs)

ARA

- 13:30-14:20 Tıbbi Etiğin Temel İlkeleri, Belirleyicileri
(Doç.Dr.Berna Arda)
- 14:30-15:20 Tıbbi Etik Açısından Hekim-Hasta İlişkileri
(Dr.Yasemin Oğuz)
Vaka Çözümlemesi(I)
- 15:30-16:20 Sınırlı Kaynakların Paylaşılması
(Doç.Dr.Belma Akşit)

2. Gün

- 10:00-10:50 Tıbbi Etikte Bağlayıcı Kuralların Oluşumu
(Prof.Dr.Aziz Fuat Göksel)
- 11:00-11:50 Tıp Uygulamasında Etik Karar Verme Süreci
(Yrd.Doç.Nermin Ersoy)

* Bu kurs TTB Etik Kurulu, Biyoetik Derneği, TTB Pratisyen Hekim Kolu tarafından pratisyen hekimlere yönelik olarak düzenlenmiş ve TTB'nin Mithatpaşa Cad. No.62/18 Nolu binasında gerçekleştirilmiştir.

ARA

- 13:30-14:20 Kızlık Zarı İncelemeleri
(Dr.Serap Şahinoğlu-Pelin)
- 14:30-15:20 Alternatif Denen Tıp Uygulamaları Karşısında Hekim
(Dr.N.Kutlay, Dr.N.Örnek, Dr.H.Öztürk)
- 15:30-16:30 Organ Aktarımları Konusunda Bir Etikodrama Uygulaması Gösteri
ve Tartışma
(Dr.Selim Kadioğlu)
- 17:00-18:00 Genel Değerlendirme ve Kapanış
(Prof.Dr.Y.Örs, Dr.M.Baytemür, Dr.G.Azak)

EK:2 TÜRKİYE' DE ETİK KURULLARLA İLGİLİ BİR DURUM DEĞERLENDİRMESİ ANKETİ, 1998

(TTB Etik Kurulu, TTB Eğitim Kolu)

- 1- Etik kurulunuzun tam adını yazınız:
- 2- Etik Kurulunuz ne zaman kurulmuştur?
- 3- Etik kurulunuzun araştırma etkinliklerinin değerlendirilmesi dışında başka etik sorumlulukları var mıdır?
 Evet Hayır
- 4- Evet ise neler?
- 5- Kurulunuz başvuruda bulunan projelerin bilimsel niteliğini de değerlendirmekte midir?
 Evet Hayır
- 6- EVET ise nasıl? a) Danışmana göndererek,
 b) Kendi içinde alt komisyon kurarak
 c) Başka
- 7- İlaç araştırmaları dışında özel araştırma konularında çalışmakta olan başka etik kurulunuz var mıdır?
 Evet Hayır
- 8- EVET ise belirtiniz
- 9- Etik Kurulunuzun işleyişinde aşağıdaki konular belirgin olarak tanımlanmış mıdır?
 - a. Üyelerin rolleri ve sorumlulukları
 Evet Hayır
 - b. Üyelerin özellikleri ve uzmanlık alanları
 Evet Hayır
 - c. Başvuru işlemleri

Evet Hayır

d. Başvuruların nasıl değerlendirileceği

Evet Hayır

e. Alt kurulların oluşturulup oluşturulmayacağı

Evet Hayır

f. Toplantıların sayısı

Evet Hayır

g. Başvurular ile bunların kabul/ red oranlarını gösteren yıllık etkinlik raporu yayınlanması

Evet Hayır

ETİK KURULUN ÇALIŞMA BİÇİMİ

10- Etik Kurulunuzun üye sayısı nedir?

a) 6 - 8, b) 9 - 12, c) 13 ve üzeri

11- Çalışma yönergenizde üyelerin özellikleri tanımlanmış mıdır?

Evet Hayır

12- Etik kurul üyeleri nasıl belirlenmektedir?

a) Seçimle, b) Atamayla, c) Başka

13- Kurulunuz hangi üyelerden oluşmaktadır?(Sayı)

	Zorunlu	Gönüllü
Klinisyen	_____	_____
Farmakolog	_____	_____
Tıbbi deontolog ya da tıp etikçisi	_____	_____
Hemşireler	_____	_____
Tıp dışı hastane personeli (Eczacı...)	_____	_____
Hukukçu	_____	_____
Hasta temsilcisi	_____	_____
Diğer	_____	_____

14- Etik Kurulunuz dışarıdan uzman görüşü alır mı?

a) Evet, her zaman

b) Nadiren

c) Hayır

15- Kurulunuz hangi sıklıkta toplanır?

a) Düzenli b)Gerektiğinde c).....

16- Etik kurulunuzdaki üyelerin değişme periyodu nedir?

a)2 yıl b)3 yıl d)4 yıl e)5 yıl ve üzeri

17- Üyeleriniz de araştırmacı mıdır?

a)Evet hepsi, b)Çoğunluğu c)Az bölümü d)Hiçbiri
e)Başka.....

18- Üyelerinize herhangi bir ödeme yapılmakta mıdır?

Evet Hayır

19- Evet ise kaynağı nedir?

BAŞVURULAR

20-Yapılacak başvurular için standart bir başvuru formunuz var mıdır?

Evet Hayır

21- Etik kurulunuz değerlendirme yaparken aşağıdakilerden hangilerini gerekli görmektedir?

Ayrıntılı protokol / çalışma planı Evet Hayır

Protokol özeti ya da basit bir dille yazılmış çalışma planı Evet Hayır

Onam (rıza) formu Evet Hayır

Tazminat konusunda ayrıntılar Evet Hayır

Araştırmacılarca imzalanmış Helsinki Bildirgesi örneği Evet Hayır

Başka

22- Etik kurulunuz aşağıdaki bilgilerden hangilerine gerek duymaktadır?

Sorumlu araştırmacı adı/ adları

Evet Hayır

Sorumlu araştırmacı nitelikleri ve uzmanlıkları

Evet Hayır

Araştırmanın amacı ve gerekçeleri

Evet Hayır

Bilimsel niteliği (kalitesi)

Evet Hayır

Yöntemlerin geçerliliği ve güvenilirliği

Evet Hayır

Araştırmaya katılacak deneklerin özellikleri

Evet Hayır

Öngörülen risk ve yan etkilerin özellikleri ve dereceleri

Evet Hayır

Beklenmeyen yan etkilerin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler

Evet Hayır

Araştırmanın sürdürülmemesi ya da değiştirilmesi gibi durumları da içerecek biçimde verilerin izlenmesine yönelik düzenlemeler

Evet Hayır

Yazılı onay formu almaya yönelik düzenlemeler

Evet Hayır

Araştırmanın olası deneklerine sağlanması/ verilmesi düşünülen ayrıntılı bilgi

Evet Hayır

Kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağına ilişkin düzenlemeler

Evet Hayır

Araştırmaya katılmanın sonucunda ortaya çıkabilecek ihmal edilemeyen zararların telafi edilebilmesine yönelik düzenlemeler

Evet Hayır

Ekonomik desteklere ilişkin ayrıntılı bilgi

Evet Hayır

Daha önceki onaylanmış başvurularla ilgili ayrıntılar

Evet Hayır

ONAM(Rıza)

23- Onam istenmeden önce hasta veya gönüllülere araştırma için yazılı bir bilgi formu verilmekte midir?

Evet Hayır

24- Hastalardan araştırmaya katılmalarına ilişkin bir onam belgesi alınmakta mıdır?

Evet Hayır

25- Bu onam belgesi ;

Sözlüdür,

Yazılıdır,

26- Aşağıdaki özel gruplardaki denekler için özel onam (rıza) formlarınız ya da protokolleriniz var mıdır?

Çocuklar Evet Hayır

Zeka özürülüler ya da komada bulunanlar Evet Hayır

Psikiyatrik hastalar Evet Hayır

Tutuklular Evet Hayır

Askerler Evet Hayır

Depolanmış / arşivde bulunan tıbbi kişisel bilgiler Evet Hayır

BAŞVURU İŞLEMLERİ

27. Çok merkezli araştırmalar için özel etik kurullar var mıdır?

Evet Hayır

28. Başvurular nasıl değerlendirilir?

Üyelerin dosyaları önceden inceleyip, toplantıda tartışmalarıyla Evet Hayır

Kurulun toplantılarında sözel olarak Evet Hayır

Üyelerin yazılı görüşleriyle Evet Hayır

Alt grupların daha önceden yaptıkları hazırlık çalışmalarıyla Evet Hayır

Başka

29. Kararlar nasıl alınmaktadır?

- Görüş birliği sağlanarak Evet Hayır
 Oy çokluğu ile Evet Hayır
 Başkanın belirlemesiyle Evet Hayır
 Başka

30. Başvurular reddedildiği zaman:

Başvuru sahiplerine gerekçeli olarak açıklanır

- Evet Hayır

Başvuruların yeniden yapılmasına izin verilir

- Evet Hayır

Başka:.....

