

Dünya Tabipler Birliği

Tıp Etiği Elkitabı

Gözden geçirilmiş 3. baskı



orvosi etika
éthique médicale
medizinische Ethik
medicinska etika
medicina etica
医の倫理
الأخلاق الطبية
medisinsk etikk
lékařský etika
醫療概念
Læknisfræðileg siðfræði
medische ethiek
medizinische Ethik
medical ethics
Læknisfræðileg siðfræði
lääketiete
Medyczna etyka
tıp etiği
éthique méd
אתיקה רפואית
医の倫理
orvosi etika
lékařský etika
medisinsk etikk
Medyczna etyka
medizinische Ethik
医の倫理
ética médica
الأخلاق الطبية
medicinska etika
אתיקה רפואית
lääketieteen etiikka
醫學倫理





Bir yenidoğanı kucaklayan tıp öğrencisi

© Roger Ball / CORBIS

Dünya Tabipler Birliği

Tıp Etiği Elkitabı

Gözden geçirilmiş 3. baskı



Çeviri

Dr. M. Murat Civaner

© Dünya Tabipler Birliği – 2015

Her hakkı saklıdır. Kaynak belirtilerek ticari olmayan ve kişisel kullanım için 10 kopyaya kadar çoğaltılabilir. Her türlü elektronik ortamda saklama ve iletim için, hangi biçim ve amaçla olursa olsun, yazılı izin alınmalıdır. İzin için, World Medical Association, B.P.63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France ile wma@wma.net adresleri ve (+33) 450 40 59 37 faks numarası kullanılabilir.

Bu elkitabı, Dünya Tabipler Birliği'nin bir yayınıdır. 2003-2006 yılları arasında DTB Etik Direktörlüğünü'nü yürüten John R. Williams tarafından yazılmıştır.

Kitabın kapak ve dizaynı Tuuli Sauren, INSPIRIT International Communciations Belgium tarafından düzenlenmiştir. Kitabın konsepti ve üretimi World Health Communication Association, UK tarafından hazırlanmıştır.

Kitabın çeviri, baskı ve dağıtım hakları, World Medical Association, Inc., John R. Williams, Ph.D., Director of Ethics imzasıyla, 1 Ağustos 2005 tarihinde Türk Tabipleri Birliği'ne verilmiştir. Kitap Dr. M. Murat Civaner tarafından dilimize çevrilmiş, ilk baskısı 2006 yılında yapılmıştır. DTB çevirideki herhangi bir hatadan sorumlu değildir.

Fotoğraflar: Van Parys Media / CORBIS

Katalog verisi (Cataloguing-in-Publication Data)

Williams, John R. (John Reynold), 1942-.

Medical ethics manual.

1. Bioethics 2. Physician-Patient Relations – ethics.
3. Physician's Role 4. Biomedical Research – ethics
5. Interprofessional Relations 6. Education, Medical – ethics
7. Case reports 8. Manuals I. Title

ISBN-978-605-9665-17-9

(NLM sınıflaması: W 50)

İÇİNDEKİLER

Çevirenin Notu	7
Önsöz	9
Giriş	11
• Tıp etiği nedir?	
• Neden tıp etiği öğrenmeli?	
• Tıp etiği, tıp mesleği, insan hakları ve hukuk	
• Sonuç	
Bölüm Bir - Tıp Etiğinin Temel Özellikleri	18
• Öğrenim hedefleri	
• Tıbbın özgünlüğü	
• Tıp etiğinin özgünlüğü	
• Neyin ahlaki olduğuna kim karar verir?	
• Tıp etiği değişir mi?	
• Tıp etiği bir ülkeden diğerine değişkenlik gösterir mi?	
• DTB'nin rolü	
• DTB neyin ahlaki olduğuna nasıl karar verir?	
• Bireyler neyin ahlaki olduğuna nasıl karar verir?	
• Sonuç	
Bölüm İki - Hekimler ve Hastalar	36
• Öğrenim hedefleri	
• Olgu çalışması	
• Hasta-hekim ilişkisinin özgün yanları nelerdir?	
• Saygılı davranma ve eşit hizmet sunma	
• İletişim ve onam	
• Yeterliği olmayan hasta yerine karar verme	
• Mesleki gizlilik	

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

Bölüm Üç - Hekim ve Toplum 62

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

Bölüm Dört - Hekimler ve Meslektaşları80

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

Bölüm Beş – Etik ve Tıbbi Araştırma94

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

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

Bölüm Altı - Sonuç 110

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

Ek.A - Sözlük (kitaptaki *italik* sözcükleri içerir) 117

Ek.B - İnternetteki Bazı Tıp Etiği Kaynakları 120

Ek.C - Dünya Tabipler Birliği: Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Dünya Çapında Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi Üzerine Tutum Belgesi ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu: Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme için Standartlar 121

Ek.D - Tıp Fakültelerinde Etik Eğitiminin Güçlendirilmesi 123

Ek.E - Ek Olgu Çalışmaları 125

Ek.F - Kitapta Yer Alan Tıp Etiği Terimleri için Çeviride Kullanılan Karşılıklar 131

TEŞEKKÜR

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

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

Prof. Kenneth Boyd, University of Edinburgh, İskoçya

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

Dr. Robert Carlson, University of Edinburgh, İskoçya

Mr. SevFluss, DTB ve CIOMS, İsviçre

Prof. Eugenijus Gefenas, University of Vilnius, Litvanya

Dr. Delon Human, DTB, Ferney-Voltaire, Fransa

Dr. Girish Bobby Kapur, George Washington University, ABD

Prof. Nuala Kenny, Dalhousie University, Halifax, Kanada

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

Ms. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Almanya

Prof. Ferenc Oberfrank, Hungarian Academy of Sciences, Macaristan

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

Mr. Mohamed Swailem, Banha Faculty of Medicine, Mısır, ve anadilleri İngilizce olmayan kişilerin yabancı olabilecekleri sözcükleri bulmakta kendisine yardım eden 10 öğrencisi

Bu elkitabının ilk baskısı kısmen, Johnson & Johnson'dan alınan koşulsuz eğitim hibesi ile desteklenmiştir.

ÇEVİRENİN NOTU

Tıp Etiği tıbbi uygulamalardan kaynaklanan değer sorunları üzerine çalışır; dolayısıyla çalışma alanı oldukça geniştir. Bu kitapta uygulamalı bir etik alanı olarak Tıp Etiği'nin kapsamı, derinliğine değilse bile çeşitliliği yönünden oldukça sade ve bilgece kaleme alınıyor. Ayrıca meslek ahlakının çeşitli ikilemler karşısında nasıl uygulanacağına dair örnekler içerdiğinden, hekimlere ve tıp öğrencilerine pratik bir başvuru kaynağı oluşturuyor. Bu özelliklere sahip kaynak Türkçe'de hemen hemen yok gibi; bu nedenle kitabın özellikli bir yeri olduğunu düşünüyorum.

Gözden geçirilmiş üçüncü baskının çevirisi için sadece değişiklik yapılan bölümleri değil, bütün kitabı baştan çevirmeyi tercih ettim. Böylece anlaşılabilirliğin artmış olduğunu umuyorum.

Çeviride yararlandığım yazım kılavuzları, Ömer Asım Aksoy'un "Ana Yazım Kılavuzu" ve Necmiye Alpay'ın Türkçe Sorunları Kılavuzu". Çevirinin bu kılavuzlarla tamamiyle uyumlu olduğunu ileri süremem; sadece gerekli olduğunu düşündüğümde başvurdum.

Çeviride iki türlü sıkıntı yaşadım. Biri, başka dillerin sözcüklerinin dilimizde tam karşılığının bulunmaması. Bu sorun hem İngilizce'den çeviri yaparken, hem de günlük dilde kullandığımız Arapça ve Farsça sözcükler söz konusu olduğunda ortaya çıktı. İngilizce sözcükleri çevirirken ya anlama en yakın olduğunu düşündüğüm sözcüğü seçtim, ya da sıklıkla, anlam saptırmama kaygısıyla ya da özel bir deyim olduğu için, o sözcüğün anlamını birkaç sözcükle vermeye çalıştım. Dilimize yerleşmiş bulunan Arapça ve Farsça sözcüklerde, yaygın kabul gördüğünü ya da en azından sık kullanılmasa da anlaşıldığını sandığım Türkçe karşılıklara yer verdim. Ancak Arapça ya da Farsça anlamını tam olarak karşılamayan Türkçe sözcükleri kullanmamayı seçtim.

Diğer sorun ise, Tıp Etiği'yle ilgili. Bu yeni alan kendi dilini hem felsefeden hem uygulamadan alarak yaratıyor, ayrıca yeni sözcükler de (t)üretiyor. O nedenle daha önce dilimize hiç çevrilmemiş sözcüklerle karşılaşılıyor ve her karşılaşan farklı bir sözcüğü uygun bulabiliyor. Yeni bir alan için doğal olsa gerek; terminoloji zamanla yerine oturacaktır. Bu anlamda katkısı olması için kitabın sonuna, kitapta yer alan Tıp Etiği terimlerini ve kullandığım karşılıkları içeren küçük bir liste ekledim.

Son olarak, çevirideki anlatım ve yazım hatalarını denetleyen, önerileriyle çeviriyi daha anlaşılır kılan Dr. Harun Balcıoğlu, Dr. Bayazıt İlhan ve Dr. Eriş Bilaloğlu'na teşekkür ediyorum.

Kitabın ilk baskısının çevirisine yazdığım bu notu "Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Füsün Sayek'e teşekkürlerimi sunmak istiyorum" diye bitirmiştım. Onu özlüyorum; Türkiye hekimlik ortamı için değerini giderek daha çok anlayarak.

Dr. M. Murat Civaner
Bursa, 2017

ÖNSÖZ

Dr. Delon Human

Dünya Tabipler Birliği

Genel Sekreteri

Hippokrates gibi tıp etiğinin kurucularının çalışmalarını yazıya dökmelerinin üstünden 2000 yıldan fazla bir zaman geçmiş olmasına karşın, şu ana kadar tıp mesleğinin tıp etiği öğretmek için temel, evrensel olarak kullanılan bir kaynağa sahip olmaması şaşırtıcıdır. Bu ilk DTB Etik Elkitabı bu boşluğu doldurmayı amaçlıyor. Bunu size sunuyor olmak ne büyük bir ayrıcalık!

Elkitabının çıkış noktası, 1999'daki DTB 51. Genel Kurulu'na kadar uzanıyor. Dünyanın her tarafından tabip birliklerini temsilen orada toplanan hekimler, "dünyadaki tüm tıp fakültelerine, tıp etiği ve insan hakları eğitimini programlarına zorunlu ders olarak eklemelerini önemle önermeye" karar verdiler. Bu karara paralel olarak, tüm tıp öğrencileri ve hekimler için tıp etiği konusunda DTB politikaları üzerine yapılandırılan temel eğitim yardımı geliştirmek üzere bir süreç başladı. Elkitabı bu nedenle, DTB Etik Birimi'nce yönlendirilen ve eşgüdümü sağlanan kapsamlı bir gelişim ve danışma sürecinin ürünüdür.

Modern sağlık hizmetleri, karmaşık ve çok boyutlu etik ikilemlerinin doğmasına yol açmıştır. Hekimler bu ikilemleri yetkin biçimde çözmek için çoğunlukla hazırlıksızdır. Bu yayın, özellikle hekimlerin etik anlayışlarını ve uygulamalarını güçlendirmek ve bu ikilemlere ahlaki çözümler bulunmasını sağlayacak araçlar sunmak üzere yapılandırılmıştır. Bir "doğrular ve yanlışlar listesi" değil, sağlam ve ahlaki kararlar verebilmek için önkoşul

olan duyarlı bir bilinç geliştirme girişimidir. Kitapta bu amaçla, bireysel etik düşünmeyi ve ekip ortamında tartışmayı geliştiren birçok olgu çalışmasına yer verilmiştir.

Hekimler olarak, hasta-hekim ilişkisi kurabilmenin ne denli ayrıcalıklı olduğunu biliyoruz; etik değerleri ve güven çerçevesinde bilimsel bilgi aktarımı ve hizmet sunumunu kolaylaştıran eşsiz bir ilişki. Elkitabı, hekimin kurduğu farklı ilişkilere göre yapılandırıldı, ancak çekirdeğinde daima hasta-hekim ilişkisi bulunuyor. Son zamanlarda bu ilişki kaynak kısıtlılıkları ve diğer etmenler nedeniyle baskı altına girmiştir ve Elkitabı bu bağı etik uygulamalarla güçlendirmenin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir.

Son söz, tıp etiğindeki herhangi bir tartışmada hastanın sahip olduğu merkezi rol üzerine. Birçok tabip birliği kuruluş bildirgelerinde, hizmete ilişkin herhangi bir karar verirken, hasta için en iyi olanın her zaman ilk dikkate alınması gereken şey olduğunu belirtmektedir. Bu kitap tıp öğrencileri ve hekimlerin, günlük yaşamda karşılaştığımız etik sorunlarıyla uğraşmalarına ve **ÖNCE HASTAYI DİKKATE ALAN** etkin çözümler bulmalarına yardımcı olabilirse amacına ulaşmış olacaktır.

GİRİŞ

TIP ETİĞİ NEDİR?

Aşağıda yer alan, hemen her ülkede yaşanabilecek tıbbi olgulara göz atalım:

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

¹ İtaliye yazılan sözcükler, Ek.A'daki sözlükte tanımlanmıştır.

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

4. Bir sözleşmeli araştırma kuruluşu (S.A.K.), küçük bir kasaba sağlık ocağında çalışan pratisyen hekim Dr. R'ye, osteoartrit için kullanılacak yeni bir non-steroidal anti-inflamatuvar ilacın klinik denemelerine katılma önerisinde bulunur. Araştırmaya katacağı her hasta için hekime belli bir miktar para ödenecektir. Şirket temsilcisi araştırmanın, araştırma etik kurulu da dahil gerekli her onayı aldığı konusunda güvence verir. Dr. R daha önce bir araştırmaya katılmamıştır ve özellikle de para kazanacağı için öneriyi memnunlukla karşılamıştır. Çalışmanın bilimsel veya etik boyutlarını daha fazla sorgulamadan şirketin önerisini kabul eder.

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

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

Bu soruların bazılarını yanıtlamak görece kolaydır, çünkü bazı durumlarda nasıl davranılması gerektiği üzerine iyi yapılandırılmış ve üzerinde *uzlaş*ı sağlanmış bir eylem seçeneği bulunur (örneğin, hekim hastayı araştırmaya katmak için her zaman aydınlatılmış onam almalıdır). Ancak bazılarının çözümü, özellikle yaygın kabul görmüş bir tutum bulunmuyorsa ya da tüm seçenekler sorunlu ise, çok daha güçtür (örneğin, kısıtlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtılması).

Öyleyse, etik tam olarak nedir ve bu tür sorularla uğraşan hekimlere nasıl yardımcı olur? Basitçe etik, ahlak konusunda, geçmiş, şu an ya da geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde değerlendirilmesi ve çözümlenmesi etkinliğidir.

“...etik, ahlak konusunda, geçmiş, şu an ya da geleceğe ilişkin karar ve eylemlerin dikkatli ve sistematik bir biçimde değerlendirilmesi ve çözümlenmesi etkinliğidir.”

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

Etik insan eylemi ve karar verme sürecinin tüm boyutlarıyla uğraştığı için, birçok alt dalı olan çok geniş ve karmaşık bir çalışma alanıdır. Bu Elkitabı, etiğin, tıbbi uygulamalardaki ahlaki sorunlarla uğraşan dalı olan **Tıp Etiği**’ne odaklanmaktadır. Tıp Etiği *Biyoetik*’le (*biyomedikal etik*) yakından ilişkilidir, ancak eşanlı değildir. Tıp Etiği birincil olarak tıp uygulamalarından kaynaklanan konulara odaklanırken, Biyoetik, daha genel olarak biyolojik bilimlerin gelişmesiyle ortaya çıkan ahlaki sorunlarla ilgilenen çok geniş bir konudur. Biyoetik Tıp Etiği’nden ayrıca, Tıp Etiği’nde temel olan ve Bölüm İki’de göreceğimiz belli geleneksel değerlerin kabul edilmesini gerektirmiyor oluşuyla da farklılaşır.

Bir akademik disiplin olarak Tıp Etiği, felsefeden ödünç alınan birçok sözcüğü de kapsayan kendi özgün sözcük dağarcığını geliştirmiştir. Bu Elkitabı'nda, okurların felsefeyle tanışıklıkları olmadığı varsayılmakta ve bu nedenle metin içinde veya Elkitabı'nın sonunda bulunan sözlükte anahtar sözcüklerin tanımlarına yer verilmektedir (Ek.A).

NEDEN TIP ETİĞİ ÖĞRENELİ?

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

“Etik aile içinde öğrenilir, tıp fakültesinde değil.”

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

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

Bunlar, tıp eğitiminde etiğe önemli bir yer vermemek için ileri sürülen yaygın nedenlerdir. Her biri kısmen, ama sadece kısmen geçerlidir. Dünyadaki tüm tıp fakülteleri giderek artan bir biçimde, öğrencilerine etik öğrenimi için yeterli zaman ve kaynak sağlamaları gerektiğinin ayırına varmaktadırlar. Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu gibi örgütlerce bu yönde hareket etmeleri için güçlü biçimde teşvik edilmişlerdir (Ek.C).

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

Etik öğrenimi tıp öğrencisini, güç durumları tanıması ve sorunlarla akla yatkın ve ilkeli bir tutumla baş edebilmesi için hazırlar. Etik ayrıca, hekimlerin toplumla ve meslektaşları ile etkileşimi ve tıbbi araştırmaların yürütülmesi açısından da önemlidir.

“Etik öğrenimi tıp öğrencisini, güç durumları tanıması ve sorunlarla akla yatkın ve ilkeli bir tutumla baş edebilmesi için hazırlar.”

TIP ETİĞİ, TIP MESLEĞİ, İNSAN HAKLARI ve HUKUK

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

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

Tıp etiği ayrıca **hukukla** da yakın ilişkilidir. Birçok ülkede hekimlerin sağlık hizmeti sunumu ve bilimsel araştırmalarda ortaya çıkan etik sorunlarında nasıl davranmaları gerektiğini belirleyen yasal düzenlemeler vardır.

Ek olarak, çalışma izni veren ve düzenleyici kurumlar meslek ahlakına ilişkin düzenlemelere aykırı davranışları nedeniyle hekimleri cezalandırabilir. Ancak etik ve hukuk aynı değildir. Etik sıklıkla yasalardan daha yüksek

“Etik sıklıkla yasalardan daha yüksek davranış standartları belirler ve eğer de olsa hekimlerin, ahlaki olmayan eylemlerde bulunmalarını isteyen yasal düzenlemelere uymamalarını gerektirir.”

davranış standartları belirler ve eğer de olsa hekimlerin, ahlaki olmayan eylemlerde bulunmalarını isteyen yasal düzenlemelere uymamalarını gerektirir. Ayrıca yasalar ülkeden ülkeye önemli biçimde farklılık gösterebilirken, etik tüm ülkeler için geçerli değerlere kaynaklık edebilir. Bu nedenle bu Elkitabı hukuktan çok etik üzerinedir.

SONUÇ

Tıbbın hem bilimsel, hem de sanatsal yönü bulunur. Bilim gözlemlenebilen ve ölçülebilenle uğraşır. Yetkin bir hekim hastalığın belirtilerini tanır ve onu nasıl iyileştirebileceğini bilir. Ancak özellikle insanın bireyselliği, kültür, din, özgürlük, haklar ve yükümlülükler dikkate alındığında, bilimsel tıp sınırlılıklar içerir. Tıbbın sanatsal yönü, hiçbirini bir diğersinin aynısı olmayan hastalar, aileler ve toplumlara tıbbi bilimlerin ve teknolojisinin uygulanmasını içerir. Bireyler, aileler ve toplumlar arası farklılıkların büyük kısmı fizyolojik değildir ve etikte birlikte sanat, insan ve toplum bilimleri bu farklılıkların tanınması ve dikkate alınması için temel bir rol oynarlar. Gerçekten de etik diğer disiplinlerin sağladığı veriler ve içgörü ile zenginleşir:

Örneğin klinik bir ikilemin oyunlaştırılarak sunumu, etik açısından değerlendirme ve çözümleme için olgunun basitçe tanımlanmasından çok daha güçlü bir etki sağlayacaktır.

Bu Elkitabı tıp etiği ve onun temel konularının bazılarını sadece bir giriş niteliği taşımaktadır. Tıbbın etik boyutunu sürekli olarak göz önünde tutma gerekliliği ve özellikle mesleğinizi uygularken karşılaştığınız etik sorunlarının nasıl çözülebileceği üzerine bir anlayış geliştirmeniz amaçlanmıştır. Bu alandaki bilginizi derinleştirmek için Ek.B'de yer verilen kaynaklar yardımcı olacaktır.

BÖLÜM BİR- TIP ETİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ



Bir Fransız pratisyen hekimin yaşamından bir gün
@Gilles Fonlupt / CORBIS

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu bölümü çalıştıktan sonra;

- etiğın tıp için neden önemli olduğunu açıklayabiliyor,
- tıp etiğinin temel kaynaklarını tanımlayabiliyor,
- kendinizinki de dahil olmak üzere, çeşitli etik karar verme yaklaşımlarını ayırt edebiliyor, olmalısınız.

TIBBIN ÖZGÜNLÜĞÜ

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

“Birçok hekim, kendilerine eski zamanlardaki gibi saygı gösterilmediğini hissetmektedir.”

Ülkeden ülkeye, hatta bir ülke içinde bölgeden bölgeye farklılık gösterebilse de, hekimlerin konumunun genel olarak kötüleştiği söylenebilir. Birçok hekim, kendilerine eski zamanlardaki gibi saygı

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

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

“Hem hastaların hem de öğrencilerin beklentilerini karşılayabilmek için, hekimlerin tıbbın özündeki değerleri bilmesi ve yaşama geçirmesi önemlidir.”

Hem hastaların hem de öğrencilerin beklentilerini karşılayabilmek için, hekimlerin sevecen yaklaşım, yetkinlik ve özerklik gibi tıbbın özündeki değerleri bilmesi ve yaşama geçirmesi önemlidir. Temel insan haklarıyla birlikte ele alınması gereken bu değerler, tıp etiğiiinin temeli olarak hizmet ederler.

TIP ETİĞİİNİN ÖZGÜNLÜĞÜ

Sevecen yaklaşım, yetkinlik ve özerklik sadece tıba özgü değilse de, hekimlerin bu değerleri çok yüksek derecede yansıtmaları beklenir.

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

Hekimlerden mesleki **yetkinlik**lerinin en üst düzeyde olması beklenir. Hekimin mesleki açıdan yetkin olmaması, hastanın yaşamını yitirmesine ya da ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Yetkinliğin sağlanabilmesi için hekimler uzun bir eğitim sürecinden geçerler; ancak tıbbi bilginin hızlı gelişimi nedeniyle onu ayrıca sürekli olarak korumak durumundadırlar. Dahası, tıp uygulamalarındaki ve tıbbi çevreleyen toplumsal ve politik ortamdaki değişiklikler yeni etik sorunları ortaya çıkardığından, sadece bilimsel bilgi ve teknik becerilerini değil etik konusunda da bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek durumundadırlar.

Özerklik, başka deyişle kişinin kendi kaderini belirlemesi, tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerindedir. Hekimler geleneksel olarak, hastalarını nasıl tedavi edeceklerine karar vermek anlamında bireysel bir

özerkliğe sahiptirler. Kollektif olarak hekimler ve hekimlik mesleği ise, tıp eğitimi ve tıp uygulamasının standartlarını belirleme özgürlüğüne sahip olma anlamında özerktir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİğİ CENEVRE BİLDİRGESİ

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak kabul edildiğim şu anda;

Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma,
Mesleğimi bana öğretenlere, hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime,

Mesleğimi vicdanımla ve onurumla uygulayacağıma,

Önceliği her zaman hastamın sağlığına vereceğime,

Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma,

Tıp mesleğinin yüce geleneklerini ve saygınlığını, bütün gücümle koruyacağıma,

Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağıma,

Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime,

İnsan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime,

Bana gözdağı veriliyor olsa bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve birey özgürlüklerini çiğnemek için kullanmayacağıma,

Kararlılıkla, özgürce ve onurum üstüne,

Ant içerim.

Bu Elkitabı boyunca açıkça görüleceği gibi, birçok ülkede hekimlerin her iki türden de özerk uygulamalarına hükümetler ve diğer yetkililer tarafından çeşitli sınırlamalar getirilmiştir. Buna karşın hekimler yine de klinik ve mesleki özerkliklerine değer vermekte ve onu mümkün olduğunca korumaya çalışmaktadırlar. Aynı zamanda hastanın kendisini etkileyecek konularda son söz sahibi olması anlamına gelen hasta özerkliği, hekimler tarafından dünya çapında yaygın biçimde kabul görmüştür. Bu Elkitabı hekim özerkliği ile hasta özerkliğine saygı arasındaki olası çatışmaların örneklerine de yer verecektir.

Sözü edilen bu üç temel değeri korumanın yanı sıra tıp etiği, herkese uygulanabilir olan genel etikten, Dünya Tabipler Birliği'nin **Cenevre Bildirgesi** gibi toplum önünde deklare edilen ant metinleri veya meslek ahlaki kurallarıyla ayrılır. Antlar ve kurallar ülkeden ülkeye, hatta ülkelerin içinde değişkenlik gösterebilir; ancak hekimin hastanın çıkarlarını kendi çıkarlarının üstünde tutacağı, hastaları arasında ırk, din gibi özelliklere göre ayırım yapmayacağı, hastaya ait bilgilerin gizliliğini koruyacağı ve gereksinim duyan herkese acil sağlık hizmeti sunacağına ilişkin sözler gibi birçok ortak yanları vardır.

NEYİN AHLAKİ OLDUĞUNA

KİM KARAR VERİR?

Etik *çoğulcudur*. Bireyler neyin doğru neyin yanlış olduğu hakkında anlaşamayabilirler, hatta anlaşmalarında bile bu farklı gerekçelere dayanabilir. Bazı toplumlarda bu anlaşmazlıklar normal kabul edilir ve diğerlerinin haklarını çiğnemedikçe herkesin istediği gibi davranmakta özgür olduğu görüşü egemendir. Bununla birlikte daha geleneksel toplumlarda, ahlaki değerlerin üzerinde daha yaygın bir ortaklaşma ve kimi zaman yasalarca da desteklenen ve kişiyi belli bir yönde eylemeye zorlayan daha büyük bir toplumsal baskı vardır. Böylesi toplumlarda kültür ve din sıklıkla ahlaki davranışı belirleyen baskın etmendir. “Genel olarak insanlar için neyin ahlaki olduğuna kim karar verir?” sorusunun

yanıtı, bu nedenle toplumdan topluma ve hatta toplum içinde değişir. Bireyci toplumlarda kişiler, aileleri, arkadaşları, din, medya ve diğer dış kaynaklardan etkileniyor olsalar da, kendileri için neyin ahlaki olduğuna karar verme özgürlüğüne büyük oranda sahiptirler. Daha geleneksel toplumlarda ise aile ve yaşlılar, dini yetkililer ve politik liderler neyin ahlaki olduğunu belirlemekte bireylerden daha önemli bir role sahiptirler.

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

Hekimler için “neyin ahlaki olduğuna kim karar verir?” sorusu, son zamanlara dek toplumun geneli için olduğundan farklı bir yanıtı sahipti. Yüzyıllar boyunca tıp mesleği yeleri için kendi davranış standartlarını belirlemiş ve meslek ahlaki kurallarını çeşitli metinlerde belirtmiştir. DTB hekimler için yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerden bağmsız olarak geçerli olan ahlaki düzenlemeler geliştirmiştir. Dünyadaki ülkelerin çoğunun ulusal tabip birlikleri meslek ahlaki kuralları geliştirmek ve uygulanmasını sağlamaya çalışmakla yükümlüdür. O ülkenin benimsediği tıp hukuku yaklaşımına bağlı olarak, bu kurallar yasal bir zemine kavuşmuş da olabilir.

Bununla birlikte, tıp mesleğinin kendi ahlaki standartlarını belirleme ayrıcalığı hiçbir zaman mutlak olmamıştır. Örneğin;

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

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

Ulusal tabip birliklerinin meslek ahlaki düzenlemeleri genel bir yapıya sahiptir; hekimin tıp uygulaması sırasında karşılaşılabileceği her duruma ilişkin bir düzenleme içeremezler. Birçok durumda

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

hekimler doğru eylemin ne olduğuna kendileri karar vermek zorundadır; ancak karar verme sürecinde diğer hekimlerin benzer durumlarda nasıl davrandıklarını bilmek yardımcı olur. Meslek ahlaki kuralları ve diğer düzenlemeler hekimlerin ne yönde davranmaları gerektiği üzerine genel bir uzlaşmayı yansıtır; aksi yönde davranmak için çok iyi bir neden bulunmuyorsa bu düzenlemelere saygı gösterilmelidir.

TIP ETİĞİ DEĞİŞİR Mİ?

Tıp etiğinin bazı boyutlarının zaman içinde değiştiğine kuşku yoktur. Son zamanlara dek hekimler, hastalarını nasıl tedavi edeceklerine karar verme hakkı ve ödevine sahiptiler; hastanın aydınlatılmış onamını alma zorunluluğu yoktu. Buna karşın 2005 tarihli DTB **Hasta Hakları Bildirgesi** şu ifadeyle başlamaktadır: “Hekimler, hastaları ve toplumun bütünü arasındaki ilişkiler son zamanlarda anlamlı derecede değişikliğe uğramıştır. Bir hekimin her zaman vicdanına ve hasta için en iyi olana göre davranması gerekirken, aynı zamanda hasta özerkliği ve adalet ilkelerini güvence altına almak için eşit derecede çaba göstermesi de gerekmektedir.” Artık birçok birey alacakları sağlık hizmetine birincil olarak kendilerinin karar vereceğini düşünmekte ve hekimlerin rolünü danışmanlık ya da yol göstericilik olarak görmektedir. Bu anlayış evrensel olmamakla birlikte yayılmakta ve hasta-hekim ilişkisinin hekime öncekinden farklı ahlaki yükümlülükler getirmekte olan evriminin bir belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son zamanlara dek hekimler genel olarak sadece kendilerine, meslektaşlarına ve inananlar için Tanrı'ya *hesap vermeleri* gerektiğini düşünürlerdi. Bugünlerde ek olarak, hastalarına, hastaneler, sağlık

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

örgütlenmesinin çeşitli kurumları, çalışma izni veren düzenleyici yetkililer ve mahkemeler gibi üçüncü taraflara da hesap vermek durumundadırlar. Bu farklı sorumluluklar, hekimin Bölüm Üç'te ayrıntılı biçimde tartışılan ikili bağlılıklarda görüleceği gibi birbirleri ile çatışabilir.

Tıp etiği başka yönlerden de değişmiştir. Son zamanlara dek meslek ahlakı kuralları gebeliğin sonlandırılmasını yasaklıyordu; ancak şimdi birçok ülkede belli koşullarda izin verilmektedir. Geleneksel tıp etiğine göre hekim sadece hastasına karşı sorumlu iken, günümüzde genel olarak hekimin, sınırlı kaynakların dağıtılması gibi toplumsal gereksinimleri de göz önüne alması gerektiği kabul edilmektedir (Bölüm Üç).

Tıbbi bilimler ve teknolojideki gelişmeler geleneksel tıp etiğince yanıtlanamayan sorular ortaya çıkarmaktadır. Tümü de hekimlerin katılımını gerektiren yardımcı üreme teknikleri, genetik, sağlık bilişimi, yaşamı uzatma ve geliştirmeye yönelik teknolojiler hastalara büyük yarar sağlama potansiyeline sahip oldukları gibi, nasıl uygulandıklarına bağlı olarak zarar verme olasılığı da taşırlar. Ulusal tabip birlikleri, hekimlerin bu etkinliklerin hangisine ne koşullarda katılmaları gerektiğine karar vermelerine yardım etmek için, varolan meslek ahlakı düzenlemelerini işaret etmenin ötesinde farklı analitik yöntemler kullanmalıdır.

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

TIP ETİĞİ BİR ÜLKEDEN DİĞERİNE DEĞİŞKENLİK GÖSTERİR Mİ?

Tıp etiği tıbbi bilimler ve teknolojinin yanı sıra toplumsal değerlerin gelişimine yanıt olarak zamanla değişebildiği gibi, aynı etmenlere bağlı olarak ülkeden ülkeye de değişir. Örneğin ötanazi konusunda ulusal tabip birlikleri arasında anlamlı derecede görüş farklılığı vardır. Bazı birlikler ötanaziyi yasaklarken, bazıları yansız kalmakta, en azından biri, Hollanda Kraliyet Tabipler Birliği ise belli koşullarda kabul edilebilir bulmaktadır. Benzer biçimde, sağlık hizmetine erişim söz konusu olduğunda bazı tabip birlikleri tüm vatandaşlar için eşit erişimi desteklerken, diğerleri büyük eşitsizliklere hoşgörü ile yaklaşmaya eğilimlidir. Bazı ülkelerde ileri tıbbi teknolojinin ortaya çıkardığı etik sorunlarına yoğun ilgi gösterilirken, bu türden teknolojilere sahip olmayan ülkelerde böyle sorunlar da oluşmamaktadır. Bazı ülkelerde hekimler hükümetlerinin kendilerini meslek ahlakına aykırı davranışlara zorlamayacağından eminken, başka ülkelerdeki hekimler için, örneğin polis ya da ordunun 'kuşkulu' yaralanmaların bildirilmesi istemleri karşısında mesleki gizlilik ilkesini korumak gibi ahlaki yükümlülükleri yerine getirmek oldukça güç olabilmektedir.

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

DTB'NİN ROLÜ

Ülkesi ve uzmanlığından bağımsız olarak tüm hekimleri temsil etme çabasındaki tek örgüt olduğundan, DTB tıp etiğinin bütün dünyada uygulanabilecek genel standartlarını oluşturma rolünü üstlenmiştir.

DTB 1947'deki kuruluşundan bu yana, hekimlerin Nazi Almanyası'ndaki ve başka yerlerdeki uygulamalarının tekrarlanmaması için çalışmıştır. DTB'nin önüne koyduğu ilk görev Hipokrat Yemini'ni 20. yüzyılda kullanılabilir hale getirmektir. Bu uğraşın sonucunda

“DTB tıp etiğinin bütün dünyada uygulanabilecek genel standartlarını oluşturma rolünü üstlenmiştir.”

1948'de DTB 2. Genel Kurulu'nda kabul edilen **Genevre Bildirgesi** ('*Hekimlik Andı*', ç.n.) ortaya çıktı ve metin günümüze dek, sonuncusu 2006'da olmak üzere birçok kez gözden geçirilerek güncellendi.² İkinci iş, 1949'daki DTB 3. Genel Kurulu'nda kabul edilen ve 1968, 1983 ve 2006'da gözden geçirilen **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nın geliştirilmesiydi. DTB'nin önüne koyduğu sonraki hedef ise, insanlar üzerinde yapılan araştırmalara yönelik ahlaki kurallar içeren bir kılavuz geliştirmektir. Bu süreç, ilk iki belgeden çok daha uzun sürdü; **Helsinki Bildirgesi** ancak 1964'te kabul edildi. Bu belge de, sonuncusu 2013'te olmak üzere düzenli olarak gözden geçirilmektedir.

Bu temel düzenlemelere ek olarak DTB, çoğu etik ile, diğerleri ise tıp eğitimi ve sağlık sistemleri gibi sosyo-medikal konularla ilgili 100'den fazla özel konu üzerinde görüş bildirmiştir. DTB her yıl düzenlediği Genel Kurulu'nda var olan tutum belgelerinin bazılarını gözden geçirir veya yenilerini kabul eder.

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

DTB NEYİN AHLAKI OLDUĞUNA NASIL KARAR VERİR?

Tartışmalı etik konularında uluslararası düzeyde anlaşma sağlamak, görece ortak görüşte bir grup olan hekimler arasında

² Türk Tabipleri Birliği, DTB Genevre Bildirgesi ya da diğer adıyla Hekimlik Andı'nın 2015 yılında başlayan güncelleme çalışmalarını yürütmek üzere DTB Genel Kurulu'nca seçilen altı ulusal tabip birliğinden biridir. Dünya çapında çok çeşitli tarafların görüşlerinin de alındığı güncelleme çalışmaları kitabın basım tarihi itibarıyla devam etmektedir.

bile kolay bir görev değildir. DTB Genel Kurulu'nda yeni ya da gözden geçirilmiş bir tutum belgesinin kabul edilmesi için oyların en az %75'inin olumlu olması koşulu aranmakta, böylece kararın bir uzlaşmayı yansıtmayı sağlanmaya çalışılmaktadır.

Bu derecede bir uzlaşma sağlamanın önkoşulu, taslak belgeler üzerinde geniş biçimde danışmanlık alınması, DTB Tıp Etiği Komitesi'nin ve bazen özel bir çalışma grubunun iletilen yorumları özenli biçimde dikkate alınması, oluşturulan taslağın tekrar paylaşılması ve sıklıkla tekrar danışmanlık alınmasıdır. Süreç konunun karmaşıklığına ya da yeniliğine bağlı olarak oldukça uzun olabilir. Örneğin **Helsinki Bildirgesi**'nin gözden geçirim süreçlerinden biri 1997'nin başında başlamış, ancak 2000 yılının Ekim ayında sonlanabilmiştir. Hatta o tarihten sonra da Tıp Etiği Komitesi ve çalışma grupları bazı önemli noktaları ele almaya devam etmiştir.

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

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

etik alanında yetkin kişilerin incelenen konu hakkındaki farklı görüşlerini de dikkate alır. Aydınlatılmış onam gibi bazı konularda DTB çoğunluğun görüşlerini paylaşan bir konumdadır. Kişisel sağlık verilerinin gizliliği gibi bazı konularda ise hekimlerin konumunun hükümetler, sağlık sistemi yöneticileri veya şirketlere karşı savunulması gerekebilir. DTB'nin etiği yaklaşımında tanımlayıcı bir özellik, birey olarak hastaya ya da araştırmaya katılanlara verdiği önceliklidir. **Cenevre Bildirgesi**'nde hekim “Önceliği her zaman hastanın sağlığına vereceğime” biçiminde söz vermekte, **Helsinki Bildirgesi**'nde ise, “tıbbi araştırmanın birincil amacı yeni bilgi üretilmesiye de, bu amaç asla araştırmaya katılan bireylerin hakları ve çıkarlarının üzerinde tutulmayacaktır” denmektedir.

BİREYLER NEYİN AHLAKI OLDUĞUNA NASIL KARAR VERİR?

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

Bu öneriler sıklıkla genel ifadelerdir ve bireyler bu önerilerin kendi durumlarına uygun olup olmadığını belirlemek durumundadır. Dahası, tıp uygulamasındaki pek çok etik sorunu tabip birliklerinin o duruma özel bir kılavuz geliştirmedeği alanlarda ortaya çıkabilir. Hekimler sonuçta kendi kararlarını vermek ve uygulamak durumundadır.

“Hekimler sonuçta kendi kararlarını vermek ve uygulamak durumundadır.”

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

Akılcı-olmayan yaklaşımlar:

Boyun eğme, özellikle çocuklar ve ordu, polis, bazı dini örgütler, çoğu iş kurumu gibi otoriter yapılarda çalışanlar için yaygın bir ahlaki karar verme yöntemidir. Kişi aynı fikirde olsa da olmasa da ahlaklılık, otorite sahibinin emir ya da kurallarına uymaktan oluşur.

Öykünme, kişinin doğru ve yanlış ilişkili yargılarını bir başka kişininkine göre ikinci plana atması açısından boyun eğme ile benzerdir. Diğer kişi burada, davranışları örnek alınan kişidir. Ahlaklılık örnek alınan kişiyi izlemekten oluşur. Bu belki de tıp etiğini öğrenmenin en yaygın yöntemidir. Hekim daha deneyimli meslektaşlarını örnek alır; öğrenmenin yolu gözlemlemek ve örnek alınan kişinin değerlerini içselleştirmektir.

Duygu ya da **istek**, ahlaki karar verme ve davranış için öznel bir yaklaşımdır. Doğru olan kişinin doğru olduğunu duyumsadığı ya da isteğini tatmin edendir; yanlış olan ise kişinin yanlış olduğunu duyumsadığı ya da isteklerini karşılamayandır. Ahlaklılığın ölçütü her birey için başkadır ve doğal olarak bireyden bireye, hatta zamanla bireyin kendi içinde bile büyük ölçüde değişebilir.

Sezgi, bir durumda doğru eylemin ne olduğuna ilişkin aniden ortaya çıkan bir algıdır. Tamamiyle öznel olması açısından istek'le benzer; bunun yanı sıra akıldaki yeri bakımından farklılaşır. Bu anlamda akılcı ahlaki karar verme yöntemlerine boyun eğme, öykünme, duygu ve istek'ten daha yakındır. Ancak ne sistematik ne de iç-denetimlidir; ahlaki kararları basit bir içgörü parıltısına dayanarak belirler. Duygu ya da istek gibi bir bireyden diğerine ve zamanla bireyin kendi içinde büyük ölçüde değişkenlik gösterebilir.