31. Kurul tüm onaylanmış başvuruları izler, araştırmacılar belli sürelerde ara raporlarla geri beslenim alır.

- Evet Hayır

32. Evet ise,

- a) 6 ayda bir b)12 ayda bir c) Diğer

33. Tüm başvuruların kayıtları tutulmakta ve saklanmaktadır.

- Evet Hayır

34. Toplantıların kendileri, tutanakları ve kayıtları topluma açıktır.

- Evet Hayır

35- Son bir yıl içinde kurulunuza kaç başvuru olmuştur? Adet dosya.

- a) Kabul adet dosya.
 b)Düzeltilerek kabul adet dosya.
 c) Red adet dosya.
 d) İncelemede adet dosya.
 e) Merkezi etik kurula sevk adet dosya.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

EK:3 ETİK KURULLAR NE KADAR “YETERLİ?”²

Türkiye’de Yapılan Sınırlı Bir Araştırmanın Sonuçları

Arda B*, Akşit B*, Çalışır HC*, Platin N*, Çay Şenler F*, Atasoy T*, Bökesoy I*, Demirdöven İ*, Toroslu N*, Sayek İ**

GİRİŞ

Türkiye’de tıp ve biyolojik bilimler alanında bir çok araştırma yürütülmektedir. Bu araştırmaların etik kurulların onayını aldıktan sonra başlamaları ve yine onların gözetiminde sürdürülmeleri gerekmektedir. Bu gereklilik ülkemizde yasal düzeyde de 1993’den beri bulunmaktadır. TC Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve 23 Ocak 1993 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan İlaç Araştırmaları Yönetmeliği (İAY), ülkemizde etik kurulların oluşturulması sürecinde bir dönüm noktasıdır. Ancak gerek yapısal, gerekse işleyişsel olarak etik kurullarla ilgili bir çok sorunun yaşandığı gözlenmektedir. Bu sorunların varlığına hem bu konuda yapılmış doktora tezlerinde, hem de etik kurullarla ilgili yayınlanmış makalelerde rastlamak mümkündür. Gelişmekte bir ülke olan Türkiye’de, tıp araştırmalarının yürütülmesinde etik duyarlılığın geliştirilmesinin gerekli olduğuna inanan Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, bu amaçla öncelikle bir durum değerlendirmesi yapılmasını gerekli görmüştür. Bu çalışma bu kaygıların ürünüdür.

METODOLOJİ

Tıpta uzmanlık derecesi verilen hastanelerin tümünde eğitim ve araştırma birarada yürütüldüğü için, bu kurumların hepsinde bir etik kurulun bulunması beklenmektedir. Ülkemizde bu anlamda (35 üniversite + 31 devlet hastanesi + 11 SSK hastanesi) toplam 77 sağlık kuruluşu mevcut olup, bunların arasında Sağlık Bakanlığı nezdinde tanınan 49 etik kurul bulunmaktadır. Bu araştırma için hazırlanan soru kağıtları, anılan 49 hastane etik kurul yetkililerine gönderilmiş, bunlardan 33’ünden yanıt

² Ek 2’deki anket formuna dayalı çalışma, 11-14 Kasım 1999’da 4.Ulusal Tıbbi Etik Sempozyumu’nda sunulmuş ve yukarıdaki tam metni Biyoetik Derneği Yay.No:5, Tıp Etiği Araştırmaları (Ed.B.Arda) s.1-12, Ankara, 1999’da yayımlanmıştır.

* Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu

** TTB Eğitim Kolu

alınmıştır. Dolayısıyla, araştırmaya katılma oranı %67'dir. Araştırmada kullanılan kavramlar ve tanımları şu şekilde özetlenebilir:

Bilimsel Nitelik(Kalite):Araştırcının (araştırmacıların) bilimsel kapasitesi/yeterliliği, araştırma sorusunun, veri toplama ve analiz yöntemlerinin doğruluğu ve bilimselliği, araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik açısından bilimselliği değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuç.

Çalışma Yönergesi:Etik kurulun yapısı (üyelerin özellikleri, belirlenme biçimleri, değişme süreleri gibi) ve işleyişi ile araştırmacıları ve projeleri değerlendirme ölçütlerinin tanımlandığı metin.

Çok Merkezli Araştırma:Farklı ülkelerden araştırmacı ekiplerin katıldığı, benzer sayıda denekle ve aynı protokolle yürütülen çalışmalar.

Avrupa Konseyi tarafından 1997 yılı içinde hazırlanmış olan ve üye ülkelerde ulusal düzeyde etik kurulların durumunu belirlemeye yönelik anket, izin alınarak Türkçeleştirilmiş ve bir ön çalışma olarak bu araştırma yapılmıştır. Ankette, kurumların özellikleri, etik kurullardaki üyelerin özellikleri, işleyişinde tanımlanan konular, proje değerlendirme/izleme koşulları, başvuruları değerlendirme yöntemleri/önemsenen bilgiler ve kullandıkları formlara ilişkin 35 soru yer almaktadır. Türk Tabipleri Birliği tarafından Ocak-Mart 1998 tarihlerinde, anketler ilgili etik kurul yetkililerine posta yolu ile gönderilmiştir. Yanıtlar, Kasım 1998 tarihine kadar beklenmiş ve veriler Türk Tabipleri Birliği Etik Kurul Üyelerince değerlendirilmeye başlanmıştır.

Uygulama sırasında şu tür sorunlarla karşılaşmıştır:

*Ankete katılım iyi gibi görünmekle birlikte, etik kurulların hepsinden tek tek ve ısrarla anketi yanıtlamaları istenmesi gözönüne alındığında, katılımın daha yüksek olması beklenmekteydi.

*Bazı soruların tam olarak anlaşılmadığı; anlaşılrsa bile, bazı yanıtların tam olmadığı ve bazı benzer sorularda verilerin yanıtlarının da tutarsız olduğu saptanmıştır.

*Ayrıca, anketi cevaplayanların hepsinin, etik kurul içinde/dışında aynı statüde olan kişiler olmamasından kaynaklanan sorunlar da yaşanmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın tanımlayıcı bulgularına yer verilmekte, ayrıca hastanelerin türünün (devlet, üniversite hastaneleri ve diğerleri olmak üzere) faaliyetlerdeki farklılığa neden olup olmadığını anlamak üzere yapılan birkaç analitik bulgu da tartışılmaktadır.

Tanımlayıcı Bulgular

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nca bilinen 49 tane etik kurul bulunmaktadır ve bunların anketimizi yanıtlama oranı:%67.35’dir. %67’lik bir yanıtlama oranı, bu anlamda veri toplamak üzere yapılan çalışmaların sonuçlarına göre çok iyi kabul edilmektedir.

Aşağıdaki tabloda da görüleceği gibi, üniversite ve devlet hastaneleri, bu çalışmaya katılan hastanelerin yaklaşık olarak %90’ını oluşturmaktadır.

TABLO:1-Çalışmaya Katılan Hastanelerin Özellikleri(Ankara, 1998)

Hastane Özellikleri		Frekans	Yüzde
Hastanenin Türü	Üniversite Hastanesi(Devlet)	20	60.6
	Devlet Hastanesi	9	27.3
	SSK Hastanesi	2	6.1
	Üniversite Hastanesi(özel)	1	3.0
	Özel Hastane	1	3.0
	Toplam	33	100.0
Etik Kurulun Kuruluş Yılı	1996 yılı ve sonrası	15	45.5
	1994-95 arası	10	30.3
	1993 ve öncesi	8	24.2
	Toplam	33	100.0
<u>İlaç Araştırmaları Dışında Etik Kurul Var mı?</u>			
	Evet	8	24.3
	Hayır	24	72.7
	Yanıtsız	1	3.0
	Toplam	33	100.0
<u>Çok Merkezli Araştırmalar İçin Özel Etik Kurullar Var mı?</u>			
	Evet		
	Hayır	3	9.1
	Toplam	30	90.9
		33	100.0

*Kuruluş yıllarına göre değerlendirildiğinde; 1996 yılından sonra etik kurul sayılarının arttığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak, son yıllarda dünyada bu konulardaki duyarlılığın artmasının yanında, ülkemizde 1993 yılında, hastanelerde etik kurulların kurulmasının karara bağlanması gösterilebilir. Ayrıca, 1993 ve öncesi yıllarda kurulmuş olan etik kurullarının %75’inin üniversite hastanelerinde olması ve üniversite dışı hastanelerin daha çok 1996 yılı ve sonrasında etik kurul oluşturmaya çalıştıkları dikkat çekmektedir.