Alışkanlık çok etkin bir ahlaki karar verme yöntemidir; çünkü daha önce üzerinde düşünülüp karar verilmiş bir konuya benzer bir durumda karşılaşıldığında sistematik karar verme sürecinin tekrar en baştan başlatılmasına gerek duyulmaz. Ancak iyi alışkanlıklar olduğu gibi (doğruyu söyleme gibi), kötü alışkanlıklar da vardır (yalan söyleme gibi). Ayrıca benzer görünen durumlar birbirinden anlamlı derecede farklı kararlar gerektirebilir. Bu nedenle, alışkanlık ne kadar yararlı olsa da kişi alışkanlıklarına tümüyle güvenemez.

Akılcı yaklaşımlar:

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

- **Deontoloji**, ahlaki karara temel oluşturacak iyi-gerekçelendirilmiş kurallar arayışı içindedir. Bu türden bir kurala örnek, “Başkalarına eşitmiş gibi davran”dır. Kökeni dinsel (örneğin, Tanrı’nın yarattığı tüm insanların eşit olduğu inancı) ya da din-dışı (örneğin, tüm insanlar hemen hemen aynı genetik yapıya sahiptir) olabilir. Kurallar bir kez oluşturulduktan sonra özgün olaylarda uygulanmalıdır. Tam bu noktada hangi kuralın uygulanacağı sıklıkla tartışma konusu olur (Örneğin başka bir insanı öldürmeyi yasaklayan kural gebeliğin sonlandırılması ya da idam cezasına da uygulanabilir mi?).
- **Sonuşalcılık**, ahlaki kararları çeşitli eylem seçeneklerinin olası sonuçlarının çözümlenmesi üzerine dayandırır. Doğru eylem, en iyi sonucu üretendir. Elbette iyi sonucun ne olduğu üzerinde anlaşmazlık olabilir. Sonuçsalcılığın en iyi bilinen biçimlerinden biri, **yararcılık**, iyinin ölçüsü olarak ‘yarar’ı kullanır ve yarar’ı “en fazla sayıda insan için en büyük iyi” biçiminde tanımlar. Sağlık hizmetlerinde karar verme yöntemi olarak kullanılan diğer sonuçsalcı ölçütler, maliyet-etkinlik ve niteliğe göre hesaplanan yaşam yılları (QALYs) ile engelliliğe göre hesaplanan yaşam yılları (DALYs) göz önüne alınarak ölçülen yaşam niteliğidir. Sonuçsalcılığı destekleyenler genel olarak ilkeleri fazla kullanmazlar; çünkü ilkelerin tanımlanması, öncelenmesi ve uygulanması güçtür ve hiçbir durumda, onların özellikle önem verdikleri ‘sonuç’ boyutu dikkate alınmaz. Bununla birlikte, ilkeleri bu biçimde bir yana itmek, sonuçsalcılığın, bireylerin insan haklarının toplumsal bir amaç uğruna feda edilmesi örneğinde olduğu gibi ‘amaçlar araçları haklı çıkarır’ önermesini kabul etmekle suçlanmasına neden olur.

- **İlkecilik**, isminden de anlaşılacağı gibi ahlaki kararlar verebilmek için etik ilkelerini kullanır. Hem kuralları hem de sonuçları dikkate alarak yapılması gereken doğru şeyin ne olduğunu belirleyebilmek için, bu ilkeleri özgün olaylar ya da durumlara uygular. İlkecilik yaklaşımı son zamanlarda, özellikle A.B.D’de etik üzerine tartışmalarda son derece etkili olmaktadır. Özellikle dört ilke, özerkliğe saygı, *yararlı olma*, *zarar vermeme* ve *adalet*, tıbbi uygulamalarda ahlaki karar verme süreçleri için çok önemli kabul edilmektedir. İlkeler akılcı bir karar vermek için gerçekten de önemli bir rol oynarlar. Ancak bu dört ilke, özellikle özerkliğe saygının diğerlerine öncelenmesi Batı’nın liberal kültürünün bir yansımasıdır ve evrensel geçerliliği bulunmamaktadır. Ayrıca bu dört ilke özgün durumlarda sıklıkla çatışır ve bu türden çatışmaları çözmek için bazı ölçütlere ve süreçlere gereksinim doğar.
- **Erdem etiği** karar vermekten çok, davranışına yansıdığı biçimiyle karar verenin karakterine odaklanır. Erdem ahlaki bir mükemmellik türüdür. Yukanda vurgulandığı gibi, hekimler için özellikle önemli bir erdem, sevecenliktir. Diğerleri dürüstlük, saflık ve adanmışlıktır. Bu erdemlere sahip olan hekimlerin iyi kararlar alması ve o kararları iyi bir biçimde uygulaması olasılığı daha yüksektir. Ancak erdemli bireyler bile özgün durumlarda nasıl eylemek gerektiği konusunda sıklıkla kararsız kalabilirler ve yanlış kararlar alabilirler.

Ne sözü edilen dört yaklaşım, ne de önerilen başka yaklaşımlar evrensel olarak kabul görmemiştir. Bireyler akılcı-olmayan yaklaşımlarda yaptıkları gibi akılcı yaklaşımlar arasında da farklı seçimlerde bulunabilirler. Bu farklılık kısmen her yaklaşımın güçlü ve zayıf yönlerinin bulunmasıyla açıklanabilir. Belki bu dört yaklaşımın en iyi özelliklerini içeren bir bileşim akılcı bir ahlaki karar verme için en iyi yolu oluşturabilir.

Bu yöntem, yaşanan durum ya da olayla en ilişkili olan kuralları (Deontoloji) ve ilkeleri (İlkecilik) özenle değerlendirir, söz konusu durum ya da olayla en ilgili olanları belirler ve olası en kapsamlı biçimde uygulamaya çalışır. Ayrıca eylem seçeneklerinin olası sonuçlarını değerlendirir (Sonuçsalcılık) ve hangi sonucun istenir olduğunu belirler. Son olarak, karar-vericinin davranışının hem karar verme hem de kararı uygulama anlamında saygı uyandıracak bir davranış olmasını sağlamaya çalışır (Erdem etiği). Bu türden bir süreç şu adımlardan oluşur:

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

SONUÇ

Bu bölüm, izleyen bölümler için ‘sahneyi hazırlamaktadır’. Tıp etiğinde özel konularla uğraşırken hekimlerin tarih boyunca birçok benzer durumla karşılaştığını ve onların birikmiş deneyimleri ve bilgilerinin günümüzde çok değerli olabileceğini akılda tutmakta yarar vardır. DTB ve diğer tıp örgütleri bu geleneği sürdürürler ve hekimlere etik açısından oldukça yararlı bir kılavuzluk sağlarlar. Bununla beraber, hekimler arasında etik konularına ilişkin yaygın bir uzlaşma olabilsede, bireyler özgün olaylarda nasıl davranılacağı üzerinde anlaşamayabilirler.

Ayrıca hekimlerin görüşleri hastalarinkinden ve diğer sağlık çalışanlarından çok farklı olabilir. Etik çatışmalarını çözmek için ilk adım olarak, hekimlerin hem kendi hem de etkileşimde buldukları insanların farklı etik yaklaşımlarını anlamaları önemlidir. Bu onların kendileri için en iyi eylemi belirlemelerine ve kararlarını diğerlerine açıklamalarına yardım edecektir.

BÖLÜM İKİ - HEKİMLER ve HASTALAR



Sevecen hekim

@ Jose Luis Pelaez, Inc / CORBIS

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu bölümü çalıştıktan sonra;

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

OLGU ÇALIŞMASI #1

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

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN ÖZGÜN YANLARI NELERDİR?

Hasta-hekim ilişkisi tıp uygulamasının ve dolayısıyla tıp etiğinin köşetaşdır. Daha önce vurgulandığı gibi, **Cenevre Bildirgesi**'nde hekimin önceliğinin her zaman hastasının sağlığı olması gerektiği, **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda ise hekimin hastasına tam bir sadakat ile sahip olduğu bütün bilimsel bilgiyi sunmakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Bölüm Bir'de tartışıldığı gibi hasta-hekim ilişkisinin geleneksel yorumu olan ve hekimin karar verip hastanın da buna uyduğu babacı³ yaklaşım, son yıllarda hem etik hem de hukukta yaygın olarak reddedilmektedir. Bununla birlikte, birçok hasta kendilerine sunulacak sağlık hizmeti hakkında karar verme yetisine sahip olmadığından ya da karar vermeyi istemediğinden, hasta özerkliği sıklıkla sorun oluşturmaktadır.

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

Hasta-hekim ilişkisinde eşit derecede sorun oluşturan diğer boyutlara, verilerin bilgisayarlarda depolandığı ve iletildiği bir çağda tıbbi kayıtların gizliliğini sağlama yükümlülüğü, ölümü çabuklaştırma istemi karşısında yaşamı koruma ödevi gibi örnekler verilebilir.

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

“Önceliği her zaman hastanın sağlığına vereceğime...”

SAYGILI DAVRANMA ve EŞİT HİZMET SUNMA

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

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

Demokrasi, her erkeğin (çok sonraları kadınların da) politik açıdan eşit olduğu ve bu nedenle kendisini kimin yönetmesi gerektiği hakkında söz söyleme hakkı olduğu inancına dayanır.

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

Tıp mesleği hastaların eşitliği ve hakları üzerine yıllar boyunca çatışan görüşlere sahip olmuştur. Bir tarafta hekimlere, yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim ya da toplumsal konuma göre değerlendirmelerin göreviyle hastası arasına girmesine izin vermemesi söylenmektedir (**Cenevre Bildirgesi**). Diğer taraftan hekimler acil durumlar dışında hastayı reddetme haklarının olduğunu ileri sürmektedir. Bu türden bir ret için eğitim eksikliği ya da uzmanlık alanıyla ilgili haklı çıkarılabilecek nedenler olabileceği de, hekim hastayı neden reddettiğine ilişkin bir gerekçe göstermek zorunda olmazsa, kolayca ayrımcı davranabilir ve bundan sorumlu tutulmayabilir. Böylesi bir durumda insan hakları ihlalini önlemenin tek aracı, yasal düzenlemeler ya da disiplin mekanizmaları değil, sadece hekimin vicdanı olmaktadır.

Hekimler insanların eşitliğine ilkesel olarak saygı gösterebilirler bile, hastalara karşı tutumları aksi yönde olabilir. Bölümün girişinde yer verilen olgu bu soruna işaret etmektedir. Bölüm Bir'de vurgulandığı gibi sevecen yaklaşım tıbbın temel değerlerinden biridir ve iyi bir tedavi ilişkisinin yaşamsal

bileşenidir. Sevecen yaklaşım hastanın onuru ve değerleri üzerine temellenir; ayrıca hastanın hastalık veya engellilik karşısındaki savunmasız konumunu destekleyerek daha da öteye gider. Hasta hekimin sevecenliğini duyumsarsa, hekimin kendisi için en iyisini yapacağına ilişkin güveni artacak ve bu güven iyileşme sürecine katkıda bulunabilecektir.

Hastalara saygı, hekimin onları tıbbi girişim sürecinde önlenebilir tüm risklerden uzak tutmasını gerektirir. Son yıllarda hasta güvenliği sağlık çalışanları ve sağlık kurumları için önemli bir kaygı nedeni haline gelmiştir. Çalışmalar, hastaların çoğunun enfeksiyon kontrolü (el hijyeni dahil), kayıtların düzenli ve doğru tutulması, anlaşılabilir ilaç etiketleri ve güvenli ilaç, enjeksiyon ve cerrahi işlemlerindeki hatalar nedeniyle pek çok hastanın zarar gördüğünü, hatta yaşamlarını yitirdiğini göstermiştir. DTB **Hasta Güvenliği üzerine Bildirge**'sinde hekimleri, “sağlık hizmetlerinin profesyonel sınırlarının ötesine geçmeye ve hastalar dahil tüm taraflarla birlikte hasta güvenliğine ilişkin proaktif bir sistem benimsenilmesi için işbirliği yapmaya” çağırır.

Hasta-hekim ilişkisinin yaşamsal önemdeki bileşeni olan güven, genellikle hekimin hastasını terk etmemesi gerektiği biçiminde yorumlanmaktadır. DTB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda hasta-hekim ilişkisinin sonlanması için tek nedenin, hastanın bir başka hekime gereksinim duyması olduğu belirtilmektedir: “Hekim hastasına tam bir sadakat ile sahip olduğu bütün bilimsel bilgiyi sunmakla yükümlüdür. Bir tanı ya da tedavi yöntemi hekimin yetilerinin ötesine geçtiğinde hekim, gerekli bilgi ve beceriye sahip başka bir hekimi davet etmelidir”. Bununla birlikte bir hekimin hastasıyla ilişkisini sonlandırmak isteyeceği diğer birçok neden olabilir. Örneğin hekim taşıyor ya da mesleğini bırakıyor olabilir, hasta hekimin ücretini ödeyemiyor ya da ödemeyi reddediyor olabilir, hekim ve hasta birbirlerinden hoşlanmamış olabilir, hasta hekimin önerilerini yerine getirmiyor olabilir vb. Nedenler tamamen haklı çıkarılabilir ya da meslek ahlakına aykırı olabilir.

Bu türden bir karar verme sürecinde hekimler, meslek ahlakı düzenlemelerini ve diğer ilişkili kılavuzları incelemeli, gerekçelerini dikkatlice değerlendirmelidirler. Kararlarını kendilerine,

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

hastalarına ve gerekirse üçüncü bir tarafa karşı haklı çıkarabilmeye hazır olmalıdırlar. Eğer gerekçe haklı çıkarılabiliyorsa, hekim hastanın başka bir hekim bulmasına yardımcı olmalı, eğer bu mümkün olmuyorsa hastanın uygun bir sağlık hizmetine ulaşabilmesi için artık kendisine hizmet sunmayacağını uygun biçimde anlatmalıdır. Eğer hekimin gerekçesi ırkçı önyargılardan kaynaklananlar gibi haklı çıkarılamayacak türdence, bu durumda hekim bu sorununu aşmak için gerekli adımları atmalıdır.

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

Saygılı davranma ve eşit hizmet sunma ilkesini korumanın güçleştiği olgulardan biri de bulaşıcı hastalık taşıyan hastalara hizmet sunumudur. Burada, sadece yaşamın yitirilmesine neden olabilecek bir hastalık olduğu için değil, aynı zamanda toplumsal önyargılarla bağlantılı olduğu için de genellikle HIV/AIDS gündeme gelir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarına HIV/AIDS'den çok daha kolay geçebilen birçok ciddi bulaşıcı hastalık

vardır. Bazı hekimler bulaş olasılığını düşünerek bu tür hastalara girişimsel işlemler uygulamaktan çekinebilirler. Ancak meslek ahlakı düzenlemeleri, hekimin tüm hastalara eşit davranma görevi bağlamında bulaşıcı hastalığı olan hastalar için bir istisna tanımaz. DTB'nin **HIV/AIDS ve Tıp Mesleği üzerine Açıklama**'da konuya şöyle açıklık getirmektedir:

AIDS hastalarına karşı ayrımcılık, tıbbi uygulamalardan tamamıyla ayıklanmalıdır.

AIDS hastalarının sevecenlikle ve insanlık onuruna yakışır biçimde sunulan, koruma, destek, tedavi ve bakım hizmetlerini almaya hakları vardır.

“AIDS'ten etkilenen kişilerin yetkin ve sevecen yaklaşımla sunulan tedaviye gereksinimleri vardır.”

Hekim, sadece hastanın seropozitif olduğunu ileri sürerek yetkinlik alanı içinde bulunan durumlarda hastayı tedavi etmeyi reddedemez.

AIDS hastalarının gereksindiği bakım ve hizmeti sunamayacak durumda olan hekim, bu hizmetleri sunabilecek hekim ya da kurumlara hastayı uygun biçimde yönlendirmelidir. Yönlendirme işlemi tamamlanana dek hekim hasta için en iyi hizmeti elinden geldiğince sunmalıdır.

Hasta-hekim ilişkisinin özel doğası cinsel bir çekime yol açabilir. Tıp etiğinin temel kurallarından biri bu tür bir çekime karşı direniş gösterilmesi gerektiğidir. Hipokrat Yemini, “Hangi evi ziyaret edersem edeyim hastanın yararı için çalışacağım, tüm art niyetlerden uzak olacağım, kadınlar ve erkeklerle cinsel ilişkiye girmeyeceğim.” ifadesini içerir. Son yıllarda birçok ulusal tabip birliği hekim ve hasta arasında cinsel ilişkiyi yasaklayan düzenlemeleri tekrar gündeme getirmektedir. Bunun nedenleri günümüzde, 2,500 yıl önce Hippokrates zamanında olduğu kadar geçerlidir. Hastalar savunmasızdır ve hekimin kendilerine iyi davranacağına güvenirlir.

Tedavilerinin olumsuz etkileneceğinden korkarak hekimlerin cinsel yaklaşımlarına direnemeyebilirler. Ayrıca hekimin klinik yargısı hastaya karşı olan duyguları nedeniyle olumsuz etkilenebilir.

Bu neden hekimin aile üyelerini tedavi etmeleri için de geçerlidir; birçok meslek ahlakı düzenlemesi hekimin aile üyelerini tedavi etmesinin uygun olmayacağını güçlü biçimde vurgular. Bununla birlikte, başka bazı meslek ahlakı düzenlemelerinde olduğu üzere, bu gereklilik koşullara bağlı olarak değişebilir. Örneğin başka hekimin olmadığı kırsal bir bölgede çalışan bir hekim özellikle de acil durumlarda aile üyelerine sağlık hizmeti sunmak durumunda kalabilir.

İLETİŞİM ve ONAM

Aydınlatılmış onam günümüzde tıp etiğinin merkezi kavramlarından biridir. Hastaların kendilerine sunulacak sağlık hizmetine ilişkin karar verme hakkı, dünyadaki ilgili yasal düzenlemelerinin ve meslek ahlakına dair kuralların çoğunda önemli bir yer tutmaktadır.

DTB **Hasta Hakları Bildirgesi;**

Hasta kendisiyle ilgili kararları özgürce alabilmek ve kendi kaderini belirleme hakkına sahiptir. Hekim hastayı kararının sonuçları hakkında aydınlatacaktır. Yeterli ve yetişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedavi işlemine onam verme ya da reddetme hakkına sahiptir. Hasta karar verebilmek için gerekli bilgiyi edinme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir test ya da işlemin amacını, sonuçların ne anlama gelebileceğini ve onam vermemesi durumunda neler olabileceğini açık biçimde anlamalıdır.

Aydınlatılmış onam için gerekli bir koşul hekim ve hasta arasında iyi bir iletişim kurulmasıdır. Tıpta babacı yaklaşımın normal kabul edildiği zamanlarda iletişim görece basitti; hekimin yapılacakları hastaya iletmesi, hastanın da buna uymasından ibaretti. Günümüzde ise iletişim

hekimlerden çok daha fazlasını talep etmektedir. Hekimler hastalarına kendi kararlarını verebilmeleri için gerekli bütün bilgiyi sağlamak durumundadırlar. Karmaşık tanı yöntemleri, prognoz ve tedavi biçimleri yalın bir dille, hastanın tedavi seçeneklerini anlaması sağlanarak, her seçeneğin üstünlükleri ve olumsuz yönlerini de içerecek biçimde açıklanmalı, hastaların sorabilecekleri her soru yanıtlanmalı, hastanın verdiği karar, olası ise gerekçeleriyle birlikte anlaşılmalıdır. İyi iletişim becerileri çoğu insanda doğal olarak bulunmaz; bilinçli bir çaba ve düzenli denetimle geliştirilmeli ve sürdürülmelidir.

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

Böylesi durumlarda hekim hastasının sağlık ve iyileşme anlayışını algılamak için her çabayı göstermeli ve önerilerini olası en iyi biçimde hastasına iletmelidir.

Hekim tanısı, prognozu ve tedavi seçenekleri hakkında bilmesi gereken ve bilmek istediği herşeyi hastasına başarılı biçimde iletmış ise, hasta artık nasıl ilerleneceğine ilişkin aydınlatılmış bir karar verebilir. 'Onam' terimi tedavinin kabul edilmesi anlamına geliyorsa da, aydınlatılmış onam kavramı aynı zamanda tedavinin reddedilmesi ya da tedavi seçenekleri arasında seçim yapılması anlamına da gelmektedir. Karar verme yeterli olan hastalar, engellilik ya da ölüme neden olabilecek olsa bile, tedaviyi reddetme hakkına sahiptirler.