*Etik kurulların %70'ine yakın bir oranının, araştırma etkinliklerinin dışında başka bir etik sorumluluğu bulunmamaktadır. Üniversite hastanelerinin %67'sinde, diğer hastanelerin ise %15'inde araştırmanın dışında başka etik sorumluluklar olduğundan söz edilmiş olup (toplam olarak 10 etik kurul), bu sorumluluklar arasında rutin uygulamalar (%40), etik eğitimi (%20), hekimler arası ilişkiler, raporlar, eğitim konularının altı çizilmektedir.

*Çalışmaya katılan etik kurul yetkililerinin yaklaşık dörtte üçü, hastanelerin ilaç araştırmaları dışında, başka etik kurul bulunmadığını belirtmişlerdir. Olanların ise yarısı hayvan araştırmaları, diğerleri de cinsiyet tayini ve kurumların günlük işleyişleri sırasında ortaya çıkan sorunları çözmek üzere kurulan hastane etik kurulundan söz etmişlerdir.

*Hastanelerin %90'ından fazlasında çok merkezli araştırmalar için özel etik kurullar bulunmamaktadır.

TABLO:2-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Üye Özellikleri(Ankara, 1998)

Üye Özellikleri		Frekans	Yüzde
Üye Sayısı	6-8	23	69.7
	9-12	9	27.3
	13 ve daha fazla	1	3.0
	Toplam	33	100.0
Üyelerin Belirlenme Biçimi	Seçim	7	21.2
	Atama	23	69.7
	Ön seçim ve atama	3	9.1
	Toplam	33	100.0
Üyeler Araştırmacı mı?	Hepsi araştırmacı	9	27.3
	Çoğunluğu araştırmacı	20	60.6
	Birkaç tanesi araştırmacı	3	9.1
	Hiçbiri araştırmacı değil	1	3.0
	Toplam	33	100.0
Üyeler Hangi Arayla Değişiyor?	İki yılda bir	8	28.6
	Üç yılda bir	16	57.1
	Beş yıl ve üzeri	4	14.3
	Toplam	28	100.0

*Etik kurullar daha çok 6-8 kişiden oluşmakta (%70) ve sayı 13 kişinin altında kalmaktadır.

*Etik kurulların çoğunluğunda, "atama ile üye olmak" yaygındır. Etik kurul üyesi olarak seçilmek oldukça az görülmektedir. Burada dikkati çeken bir başka nokta da,

üniversite hastanelerinin %55'inde etik kurul üyelerinin atama ile işbaşına gelirken, diğer kurumlarda bu oranın %92 olmasıdır.

*Soru kağıdında, "üyeleriniz de araştırmacı mıdır?" şeklinde yer alan soruya verilen yanıtlara göre, çalışmaya katılan etik kurulların %90'ı, araştırmacı üyelerden oluşturulmuş gibi görünmektedir. "Etik kurul üyelerinin hepsi/çoğu araştırmacıdır" şeklindeki ifadeye, üniversite hastanelerinin istisnasız hepsinde; diğer hastanelerin ise %62'sinde rastlanmaktadır(Ancak "araştırmacı" kavramının açık ve belli kriterler doğrultusunda verilmeyişinin, bu soruya verilen yanıtları önemli ölçüde etkilediği ve "gerçekler"in yeterince öğrenilemediği düşünülmektedir).

*Etik kuruldaki üyelerin hangi aralarla değiştiği sorusuna, %15 oranında cevap alınamamıştır. Yanıt verenler ise, üç yıllık bir periyotta yoğunlaşmaktadır. Görünen odur ki, etik kurulların %85'i üç yıl ve daha az bir süre ile görev yapmaktadır. Bu durumun tıp fakülteleri için, dekanlık süresi ile doğrudan bağlantılı olduğu söylenebilir.

*Hiçbir kurulda, üyelere bu görev karşılığı para ödenmediği belirtilmiştir.

TABLO:3-Çalışmaya Katılan Etik Kurullardaki Üyelerin Uzmanlık Alanları(Ankara 1998, N=3)

Uzmanlık Alanları	Frekans	Yüzde
Klinisyen	29	87.9
Farmakolog	27	81.8
Eczacı	26	78.8
Patolog	23	69.7
Biyokimyacı	20	60.6
Tıbbi Deontolog/Tıp Etikçisi	11	33.3
Adli Tıp Uzmanı	2	6.1
Hukukçu	1	3.0
Halk Sağlığı Uzmanı	1	3.0

"Kurulunuz hangi üyelerden oluşmaktadır?" şeklinde, kurul üyelerinin uzmanlık alanları ile bu kurulda bu meslek grubunun zorunlu olarak mı, yoksa isteğe bağlı olarak mı yer aldığı ve kaç kişi olduklarını belirlemek üzere sorulan bir soruya alınan yanıtlar oldukça ilginçtir.

*Hemen hemen bütün etik kurullarda yer almaları zorunlu olan klinisyenlerin sayısı 3 ile 8 arasında değişmektedir. Farmakolog, eczacı, patolog ve biyokimyacı gibi meslekleri olan kişiler de zorunlu olarak klinisyenlerin hemen arkasından gelmektedir.

*Tıbbi deontolog ya da tıp etikçisi olanlar, çalışmaya katılan etik kurulların ancak üçte birinde yer almaktadırlar.

*Hukukçu ise, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde vardır.

*Adli tıp uzmanlarının bulunması sadece Ankara ve Adana'daki üniversite hastanelerinde zorunludur. İsteğe bağlı olarak bulunmaları da, hiçbir hastanede söz konusu değildir.

*Yine Ankara'da bir hastanenin etik kurulunda halk sağlığı uzmanı isteğe bağlı olarak yer almaktadır.

*Hiçbirinde zorunlu olarak mevcut bulunmayan hemşire, isteğe bağlı olarak sadece bir etik kurulda yer almaktadır.

*Bu soru ile ortaya çıkan en çarpıcı bulgu ise, "hasta temsilcisi" gibi bir kavramın hiçbir kurulda olmayışıdır.

*Genel olarak değerlendirildiğinde, etik kurul üyelerinin uzmanlık alanlarına ilişkin bu bulgular, İlaç Araştırmaları Yönetmeliğinde öngörülmemen bazı uzmanlık alanlarının da etik kurulda temsil edilmekte olduğunu göstermektedir.

TABLO:4-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların İşleyişinde Tanımlanan Konular(Ankara, 1998, N=33)

<u>Tanımlanan Konular</u>	<u>Frekans</u>	<u>Yüzde</u>
Üyelerin Roller ve Sorumlulukları	22	66.7
Üyelerin Özellikleri ve Uzmanlık Alanları	31	93.9
Başvuru İşlemleri	30	90.9
Başvuruların Nasıl Değerlendirileceği	28	84.8
Alt Kurulların Oluşturulup oluşturulmayacağı	19	57.6
Toplantıların Sayısı	22	66.7
Yıllık Etkinlik Raporunun Yayınlanması	9	27.3

*Soru kağıtlarına verilen cevaplarda, etik kurul üyelerinin özellikleri ve uzmanlık alanlarının, başvuru işlemlerinin ve projelerin nasıl değerlendirileceğinin, çalışmaya katılmış olan etik kurulların %90'ından fazlasında, önceden tanımlanmış olduğu yönünde ifadeler yer almaktadır. Başvurularla, bunların kabul/red oranlarını gösteren yıllık çalışma raporları konusunda etik kurulların ancak üçte biri bir tanımlama yapmaya gitmiştir. Öte yandan, etik kurul üyelerinin rollerinin ve sorumluluklarının, çalışmaya katılan etik kurulların üçte birinde hiçbir şekilde belirlenmemiş olması ve ayrıca üniversite hastanelerinin %75'inde tanımlanırken, diğer hastanelerin ancak %54'ünde tanımlanmış olması da dikkat çekicidir.

*Ayrıca, kurulun ne zaman toplandığı öğrenilmek üzere sorulan soruya verilen yanıtlarla, bu tabloda toplantıların sayısının önceden belirgin olarak tanımlanıp tanımlanmadığı şeklindeki soruya verilen yanıtlar birlikte incelendiğinde ilginç bir sorunla karşılaşılmaktadır:"Düzenli olarak toplanırız"(%33.3) ve "Gerektiğinde toplanırız"

(%66.7) cevapları dikkate alındığında, yukarıdaki tabloda verilen bilgi ile tutarlı olmadığı görülmektedir.

7TABLO:5-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Proje Değerlendirme/İzleme Koşulları (Ankara, 1998)

Değerlendirme/İzleme Koşulları	Frekans	Yüzde
Bilimsel Nitelik Dikkate Alınıyor mu?		
Evet, danışmana gönderiliyor	8	24.2
Evet, alt komisyona sevkediliyor	5	15.2
Evet, ikisine birden	4	12.1
Evet, belirtilmemiş	4	12.1
Bilimsel nitelik dikkate alınmıyor	12	36.4
Toplam	33	100.0
<u>Dışarıdan Uzman Görüşü Alınıyor mu?</u>		
Her zaman alınır	8	24.2
Nadiren alınır	20	60.6
Hiç alınmaz	5	15.2
Toplam	33	100.0
<u>Kararlar Nasıl Alınır?</u>		
Görüş birliği sağlanarak	20	60.6
Oy çokluğu ile	8	24.2
Oy çokluğu + görüş birliği	4	12.1
Başkanın belirlemesi ile	1	3.0
Toplam	33	100.0

*Değerlendirilmek üzere sunulan projelerin bilimsel nitelikleri, çalışmaya katılan etik kurulların üçte birinden fazlasında hiç dikkate alınmamaktadır. Bilimsel niteliğe önem verildiği belirtilen kurullarda ise, proje önerisinin danışmana ve alt komisyona görüş alınmak üzere gönderilmesi söz konusu olmaktadır. Bu konuda beklenmeyen bir bulgu da, üniversite hastanelerinin %60'ında bilimsel nitelik dikkate alınırken, diğer hastanelerde bu oranın %70'e yakın oluşudur.

*Başvurular reddedildiğinde, çalışmaya katılan etik kurulların %91'inde bu durum, başvuru sahiplerine gerekçeli olarak açıklanmaktadır. Ayrıca, yarısından fazlasında da (%54.5) başvuruların yeniden yapılmasına izin verildiği ifade edilmektedir.

*Çalışmaya katılan etik kurulların %57.6'sında, onaylanmış tüm projelerin izlendiği ve araştırmacılardan belli sürelerde rapor alınarak geri besleme sağlandığı ifade edilmektedir. Bunlardan %62'sinde altı ayda bir, diğerlerinde ise daha uzun sürelerde rapor istendiği ortaya çıkmaktadır. Çalışmanın başlangıcında, üniversite hastanelere-

rinde projelerin izlenmesi beklenirken, bulgular bunun tam tersini ortaya koymaktadır. Üniversite hastanelerinde %50 olan bu oran, diğer hastanelerde %70'e çıkmaktadır.

*Etik kurulların %97'sinde başvurularla ilgili kayıtlar tutulmakta ve saklanmakta olduğu ve yaklaşık olarak %40'ında bu kayıtların herkese açık olduğu belirtilmektedir.

TABLO:6-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Başvuruları Değerlendirme Yöntemleri (Ankara 1998, N=33)

Değerlendirme Yöntemleri	Frekans	Yüzde
Dosyalar önceden istenir	22	66.7
Kurulda sözel olarak tartışılır	20	60.6
Üyelerin yazılı görüşleri alınır	9	27.3
Alt grup çalışmaları yapılır	11	33.3

*Çalışmaya katılan etik kurul yetkililerinin %67'si dosyaları önceden incelediğini ve %27'si de üyelerin görüşlerinin yazılı olarak alındığını ifade etmişlerdir. Bunu şu şekilde anlamak da olasıdır:Etik kurulların %33'ünde dosyalar önceden incelenmeden ve %73'ünde de üyelerin yazılı görüşleri alınmaksızın kararlar alınmaktadır. %61'i kurul sırasında sözel olarak tartışıldığını söylerken, üçte birlik bir oranda da alt grup çalışmaları yapıldığı ortaya çıkmaktadır.

TABLO:7-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Kullandıkları Formlarla İlgili Bilgiler (Ankara 1998)

Form Bilgisi	Frekans	Yüzde
<i>Standart Başvuru Formu</i>		
Evet, var	22	66.7
Hayır, yok	11	33.4
Toplam	33	100.0
<i>Onam İçin Yazılı Bilgi Formu</i>		
Evet, var	25	75.8
Hayır, yok	6	18.2
Cevapsız	2	6.1
Toplam	33	100.0
<i>Onam</i>		
Evet, sözlü olarak onam alınıyor	2	6.3
Evet, yazılı olarak onam alınıyor	25	78.1
Evet, hem sözlü hem de yazılı onam alınıyor	2	15.6
Toplam	32	100.0

*Kendilerine yapılacak başvurular için, çalışmaya katılan etik kurulların üçte ikisinde, standart bir başvuru formu kullanılmaktadır. Üniversite hastanelerinin %75'inde, diğer hastanelerin %60'ında standart başvuru formu vardır.

*Etik kurulların dörtte üçünde projeyi öneren araştırmacılar, hasta veya gönüllülerden onam istenmeden önce, yapılacak işlem hakkında kendilerini aydınlatacak, yazılı bir bilgi formu geliştirilmesi beklenmektedir. Üniversite hastanelerinin %80'inden bu anlamda bir bilgi formu istenirken, diğer hastanelerde bu oran %70 civarındadır.

*Hastalardan/deneklerden araştırmaya katılmaya razı olduklarını belirten bir onam belgesi alınıp alınmadığı sorulduğunda %90'ına yakın bir oranda alındığı, onam alınanlar içinde de %80'inin üzerinde yazılı onam alınmasına özen gösterildiği ortaya çıkmaktadır. Burada da bir tutarsızlık dikkat çekicidir:29 tanesi "onam belgesi alınıyor", 3 tanesi "alınmıyor" demek, 1 tanesi de yanıtızsız bırakmakla birlikte, onamın şekli sorulunca, 25 tanesi yazılı, 5 tanesi hem sözlü hem yazılı, 2 tanesi sözlü onam aldıklarını belirtmektedir.

*Ayrıca, etik kurul yetkililerine "özel gruplardaki denekler için özel onam formları ya da protokolleri" olup olmadığı da sorulmuştur. Etik kurulların 10 tanesinde (%30.3) çocuklar, 6'sında (%18.2) zeka özürlüler, 6'sında(%18.2) psikiyatrik hastalar, 3'ünde (%9.1) tutuklular ve 1'inde (%3.0) askerler için özel onam formlarının olduğu belirtilmiştir.

TABLO:8-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Değerlendirmede Gerekli Gördükleri Temel Konular(Ankara 1998, N=33)

Temel Konular	Frekans	Yüzde
Ayrıntılı protokol/çalışma planı	30	90.9
Protokol özeti/basit çalışma planı	19	57.6
Onam formu	29	87.9
Tazminat konusunda açıklama	21	63.6
Bütçe/sponsor bilgisi	8	24.2
İmzalanmış Helsinki Bildirgesi	30	90.9
İmzalanmış Strazburg Bildirgesi	2	6.1

*Araştırmaya katılan etik kurullarda değerlendirme yapılırken, en çok ayrıntılı protokol olup olmamasına (%91) ve Helsinki Bildirgesi'nin imzalanıp imzalanmadığına (%91) dikkat edilmektedir. Onam formunun ve projenin özetinin olup olmaması da yine değerlendirmeyi etkileyen faktörlerden ikisidir. Kurullardan ancak dörtte birinde, bütçe ve sponsor bilgisi dikkate alınmaktadır. İstanbul ve Ankara'da bulunan biri üniversite hastanesi olmak üzere, iki devlet hastanesi dışında, hiçbir etik kurul yetkilisi, Strazburg Bildirgesi'nden söz etmemiştir. Ancak burada, Strazburg Bildirgesi olarak dile getirilen metin, Avrupa Konseyi'nin 1996 yılında yayınlamış olduğu "İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi" olsa gerektir.

TABLO:9-Çalışmaya Katılan Etik Kurulların Değerlendirmede Gerekli Buldukları Bilgiler (Ankara 1998, N=33)

Gerekli Bilgiler	Frekans	Yüzde
Araştırmacının(araştırmacıların) adı ve soyadı	33	100.0
Araştırmacının (araştırmacıların) nitelikleri	31	93.9
Araştırmanın amacı ve gerekçeleri	33	100.0
Araştırmanın bilimsel niteliği(kalitesi)	28	84.8
Yöntemlerin geçerlilik ve güvenilirliği	28	84.8
Deneklerin özellikleri	32	96.7
Öngörülen risk/yan etkilerin özellikleri ve dereceleri	32	96.7
Yan etkilerin izlenme/değerlendirilme düzenlemeleri	30	90.7
Verilerin izlenmesine yönelik düzenlemeler	26	78.8
Yazılı onay formu almaya yönelik düzenlemeler	30	90.9
Olası deneklere verilmesi düşünülen ayrıntılı bilgi	29	87.9
Kişisel bilgilerin gizliliğine ilişkin düzenlemeler	27	81.8
Zararların telafi edilmesine yönelik düzenlemeler	26	78.8
Ekonomik desteklere ilişkin ayrıntılı bilgi	25	75.8

Daha önce onaylanmış başvurularla ilgili ayrıntılar	20	60.6
---	----	------

*Çalışmaya katılan etik kurulların tamamı, araştırmacının adı/soyadı ve araştırmanın amacı/gereçesi ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadır. Araştırmaya katılacak olan deneklerin özellikleri, öngörülen risk ve yan etkilerin özellikleri/dereceleri ve beklenmeyen yan etkilerin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik düzenlemelerle ilgili bilgiye de %90'ı aşan bir önem verilmektedir. Araştırmacıların nitelikleri (%94) ve araştırmanın bilimsel kalitesi (%85) büyük ölçüde dikkate alınan konular gibi görünmekle birlikte, bu soru kağıdını cevaplayanlarca, bu kavramlardan ne anlaşıldığı hiç açık değildir. Bu nedenle bu bulguların ihtiyatla değerlendirilmeleri gerekmektedir.