Onam açık ya da dolaylı (örtük) olabilir. Açık onam sözlü ya da yazılı olarak verilir. Hasta belli bir işlem ya da tedavinin uygulanmasına istekli olduğunu bir davranışıyla belirtiyorsa, o onam dolaylıdır. Örneğin

kişinin kolunu uzatması, kan örneği vermek için dolaylı olarak onam verdiği anlamına gelir. Risk oluşturan ya da orta dereceden daha fazla rahatsızlık yaratan işlemler için dolaylı yerine açık onam almak daha uygun olur.

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

Karar verme yeterliği olan hastaların aydınlatılmış onamını almak, iki durumda bir gereklilik değildir.

- Hastaların karar verme yetkilerini gönüllü olarak hekimlerine ya da üçüncü bir tarafa devrettikleri durumlar. Durumun karmaşıklığı nedeniyle ya da hastanın hekimin yargısına tamamen güvendiği durumlarda, hasta hekime ‘Sence en iyisi neyse onu yap’ diyebilir. Hekim böyle bir istemi hemen kabul etmeye istekli olmamalı, tedavi seçenekleri hakkında gerekli bilgileri sunarak hastanın kendi kararını vermesi için onu cesaretlendirmelidir. Bununla birlikte hasta isteminde ısrar ederse hekim hasta için en iyisini sağlamaya çalışmalıdır.
- Hasta hakkındaki bazı bilgileri açıklamanın hastaya zarar verebileceği örnekler. Geleneksel ‘tıbbi ayrıcalık’ kavramı böyle olgularda ortaya çıkar; bilgilendirmenin hastaya ciddi derecede fiziksel veya psikolojik zarar verme olasılığı söz konusu ise, örneğin terminal bir hastalığı olduğunu öğrenecek hastanın özkıyım girişiminde bulunacağı öngörülyorsa, hekim hastayı bilgilendirmeyebilir. Bu ayrıcalık kötüye kullanıma çok açıktır ve sadece çok ender durumlarda kullanılmalıdır. Hekimler hastalara, kendilerine ilişkin haberlerle baş edebileceklerini varsayarak yaklaşmalı, bilgilendirmeme seçeneğine, gerçeği söylemenin onu saklamaktan daha fazla zarar vereceğine gerçeğten ikna oldukları olgularda başvurmalıdır.

Bazı kültürlerde, hasta terminal dönemde bir hastalığa sahipse, hekimin bilgilendirme yükümlülüğünün bulunmadığı kabul edilir. Bu tür bir bilginin

hastayı umutsuzluğa sürükleyeceği ve yaşamının kalan günlerini iyileşme umudunu yitirmiş olarak çok daha kötü geçireceği düşünülür. Dünyanın hemen her yerinde, yaşamının son döneminde olan hastanın yakınları, hekimden hastaya ölmekte olduğunu söylememesini isterler. Hekimler, özellikle ölümün yakınlaştığı zamanlarda kötü haber verirken kişisel ve kültürel etmenlere duyarlı olmak durumundadır. Ne var ki hastanın aydınlatılmış onam hakkı çok daha yaygın biçimde kabul görmüştür ve hekimin birincil ödevi hastasının bu hakkının yerine getirilmesini sağlamaktır.

Sağlık hizmetini bir meta ve hastaları da birer tüketici olarak gören anlayışın giderek yaygınlaşmasıyla, hastalar ve aileleri kendileri için uygun olmayan sağlık hizmetlerini giderek daha fazla talep etmeye başlamışlardır. Bu tür hizmetlere, viral enfeksiyonlar için antibiyotik uygulanmasından beyin ölümü gerçekleşmiş hastalara yoğun bakım hizmeti verilmesine, henüz etkililiği ve güvenilirliği kanıtlanmamış, ancak ümit veren ilaç ya da cerrahi girişimlerin uygulanmasına kadar değişen pek çok örnek verilebilir.

Bazı hastalar kendilerine iyi geleceğini düşündükleri her hizmeti almaya 'hakları olduğunu ileri sürebilmekte ve hekimler istenen hizmetin hastaya yararı olmayacağından emin olsalar bile, sıklıkla bu tür istemleri kabul etmektedirler. Bu sorun özellikle, kaynakların sınırlı olduğu ve bazı hastalara uygulanacak 'boşuna' ya da 'yararsız' tedaviler nedeniyle başka hastaların hizmet alamadığı durumlarda önem kazanır.

Boşuna ve **yararsız** uygulama şöyle tanımlanabilir: Herhangi bir makul iyileşme ya da gelişme umudu sağlamıyorsa ya da hastanın herhangi bir yarar görme şansı kalıcı olarak sona

ermişse, hekim söz konusu uygulamayı tıbbi açıdan boşuna ya da yararsız olarak tanımlayabilir. Diğer durumlarda bir tedavinin yararlılığı, sadece hastanın öznel 'iyi hissetme' yargısına dayanılarak belirlenebilir. Genel bir

"Hekimin bir hastaya boşuna ya da yararsız tıbbi girişimde bulunma zorunluluğu yoktur."

kural olarak hasta, boşunalık kararının verilme sürecine katılmalıdır. Ender durumlarda hastanın bu tartışmaya katılması onun iyiliğine olmayabilir. Hekimin bir hastaya boşuna ya da yararsız tıbbi girişimde bulunma zorunluluğu yoktur.

Aydınlatılmış onam ilkesi, hekim tarafından sunulan seçenekler arasından hastanın seçim yapma hakkıdır. Hasta ve ailesinin hekim

Hastaların, hekimlerin önermediği hizmetleri almaya hakkı var mı?

tarafından önerilmeyen hizmetleri almaya ne derece hakkı bulunduğu etik, hukuk ve kamu politikalarının ana tartışma konularından birini oluşturmaktadır. Hükümetler, sigorta şirketleri veya hekim örgütleri bu konuda bir karara varana dek, hekimler uygun olmayan tedavi istemlerini kabul edip etmemeye kendileri karar vereceklerdir. Uygulanacak işlemin yarardan çok zarar getireceğine düşünüyorlarsa, bu tür istemleri reddetmelidirler.

Hekimler ayrıca işlem zararsız olsa bile büyük olasılıkla yarar getirmeyecek ise, plasebo etkisi oluşma olasılığının gözardı edilmemesi gerekmesine rağmen bu tür istemleri reddetmek konusunda kendilerini özgür hissetmelidirler. Kaynakların sınırlılığı söz konusu ise, bu konu kaynakların dağıtımından sorumlu olanların dikkatine sunulmalıdır.

YETERLİĞİ OLMAYAN HASTALAR YERİNE KARAR VERME

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

Babacı yaklaşım egemenken, yeterliği olmayan hastalar için uygun karar vericinin hekim olduğu kabul edilirdi. Hekim hastanın tedavi seçenekleri hakkında aile üyelerinin fikirlerini alabilirdi; ancak son karar ona aitti. Hastalara yeterliklerini yitirdiklerinde kendileri adına kimin karar vermesini istediklerini belirleme olanağı tanınmaya başladığından bu yana, birçok ülkede hekimler bu yetkiyi yavaş yavaş yitirmektedirler. Ek olarak bazı ülkeler, hasta yerine karar vericilerin belirlenmesi için bir sıra oluşturmaktadır (eş, yetişkin çocuk, kardeşler gibi). Böyle durumlarda hekimler ancak, acil durumlarda sıklıkla olduğu gibi önceden belirlenmiş karar vericilere ulaşamıyorsa hastaları yerine karar verebilmektedir. DTB **Hasta Hakları Bildirgesi** hekimin böyle durumdaki görevini aşağıdaki gibi tanımlamaktadır:

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

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

Önceki bölümde tartışılan aydınlatılmış onam ilkesi ve süreci, hastaların kendi kararlarını vermeleri için olduğu kadar hasta yerine karar verenler

için de geçerlidir. Hekimlerin karar-vericilerin gereksindiği tüm bilgileri sağlamak ödevi bulunmaktadır. Karmaşık tanı yöntemleri, prognozlar ve tedavi biçimleri sade bir dille, hastanın tedavi seçeneklerini anlaması sağlanarak, her seçeneğin üstünlükleri ve olumsuz yönlerini de içerecek biçimde açıklanmalı, sorulabilecek her soru yanıtlanmalı ve verilen karar, olası ise gerekçeleriyle birlikte anlaşılmalıdır.

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

Tıbbi karar verme yeterliğini değerlendirmek, özellikle genç insanlarda ve akıl yetilerini akut ya da kronik bir hastalık nedeniyle yitirmiş hastalarda güç olabilir. Bir kişi yaşamın belli bazı boyutlarında karar

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

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

Hastalar, hastalıklarının verdiği rahatsızlıklara bağlı olarak tedavi seçenekleri arasında iyi düşünülmüş, akılcı seçimlerde bulunamayabilirler. Yine de özel bir girişimi, örneğin damar içi beslenmeyi reddettiklerini belirtiyor olabilirler. Böyle durumlarda, tedavi planının bütünü içinde değerlendirilmesi gerekiyor olsa da, bu istekler son derece ciddiye alınmalıdır.

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

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

MESLEKİ GİZLİLİK

Hekimin hastaya ait bilgileri gizli tutma ödevi, Hippokrates zamanından beri tıp etiğinin köşetaşlarından biridir. Hipokrat Yemini'nde, "Tedavi sırasında

"Belli bazı koşullarda hastaya ait bilgileri açıklamak meslek ahlakına aykırı değildir"

ya da hatta tedavi dışında, insanların yaşamlarına ilişkin, dışarıya yayılmaması gereken şeyler görür ya da işitirsem, bunları kendime

saklayacağım ve sözünü etmeyi ayıp sayacağım.” ifadesi yer alır. Yemin ve daha yeni uyarlamaları, bilgileri gizli tutma ödevinde hiçbir ayrıcalık tanımamaktadır. Bununla birlikte, diğer meslek ahlakı metinleri bu mutlakçı anlayışı reddetmektedir. Örneğin DTB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**, “Hasta onam verdiği ya da hastaya veya başkalarına gerçek ve yakın bir tehdidin varlığı halinde, bu tehdit sadece açıklama ile ortadan kaldırılabilecekse mesleki gizlilik ihlal edilebilir.” Mesleki gizlilik ilkesinin bu türden gerekçelerle çiğnenebilmesi, mesleki gizlilik ilkesinin netleştirilmesini gerektirmiştir.

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

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

Güven hasta-hekim ilişkisinin yaşamsal bir parçasını oluşturur. Sağlık hizmeti alabilmek için hasta, kendisine ait ve kimsenin bilmesini istemediği bilgileri hekime ve kendisine tamamen yabancı başka kişilere açıklamak zorunda kalır. Hizmet sunanların bu bilgileri açıklamayacaklarına güvenmeleri için iyi bir nedene gereksinimleri vardır. Bu güvenin temeli,

sağlık çalışanlarının sahip çıkması beklenen ahlaki ve yasal mesleki gizlilik standartlarıdır. Açıkladıklarının gizli kalacağından emin olmadıkları süreçte hastalar kişisel bilgilerini paylaşmayabilirler. Bu da hekimin etkin bir hizmet sunmasını veya belli bir toplum sağlığı amacına ulaşmasını engeller.

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

- Bir hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu ve tedavisi hakkındaki tüm tanımlanabilen bilgiler ile diğer tüm kişisel bilgileri, ölümünden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bununla beraber, ölüm sonrası hastanın ailesi kendi sağlıklarıyla ilgili riskleri öğrenmek üzere bu bilgilere erişme hakkına sahip olabilirler.
- Gizli bilgilerin açıklanması, ancak hastanın onam verdiği ya da yastada açık biçimde belirtilen durumlarda olanaklı hale gelir. Hasta açık bir onam vermedikçe kendisi hakkındaki bilgiler ancak 'mutlaka bilmesi gereken' sağlık çalışanlarına açıklanabilir.
- Hastaya ait tanımlanabilen tüm bilgiler korunmalıdır. Verilerin korunması depolanma biçiminin uygunluğunu da kapsar. İnsanlardan alınan kimlik belirtici veri üretilebilecek her türlü örnek de aynı biçimde korunmalıdır.

Bu DTB bildirgesinin de belirttiği gibi, gizlilik ilkesinin korunması için bazı istisnai durumlar vardır. Bunların bazıları görece az sorun yaratsa da, bazıları hekimler için oldukça güç etik sorunları doğurur.

Mesleki gizlilik ilkesi, sağlık kuruluşlarının çoğunda neredeyse her gün çiğnenir. Hekimler, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri gibi pek çok kişinin hastaya uygun bir hizmet sunabilmek için, öğrencilerin ise tıbbi uygulamaları öğrenmek için hastanın tıbbi kayıtlarına erişmeleri gerekir. Hastaların dili kendilerine hizmet sunanlardan farklı olduğunda, bu iletişimi kolaylaştıracak bir çevirmene gereksinim doğar. Karar verme yeterliği olmayan hastalar söz konusu olduğunda diğer bireylerin onlara bakabilmeleri ve onlar yerine karar verebilmeleri için hasta

hakkında bilgilendirilmeleri gerekir. Hekimler genellikle ölen kişinin aile üyelerini ölüm nedeni hakkında bilgilendirirler. Gizlilik ilkesinin bu biçimlerde çiğnenmesi sıklıkla haklı görülür; ancak olası en az düzeyde tutulmalı ve hasta hakkında bilgilendirilenler bu bilgileri hastanın ya da yaşamını yitirenin yararı için gerekmedikçe başkalarına yaymamaları konusunda uyarılmalıdır. Olası ise hasta bu türden açıklamalara ilişkin bilgilendirilmelidir.

Mesleki gizlilik ilkesini ihlal etmenin genel olarak kabul gören diğer bir nedeni, yasal gereklilikleri karşılamaktır. Örneğin birçok yargı yapılanması, otomobil kullanmaya engel oluşturan bir sağlık sorununa sahip kişiler ya da çocuk suistimaline ilişkin bir kuşku söz konusu ise bildirim zorunluluğu getirmiştir. Hekimler hastaya ait bilgilerin hangi yasal koşullar altında açıklanması gerektiği hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.

Bununla birlikte yasal gereklilikler, meslek ahlakının temelinde bulunan insan haklarına saygı kavramı ile çatışabilir. Bu nedenle hekimler mesleki gizlilik ilkesini çiğneyecek her türlü yasal gerekliliği eleştirel gözle değerlendirmeli ve yasal gerekliliğe uymadan önce meslek ahlakı açısından haklı çıkarılabileceğinden emin olmalıdır.

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

Hekimler yasal gerekliliklere uymak konusunda ikna olurlarsa, bunun gerekliliğini hastaları ile tartışmaları ve işbirliği sağlamaları uygun olur. Örneğin çocuğuna şiddet uyguladığından kuşku edilen bir hastanın yetkilileri kendisinin çağırması ve hekimin bulunduğu bir ortamda açıklamada bulunması ya da hekimin yetkililere bildirmeden önce kişinin onamını alması daha tercih edilir bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım sonraki girişimleri kolaylaştıracaktır. Eğer bu tür bir işbirliği sağlanamıyorsa hekim bildirmekte geç kalmanın çocuğu ciddi bir risk altına sokacağına

inaniyorsa, hızla çocuk koruma görevlilerine haber vermeli ve hastayı bu durum hakkında bilgilendirmelidir.

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

Yasa tarafından gerekli kılınmadığı halde gizlilik ilkesi; oluşacağı öngörülen zararın, yakın, ciddi (ve geri dönüşsüz), bilgi açıklanmadığı sürece kaçınılmaz ve bilginin açıklanmasıyla oluşacak zarardan daha büyük olduğu durumlarda çiğnenebilir. Bu görelî zararların büyüklüğünü belirlemek için hekim zararların ciddiliğini ve oluşma olasılıklarını değerlendirmek ve karşılaştırmak durumundadır. Kuşkuya düştüğünde uzman danışmanlığına başvurmak akıllıca olur.

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

HIV-pozitif hasta söz konusu olduğunda, hastanın eşine ya da şu anki cinsel eşine durumu açıklamak meslek ahlakına aykırı olmayabilir; esasen bu açıklama hasta risk altındaki kişiyi bilgilendirmeyi istemiyorsa haklı çıkarılabilir. Böyle bir açıklama için şu koşulların tümünün sağlanması gerekir: Hastanın eşi HIV bulaşma riskiyle karşı karşıya olmalı ve başka bir yolla öğrenme olasılığı bulunmamalı; hasta cinsel eşini bilgilendirmeyi reddediyor olmalı; hasta kendisi adına hekimin bilgilendirme önerisini

reddetmiş olmalı; hekim hastayı, bu bilgiyi eşine açıklama niyeti hakkında bilgilendirmelidir.

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

YAŞAMIN BAŞLANGICINA İLİŞKİN KONULAR

Tıp etiğinin öne çıkan konularının çoğu yaşamın başlangıcı ile ilgilidir. Elkitabının sınırlı kapsamı bu konuların ayrıntılı olarak ele alınmasını engellemekte ise de, etik boyutları olduğunu anımsamak için kısaca söz etmekte yarar vardır. Bu konuların çoğu ulusal tabip birlikleri, etik uzmanları ve hükümetlere danışmanlık yapan kurullar tarafından ayrıntılı biçimde çözümlenmiştir ve birçok ülkede bu konularla ilgili düzenlemeler bulunmaktadır.

- **Gebelikten korunma** - İstenmeyen gebeliklerin önlenmesini de içermek üzere kadının üreme yetisi üzerindeki denetim hakkı uluslararası düzeyde giderek artan biçimde tanınıyorsa da, hekimler hâlâ, küçüklerin gebelikten korunma istemlerini karşılamak ve farklı korunma yöntemlerinin risklerini açıklamak gibi güç konularla uğraşmak durumundadırlar.
- **Yardımcı üreme teknikleri** - Doğal yoldan gebelik oluşturamayan çiftler için, büyük tıbbi merkezlerin çoğunda bulunabilen yapay döllendirme, in-vitro fertilizasyon ve embriyon aktarımı gibi çeşitli yardımcı üreme teknikleri kullanılabilir. *Vekil gebelik* diğer bir seçenektir. Bu tekniklerin hepsi hem bireysel olgularda hem de kamu politikaları açısından sorun oluşturmaktadır. DTB 2006 tarihli **Yardımcı Üreme Teknolojileri üzerine Açıklama**'sında, "... bazı konularda uzlaşmaya varılabilirse de, aşlamayacak temel görüş farklılıkları daima olacaktır" vurgusuna yer vermiştir.

Açıklama anlaşma noktalarını tanımlamakta ve ayrıca anlaşmaya varılmayacak noktaların altını çizmektedir.

- **Prenatal genetik tarama** - Günümüzde embriyon ya da fetüsün belli genetik anomalilere sahip olup olmadığını ya da cinsiyetlerini belirleyen genetik testler yapmak olanaklıdır. Sonuçlara bağlı olarak gebeliği sürdürüp sürdürmeme kararı alınabilir. Hekimler bu tür testlerin ne zaman önerileceğini ve sonuçların hastaya nasıl açıklanacağını belirlemek durumundadırlar.
- **Gebeliğin sonlandırılması** - Tıp etiğinde bu konu, hem hekimler hem de kamu yetkilileri için çok uzun zamandan beri en yoğun görüş ayrılıklarına neden olan konulardan biridir. DTB'nin **Gebeliğin Tedavi Amaçlı Sonlandırılması Üzerine Açıklama**'sı, bu düşünce ve inanç ayrılıklarına yer verir ve sonuçta "bu konunun kişisel düşünce ve vicdana bağlı olduğunu ve buna saygı gösterilmesi gerektiğini" belirtir.
- **Şiddetli derecede anomalileri olan yenidoğanlar** - Prematürite ya da doğuştan anomaliler nedeniyle bazı yenidoğanların yaşama şansı çok azdır. Bu durumda sıklıkla, bebeklerin yaşamlarını uzatma ya da yaşamlarının sonlanmasına izin verme kararının alınması gerekir.
- **Araştırma konuları** - Bu konular, olası tedavi uygulamaları için kök hücre elde etmek, yeni yardımcı üreme tekniklerini denemek ve fetüsler üzerinde deney yapmak için yeni kök hücrelerin sağlanması ya da 'yedek' embriyonların (üreme amacıyla kullanılmak istenmeyen) kullanılmasını içerir.

YAŞAMIN SON DÖNEMİNE İLİŞKİN KONULAR

Yaşamın son dönemine ilişkin konuların içeriği, ölmekte olan hastaların yaşamlarını hayvan organları aktarmak gibi oldukça deneysel teknolojiler kullanarak uzatma çabalarından, ötanazi ve hekim yardımıyla özkıyım ile yaşamı erken sonlandırma çabalarına dek değişir. Bu iki uç arasında yaşamı uzatma olasılığı bulunan girişimleri başlatmak ya da sonlandırmak,

terminal dönemdeki hastaların bakımı ve tıbbi vasiyet kullanımı gibi birçok konu yer alır.

İki konu özellikle dikkate değerdir: Ötanazi ve yardımcı özkıyım.