*Araştırmanın sürdürülmemesi ya da değiştirilmesini gerektirebilecek durumları da içerecek biçimde geliştirilmiş olan verilerin izlenmesine yönelik düzenlemeler, açık olmamakla birlikte, etik kurulların yaklaşık dörtte üçünde değerlendirilmektedir. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği'nde, izleme/değerlendirme aşamalarına yer verilmemiş olmasına karşın bu yanıtı almak ilginçtir.

*Kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması ile olası ihmal edilemeyen zararların telafisi edilmesine yönelik düzenlemeler ise %80'er civarında seyretmektedir. İlginç bir şekilde üniversite hastanelerinin ancak %70'i gizliliğin korunmasına yönelik düzenlemeler yapmışken, bu oran diğer hastaneler için %100'dür. Zararların telafisi konusunda da yine, üniversite hastaneleri, diğer hastanelere göre daha az özenlidir. Üniversite hastanelerinin %75'i, diğer hastanelerin %85'i araştırmaya katılmanın sonucunda ortaya çıkabilecek ihmal edilemeyen zararların telafisi edilebilmesine ilişkin düzenlemeler konusundaki bilgilere önem vermektedir.

*"Daha önce onaylanmış başvurularla ilgili ayrıntılar" şeklinde sorulan ve çok merkezli/uluslararası araştırmalarda, araştırmaya katılacak olan diğer ekiplerin kendi kurumlarından almış oldukları onaya ait bilgileri içeren belgelerin başvuru dosyalarında yer alması, etik kurulların %61'inde istenmektedir.

*Etik kurul yetkililerine, son bir yıl içinde kurullarına kaç başvuru olduğu sorulduğunda, %36'sına 10 ve daha az sayıda, %33'üne 11-30 ve geri kalan kurullara da 31 ve daha fazla sayıda başvurunun olduğu öğrenilmiştir. İki hastanede, başvuru sayısı doksanın üzerindedir. Başvuru ve kabul sayılarını tam olarak yazan 30 etik kuruldaki kabul oranları incelendiğinde, bu etik kurullardan %30'unun başvuruların %90 ve daha fazlasını kabul ettiği; %43'ünün başvuruların %60-89'unu, geriye kalanların ise çok daha düşük bir yüzde ile kabul ettiği ortaya çıkmaktadır. TC Sağlık Bakanlığı Merkezi Etik Kurulu'na sevk açısından değerlendirildiğinde, 7 etik kurulun birer dosya, 2 etik kurulun ikişer dosya, 1 etik kurulun dört dosya ve 1 etik kurulun da sekiz dosyayı göndermiş olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

*Türkiye'de etik kurul oluşturulması gereken hastane ya da kurum sayısı, eğitim ve araştırma yapılan kurumlar gözönüne alındığında en az 77'dir. Ancak bunların

sadece 49 tanesinde etik kurulun varolması, yürütülmekte olan çalışmaların bir bölümünün etik açıdan hiçbir biçimde değerlendirilmeksizin yapıldığı anlamına gelmektedir.

*Katılımın düşük, bazı soruların iyi anlaşılmadığı ve bazı soruların da atm cevaplanmadığı hatta bazılarının baştan savma yazılmış olduğu gözönüne alındığında, bu çalışma ile hiçbir şekilde Türkiye için genelleme yapılamayacağı ve bulgular değerlendirilirken temkinli olunması gereği açıktır.

*Etik kurulların hemen hemen tümü klinisyen ağırlıklı bir görünüm sergilemekte, tıbbi deontolog/tıp etikçisinin ancak üçte birinde bulunmaktadır. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği'nde, Sağlık Bakanlığı Merkezi Etik Kurulu için tıbbi deontolog/tıp etikçisi gerekli görülmemekte, bununla beraber yerel etik kurullar için "mümkünse" bu meslek grubundan bir kişinin yer alması gerektiği öngörülmektedir. Hemşire, hukukçu gibi farklı meslek gruplarından üyelerin bulunmayışı, etik kurulların disiplinler arası bir yapıya özen gösterilmeksizin kurulduğunu ortaya koymaktadır. Gelişmiş ülke etik kurullarında önemli yeri olan "hasta temsilcisi"nin, çalışmaya katılan etik kurulların hiçbirinde olmayışı son derece ilginçtir.

*Etik kurul üyelerinin rollerinin ve sorumluluklarının, çalışmaya katılan üniversite etik kurulların dörtte birinde, diğerlerinin yarısında hiçbir şekilde belirlenmemiş olması da dikkat çekicidir.

*Değerlendirilmek üzere sunulan projelerin bilimsel nitelikleri, çalışmaya katılan etik kurulların üçte birinden fazlasında hiç dikkate alınmamaktadır. Geriye kalanlar için "bilimsel niteliğe önem verildiği" gibi bir izlenim doğsa da, bunun ölçütlerinin açıkca ortaya konulmamış olması, bu çalışmanın sonuçlarının tam anlamıyla bilimsel olarak değerlendirilmesi sürecinde önemli bir engel olarak çıkmaktadır.

*TC Sağlık Bakanlığı'nın 1995'te yayınladığı "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu"(İKU)'nda araştırmanın izlenmesi sürecinde varlığı öngörülmüş olan sözleşmeli araştırma kuruluşları, etik kurulların bu işlevlerini karşılamak üzere kurulmuş gibi görünmekle birlikte, bunun yeterli olmadığı açıktır.

*Etik kurulların üçte birinde dosyaların üyeler tarafından önceden incelenmeden ve dörtte üçünde de üyelerin yazılı görüşleri alınmadan, karar verilmekte oluşu; karar verme sürecinin işleyişi açısından, bütün etik kurullarca görüş birliğine varılmış bir yöntemin olmadığını göstermektedir. Bu da, aynı proje önerisinin, nasıl olup da iki ayrı etik kurulda bambaşka şekilde değerlendirilip sonuç alındığına ilişkin ipuçları vermektedir.

*Üniversite ve diğer hastanelerin etik kurulları arasında, çalışmanın başlangıcında düşünülen gibi bazı farklılıkların ters çıkması da ilginçtir.

Bütün bu sonuç ve tartışmalardan yola çıkılarak, ülkemizdeki etik kurulların daha bilimsel, çağdaş ve hakça oluşturulabilmeleri ve çalışabilmeleri için şu önerilerin geliştirilebilmesi mümkün olmaktadır:

*Çok iyi bir yönergesi olmalı:

Üyelerin özellikleri ve rolleri belirlenmeli,

Bilimsel değerlendirme kriterleri dikkate alınmalıdır.

*Etik kurulların izleme/değerlendirme ve doğrulama faaliyetleri olmalı ve belli yani önceden tanımlanmış, koşulların dışına çıkmadığında, çalışmayı durdurabilmelidir.

*İyi planlanmış ve soruları iyi ifade edilmiş ve birbiri ile tutarlı soruların olduğu araştırma yapılmalı. Sonraki çalışmalar analitik açıdan çok daha sistematik ve daha derin bilgi toplamaya yönelik olmalıdır.

KAYNAKLAR

1-Arda, B. 1996, The Activities of the Ethics Committee of the Turkish Medical Association. International Journal of Bioethics 7(3):235.

2-Ankara Üniversitesi(AÜ), 1993 "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesi".

3-Avrupa Konseyi(AK), 1996 "İnsan Hakları ve Biyoetik Sözleşmesi"

4-Aydın, E., Ersoy, N. 1994 "Hastane Etik Kurullarının İşlevleri" Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt:11, Sayı:1, Syf:59-61.

5-Aydın, E. 1999 Bioethics Regulations in Turkey. Journal of Medical Ethics, 25:404-407.

6-Elçioğlu, Ö. Ve Ünlüoğlu, İ. 1995 "Tarihi Gelişim içinde Etik Kurullar ve Tıbbi Uygulamalara Katkıları" Sendrom. Cilt:7, Sayı:6, Syf:38-41.