- **Ötanazi**, aşağıdaki koşulların yerine getirildiği durumlarda, bir başka kişinin yaşamını sonlandıracağı açık olan bir eylemi bilerek ve isteyerek uygulamaktır: Karar verme yeterliğine sahip, aydınlatılmış ve tedavi edilemeyen hastalığı olan bir kişi, gönüllü olarak yaşamının sonlandırılmasını istiyor olmalı; işlemi uygulayacak kişi, hastanın durumunu ve ölmek istediğini biliyor olmalı; işlem birincil olarak hastanın yaşamını sonlandırmak için uygulanmalı; işlem şefkatli bir yaklaşımla ve kişisel kazanç gözetilmeden uygulanmalıdır.
- **Yardımlı özkıyım** bir kişiye, bilerek ve isteyerek, ilaçların öldürücü dozları hakkında bilgi vermek, bu dozlarda ilaç reçete etmek veya ilaçları sağlamayı da içermek üzere, özkıyım için gerekli bilgi veya araçları sağlamaktır.

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

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

Bu eylemler birçok ülkede ve meslek ahlaki düzenlemesinde yasaklandığı için, hekimlerin ötanazi ve yardımcı özkıyım istemlerini karşılamakta çekimser olmaları anlaşılabilir bir şeydir. Bu yasak Hipokrat Yemini'nde ve

DTB'nin 2005 tarihli **Hekim Yardımlı Özkıyım üzerine Açıklama**'sında ve yine 2005 tarihli **Ötanazi Bildirgesi**'nde de yer alır:

Bir hastanın yaşamını bilerek sonlandırma eylemi olan ötanazi, hastanın ya da yakın akrabalarının istemi bu yönde olsa bile, meslek ahlakına aykındır. Ancak bu durum hekimi, hastanın, terminal dönemde hastalığın doğal seyrine bırakılması isteğine saygı göstermekten alıkoymamalıdır.

Ötanazi ve yardımlı özkıyım isteminin reddedilmesi, hekimin, yaşamı sonlandırabilecek ilerlemiş ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olan hastası için birşey yapamayacağı anlamına gelmez. DTB'nin 2006 tarihli **Terminal Hastalık üzerine Venedik Bildirgesi** ve 2011 tarihli **Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Bakım üzerine Bildirge** bu tür hastalara yardım etmek için, özellikle de palyatif bakım araçları anlamında kılavuzluk etmektedir.

Son yıllarda ağrıyı azaltan ve yaşamın niteliğini iyileştiren palyatif bakım uygulamalarında büyük gelişmeler olmuştur. Palyatif bakım, kanser hastası bir çocuktan yaşamının sonuna yaklaşan bir yaşlıya dek tüm yaşlar için geçerlidir. Palyatif bakımın tüm hastalar için dikkate değer bir özelliği ağrı denetimidir. Yaşamının son dönemindeki hastalarla uğraşan hekimler, bu konuda yeterince donanımlı olduklarından emin olmalı ve ayrıca olası ise palyatif bakım uzmanlarından danışmanlık yardımı almalıdırlar. Hepsinin ötesinde, hekimler ölmekte olan hastayı terk etmemeli, tedavi olanaklı olmasa bile sevecen bir yaklaşımla bakım sağlamaya devam etmelidirler.

Ölüme yaklaşım, hastalar, hasta yerine karar verenler ve hekimler için diğer birçok etik sorununa yol açar. İlaçlar, yaşama döndürmeye yönelik tıbbi girişimler, radyolojik işlemler ve yoğun bakım ile yaşamı uzatma olasılığının artması, bu işlemlerin ne zaman uygulanacağı ve işe yaramadığında ne zaman durdurulacağı kararlarını önemli kılmaktadır.

Daha önce iletişim ve onamla ilişkili olarak tartışıldığı gibi, karar verme yeterliği olan hastalar ölümlerine neden olacak olsa bile tüm tıbbi girişimleri reddetme hakkına sahiptirler. Bireylerin ölüme karşı tutumları

büyük farklılıklar gösterir; kimi yaşamını uzatmak için ne kadar acı çekerse çeksın herşeyi yaparken, kimileri ise bakteriyel pnömoni için antibiyotik kullanımı gibi kendilerini yaşatacak en küçük bir önlemi bile reddedecek kadar ölmeyi ister. Hekim hastasını, tüm tedavi seçenekleri ve başarı olasılıkları hakkında aydınlatmak için elinden gelen bütün çabayı gösterdikten sonra, hastasının herhangi bir girişimin başlatılması ya da sürdürülmesine ilişkin kararına saygı göstermelidir.

Yaşamın son döneminde yeterliği olmayan hastalar için karar verme çok daha güçtür. Hastalar örneğin bir tıbbi vasiyet ile isteklerini önceden açık biçimde belirtmişlerse, bu tür beyanların belirsiz ifadeler içerebilmesine ve hastanın halihazırdaki durumuna saygı göstererek yorumlanması gerekmesine karşın, karar vermek daha kolaydır. Hastalar isteklerini önceden uygun biçimde belirtmemişlerse, hasta yerine karar verecek olan kişi, 'hasta için en iyi' ölçütünü dikkate alarak karar vermelidir.

OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

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

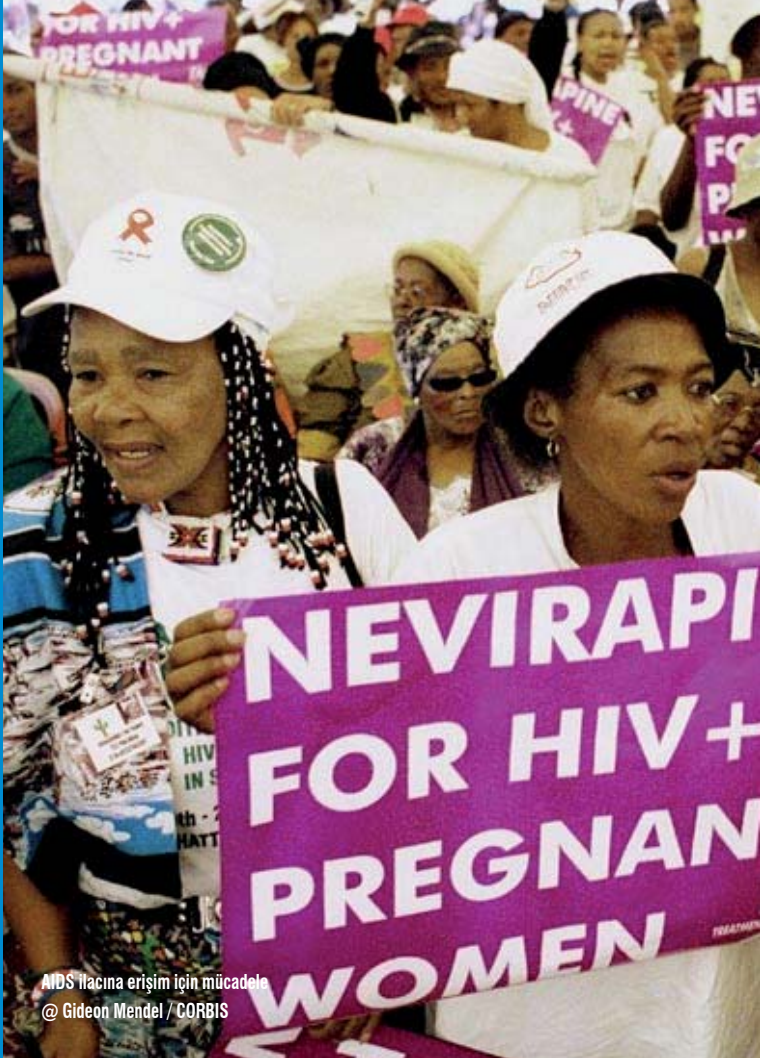
1. İLETİŞİM: Hekim hastayla durumunun nedeni, tedavi seçenekleri veya maddi olanaklarının iyileşme sürecinde hastanede yatmaya yeterli olup olmayacağı hakkında iletişim kurmaya çalışmamıştır.

2. ONAM: Tedavi için aydınlatılmış onam almamıştır.

3. SEVECEN YAKLAŞIM: Hekimin, hastasının durumuna sevecenlikle yaklaştığı söylenemez

Cerrahi tedavisi çok başarılı olabilir ve uzun bir öbetin sonunda yorgun olabilir; ancak bunlar meslek ahlakına aykırı davranmak için geçerli eden oluşturmaz.

BÖLÜM ÜÇ - HEKİM ve TOPLUM



AIDS ilacına erişim için mücadele
@ Gideon Mendel / CORBIS



ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu bölümü çalıştıktan sonra;

- hekimin hastalarına ve topluma karşı yükümlülükleri arasındaki çatışmaları saptayabiliyor ve nedenlerini tanımlayabiliyor,
- sınırlı tıbbi kaynakların dağıtımında yaşanan etik sorunlarını tanımlayabiliyor ve bu sorunları uygun biçimde çözüme kavuşturabiliyor,
- hekimin sağlığa ilişkin olarak toplum ve dünya ölçeğindeki yükümlülüklerini tanımlayabiliyor olmalısınız.

OLGU ÇALIŞMASI #2

Dr. S, aynı hafif rahatsızlık için bir başka hekime gittikten sonra bir de kendisine başvuran ya da kendisinden sonra başka bir hekime giden hastalardan giderek usanmaya başlamıştır.

Bu durumun kaynakları boşa harcadığını ve hastaların sağlığını olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Hastalara, eğer aynı rahatsızlık için başka hekimlere başvurmaya devam ederlerse kendilerine hizmet sunmayacağını söylemeye karar verir. Ayrıca ulusal tabip birliğine başvurarak sağlık hizmeti kaynaklarının bu biçimde harcanmasının önlenmesi için hükümetle görüşmelerini istemeyi düşünür.

HEKİM-TOPLUM İLİŞKİSİNİN ÖZGÜN YANLARI NELERDİR?

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

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

Tıp bugün, her zamankinden fazla oranda toplumsal bir etkinliktir. Hükümetler, şirketler ve maddi kaynaklarla aynı bağlamda yer alır. Tıbbi bilgiler ve uygulamaların temeli, kamu ve özel

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

kaynaklı araştırma ve ürün geliştirmeye dayanır. Uygulanacak birçok işlem için karmaşık sağlık kurumlarına gereksinim duyar. Biyolojik olduğu kadar toplumsal kökenli hastalık ve rahatsızlıkları da tedavi eder.

Tıp etiğinin Hipokratik geleneği, hekimin toplumla ilişkisine dair çok az kılavuzluk eder. Bu geleneği desteklemek için günümüz tıp etiği, bireysel hasta-hekim ilişkisinin ötesinde ortaya çıkan sorunlara eğilir ve bu sorunlarla uğraşabilmek için ölçüt ve yöntem önerileri sunar.

Tıbbın ‘toplumsal’ niteliğinden söz etmek hemen bir soru doğuracaktır: Toplum nedir? Bu Elkitabında ‘toplum’ terimi bir topluluk ya da ulusu işaret etmektedir. Hükümetle eşanlımlı değildir; hükümetler toplumun çıkarlarını temsil etmelidir. Ancak sıklıkla tersini yaparlar; temsil etseler bile, **toplum olarak** değil, **toplum için** hareket etmektedirler.

Hekimler toplumla çeşitli ilişkiler kurarlar. Toplum ve fiziksel çevresi hastaların sağlığı için önemli etmenler olduklarından, genel olarak hekimlik mesleği ve bireysel olarak hekimler; toplum sağlığında, sağlık eğitiminde, çevrenin korunmasında, toplum sağlığını ya da iyiliğini etkileyen yasal düzenlemelerde ve ayrıca yargı süreçlerinde tanıklık ederek önemli rol üstlenirler. DTB’nin **Hasta Hakları Bildirgesi**’nde belirtildiği gibi, “Hasta hakları yasal düzenlemeler, hükümetlerin uygulamaları, diğer idari mekanizmalar ya da kurumlarca tanınmadığında, hekimler hakların sağlanması ve güvence altına alınması için uygun araçları kullanmalıdır”. Hekimler ayrıca, toplumun sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtımında temel bir rol oynarlar ve hatta bazen hastaların hak etmedikleri hizmetlere erişmelerini engelleme yükümlülükleri vardır. Bu yükümlülükleri yerine getirmek, özellikle toplumun çıkarları bireysel olarak hastaların çıkarları ile çatıştığında etik sorunlarının doğmasına neden olur.

İKİLİ BAĞLILIK

Hekimlerin hem hastalarına hem de üçüncü taraflara karşı yükümlülükleri olduğunda ve bu yükümlülükler birbirleri ile uyumsuz olduğunda, kendilerini 'ikili bağlılık' durumuyla karşı

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

karşıya bulurlar. Hekimin bağlılığını talep eden üçüncü taraflar, hükümetler, işverenler (örneğin hastaneler, kurum yöneticileri), sigortacılar, askeri yetkililer, polis, cezaevi yöneticileri ve hasta yakınları olabilir. DTB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları** “hekimin bütün bağlılığını hastasına sunması gerektiğini” belirtmekte ise de, genel olarak hekimin, ender durumlarda başkalarının çıkarlarını hastasının çıkarlarının önünde tutmak zorunda kalabileceği kabul edilmektedir. Bu noktada hekim için önemli olan, hastanın üçüncü tarafların baskısı karşısında ne zaman ve nasıl korunacağına karar vermektir.

İkili bağlılık, toplumun çıkarlarına öncelik verilmesi gereken durumlardan, hastanın çıkarlarının tartışmasız biçimde yaşamsal olduğu durumlara dek değişen bir yelpazede ortaya çıkabilir. Arada, doğru eylemi belirlemek için özenli ve ayrıntılı bir çözümleme yapmak gereken büyük bir gri bölge bulunur.

Yelpazenin bir ucunda, otomobil kullanmaya engel oluşturan bir sağlık sorunu olan hastalar ya da çocuk suistimalinden kuşkulananlar gibi belli durumlarda ortaya çıkan bildirim zorunluluğu yer alır. Hastaların bilgilendirilmesi gerekse de, hekimler bu yükümlülükleri duraksamadan yerine getirmelidirler.

Diğer uçta ise, hekimlere polis ya da askerlerden yöneltilen, işkence gibi insan hakları ihlallerinde yer alma talepleri ya da emirleri bulunur. 2007 tarihli **Hekimlerin Haberdar Oldukları İşkence, Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Uygulamaları Açıklama Sorumluluğuna İlişkin Tutum Belgesi**'nde DTB, bu koşullarda bulunan hekimlere kılavuzluk sağlamaktadır.

Hekimler özellikle, hastaları için en iyisinin ne olduğunu belirleme konusunda mesleki bağımsızlıklarını korumalı, aydınlatılmış onam ve mesleki gizlilik ilkelerinin yaşama geçmesi için çaba göstermelidir. Bu gerekliliklerin herhangi bir biçimde ihlal edilmesi, haklı çıkarılabilir gerekçelere dayanmalı ve hastaya mutlaka açıklanmalıdır. Hekimler özellikle temel insan haklarına saygı gösterilmediğinde, hastalarına hizmet sunarken karşılaştıkları her türlü dış müdahaleyi yetkililere bildirmelidirler. Yetkililerden yanıt alınamıyorsa ulusal tabip birliğinden, DTB’den ve insan hakları örgütlerinden yardım sağlanabilir.

“Hekimler özellikle temel insan haklarına saygı gösterilmediğinde, hastalarına hizmet sunarken karşılaştıkları her türlü dış müdahaleyi yetkililere bildirmelidirler.”

Yelpazenin ortalarında, hastalara tıbbi açıdan nasıl yaklaşılacağını belirleyerek hekimin klinik özerkliğini sınırlayan *yönetilen sağlık hizmeti*⁴ gibi sağlık politikaları bulunur. Bu tür uygulamalar her zaman hasta için en iyi olanla çalışmıyorsa da, hekim bu tür programlara katılmak konusunda dikkatli davranmalıdır. Eğer başka bir seçeneği yoksa hekim, kendi hastaları ve ulusal tabip birlikleri aracılığı ile bu türden kısıtlayıcı politikalarla etkilenen tüm hastaların gereksinimlerinin karşılanmasını *savunmalıdır*.

Hekimin karşılaştığı bir başka ikili bağlılık biçimi, bir şirket ile hastaların veya toplumun çıkarlarının çatıştığı ya da çatışma olasılığı bulunan

⁴ Çevirenin notu: ‘Yönetilen sağlık hizmeti’, “managed healthcare” deyiminin karşılığı olarak kullanılmıştır. Sağlık hizmeti, doğası gereği yönetilmesi gerektiğinden bu deyim kulağa tuhaf gelebilir. Ancak bu durumun nedeni uygulamanın kendisinden kaynaklanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık harcamalarının denetlenemeyen artışı karşısında, hizmetlerin pazarın “görünmez eliyle” değil, bir dereceye kadar da olsa devletçe yönetilmesi için uygulamaya konulan ‘yönetilen sağlık hizmeti’ politikası, bu ülkede sağlık hizmetleri ilk defa büyük kapsamda, belli ölçütlerle, yasal düzenlemelerle ve devletçe yönetilmeye çalışıldığı için bu isimle anılmıştır. Ancak harcamaları azaltmak için geri ödenecek tıbbi uygulamalara çeşitli kısıtlamalar getirilmiş, tıpkı Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapıldığı gibi gereksinim değil maliyet dikkate alındığından gereksinilen sağlık hizmetine erişim daha da kısıtlanmıştır. Yukarıdaki paragrafta ‘yönetilen sağlık hizmeti’nin bu olumsuz etkisi vurgulanmaktadır.

durumlardır. İlaç şirketleri, tıbbi teknoloji şirketleri ve diğer ticari örgütlenmeler hekimlere sıklıkla, numunelerden, eğitim toplantılarına katılabilmek için gerekli yol ve konaklama giderlerini karşılamaya ve araştırma etkinliklerine katılım için yüksek miktarda para ödemeye dek değişen çeşitli hediyeler ve kazançlar sunar (Bölüm Beş'e bakınız).

Bu türden şirket hediyelerinin altta yatan ortak amacı, hekimi o şirketin ilacını yazmaya ya da ürününü kullanmaya ikna etmektir. Bu ilaç ya da ürün hasta için en iyisi olmayabilir veya toplumun sağlık giderleri için gereksiz bir ek yük oluşturabilir. DTB'nin 2009 yılında

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

oluşturduğu **Hekimler ve Ticari Girişimler Arasındaki İlişkiler üzerine Açıklama**, hekimlere böyle durumlarda nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin yol göstermektedir. Ayrıca konu hakkında birçok ulusal tabip birliğinin kendi kılavuzları bulunmaktadır. Bu kılavuzların temelinde bulunan birincil etik ilkesi, hekimin kendi çıkarları ile hastanın çıkarları arasındaki herhangi bir çatışmayı, hastanın lehine çözmesi gerektiğidir.

KAYNAKLARIN DAĞITIMI

En varsılı da dahil olmak üzere dünyadaki her ülkede, eldeki kaynaklar ile sağlık hizmetleriyle ilişkili gereksinim ve istekler arasında geniş ve sürekli olarak artan bir fark bulunmaktadır. Bu fark, eldeki kaynakların belli bir ölçüde göre dağıtılmasını gerektirir. Sağlık hizmetlerinde paylaşırma ya da yaygın olarak bilinen ismiyle 'kaynakların dağıtımı', üç düzeyde yaşama geçirilir:

- En yüksek düzeyde (makro); toplam bütçenin ne kadarının sağlığa ayrılacağı, hangi sağlık hizmeti harcamalarının ücretsiz, hangilerinin doğrudan hastadan ya da hastanın bağlı olduğu sigorta tarafından karşılanacağı, hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının emeklerinin nasıl ücretlendirileceği, sağlık bütçesinden hastaneler

ve diğer kurumların işletme giderleri için, bilimsel araştırma için, sağlık çalışanlarının eğitimi için, tüberküloz ya da AIDS gibi özellikli hastalıklarla savaşım için ne kadar pay ayrılacağı vb. hükümet tarafından belirlenir.

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

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

Yukarıda vurgulandığı üzere, hekimlerden geleneksel olarak, başkalarının gereksinimlerini dikkate almaksızın, sadece kendi hastalarının çıkarlarını gözeterek tutum almaları beklenir. Meslek ahlakının öncelikli değerlerinden olan sevecen yaklaşım, yetkinlik ve özerklik, kendi hastalarının gereksinimlerine hizmet etmeye yöneltmiştir. Bu bireyselci tıp etiği yaklaşımı, hekimin babacı yaklaşımından hastanın isteğinin sunulacak sağlık hizmetini belirlemek için önemli bir ölçüt olduğu hasta özerkliğine geçiş süreci boyunca varlığını korumuştur.