7-Görkey, Ş. 1994 "Etik Komiteler" Sendrom. Syf:84-87.

8-Karakaya, H. 1992 "Hastane Etik Kurulları ve Türkiye'de Kurulabilme Koşulları" AÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi.

9-Karakaya, H. 1994 "Hastane Etik Kurullarının Tarihiçesi, Yapısı ve İşlevleri Üzerine" Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Cilt:1, Sayı:2, Syf:12-15.

10-TC Sağlık Bakanlığı(SB) 1993 "İlaç Araştırmaları Yönetmeliği".

11-TC Sağlık Bakanlığı(SB) 1996 "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu".

EK:4 BEYİN ÖLÜMÜ TANISI KESİNLEŞEN BİR HASTANIN YAKINLARI İÇİN BİLGİ VE ONAM FORMU İÇİN ÇERÇEVE ÖNERİSİ

A)

Hasta hakkındaki bilgiler:

(Adı, Soyadı, Yaş, Cinsiyet, Tanılar, Beyin Ölümünün Saptanabilen Saati gibi)

B)

.../.../... tarihinde toplanan ve 'lerden oluşturulan Hekim Kurulu, kimliği yukarıda belirtilen hastayı muayene etmiş ve eldeki verilerin ışığında, hastada beyin ölümünün gerçekleştiğini üzümlere saptamıştır.

İMZALAR:

C)

(Bu bölüm, hekimin hasta yakınlarına açıklamakla yükümlü olduğu bilgilerden oluşmaktadır:

Beyin Ölümünün Anlamı Nedir?

Prognozu Nasıldır?

Beyin Ölümü Tanısı Nasıl Konur?

Koma, kalıcı bitkisel yaşam gibi diğer durumlardan nasıl ayrılır?

D)

Hasta yakını hakkındaki bilgiler:

(Adı, Soyadı, Yaş, Cinsiyet, Hastaya Yakınlık Derecesi, Okur Yazarlığının Olup-Olmadığı gibi)

E)

(Bu bölümde, hasta yakınından, hastaya uygulanan tıbbi desteğin kesilmesine onam verip vermediği sorulur)

Yukarıda kimliği yazılı ben, hastamdan sorumlu hekimin bana hastamın durumu ile açıkladıklarını dinledim. Hastamın durumunu değerlendiren Hekim Kurulu'nun vardığı kararı öğrendim. Bu bilgiler ışığında hastama uygulanmakta olan tıbbi destek tedavisinin kesilmesini KABUL EDİYORUM/KABUL ETMİYORUM.

TARİH:

İMZA:

F)

(Hasta yakını bir üstteki bölümde onam vermiş ise bu bölüme geçilecektir. Bu kez onam organ aktarımı konusundadır).

Bu bölümde hasta yakınına, hastasının organ aktarımı konusunda herhangi bir vasiyeti olup olmadığı, eğer hastanın bilinen bir karşı çıkışı yoksa, hasta yakınlarının bu konuda onam verip vermeyeceği sorulmaktadır.

TARİH:

İMZA:

G)

Bu bölümde hasta yakını, bu belgeyi tam olarak okuduğunu ya da kendisine bütün belgenin tek tek ve anlayabileceği bir biçimde okunduğunu; sorularına açıklayıcı yanıtlar verildiğini, her iki konuda da herhangi bir baskı altında bırakılmadan, özgür iradesiyle ve hastasının adına hareket ederek karar verdiğini belirten bir metni tanıyla birlikte imzalayacaktır.

TARİH:

İMZA:

TARİH:

İMZA:

EK:5 BEYİN ÖLÜMÜ OLAN HASTADA PROTOKOL ÖNERİSİ

Hekim:Hastadan sorumlu hekim.

Hasta Yakınları:Hastanın yasal velisi ya da vasisi, birinci dereceden yakınları, eğer bunlar yoksa hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmiş bulunan yakınları, arkadaşları.

Hekim Kurulu:Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, III. Bölüm, Madde 11'de tanımlanan kurul.

Tıbbi Destek:Beysin ölümü gerçekleşen hastaya uygulanan her türlü tıbbi destek.

İLK 24 SAAT

Hastaya, sorumlu hekim tarafından **beyin ölümü öntanısı** konmasıyla başlayan süreçte yapılması gerekenlerle ilgili olarak, aşağıda bir protokol önerilmektedir:

Tüm klinik belirti ve bulguları, muayene ayrıntıları ve tanıya yardımcı tetkikler, zaman ayrıntılarıyla birlikte belgelendirilmelidir. Hastanın beyin ölümü tablosuna girmesine neden olan durum **bilinmiyorsa**, bu durum söz konusu belgede önemle vurgulanmalıdır.

Olanaklıysa, bir başka hekimin (**Örneğin olanaklıysa nöroloji, nöroşirürji, anestezi uzmanları gibi**) görüşü alınmalıdır. İkinci hekimin muayenesi de belgelendirilmelidir.

Hasta 24 saat boyunca, 6 saatlik aralarla, durumunda değişiklik olup olmadığının saptanması amacıyla değerlendirilmeli ve bulgular hastanın dosyasına ayrıntılılandırılarak kaydedilmelidir.

Bu arada, hastada beyin ölümü ön tanısı konduktan hemen sonra, hasta yakınları bilgilendirilmelidir. Her 6 saatte bir yenilenen değerlendirmelerde bu işlem yinelenmelidir.(Bu bilgilendirmede, hastanın durumu, ön tanısı, beyin ölümü durumunun koma, kalıcı bitkisel yaşam gibi durumlardan ayrımları, beyin ölümü gerçekleşen bir kişinin duygu, düşünce, acı çekmek gibi açılardan durumu, açık, anlaşılır ve doğru bir biçimde açıklanmalıdır. Hasta yakınlarına 24 saat içinde hastanın durumunda bir değişiklik olmaması durumunda, hastaya sağlanan tıbbi desteğin kesilmesinin planlandığı bildirilmelidir). Bu bilgilendirme sürecinin belgelendirilmesi yararlı olacaktır(Ek:1).

Bu bilgilendirme sürecinde ailenin desteklenmesi amacıyla, olanaklıysa konsültan psikiyatristten yardım alınmalıdır.

Bu bilgilendirmenin son bölümünde, organ aktarımı sürecine ilişkin bilgiler yeralmalıdır. Hasta yakınlarına, hastanın organ aktarımı konusunda bir vasiyetinin olup olmadığı, eğer yoksa hasta yakınlarının organ aktarımı konusunda onam verip vermeyecekleri sorulur.

Aile organ aktarımına onam verecek olursa, bu işlemle ilgili süreç başlatılır; Hekim Kurulu'nun toplanması ve hastayı derhal değerlendirmesi sağlanmalıdır. Bu süreçle ilgili ayrıntı yasa ve yönergelerde saptanmıştır. Organ aktarımı için uygun koşullar sağlanana dek hastaya sağlanan tıbbi destek sürdürülür.

Hasta yakınları organ aktarımına onam vermezse, 24. Saatte hasta son kez değerlendirilir. Hastanın durumunda beyin ölümü tanısının ortadan kalkmasını sağlayacak bir değişiklik görülmezse tanı kesinleşmiş kabul edilir. Ancak beyin ölümüne yol açan neden bilinmiyorsa, tanının kesinleşmesi için aceleci davranılmamalıdır. Ayırıcı tanıyla ilgili tüm tetkik, konsültasyon ve muayeneler titizlikle tamamlanmalıdır. Bu gibi durumlarda hastanın tıbbi desteğinin 72. Saate dek sürdürülmesi önerilebilir.

Beyin ölümünün nedeni biliniyorsa ve hasta yakınlarının herhangi bir karşı çıkması yoksa, değerlendirmenin son aşaması olarak uygulanan apne testi sonunda hasta yeniden solunum cihazına bağlanmaz. Bu sırada hasta yakınlarının odadan çıkarılması gerekir, çünkü spinal nöronal hipoksinin yol açtığı spontan kol hareketleri gözlenebilir.

Ancak, hasta yakınları solunum cihazının kapatılmasına karşı çıkacak olursa, beyin ölümü nedeni bilinsin ya da bilinmesin, cihaz kapatılmaz ve yeni bir süreç başlatılır.

24. SAATTEN SONRA

İlk aşamada hastanın durumu ve beyin ölümü ile ilgili bilgilendirme yenilenir. Bu görüşmelerde konsültan psikolog, psikiyatrist ya da sosyal hizmet uzmanının bulunması önerilebilir. Hasta yakınlarının bu görüşme sonucunda düşüncelerinde değişiklik olmazsa, hastane yönetiminden bu uyumsuzluğun çözümü için bir etik ya da konsültasyon kurulu oluşturması istenir.