Yine de son zamanlarda başka bir ilke, adalet ilkesi tıbbi kararlarda önemli bir etmen olmaya başlamıştır. Bu ilke kaynakların dağıtımında, diğer hastaların da gereksinimlerini dikkate alan daha toplumsal bir yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır. Bu yaklaşıma göre hekimler sadece kendi hastalarına karşı değil, belli bir ölçüde diğer hastalara karşı da sorumludurlar.

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

Kaynakların dağıtımında hekimin rolüne ilişkin bu yeni anlayış, birçok ulusal tabip birliğinin meslek ahlakı kurallarında yer aldığı gibi, DTB de **Hasta Hakları Bildirgesi**'nde “Kaynakların sınırlı olduğu belli bir tedavinin uygulanması için hastalar arasında seçim yapmak gereken koşullarda, tüm hastalar adil biçimde değerlendirilme hakkına sahiptir. Bu seçim tıbbi ölçütlere dayandırılmalı ve ayrımcılık yapılmamalıdır.” ifadesine yer vermiştir.

Hekimlerin kaynakların dağıtımına ilişkin yükümlülüklerini yerine getirmelerinin bir yolu, hastaları talep etse bile, savurgan ve etkisiz uygulamalardan kaçınmaktır. Antibiyotiklerin aşırı kullanımı savurgan ve zararlı uygulamalara iyi bir örnektir. Başka birçok yaygın tedavi biçiminin aslında kullanıldıkları endikasyon için etkisiz oldukları randomize kontrollü araştırmalarla gösterilmiştir. Birçok tıbbi durum için klinik uygulama kılavuzu bulunmaktadır; kılavuzlar etkin ve etkin olmayan tedavi biçimleri arasında ayırım yapmaya yardımcı olurlar. Hekimler hem kaynakları korumak, hem de hastaları için en uygun tedaviyi sağlamak için bu kılavuzlar hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.

“...Hekimlerin kaynakların dağıtımına ilişkin yükümlülüklerini yerine getirmelerinin bir yolu, hastaları talep etse bile, savurgan ve etkisiz uygulamalardan kaçınmaktır.”

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

Bazı hekimler, kendi hastalarının yanı sıra başkalarını da etkileyecek genel politikalar oluşturulmasında rol olarak kaynakların dağıtımında ek bir çatışmayla yüzyüze gelirler. Çatışma, hekimlerin yönetsel konularda buldukları, sağlığa ilişkin politikaların belirlendiği ya da önerildiği kurullarda çalıştıkları hastane ve diğer kurumlarda ortaya çıkar. Pek çok hekim kendisini hastalarıyla olan ilişkilerinden soyutlamaya çalışsa da, bazıları konularını, daha fazla gereksinimi olan hastalar yerine kendi hastalarına öncelik kazandırmak için kullanabilirler. Bu türden dağıtım konularında hekimler sadece adalet ve sevecen yaklaşım ilkelerini dengelemekle kalmayıp, aynı zamanda hangi adalet yaklaşımının uygun olacağına da karar vermelidirler. Aşağıdakileri de içeren birçok adalet yaklaşımı bulunmaktadır:

- **Düzenleme Karşıtı (Liberteryen)** - Kaynaklar pazar ilkelerine göre dağıtılmalıdır (bireyler ödeme gücü ve isteklerine göre seçim yapar; ödeme gücü olmayanlar sınırlı hayırseverlik etkinlikleriyle sağlanan hizmetleri alır).
- **Yararcı (Utiliteryen)** - Kaynaklar herkes için en büyük yarar ilkesine göre dağıtılmalıdır.
- **Eşitlikçi (Egaliteryen)** - Kaynaklar sadece gereksinime göre dağıtılmalıdır.
- **Onarıcı (Restoratif)** - Kaynaklar tarihsel olarak haksızlığa uğramış olanların lehine dağıtılmalıdır.

Yukarıda vurgulandığı gibi, hekimler kavramsal olarak rollerini yavaş yavaş, tıp etiğinin düzenleme karşıtı yaklaşımdan yana geleneksel bireyciliğinden, daha toplumsal bir düzeye doğru kaydırmaktadırlar. Örneğin DTB **Sağlık Hizmetlerine Erişim üzerine Açıklama**'sında

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

“Hiç kimse ödeme gücü olmadığı için gereksindiği sağlık hizmetinden mahrum bırakılmamalıdır. Toplumun gereksinimi olanlara makul bir destek sağlama, hekimlerin ise devlet desteğiyle sunulan sağlık hizmetine makul bir düzeyde katılma yükümlülükleri bulunmaktadır.” ifadesine yer vermiştir. Düzenleme karşıtı görüş genel olarak reddediliyor olsa da, tıp etikçileri diğer üç yaklaşımın hangisinin daha üstün olduğu konusunda bir uzlaşmaya varamamışlardır. Bu yaklaşımların her biri daha önce sözü edilen, hangi tahlilin isteneceği, hastanın başka bir hekime yönlendirilip yönlendirilmeyeceği, hastaneye yatıp yatmayacağı, jenerik yerine markalı ilacın gerekli olup olmadığı, organın kime aktarılacağı gibi pek çok konuya uygulandıklarında çok farklı sonuçlara yol açacaktır. Hekimin sadece kendi hastaları için değil karardan etkilenecek herkes için farklı uygulamaların olası sonuçlarına ilişkin çok sayıda bilgi edinmesi gerekeceğinden, yararcılık hekim için büyük olasılıkla uygulaması en güç yaklaşımdır. Diğer ikisi (düzenleme karşıtı da katılırsa, üçü) arasında yapılacak seçim, hekimin kişisel ahlakına olduğu kadar mesleğini uyguladığı sosyo-politik koşullara da bağlıdır. A.B.D. gibi bazı ülkeler düzenleme karşıtı yaklaşımı benimsemiş iken, örneğin İsveç eşitlikçi yaklaşımı, Güney Afrika Cumhuriyeti onarıcı yaklaşımı uygulamaktadır. Sağlık politikalarını planlayanların çoğu ise yararcı yaklaşımı savunmaktadır. Farklılıklarına karşın adalete ilişkin iki ya da daha fazla yaklaşım ulusal sağlık sistemlerinde sıklıkla birlikte bulunur. Bu tür ülkelerdeki hekimlerse benimsedikleri yaklaşımla bağlı olarak mesleklerini nerede uygulayacaklarına (ör, kamu ya da özel) karar verebilirler.

Hekimlerin, eldeki kaynakların dağıtımındaki rollerine ek olarak, kaynakların yetersiz olduğu yerlerde artırılmasını savunma yükümlülükleri de vardır. Bu yükümlülük hekimlerin, genellikle hükümetteki ve başka yerlerdeki karar vericileri kendi ülkelerinde ve dünya çapında gereksinimlerin varlığına ve nasıl karşılanacağına ikna edebilmek için, meslek birliklerinde birlikte çalışmalarını gerektirir.

“... hekimlerin, kaynakların yetersiz olduğu yerlerde artırılmasını savunma yükümlülüğü de vardır.”

HALK SAĞLIĞI

20. yüzyılda tıp, Halk Sağlığı⁵ ve diğer sağlık hizmetlerinin (‘özel’ ya da ‘bireysel’) şanssız biçimde ayrılmasına tanıklık etti. Şanssız bir ayırmadır; çünkü, yukarıda vurgulandığı gibi toplum bireylerden oluşur ve toplumun sağlığını koruyacak ve geliştirecek önlemler sonuçta bireylerin sağlığına yarar sağlayacaktır.

Ayrıca ‘Halk Sağlığı’, ‘kamu-kaynaklı sağlık hizmetleri’ anlamında anlaşıldığında (bir ülkenin vergi sistemi ya da zorunlu bir genel sigorta ile finanse edilen sağlık hizmetleri gibi) ve ‘özel sektör-kaynaklı sağlık hizmetleri’nin (bireyin cepten ödediği ya da özel sağlık sigortasının karşıladığı ve herkesi kapsamayan sağlık hizmetleri) karşıtı olarak görüldüğünde ayrı bir karşıklık doğmaktadır.

5 Çevirenin notu: Halk Sağlığı disiplini, içme sularının klorlanması gibi geniş çaplı ve kolay uygulanabilen önlemler olarak toplum sağlığını korumak düşüncesiyle doğmuştur. Bu haliyle bir tür mühendislik dalına benzetilebilir. Bu düşünce, yukarıdaki paragrafta da belirtildiği gibi şanssız bir ayırma yol açmış, toplumun sağlığıyla sadece Halk Sağlığı uzmanlarının ilgilenmesi gerektiği ve Halk Sağlığı uzmanlarının sadece koruyucu önlemlerle ilgilenmesi gerektiği düşüncesinin yerleşmesine neden olmuştur. Sonraları ise, sağlık hizmetlerinin; ancak nüfus temelli, ekip çalışmasıyla ve toplum katılımıyla yürütülen ve gezici hizmetleri içeren bir örgütlenmeyle, geliştirici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici boyutlarıyla bir bütün olarak sunulduğunda etkin olabileceği bilimsel olarak kanıtlanmış, ayrıca sağlığın toplumsal belirleyenerinin olduğu anlaşılmıştır. Bu anlamda tüm sağlık çalışanlarının Halk Sağlığı bakış açısına sahip olması gerektiği anlaşılmıştır. Bu yeni bilgi ışığında yeni bir yaklaşımla uygulanması gereken disiplinin ismi, kapsayıcı olmaktan uzaklaşmıştır. Yeni yaklaşım için ‘Toplum Hekimliği’ terimi daha uygundur. Bu kitapta ise disiplin, eski ve dilimize yerleşmiş anlamıyla adlandırıldığından (Public Health), ‘Halk Sağlığı’ terimi kullanılmıştır.

Bu Elkitabında kullanılan ‘Halk Sağlığı’ terimi, hem toplumun sağlığını, hem de sağlığa birey yerine nüfus temelli bakan tıbbi bir uzmanlık alanına işaret etmektedir.

Danışmanlık vermeleri, toplumu bulaşıcı hastalıklar ve sağlığa zararlı diğer etmenlerden korumak için gerekli etkinliklere katılmaları ve sağlığı geliştirecek kamu politikalarını savunmaları için Halk Sağlığı uzmanlarına her ülkede

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

büyük gereksinim bulunmaktadır. Halk Sağlığı’nın (‘Halk Sağlığı Tıbbı’ ya da ‘Toplum Hekimliği’ de denilmektedir) bilimsel temeli, büyük oranda, toplumda sağlığın ve hastalığın dağılımları ve belirleyenleri üzerine çalışan **epidemiolojiye** dayanır. Bazı hekimler akademik eğitim alarak tıbbi epidemiyolog olurlar. Ancak tüm hekimlerin bireysel olarak hastalarının sağlık durumlarını etkileyen toplumsal ve çevresel etmenlerin farkında olmaları gerekir. DTB’nin **Sağlığın Geliştirilmesi üzerine Açıklama**’sında belirttiği gibi, “Tıp mesleğini uygulayanlar ve onların meslek birlikleri her zaman hastaları için en iyisi yönünde eylemek biçiminde ahlaki bir ödeve ve mesleki yükümlülüğe sahiptirler ve bu yükümlülük toplum sağlığını güvenceye almak ve geliştirmeye çalışmakla birlikte değerlendirilmelidir.”

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

Yine de bazen, yan etkisi olan bir aşının kişinin hastalığa yakalanmasını değil başkasına bulaştırmasını engellemesi, belli bulaşıcı hastalıkların bildirilmesinin gerekmesi, çocuk ya da yetişkinlerin şiddete uğraması, otomobil ya da uçak kullanmak gibi bireyin ve başkalarının sağlığı için tehlikeli olabilecek belli etkinliklerin yerine getirilmesi örneklerinde olduğu gibi, toplum sağlığının çıkarları bireysel olarak hastaların kişilerle çatışabilir. Bunlar, yukarıda tanımlanan ikili bağlılık durumlarına örnektir. Bu tür durumlara uğraşmak için yaşama geçirilmesi gereken süreçler, Bölüm İki'de 'Mesleki gizlilik' başlığı altında ele alınmıştır. Genel olarak hekimler, toplum sağlığı gereksinimlerinin karşılanması nedeniyle bireysel olarak hastaların görebileceği zararı en aza indirmenin yollarını bulmaya çalışmışlardır. Örneğin bildirim zorunlu ise, yasal gereklilikleri yerine getirirken hastaya ilişkin bilgilerin gizliliği olası en geniş biçimde sağlanmalıdır.

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

DÜNYA ÖLÇEĞİNDE SAĞLIK

Hekimlerin yaşadıkları topluma karşı sorumluluklarının bulunduğu anlayışı, son yıllarda bu sorumluluğun dünya ölçeğinde sağlığı da kapsadığı biçiminde gelişmektedir. 'Dünya ölçeğinde sağlık' deyimi ulusal sınırları aşan, diğer ülkelerdeki koşullar ya da deneyimlerden etkilenebilen ve en iyi biçimde işbirliği ile çözülebilecek olan sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır. Dünya ölçeğinde sağlık, bilgi alışverişi, ticaret, politika, turizm ve pek çok diğer insan etkinliğini kapsayan çok daha büyük bir küreselleşme hareketinin parçasıdır.

Küreselleşmenin temelinde bireylerin ve toplumların birbirlerine giderek daha çok bağımlı oldukları anlayışı bulunur. Bu özellikle, grip ve SARS gibi hastalıkların hızla yayılmasının da gösterdiği gibi, insan sağlığı için geçerlidir. Bu tür salgınlarn denetlenebilmesi uluslararası işbirliğini gerektirir. Bir ülkedeki

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

hekimin son derece bulaşıcı bir hastalığın tanı ve tedavisinde başarısız olması, bir başka ülkedeki hastalar için korkunç etkilere neden olabilir. Bu nedenle hekimlerin ahlaki yükümlülüklerinin sınırları, bireysel olarak hastalarını, kendi toplumlarını ve hatta uluslarını da aşmaktadır.

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

Küreselleşmenin diğer bir özelliği, hekimler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının uluslararası hareketliliğidir. Hekimlerin gelişmekte olanlardan ileri derecede sanayileşmiş ülkelere göç etmesi, hekimin kendisi ve alıcı ülke için yarar sağlasa da, hekimin ülkesi için durum hiç de böyle değildir. **Hekimlerin Uluslararası Göçmenliğine dair Ahlaki Kılavuz**'unda DTB, hekimlerin başka bir ülkedeki iş olanaklarına erişmesinin engellenmemesi gerektiğini belirtmektedir. Bununla birlikte tüm ülkelere, gereksinimler ve kaynaklar göz önüne alınarak yeterli sayıda hekim yetiştirilmesi ve başka ülkelerden gelecek hekim göçüne güvenilmemesi çağrısında bulunmaktadır.

Sanayileşmiş ülkelerdeki hekimler gelişmekte olan ülkelere deneyim ve becerilerini sunma konusunda uzun bir geçmişe sahiptir: Kızılhaç, Kızılay, Sınır Tanımayan Hekimler gibi acil tıbbi yardım örgütleri, yarık damak ya da katarakt gibi sağlık sorunları için kısa dönemli cerrahi kampanyaları, misafir öğretim üyelerinin tıp fakültelerini ziyareti, ilaç ve tıbbi malzeme sağlanması, kısa ya da uzun dönemli tıbbi araştırma projeleri, ilaç ve tıbbi malzeme sağlanması gibi. Bu tür programlar küreselleşmenin olumlu yanına örnek oluşturmakta ve hekimlerin yoksul ülkelere varsıl ülkelere göç etmesini en azından kısmen tazmin etmektedir.

HEKİMLER ve ÇEVRE

Toplum sağlığına ve dünya ölçeğinde sağlığa yönelik büyük tehditlerden biri, çevre sağlığı sorunlarıdır. DTB 2006 tarihli **Hekimlerin Çevre Konularındaki Rollerine Açıklama**'sında, "Mesleğin etkin biçimde uygulanması, hekimlerin ve mesleki birliklerinin dikkatlerini giderek artan biçimde birey ve toplum sağlığını önemli derecede etkileyen çevre konularına çevirmelerini gerektirmektedir." Bu konular hava, su ve toprak kirliliği, ormanların ve denizlerin sürdürülemez biçimde tahrip edilmesi, tüketici ürünlerinde zararlı kimyasalların giderek artışı gibi sorunları içermektedir. Ancak sağlık için belki de en önemli çevre sorunu, iklim değişikliğidir. DTB'nin 2009 tarihli **Delhi Sağlık ve İklim Değişikliği Bildirgesi**, "İklim değişikliği dünya çapında hastalıkları ve erken ölümleri

artırmaktadır. ... Şimdiki erken evrede bu etkiler küçüktür, ancak tüm ülkelerde ve bölgelerde giderek artacağı öngörülmektedir.” vurgusuna yer vermiştir. Bildirge, bireysel olarak hekimleri ve ulusal tabip birliklerini; hastaları ve toplumu küresel ısınmanın olası etkileri hakkında eğitmeye, hükümetlere ve endüstrilere yönelik olarak karbon emisyonları ve iklim değişikliğine neden olan diğer etmenlerin anlamlı derecede azaltılması için lobi yapmaya teşvik etmektedir.

OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

Bu bölümde yer alan hekim-toplum ilişkisi üzerine çözümlenmeye göre Dr. S hastasının davranışının toplum üzerindeki etkisini dikkate almakta haklıdır.

Başka bir hekime yapılan başvurular Dr. S'nin çalıştığı sağlık sisteminin dışında gerçekleşiyor ve bu nedenle topluma ek bir mali yük getirmiyor olsa bile, hasta Dr. S'nin kendisine gereksinim

duyan başka hastalara ayırabileceği zamanı harcamaktadır. Öte yandan, Dr. S gibi hekimler bu tür durumlarla karşılaştıklarında dikkatli olmalıdır. Hastalar sıklıkla çok çeşitli nedenlere bağlı olarak akılcı olmayan kararlar alabilirler ve kendileri ve diğerleri için en iyisinin ne olduğunu anlamaları uzun bir süre ve sağlık eğitimi gerektiriyor olabilir.

Dr. S ayrıca, bu durum sadece kendisini ve hastasını değil, diğer hekimleri ve hastaları da etkilediğinden, toplumsal bir çözüm bulmak için tabip birliğine başvurmakta da haklıdır.

BÖLÜM DÖRT- HEKİMLER ve MESLEKTAŞLARI



Sağlık ekibi bir hastayı tartışıyor
@ Pete Salouts / CORBIS

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu bölümü çalıştıktan sonra;

- Hekimlerin birbirlerine nasıl davranması gerektiğini tanımlayabiliyor,
- Meslektaşlarının meslek ahlakına aykırı davranışlarını bildirmeyi haklı çıkarabiliyor,
- Sağlık hizmeti sunumunda diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapmakla ilgili temel etik ilkelerini tanımlayabiliyor,
- Diğer sağlık çalışanlarıyla ortaya çıkabilecek çatışmaların nasıl çözülebileceğini açıklayabiliyor olmalısınız.

OLGU ÇALIŞMASI #3

Bir şehirdeki hastanede yeni işe başlayan anestezi Dr. C, yaşıca bir cerrahın ameliyathanedeki uygulamalarından tedirgin olmuştur. Cerrah artık eskimiş teknikler kullanmakta, bu teknikler ameliyatın uzamasına, ameliyat sonrası ağrının artmasına ve iyileşme süresinin uzamasına neden olmaktadır. Dahası, hekim hastalar hakkında sık sık kaba şakalar yapmakta, bu da ekipteki hemşireleri açıkça rahatsız etmektedir. Daha genç bir ekip üyesi olarak Dr. C cerrahı kişisel olarak eleştirmeye ya da durumu üst yetkililere bildirmeye çekinir. Ancak durumu düzeltmek için birşeyler yapması gerektiğini de hissetmektedir.

TIBBİ OTORİTENİN SORGULANMASI

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

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

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

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

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

Bölüm İki’de tartışıldığı gibi babacı yaklaşım, hastaların kendi kararlarını verme haklarının tanınması ile yavaş yavaş azalmaktadır. Bunun sonucunda, işbirliği yapılan bir karar verme modeli, geleneksel babacı yaklaşımın özelliği olan otoriter modelin yerine geçmektedir. Aynı

“..işbirliği yapılan bir karar verme modeli, geleneksel babacı yaklaşımın özelliği olan otoriter modelin yerine geçmektedir”

şey hekimlerle diğer sağlık çalışanlarının ilişkilerinde de oluşmaktadır. Diğer sağlık çalışanları, arkasındaki nedenleri bilmediklerinde hekimin tıbbi talimatlarına giderek daha fazla karşı çıkmaktadırlar. Kendilerini hastalara karşı özel sorumlulukları olan çalışanlar olarak görmekte, kendi sorumluluk algılayışları hekimin talimatları ile çatıştığında, onları sorgulamak hatta hekime karşı çıkmak zorunda olduklarını hissetmektedirler. Otoriter hiyerarşik modelde kimin söz sahibi olduğu ve bir çatışma gerçekleştiği zaman kimin baskın çıkacağı belli iken, işbirliği modeli, uygun hasta bakımının ne olduğu konusunda tartışma ve uyuşmazlık doğmasına neden olabilir.