Hastane yönetimi bu isteği 48 saat içinde karşılamakla yükümlüdür.

Beyin ölümü ön tanısından 72, tanının kesinleşmesinden 48 saat sonra toplanan ve daha önce hastayı değerlendirmemiş hekimlerden oluşan etik kurul ya da konsültasyon kurulu tanıyı onaylarsa, bu muayenede uygulanan apne testinden sonra hasta yeniden solunum cihazına bağlanma(yabilir).

Organ aktarımı konusunda bu aşamada onam verilecek olursa, organ aktarımına ilişkin süreç derhal başlatılır. Organ aktarımı için uygun koşullar sağlanana dek hastaya tıbbi destek sürdürülür.

EK:6 HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI*

Kendilerini her zaman dünya hekimliğinin bir parçası olarak gören; Türkiye Cumhuriyeti toprakları üzerinde ulusal, evrensel ve çağdaş bir sorumluluk ve hizmet anlayışına sahip bulunan, hekimlik mesleğinin, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanmayacağına bilinci ile insanın sahip olduğu olanakları geliştirebilmesinin en temel koşulunun onun bedensel ve ruhsal sağlığı olduğunun bilincini taşıyan bu ülkenin hekimleri; dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve çeşitli platformlarda tartışılarak oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na bağlılıklarını bildirmekle, insana insan olarak hizmet etmenin yüce onurunu taşırlar.

BİRİNCİ BÖLÜM (Amaç, Kapsam ve Tanımlar)

Amaç:

Madde:1-Bu kuralların amacı, hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirenken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını belirlemektir.

Kapsam:

Madde:2-Türkiye'de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hekimler bu kurallar kapsamındadır.

Dayanak:

Madde:3-Bu kurallar bütünü 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar:

Madde:4-Bu metinde geçen;

- a)Bakanlık deyimi; Sağlık Bakanlığı'nı
- b)Hekim deyimi; tıp doktorlarını,
- c)Hekim örgütü deyimi; Türk Tabipleri Birliği'ni

* TTB 47. Genel Kurulu'nda (10-11 Ekim 1998) kabul edilmiştir.

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM (Genel Kural ve İlkeler)

Hekimin Görev ve Ödevleri:

Madde:5-Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Etik İlkeler:

Madde:6-Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.

Hekimin Yansızlığı:

Madde:7-Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

Vicdani ve Mesleki Kanı:

Madde:8-Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Sır Saklama Yükümlülüğü:

Madde:9-Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.

Acil Yardım:

Madde:10-Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Ticari Amaç ve Reklam Yasağı:

Madde:11-Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.

Meşru ve Yasak Yöntemler:

Madde:12-Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice):

Madde:13-Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir.

Aracılık Etme ve Aracıdan Yararlanma Yasağı:

Madde:14-Hekim öteki hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta gönderemez. Hekim, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamaz.

Endüstri ile İlişkilerde Çıkar Sağlama Yasağı:

Madde:15-Hekimler endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Bu ilişkilerde Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri" geçerlidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM (Hekimler Arası İlişkiler)

Meslektaşlar Arasında Saygı:

Madde:16-Hekim, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz.

Mesleki Dayanışma:

Madde:17-Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

Madde:18-Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

Danışım(Konsültasyon) ve Ekip Çalışması:

Madde:19-Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Odaya Bildirme Yükümlülüğü:

Madde:20-Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasına konuyla ilgili bildirimde bulunur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM (Hekim-Hasta İlişkileri)

Hasta Haklarına Saygı:

Madde:21-Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı , vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Hekim Seçme Özgürlüğü:

Madde:22-Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

Muayenesiz Tedavi Yasağı:

Madde:23-Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında, hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamaz.

Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı:

Madde:24-Hekim hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma:

Madde:25-Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarıda bırakabilir. Yukardaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığını tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

Aydınlatılmış Onam:

Madde:26-Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Bilgilendirilmeme Hakkı:

Madde:27-Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine

varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesi-ne hekim karar verir.

Terminal Hastalara Yardım:

Madde:28-Hekim, terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya, insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

Ücret:

Madde:29-Hasta ücret konusunda önceden hekimden bilgi alabilir. Hekim, tüm muayene, tetkik, tıbbi ve cerrahi girişimlerde meslek örgütünün belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Hekimin, meslektaşları ile meslektaşlarının eşleri ve bakmakla yükümlü olduklarından muayene ve tedavi için –masraflar dışında- ücret almaması uygundur.

Gereksiz Harcama Yaptırma Yasağı:

Madde:30-Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.

Hastayla İlgili Bilgilerin Hastaya Verilmesi ve Kullanımı:

Madde:31-Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir.

Rapor Düzenleme:

Madde:32-Hekim, bizzat muayene ve tedavi ettiği hastasına gerekli gördüğünde hastalıkla ilgili rapor verir. Bu raporda tıbbi gerekçelere bağlı olarak istirahat, tedavi şekli, diyet, çalışma koşulları gibi hasta için gerekli geçici ya da kalıcı bilgiler ve hekimin önerileri bulunur.

BEŞİNCİ BÖLÜM (Hekim ve İnsan Hakları)

Uluslararası Sözleşmelere Uyma Zorunluluğu:

Madde:33-Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.

İşkenceye Yardım Yasağı:

Madde:34-Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır.

Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım:

Madde:35-Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarinki gibi, kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Hekimin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır. Muayene sonucu düzenlenecek belge veya raporlarda hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası mutlaka bulunur. Belge ve raporun bir örneği kişiye verilir. Belge ve rapor baskı altında yazılmış ise, hekim bu durumu en kısa zamanda meslek örgütüne bildirir.

Tutuklu ve Hükümlülerin Tıbbi Yardımı Reddetmesi:

Madde:36-Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez.

Ölüm Cezasına Etkin Katılım Yasağı:

Madde:37-Hekim, hiçbir zaman ölüm cezasının infazında bulunamaz, infaza yardımcı olamaz, ölüm cezası uygulamasında tıbbi hizmet veremez.

Olağanüstü Durumlar ve Savaş:

Madde:38-Hekim, olağanüstü durumlar ve savaşta, evrensel nitelikteki tıbbi etik kurallarını yansızlıkla uygular. Hasta ve yaralı sayısının çokluğu nedeniyle, herkese gerekli tıbbi yardımın verilemediği koşullarda, hekim, tedavi olasılığı yüksek olan ağır vakalara öncelik verir.

Cinsel İlişki Muayeneleri:

Madde:39-Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.

ALTINCI BÖLÜM **(Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği)**

İnsan Üzerinde Araştırma:

Madde:40-İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar, gerek ilaç gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurullardan geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir.

Deneğin Bilgilenmesi ve Aydınlatılmış Onamı:

Madde:41-İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe araştırmanın amacı, yöntemleri, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe, çalışma başladıktan sonra

isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında deneğin konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir.

Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır.

Reşit ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu:

Madde:42-Reşit ve/veya mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir.

Deneğin Korunması:

Madde:43-İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal veya bilimsel çıkarların üzerinde tutulur.

Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Bilimsel araştırma ve yayınlar ile akademik-bilimsel amaçlı sunuşlarda deneğin kimliği gizli tutulur.

Bir tıbbi araştırmada, beklenen katkı ne olursa olsun, denek için ciddi bir tehlike şüphesi doğduğunda araştırma durdurulur.

Araştırmanın giderleri deneğe, yakınlarına ya da sosyal güvenlik kurumuna yansıtılamaz.

Yayın Etiği:

Madde:44-Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz.

YEDİNCİ BÖLÜM (Çeşitli Hükümler)

Hüküm Bulunmayan Durumlar:

Madde:45-Bu kurallarda yer almayan durumlarla karşılaşıldığında, hekim, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirme ve sözleşme hükümlerine uyar.

Disiplin Kovuşturması:

Madde:46-Hekimler bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'na göre tabip odaları yönetim kurulları tarafından onur kurullarına sevk edilirler. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına engel değildir.

Yürürlük:

Madde:47-Bu kurallar bütünü Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından birinde yayımlandıktan bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütölür.

EK:7 EDİTÖRLERİN GÖZÜYLE "TIP" DERGİLERİNDE YAYIN ETİĞİ

(TTB ETİK KURULU, Ekim 1999-Mart 2000)

A)Dergiyle İlgili Belirleyiciler;

Editörlüğünü yaptığınız derginin adı :

Yayınlanmaya başlandığı yıl :

Yılda kaç sayı yayınlandığı :

Derginin finansmanı nasıl sağlanıyor? :

Derginin sponsoru var mı?

Var ()

Yok ()

Vasa:.....

Derginin reklam alma durumu

Alıyor ()

Almıyor ()

Alıyor ise hangi kurumlardan?

.....
.....

Makale aralarına reklam konuluyor mu?