Bu türden gelişmeler, hekimin meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinde 'oyunun kurallarını' değiştirmektedir. Bu bölümün geri kalan kısmı bu ilişkilerin bazı sorunlu boyutlarını tanımlayacak ve çözüm için yollar önerecektir.

MESLEKTAŞLAR, ÖĞRETMENLER ve ÖĞRENCİLERLE İLİŞKİLER

Tıp mesleğinin üyeleri olan hekimlerin, geleneksel olarak birbirlerine yabancı, hatta arkadaş gibi değil, bir ailenin üyeleri olarak davranmaları beklenir. DTB **Cenevre Bildirgesi**'nde "Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağım" sözü verilir. Bu sözün gereklilikleri ülkeden ülkeye ve zaman içinde farklı yorumlanabilmektedir. Örneğin hasta başına ücret almak hekimlerin başlıca ya da tek kazanç biçimi olduğunda, hekimin meslektaşından tedavi karşılığında ücret almaması gibi 'mesleki bir nezaket' söz konusu idi. Bu uygulama diğer kazanç biçimlerinin bulunduğu ülkelerde yavaş yavaş azalmıştır.

Bir hekimin meslektaşına saygılı davranması ve hasta yararı için işbirliği içinde çalışması gibi olumlu gerekliliklerin yanı sıra, DTB **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları** hekimlerin birbirleriyle ilişkilerine iki sınırlılık getirmektedir: (1) hastanın yönlendirilmesi sonucunda herhangi bir biçimde kazanç sağlamak, (2) meslektaşların hastalarını çalmak. Üçüncü bir yükümlülük olan, meslektaşların meslek ahlakına aykırı ya da hatalı davranışlarını bildirmek, aşağıda ele alınmaktadır.

Tıp etiğinin Hipokratik geleneğine göre, hekimler öğretmenlerine özel bir saygı borçludur. **Cenevre Bildirgesi**'nde bu konuya ilişkin olarak, "Öğretmenlerime hak ettikleri saygı ve minnettarlığı göstereceğim" ifadesine yer verilmiştir. Günümüzde tıp eğitimi, eski zamanlardaki usta-çırak ilişkisinin yerine çok sayıda öğretmenin öğrencilerle etkileşimine dönüşmüş olmasına karşın, hâlâ, genellikle eğitim etkinlikleri için maddi bir kazanç elde etmeyen hekimlerin iyi niyeti ve adanmışlığına bağlıdır. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alan öğrenciler öğretmenlerine

minnetarlık borçludurlar; onlar olmasaydı eğitim kendi-kendine öğrenimden ibaret olurdu.

Öğretmenlerin ise öğrencilerine saygılı davranma ve hizmet sunumunda örnek birer rol model oluşturma yükümlülükleri vardır. Tıp eğitiminin, hekimlerin mesleklerini uygularken gösterdikleri davranış standartları gibi 'gizli müfredatı', tıp etiğinin klasik derslerle anlatılmasından çok daha etkili olmakta ve meslek ahlakının gereklilikleri ile öğretmenlerin tutum ve davranışları arasında çatışma olduğunda, öğrenciler sıklıkla öğretmenlerinin davranışını örnek almaktadırlar.

“Öğretmenlerin öğrencilerine saygı duymaları ve hizmet sunumunda örnek birer rol model oluşturmaları gerekir.”

Öğretmenlerin bir yükümlülüğü de, öğrencilerinin meslek ahlakına aykırı uygulamalarda bulunmalarını istememektir. Belli niteliklere sahip bir hekimin yapması gerekirken hastanın onamını tıp öğrencisine aldırarak, anestezi etkisindeki ya da yaşamını yitirmiş hastalara onam almadan pelvik muayene uygulamak, damar yolu açmak gibi küçük çaplı da olsa, öğrencinin kendi yeterliğinin ötesinde olduğunu düşündüğü uygulamaları denetlemeden yaptırmak gibi örnekler tıp dergilerinde yayımlanmıştır. Öğretmen ve öğrenci arasındaki güç dengesizliğini ve buna bağlı olarak öğrencinin soru sormaktan ya da bu türden buyrukları geri çevirmekten çekinebileceğini göz önüne alarak, öğretmenlerin öğrencilerinden meslek ahlakına aykırı davranmalarını istemediklerinden emin olmaları gerekir. Birçok tıp fakültesinde, tıp eğitimine ilişkin etik kaygılarını dile getirebilecek olan sınıf temsilcileri ya da öğrenci dernekleri bulunur. Eğitimlerinin etik boyutu hakkında kaygıları olan öğrenciler, 'muhbir' olarak nitelenmekten çekinmeden seslerini duyurabilecekleri bu tür mekanizmaları

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

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

Geleceğin hekimleri olarak öğrencilerin, meslek ahlakının yüksek standartlarını korumaya özen göstermeleri beklenir. Diğer öğrencilere meslektaşları olarak davranmalı ve mesleğe uygun olmayan davranışlar karşısında uyardırmayı da içermek üzere gerektiğinde yardım etmelidirler. Ayrıca ödevler ve nöbetler gibi ortak projeler ve görevlere tam olarak katkıda bulunmalıdırlar.

HATALI VEYA MESLEK AHLAKINA AYKIRI UYGULAMALARIN BİLDİRİMİ

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

Bir meslektaşın yetersizliğini ya da yanlış uygulamasını bildirme yükümlülüğü, meslek ahlakı düzenlemelerinde önemle vurgulanmaktadır. Örneğin DTB'nin **Uluslararası Tıp Etiği Kuralları**'nda "Hekim, meslek ahlakına aykırı davranan ya da yeterliğinde eksiklik bulunan ya da sahtecilik ya da dolandırıcılığa karşı hekimleri ilgili yetkililere bildirecektir" ifadesi yer almaktadır. Bununla birlikte bu ilkenin yaşama geçirilmesi oldukça güçtür. Hekim kıskançlık gibi kişisel nedenlerle bir meslektaşına saldırmak ya da kendisine yöneltildiğini düşündüğü bir saldırıya karşılık vermek isteyebilir.

Diğer taraftan hekim, arkadaşlık ya da acıma duygusu ile meslektaşının hatalı davranışını bildirmek istemeyebilir. Bu türden bir bildirim, neredeyse kesin olarak suçlananın ve büyük olasılıkla diğer meslektaşların düşmanlığını kazanmak gibi, bildiren için oldukça zararlı sonuçlara yol açabilir.

Bu çekincelere karşın yanlış davranışların bildirmesi, hekimlerin mesleki bir ödevidir. Sadece mesleğin toplum gözündeki saygınlığını korumak için değil, genellikle yetersizliği veya hatalı bir uygulamayı ayırt edebilecek tek kişi olduklarından da böyle bir yükümlülükleri vardır. Yine de meslektaşları disiplin mekanizmalarına bildirmek, diğer seçenekler denendikten sonra başvurulacak son çare olmalıdır.

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

İlk adım, meslektaş ile iletişim kurmak ve davranışının hatalı ya da meslek ahlakına aykırı olduğunu düşündüğünüzü söylemek olabilir. Sorun bu düzeyde çözülebilirse daha ileriye gitmenin gereği kalmayabilir. Çözülemezse sonraki adım, konuyu sizin veya söz konusu hekimin amiriyle tartışmak ve kararı ona bırakmaktır. Bu yöntem uygulanamıyorsa ya da başarısız olursa, ancak o zaman hekimi yetkililere bildirmek gerekecektir.

DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE İLİŞKİLER

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

Ayrım yapmama bir ilişkinin edilgen bir özelliğidir. Saygı daha etkin ve pozitif özelliktedir. Hastaların bakımına katkı sağlayabileceği için diğer sağlık çalışanlarının beceri ve deneyimlerini de dikkate almayı gerektirir. Sağlık çalışanları eğitim ve öğrenim anlamında birbirleriyle eşit değildirlir; ancak hastaların iyiliği için benzer kaygıları paylaşmanın yanı sıra, temel insani eşitliğe de sahiptirler.

Yine de, hastalar söz konusu olduğunda, yetkinliğine ilişkin güven duyulmayan ya da ciddi kişilik çatışmaları yaşanan başka bir sağlık çalışanı ile ilişki kurmayı reddetmek ya da ilişkiyi sonlandırmak olanaklıdır. Bunları daha önemsiz gerekçelerden ayırt edebilmek hekimin etik duyarlığa sahip olmasını gerektirir.

İŞBİRLİĞİ

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

Hekimin hastanın ‘sahibi’ olduğu anlayışının ortadan giderek kaybolması, babacı yaklaşımın zayıflamasına eşlik etmektedir. Hastaların geleneksel olarak sahip oldukları ikinci görüş alma hakkı, gereksinimlerini daha iyi karşılayabilecek diğer sağlık çalışanlarına erişebilme olanağını da kapsamaya başlamıştır.

“Hekimin hastanın ‘sahibi’ olduğu anlayışının ortadan giderek kaybolması, babacı yaklaşımın zayıflamasına eşlik etmektedir.”

DTB **Hasta Hakları Bildirgesi**'ne göre, "Hekim sağlık hizmetinin hastaya hizmet sunan diğer sağlık çalışanları ile eşgüdüm içinde yürütülmesi için onlarla işbirliği yapmakla yükümlüdür." Bununla birlikte, yukarıda vurgulandığı gibi, hekimler ücreti bölüşerek bu işbirliğinden kazanç sağlayamazlar.

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

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

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

Hasta için en iyisine yönelik işbirliği yapmak anlamında özel bir zorluk, hastaların geleneksel ya da alternatif tıp uygulayıcılarına ('şifacılar') başvurmaları söz konusu olduğunda ortaya çıkar. Afrika'da, Asya'da, son zamanlarda Avrupa ve Amerika kıtasında çok sayıda insan bu kişilere başvurmaktadır. Kimileri bu geleneksel ya da alternatif tıp uygulamalarını tamamlayıcı olarak görse de, birçok durumda modern tıp uygulamaları ile çatışacaklardır. En azından bazı geleneksel ve alternatif uygulamaların sınırlı da olsa tedavi edici etkileri olabildiğinden ve hastalar bu uygulamaları talep ettiklerinden, hekimler bu tür uygulamaları yapanların hastalara önerdikleri ve uyguladıkları girişimlerden haberdar olmaları, gereğinde onlarla iletişim kurmaları uygun olur. Bunun nasıl yapılacağı ülkeden ülkeye ve bir uygulayıcıdan diğerine değişebilir. Tüm etkileşimlerde hastanın yararı ve iyiliği birincil kaygı olmalıdır.

ÇATIŞMALARIN ÇÖZÜLMESİ

Hekimler meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile bürokratik işlemler ya da ücretler gibi konularda çok çeşitli çatışmalar yaşayabilmesine rağmen, bu bölümde sadece hizmet sunumundan doğan çatışmalara odaklanmaktadır. İdeal olarak sağlık hizmetine ilişkin kararlar

hastanın, hekimin ve hizmet sunumuna katılan diğer herkesin ortak görüşünü yansıtmalıdır. Bununla birlikte belirsizlik ve karşıt görüşler, hizmetin amacı ya da bu amaçlara hangi araçlarla ulaşılabileceği konusunda anlaşmazlık doğurabilir. Ayrıca sınırlı kaynaklar ve örgütsel politikalar da ortak bir karara varmayı güçleştirebilir.

Sağlık çalışanları arasındaki hizmetin amaç ve araçlarına ilişkin anlaşmazlıklar netleştirilmeli ve hastayla ilişkilerinin tehlikeye düşmemesi için sağlık ekibinin üyelerince çözümlenmelidir. Sağlık çalışanları ve yöneticiler

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

arasında kaynakların dağıtımına ilişkin anlaşmazlıklar kurum içinde çözülmeli ve hastanın yanında tartışılmamalıdır. Her iki çatışma da doğası gereği etikle ilişkili olduğundan, eğer var ise bir klinik etik kurulu ya da etik danışmanının önerisi çözüme katkıda bulunabilir.

Aşağıdaki öneriler bu türden çatışmaların çözümünde yararlı olabilir:

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

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

OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

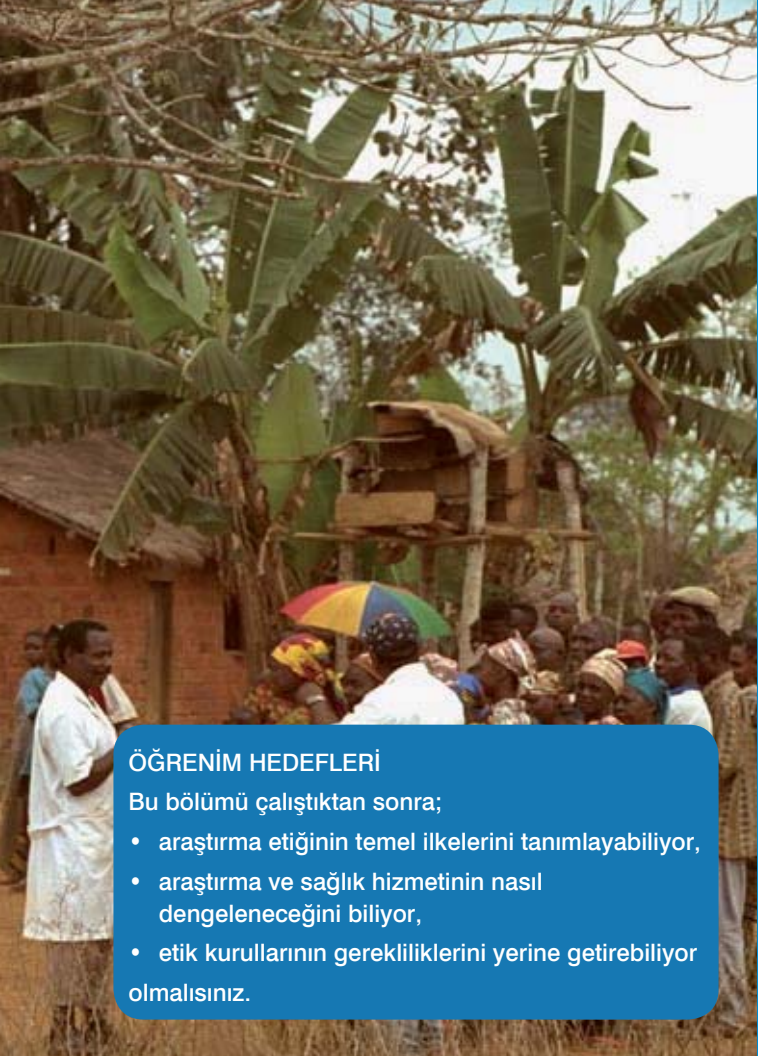
Dr. C kıdemli cerrahın ameliyathanedeki uygulamalarından rahatsız olmakta haklıdır. Cerrah sadece hastanın sağlığını tehlikeye atmakla kalmamakta, aynı zamanda hem hastaya hem de meslektaşlarına saygısızca davranmaktadır. Dr. C'nin etik açısından, hekimin bu davranışlarını görmezden gelmeme ve birşeyler yapma yükümlülüğü bulunmaktadır. İlk adım olarak, bu türden davranışlara herhangi bir destekleyici tepki vermemeli, örneğin hekimin yaptığı şakalara gülmemelidir. Durumu hekimle görüşmenin etkili olacağını düşünüyorsa bunu yapmalıdır. Aksi durumda doğrudan hastane yetkilileri ile görüşmek durumunda kalabilir. Eğer yetkililer bu konuda birşeyler yapmaya istekli değilse, tabip birliğine başvurabilir ve konunun soruşturulmasını isteyebilir.

BÖLÜM BEŞ - ETİK ve TIBBİ ARAŞTIRMA



Uyku hastalığı geri geliyor

@ Robert Patrio / CORBIS SYGMA



ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu bölümü çalıştıktan sonra;

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

OLGU ÇALIŞMASI #4

Bir sözleşmeli araştırma kuruluşu (S.A.K.), küçük bir kasaba sağlık ocağında çalışan pratisyen hekim Dr. R'ye, osteoartrit için kullanılacak yeni bir non-steroidal anti-inflamatuvar ilacın klinik denemelerine katılma önerisinde bulunur. Araştırmaya katacağı her hasta için hekime belli bir miktar para ödenecektir. Şirket temsilcisi araştırmanın, araştırma etik kurulu da dahil gerekli her onayı aldığı konusunda güvence verir. Dr. R daha önce bir araştırmaya katılmamıştır ve özellikle de para kazanacağı için öneriyi memnurlukla karşılamıştır. Çalışmanın bilimsel veya etik boyutlarını daha fazla sorgulamadan şirketin önerisini kabul eder.

TIBBİ ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

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

“...tıp, doğası gereği deneyseldir.”

Araştırmaların belki de daha iyi bilinen diğer işlevi, yeni tedavilerin, özellikle de ilaçların, tıbbi aygıtların ve cerrahi tekniklerin geliştirilmesidir. Son 50 yılda bu alanda büyük ilerlemeler sağlanmıştır ve günümüzde her zamankinden daha çok tıbbi araştırma yürütülmektedir. Yine de insan bedeninin işleyişi, hastalıkların nedenleri (hem bilinen hem de yeni hastalıklar için) ve onlardan korunma ya da tedavi için en iyi yöntemlerin ne olduğu hakkında hâlâ pek çok yanıtlanmamış soru bulunmaktadır. Bu soruları yanıtlamak için elimizdeki tek araç, tıbbi araştırmadır.

İnsan fizyolojisini daha iyi anlama çabalarına ek olarak tıbbi araştırmalar, insan sağlığı üzerinde etkili olan, hastalık örüntüleri (epidemioloji), sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumu (sağlık sistemleri araştırmaları), sağlığın sosyal ve kültürel boyutları (sağlık sosyolojisi ve antropolojisi), hukuk (adli tıp) ve etik (tıp etiği) gibi çok çeşitli etmenleri de araştırmaktadır. Bu tür araştırmaların önemi, pek çoğu non-fizyolojik tıbbi araştırmalar için özel programlara sahip olan kaynak sağlayıcı kurumlarca giderek daha yaygın biçimde anlaşılmaktadır.

TIBBİ UYGULAMADA ARAşTIRMA

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

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

Hekimler için araştırmaya katılmanın en yaygın yöntemi, klinik araştırmalardır. Yeni bir ilacın düzenleyici kurumlarca onaylanmasından önce, yaygın biçimde güvenilirlik ve etkililik testlerinden geçmesi gerekir. Süreç laboratuvar çalışmaları ile başlar, hayvan deneyleri ile devam eder. Eğer bu aşamada söz konusu madde umut veriyorsa, sıra klinik araştırmanın dört basamak, ya da ‘faz’ına gelir:

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

Klinik araştırmaların sayısında son zamanlardaki hızlı artış, istatistiksel gereklilikleri yerine getirebilmek için büyük sayılarda hasta bulmayı ve onları araştırmaya katmayı gerektirmektedir. Denemeleri yürüten bağımsız hekimler ya da ilaç şirketleri, hastaların araştırmaya katılmalarını sağlamaları için diğer hekimlere, sıklıkla da başka ülkelerdeki hekimlere güvenmektedirler.

Araştırmaya bu türlü katılım hekimler için değerli bir deneyim olsa da, farkına varılması ve kaçınılması gereken olası sorunlar söz konusudur. Öncelikle, hekimin hasta-hekim ilişkisindeki rolü, hekim ve araştırmacı

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

aynı kişi olsa bile, araştırmacı-katılımcı ilişkisindeki rolünden farklıdır. Hekimin birincil sorumluluğu hastanın sağlığı ve iyiliği iken, araştırmacının birincil sorumluluğu bilgi üretimidir; bu bilgi araştırmaya katılanın sağlığı ve iyiliğine katkıda bulunabilir ya da bulunmayabilir.

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

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

Bu olası sorunların üstesinden gelinebilir. Hekimin meslek ahlakı değerleri -sevecen yaklaşım, yetkinlik, özerklik- tıbbi araştırmacı için de geçerlidir. Dolayısıyla bu iki rol arasında doğal bir çatışma yoktur. Hekimler araştırma etiğinin temel kurallarını anladıkça ve uyguladıkça, klinik uygulamalarının bir bileşeni olarak araştırmaya kolayca katılabilirler.