Evet ()

Hayır ()

Her sayınız kaç adet basılmaktadır?

..... Abonelik durumu?

Var ()

Yok ()

Var ise kaç kişi?

.....

Sizce bir "Derginin okunurluluğunu belirleyen" en önemli özellikler nelerdir?

.....

B)Yayın Politikası ile İlgili Yönler;

Dergi içeriği nasıl/neye göre belirlenmektedir?

..... Davetli yazı istiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Yazarlardan Etik Kurul onaylarını belgelemeleri isteniyor mu?

Evet () Hayır ()

Deneklerden alınmış onam örneği isteniyor mu?

Evet () Hayır ()

Makale yayınlanmadan önce tüm yazarların imzalı başvuruları isteniyor mu?

Evet () Hayır ()

1999 yılında yazı red oranınız nedir?

.....

Reddettiğiniz bir yazının bir başka dergide yayınlanmasını nasıl karşılırsınız?

.....

Editöre mektup bölümünüz var mı?

Evet () Hayır ()

Araştırma ve derleme oranınız nedir?

.....

Size göre aşağıdakilerden hangileri yayın etiğine uymamaktadır?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a)Bir yayının birden fazla dergide yayınlanması.
- b)Emeği geçmeyenlerin adlarının makalede bulunması.
- c)Başkalarına ait bilgi, örnek, vaka ya da verilerin izinsiz/kaynakçada gösterilmeden yayınlanması.
- d)Başkalarına ait eserlerden kaynak verilmeden alıntı yapılması.
- e)Bir çalışmanın bölümlere ayrılarak yayınlanması.
- f)Bir çalışmanın hem Türkçe, hem de yabancı dilde yayınlanması.

g) Bir çalışmanın bildiri olarak sunulması ve ardından bir dergide yayınlanması.

h) Başka, lütfen açıklayınız.

.....

C) Danışmanlarla İlgili Yönler;

Danışmanları belirlediğiniz bir yöntem var mı?

Var ()

Yok ()

Varsa nedir? :

Danışmanların izledikleri değerlendirme ölçütleri olup olmadığı, varsa neler?

.....

Danışmanlara ücret ödenmesi

Evet ()

Hayır ()

Yazıların danışmandan ortalama geri dönüş süresi nedir?

.....

Danışmandan yanıt alınmazsa ne yapılmaktadır?

.....

Danışmanların ilan edilip edilmediği?

Ediliyor ()

Edilmiyor ()

Danışmanlık yaptıkları yazının "akibeti" bildiriliyor mu?

Evet ()

Hayır ()

D) Yazarlarla İlgili Yönler

Makale başına düşen yazar sayısına yönelik bir sınırlamanız var mı?

Var ()

Yok ()

Tüm yazarlardan o makaleye ilişkin onay imzası isteniyor mu?

Evet ()

Hayır ()

Yazardan ücret istenme durumu?

İsteniyor ()

İstenmiyor ()

Yazarlara telif ücreti ödenme durumu

Ödeniyor ()

Ödenmiyor ()

Yazarlardan dergiye abone olması isteniyor mu?

İsteniyor() İstenmiyor()

Mümkünse, yazar profiliniz hakkında bilgi verir misiniz(yaş, cinsiyet, akademik statü gibi)

.....

E)Editöre İlişkin Bilgiler;

Yaşınız :

Cinsiyetiniz :

Varsa akademik ünvanınız:

Varsa uzmanlık alanınız :

Kaç yıldır editörlük yapıyorsunuz?:

F)Editörlüğe İlişkin Yönler;

Görev tanımınız

a)Var

.....
 b)Yok

.....

Gelen her makaleyi okuyor musunuz?

a)Okurum

b>Bazılarını

c)Hiçbirini

Bir yazının kabulü için gerekenden(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a)Danışman raporları

b)Yayın kurulu görüşleri

c)Kendi görüşünüz

d)Başka (lütfen açıklayınız)

.....

Editör sizce hangi aşamada/boyutta yazıya müdahale edebilir(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a)Referansları çıkarabilir

b)Yazım hatalarını düzeltebilir

- c)Taktim/tehir yapabilir
- d)Tabloları düzeltebilir
- e)Başka(lütfen açıklayınız)

.....

G)Yayın Kurulu ile İlgili Yönler;

Yayın Kurulu'nda bulunan kişi sayısı

.....

Var ise, görev tanımları

.....

Toplantı sıklığı

.....

Danışman belirlemede ne tür işlevleri olduğu?

.....

Aynı zamanda danışmanlık yapıp yapmadıkları?

.....

Yazı kabulüne yönelik işlevleri?

.....

Ücret alıp almadıkları

Evet() Hayır ()

Ekleme istedikleriniz?

.....

.....

.....

EK:8

TTB ETİK KURUL ÜYELERİ

1994-1996 Dönemi

<i>Yaman Örs</i>	:Başkan, A.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Deontoloji Uzmanı
<i>Nevzat Toroslu</i>	:Hukukçu, AÜ Hukuk Fakültesi, Ceza Hukuku Bölümü
<i>Belma Akşit</i>	:Sosyolog/Medikal Antropolog, H.Ü.T.F.
<i>Çağrı Kalaça</i>	:Hekim, Aile Hekimi, Sağlık Bakanlığı(Sekreter)
<i>Işık Bökesoy</i>	:Hekim, Genetikçi, A.Ü.T.F.
<i>Berna Arda</i>	:Hekim, Tıp Tarihi ve Deontoloji Uzmanı, A.Ü.T.F.(Sekreter)
<i>İsmail Demirdöven</i>	:Felsefeci, H.Ü.Fen Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü
<i>Ümit Naci Gündoğmuş</i>	:Hekim, Adli Tıp Uzmanı
<i>Haldun Soygür</i>	:Hekim, Psikiyatrist, SSK Dışkapı Hastanesi
<i>Hilmi Uysal</i>	:Hekim, Nörolog, SB Ankara Hastanesi(Sekreter)
<i>Nurgün Platin</i>	:Y.Hemşire, H.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
<i>Şükrü Hatun</i>	:Hekim, Pediatrist, Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi.
<i>Fusun Sayek</i>	:Hekim, Oftalmolog, Sağlık Bakanlığı

1996-1998 Dönemi

<i>Belma Akşit</i>	:Sosyolog/Medikal Antropolog, Başkent Üniversitesi
<i>Berna Arda</i>	:Hekim, Tıp Tarihi ve Deontoloji Uzmanı, A.Ü.T.F.
<i>Tuğrul Atasoy</i>	:Hekim, Nörolog, S.B.Ankara Hastanesi(Sekreter)
<i>Işık Bökesoy</i>	:Hekim, Genetikçi, A.Ü.T.F.
<i>Filiz Çay Şenler</i>	:Hekim, Tıbbi Onkolog, A.Ü.T.F.(Sekreter)
<i>Haluk C.Çalışır</i>	:Hekim, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Sanatoryum Hast. (Sekreter)
<i>İsmail Demirdöven</i>	:Felsefeci, H.Ü.Fen Edebiyat Fakültesi, Felsefe Bölümü
<i>İlgi Ertem</i>	:Hekim, Pediatrist, A.Ü.T.F.
<i>Nurgün Platin</i>	:Y.Hemşire, H.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi
<i>Fusun Sayek</i>	:Hekim, Oftalmolog, TTB Merkez Konseyi
<i>Nevzat Toroslu</i>	:Hukukçu, A.Ü.Hukuk Fakültesi, Ceza Hukuku Bölümü
<i>Hilmi Uysal</i>	:Hekim, Nörolog, Sevgi Hastanesi

1998-2001 Dönemi

<i>Belma Akşit</i>	:Sosyolog/Medikal Antropolog, Başkent Üniversitesi
<i>Berna Arda</i>	:Hekim, Tıp Tarihi ve Deontoloji Uzmanı, A.Ü.T.F.
<i>Tuğrul Atasoy</i>	:Hekim, Nörolog, S.B.Ankara Hastanesi(Sekreter)
<i>Işık Bökesoy</i>	:Hekim, Genetikçi, A.Ü.T.F.
<i>Filiz Çay Şenler</i>	:Hekim, Tıbbi Onkolog, A.Ü.T.F.(Sekreter)
<i>Haluk C.Çalışır</i>	:Hekim, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Sanatoryum Hast. (Sekreter)
<i>İsmail Demirdöven</i>	:Felsefeci, H.Ü.Fen Edebiyat Fakültesi, Felsefe Bölümü
<i>Nurgün Platin</i>	:Y.Hemşire, Emekli
<i>Fusun Sayek</i>	:Hekim, Oftalmolog
<i>Nevzat Toroslu</i>	:Hukukçu, A.Ü.Hukuk Fakültesi, Ceza Hukuku Bölümü