AHLAKİ GEREKLİLİKLER

Araştırma etiğinin temel ilkeleri oldukça iyi yapılandırılmıştır. Ancak bu her zaman böyle değildi. 19. ve 20. yüzyılda birçok ünlü araştırmacı, hastaların onamını almadan ve iyilikleri hakkında pek de kaygılanmadan deneylerini uygulamışlardır. Tarihi 20. yüzyılın başlarına uzanan bazı düzenlemelerin varlığı, hekimlerin Nazi Almanyasında ve başka yerlerde insan haklarını açıkça çiğneyen deneyler yapmalarına engel

olmamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bu hekimlerden bazıları Almanya - Nürnberg'te kurulan özel bir mahkemede yargılanmış ve suçlu bulunmuşlardır. Yargılamalar Nürnberg Kuralları'na temel oluşturmuş, bu düzenleme modern araştırma etiğinin temel metinlerine kaynaklık etmiştir. Bu Kurallar'da yer alan on ilkedен biri, araştırmaya katılacak hastanın gönüllü onamının alınması gerekliliği üzerinedir.

Dünya Tabipler Birliği 1947'de, Nürnberg Kuralları'nın oluşturulduğu yıl ile aynı zamanda kurulmuştur. DTB'nin kurucuları, İkinci Dünya Savaşı öncesi ve sırasındaki meslek ahlakına aykırı uygulamaların bilincinde olarak, hekimlerin en azından ahlaki yükümlülüklerinden haberdar olmalarını güvence altına alacak adımları atmışlar, böylelikle uzun yıllara yayılan çalışmalardan sonra 1954'te **Araştırma ve Deneye Katılanlara İlişkin İlkeler** kabul edilmiştir. Bu belge sonraki on yıl boyunca gözden geçirilmiş ve 1964'te **Helsinki Bildirgesi** yayımlanmıştır. Sonraları 1975, 1983, 1989, 2000, 2008 ve 2013'te gözden geçirilerek yenilenen Bildirge, araştırma etiği ilkelerini özlü biçimde içeren bir metindir. Son yıllarda araştırma etiğini genel olarak ele alan daha ayrıntılı belgeler (Ör, Council for International Organizations of Medical Sciences'in 1993'te yayımlayıp 2002'de güncellediği **İnsanlar Üzerinde Biyomedikal Araştırmalara İlişkin Uluslararası Etik Kılavuz**) ve araştıma etiğinin belli konularına özelleşmiş düzenlemeler de (Ör, Nuffield Council on Bioethics tarafından 2002'de yayımlanan **Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleriyle İlgili Araştırmaların Etiği**) yayımlanmıştır.

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

Araştırma etik kurulu onayı

Helsinki Bildirgesi'nin 23. paragrafı, insanlar üzerindeki her türlü tıbbi araştırma önerisinin, uygulamadan önce, bağımsız bir etik kurulu tarafından değerlendirilmesi ve onaylanması koşulunu getirmektedir.

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

Onay alabilmek için araştırmacılar projenin amaç ve yöntemini açıklamalı; araştırmaya katılacakların nasıl belirleneceğini; onamlarının nasıl alınacağını; gizlilik ve özel yaşamlarının nasıl korunacağını belirtmeli; alınacak maddi destekler ve yaşanabilecek herhangi bir çıkar çatışması açıklanmalıdır. Etik kurulu projeyi sunulduğu biçimiyle kabul edebilir, başlatılmasından önce bazı değişiklikler yapılmasını isteyebilir ya da araştırma önerisini tümüyle reddedebilir. Birçok kurul ayrıca, araştırmacıların yükümlülüklerini yerine getirmelerini sağlamak ve beklenmedik ciddi yan etkiler gelişirse projeyi durdurmak için, onay verdikleri projeleri izleme rolünü de üstlenirler.

Etik kurulu onayının gerekli olmasının nedeni, araştırmacıların ve araştırmaya katılanların projenin bilim ve etik açısından uygunluğunu her zaman değerlendirebilecek bilgiye ya da yansızlığa yeterli derecede sahip olmamalarıdır. Araştırmacıların, projenin uygulamaya değer olduğunu, kendilerinin projeyi yürütmeye yetkin olduklarını ve araştırmaya katılacakların zarar görmekten mümkün olduğunca korunacaklarını bağımsız bir uzmanlar kuruluna göstermeleri gerekir.

Etik kurulu değerlendirmesi ile ilgili henüz çözüme kavuşturulmamış bir sorun, çok-merkezli bir proje için her merkezde ayrı ayrı onay alınması gerekip gerekmediğidir. Eğer merkezler farklı ülkelerde ise, genellikle her ülke için ayrı değerlendirme ve onay süreci yürütmek uygun olacaktır.

“...insanlar
üzerindeki
tıbbi araştırmaların
bilimsel temellere
dayanarak haklı
çıkarılabilmesi
gerekmektedir.”

Bilimsel yararlılık

Helsinki Bildirgesi'nin 21. Maddesine göre, insanlar üzerindeki tıbbi araştırmaların bilimsel temellere dayanarak haklı çıkarılabilmesi gerekmektedir. Bu gereklilik, örneğin yöntemi uygun olmadığı için başarı şansı düşük ya da başarılı olsa bile üreteceği

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

Madde 21, bilimsel yararlılığın sağlanması için, projenin, konuyla ilgili ayrıntılı literatür bilgisini ve önceki laboratuvar bulguları ile önerilen girişimin insanlarda etkin olabileceğine ilişkin geçerli nedenler sağlayan hayvan deneylerini temel almasını gerekli kılmaktadır. Hayvanlar üzerindeki tüm araştırmalar, hayvan sayısının olası en az düzeyde tutulmasını ve gereksiz acının önlenmesini gerektiren etik kılavuzlarını dikkate almalıdır. Madde 12'de ek bir gereklilik daha tanımlanmıştır: Sadece bilimsel açıdan uygun yetkinlikteki kişiler insanlar üzerinde araştırma yapmalıdır. Araştırma etik kurulu projeyi onaylamadan önce bu koşulların tümüyle yerine getirildiğine ikna olmalıdır.

Toplumsal değer

Tıbbi araştırma projelerinin tartışılabilir olabileceği gerekliliklerinden bir diğeri, araştırmanın genel olarak toplumun iyiliğine katkıda bulunmasıdır. Eskiden bilimsel bilginin gelişmesi genellikle kendi içinde değerli kabul edilir ve başka bir haklı gerekçe aranmazdı. Ancak tıp alanındaki araştırma

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

kaynaklarının giderek azalmasıyla birlikte, toplumsal değer, bir projeye kaynak ayrılıp ayrılmayacağını belirlerken kullanılan önemli bir ölçüt olarak ön plana çıktı.

Helsinki Bildirgesi'nin 16 ve 19. maddeleri, araştırma projelerini değerlendirirken toplumsal değerinin göz önüne alınması gerektiğini açıkça belirtmektedir. Proje amacının hem bilimsel hem de toplumsal anlamda önemi, araştırmaya katılanların üstlendikleri risk ve yükten fazla olmalı, ayrıca araştırmacının yürütüldüğü toplumlar o araştırmacının sonuçlarından yararlanmalıdır. Bu özellikle, araştırma sonucu geliştirilen ilaçlardan başka yerlerdeki hastalar yararlanırken, araştırmaya katılanların riskleri ve araştırmacının verdiği rahatsızlıkları üstlendiği ülkeler için önemlidir.

Bir araştırma projesinin toplumsal değerini belirlemek, bilimsel yararlılığını saptamaktan daha zor olabilir; ancak bu, toplumsal değeri göz ardı etmek için bir neden olamaz. Aksi durumda değerli kaynaklar boşa harcanmış, insan sağlığı ve iyiliğine büyük katkıları olan tıbbi araştırmaların itibarı zayıflatılmış olacaktır.

Riskler ve yararlar

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

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

üstlendikleri risklerin araştırmacının beklenen yararları açısından uyumsuz ya da orantısız olmadığını göstermesi gerekir. Bu risklerden biri, ters bir etki oluşması sonucunda katılımcının zarar görmesi olasılığıdır. Bu riskin iki bileşeni bulunur: (1) Zararın oluşma olasılığı (çok düşük'ten çok yüksek'e dek) ve (2) zararın şiddeti (önemsiz'den kalıcı zarar, şiddetli engellilik ya da ölüme dek). Önemsiz bir zararın çok düşük derecede

gerçekleşme olasılığının bulunması, iyi bir araştırma projesi için sorun oluşturmaz. Diğer uçta, proje ancak terminal dönem hastaları için tek umut niteliğini taşıyor ise kabul edilebilecek olan ciddi bir zararın yüksek derecede gelişme olasılığı bulunur. Bu iki uç arasında, **Helsinki Bildirgesi**'nin 17 ve 18. maddelerinde yer alan, riskleri uygun biçimde değerlendirme ve risklerin denetim altına alınabileceğinden emin olma gerekliliği bulunur. Eğer risk hakkında hiçbir şey bilinmiyorsa, örneğin laboratuvar çalışmaları ya da hayvan deneylerinden güvenilir veriler elde edilmedikçe araştırmacının projeyi uygulamaya koymaması gerekir.

Aydınlatılmış onam

Nürnberg Kuralları'nın ilk ilkesi, "Araştırmaya katılacak insanların gönüllü onamı, kesinlikle alınmak zorundadır." der. Bu ilkeyi izleyen açıklayıcı paragrafta, diğer şeylerin yanı sıra, "araştırmaya katılanın aydınlatılmış bir karar verebilmesi için, araştırma hakkında yeterli derecede bilgilendirilmesi ve bu bilgiyi anlamasının sağlanması gerekir" ifadesine yer verilmiştir.

"Araştırmaya katılacak insanların gönüllü onamı, kesinlikle alınmak zorundadır."

Helsinki Bildirgesi aydınlatılmış onam hakkında başka ayrıntılara da yer vermiştir. Madde 26 kişinin araştırmaya katılım kararını verebilmesi için neleri bilmesi gerektiği üzerinedir. Madde 27, onamın gönüllü verilmemesine yol açabileceğinden, kişilere araştırmaya katılmaları için baskı uygulamanın yanlışlığından söz eder. Madde 28 – 30 arası, onam veremeyen katılımcılarla ilgilidir (küçük çocuklar, akıl sağlığını yitirmiş bireyler, bilinci kapalı hastalar). Bu kişiler sadece bazı sınırlı koşullar yerine getirildiğinde araştırmalara katılabilirler.

Helsinki Bildirgesi, araştırma etiği ile ilgili diğer belgeler gibi, aydınlatılmış onam alındığının bir imzalı formla gösterilmesi gerektiğini belirtir (Madde 26). Pek çok araştırma etik kurulu araştırmacının kullanacağı aydınlatılmış

onam formlarını görmek ister. Bazı ülkelerde bu formlar, katılımcıyı proje hakkında bilgilendirme amacına hizmet etmeyecek kadar uzun ve ayrıntılı olabilmektedir. Ancak her durumda, aydınlatılmış onam almak, formun imzalanması ile başlamaz ve bitmez; projenin özenli bir biçimde sözlü olarak açıklanmasını ve katılımcı için bir anlam ifade etmesini gerektirir. Ayrıca katılımcılar, proje başlamış olsa bile, araştırmacılar ve diğer hekimler tarafından herhangi bir yaptırımla karşılaşmadan ve aldıkları sağlık hizmeti etkilenmeden verdikleri onamı istedikleri zaman geri çekme hakkına sahip oldukları konusunda aydınlatılmalıdırlar (Madde 31).

Gizliliğin sağlanması

Araştırmaya katılan hastalar, sağlık hizmeti sunulan diğer hastalar gibi kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunması hakkına sahiptir. Ancak diğer hastalardan farklı olarak, araştırma, kişisel sağlık bilgilerinin bilimsel topluluklara, bazen de bütün topluma açıklanmasını gerektirir. Özel yaşamın gizliliğinin korunabilmesi için, araştırmacılar katılımcılardan kişisel sağlık bilgilerini araştırmada kullanabilmek için aydınlatılmış onam almalıdır. Bunun için bu bilgilerin nasıl kullanılacağı katılımcılara önceden anlatılmalıdır. Genel bir kural olarak bilgiler kimliksizleştirilmeli, depolama ve iletilme aşamalarında güvenliği sağlanmalıdır. DTB'nin **Sağlıkla İlgili Veritabanlarına İlişkin Bildirgesi**, bu konuda ayrıntılı yol göstericilik sağlamaktadır.

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

Rollerin çatışması

Bu bölümde daha önce, hekimin hasta-hekim ilişkisindeki rolünün, hekim ve araştırmacı aynı kişi olsa bile araştırmacı-katılımcı ilişkisindeki rolünden farklı olduğundan söz edilmişti. **Helsinki Bildirgesi**'nin 14. maddesi, bu tür durumlarda hekimlik rolünün öncelikli olduğunu belirtir. Bu maddeye göre; hastaya uygulanmakta olan tedavi etkili ise ve araştırma hastanın

farklı tedaviler ya da plasebo grupları arasında rasgele birisine girmesini gerektiriyorsa, hekimin hastasına araştırmaya katılmamayı önermesi gerekebilir. Hekim sadece, uygulanmakta olan tedavinin önerilen yeni tedaviden, hatta plasebodan daha iyi olduğuna ilişkin sağlam bilimsel gerekçeler bulunmadığında hastasından araştırmaya katılmasını istemelidir.

Sonuçların dürüştçe açıklanması

Araştırma sonuçlarının kesin olarak açıklanması gerekmez. Ancak ne yazık ki son zamanlarda, araştırma sonuçlarının yayımlanmasıyla ilgili olarak, *aştırma*, veri uydurma, tekrar yayın (*aynı makaleyi tamamen ya da kısmen, önceden yayımlandığı yeri belirtmeden birden fazla yerde*

“...son zamanlarda, araştırma sonuçlarının yayımlanmasıyla ilgili olarak, dürüştçe olmayan birçok uygulamayla karşılaşılmaktadır.”

yayımlama - ç.n.) ve ‘hediye’ yazarlık gibi dürüştçe olmayan birçok uygulamayla karşılaşılmaktadır. Bu türden uygulamalar, en azından ortaya çıkana dek araştırmacıya yarar sağlayabilir; ancak araştırma sonuçlarına dayanarak yanlış tedaviler uygulanacak hastalara büyük zararı dokunabilir ve bu sonuçlarına dayanarak yeni araştırmalar yürütecek başka araştırmacıların zaman ve kaynaklarını boşa harcamalarına neden olabilir.

Bildirimde bulunma

Araştırma etiği açısından sorunlu araştırmaların yürütülmesini önlemek ya da sonradan ortaya çıkmasını sağlamak için, bu türden uygulamaların varlığından haberli olan herkesin yetkililere bildirimde bulunma yükümlülüğü vardır. Ne yazık ki pek çok kişi bu yükümlülüğe uymak istemez; *bildirimde bulunanlar* ise taktir görmezler, hatta cezalandırılabilir veya engellenmeye çalışılabilirler. Bununla birlikte, hem araştırmacılar hem de hükümet yetkilileri etik açısından sorunlu araştırmaların ortaya

çıkarılması ve cezalandırılması gerekliliğini gördükleri, ayrıca bildirimde bulunanların bu amaç açısından değerini anlamaya başladıkları için bu tutum değişmeye başlamıştır.

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

Çözülmeyen konular

Araştırma etiğinin tüm boyutları üzerinde genel bir anlaşma sağlanamamıştır. Tıbbi bilimler genetik, sinir bilimleri, organ ve doku aktarımı gibi alanlarda ilerlemeye devam ettikçe, yeni tekniklerin, işlemlerin ve tedavilerin etik açısından kabul edilebilirliği ile ilgili olarak eldeki yanıtların yetersiz kaldığı yeni sorular ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bir klinik

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

araştırmaya hangi koşullarda plasebo grubunun da katılması gerektiği ya da araştırmaya katılanlara araştırma sonrasında hangi sağlık hizmetlerini sunmaya devam etmek gerektiği gibi konularda etik tartışmaları hâlâ sürmektedir. Dünya çapında, tıbbi araştırmalarda 10/90 boşluğu etik açısından hâlâ büyük bir sorun oluşturmaya devam etmektedir (Dünya nüfusunun %90’ını etkileyen sağlık sorunları için, dünya çapında araştırma için harcanan kaynakların sadece %10’u ayrılmaktadır). Dahası, kaynaktan yana yoksul ülkelerde araştırmacılar sorunlara işaret ettiklerinde, kendi ahlaki bakışları ile içinde çalıştıkları toplumun bakışı arasında çatışma

yaşabilmektedirler. Tüm bu konular, genel bir uzlaşa sağlanmadan önce ileri düzeyde çözümlenmeli ve tartışılmalıdır.

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

OLGU ÇALIŞMASINA DÖNÜŞ

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

BÖLÜM ALTI - SONUÇ

Dik bir tırmanışta...
@ Don Mason / CORBIS





HEKİMLERİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ ve AYRICALIKLARI

Bu Elkitabı hekimin ödev ve yükümlülüklerine odaklanmıştır ve bu da tıp etiğinin temel konusunu oluşturur. Bununla birlikte, tüm insanlar gibi hekimlerin de, yükümlülüklerinin yanı sıra hakları vardır ve tıp etiği hastaların, toplumun ya da meslektaşların hekime nasıl davranması gerektiğini dikkate almazsa eksik kalmış olur. Bu bakış açısı giderek önem kazanmaktadır; çünkü hekimler birçok ülkede mesleklerini uygularken gerek sınırlı kaynaklar, gerekse hükümetlerin veya şirketlerin sağlık hizmeti sunumuna müdahaleleri, tıbbi hatalar ve hekimlerin meslek ahlakına aykırı davranışlarının medya tarafından abartılarak aktarılması, otorite ve yetilerinin hastalar ve diğer sağlık çalışanları tarafından sorgulanır olması nedeniyle büyük güçlüklerle karşılaşmaktadırlar.

“...tüm insanlar gibi hekimlerin de, yükümlülüklerinin yanı sıra hakları vardır.”

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

Yıllar geçtikçe DTB, hekim haklarını ve bu haklara karşılık olarak özellikle hükümetlerin yükümlülüklerini tanımlayan birçok uygulama önerisi hazırlamıştır. Bu haklara saygı gösterilmesi için:

- 1984 tarihli **Tıbbi Toplantılara Katılım Özgürlüğü üzerine Açıklama**'ya göre, "Hekimlerin, nerede düzenleniyor olursa olsun, tıbbi toplantılara katılmalarını önleyecek herhangi bir engel bulunmamalıdır."
- 2006 tarihli **Sağlık Hizmetlerinin Standartlarına Dair Mesleki Yükümlülükler Üzerine Açıklama**'ya göre, "Hekimlerin mesleki uygulamaları ya da performansları üzerine oluşturulacak tüm yargılar, eğitimleri ve deneyimleri sayesinde söz konusu tıbbi konuların karmaşıklığını anlayabilen meslektaşlarının değerlendirmelerini mutlaka içermelidir." Aynı açıklama, "hasta şikayetlerinin incelemesinde, hekimin eylemlerinin ya da ihmallerinin meslektaşlarıncaya yapılacak iyi niyete dayalı değerlendirmelerini içermeyen süreçleri" kınamaktadır.
- 1997 tarihli **İşkence ya da Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Diğer Uygulamalara Katılmayı ya da Göz Yummayı Reddeden Hekimler için Destek Bildirgesi**'ne göre DTB'nin, "mesleki gizlilik ilkesini de içermek üzere tüm etik ilkelerinin korunması için çaba göstermenin yanı sıra, bu türden insanlık dışı uygulamalara katılmayı reddeden veya bu uygulamaların kurbanlarını tedavi edip esenlendiren hekimleri desteklemek, korumak ve ulusal tabip birliklerini bu yönde eylemde bulunmaya çağırarak" yükümlülüğü bulunmaktadır.
- 2014 tarihli **Sağlık Çalışanlarının Uluslararası Göçü Üzerine Etik Kılavuzları Açıklaması** tüm ülkeleri, "hekimlerini hem meslekte hem de o ülkede tutabilmek için, ülkenin gereksinimleri ve kaynaklarını göz önüne alarak, onların kişisel ve mesleki amaçlarına ulaşmaları için desteklemeye" ve "geçici ya da kalıcı olarak kendi ülkelerinden başka bir ülkede çalışan hekimlere, o ülkenin hekimleri ile eşit davranılmasını sağlamaya (eşit iş olanakları ve aynı işe eşit ödeme gibi)" çağırılmaktadır.

Hekimlerin bu haklarını savunma gerekliliğinin yanı sıra, bazen hekimlere sahip oldukları ayrıcalıkları da anımsatmak gerekir. Birçok ülkedeki kamuoyu araştırmaları, hekimliğın en saygı duyulan ve en güvenilen meslek gruplarından biri olduğunu sürekli olarak göstermektedir.

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

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

HEKİMİN KENDİSİNE KARŞI YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Bu Elkitabı hekimlerin meslek ahlakı yükümlülüklerini, onlardan yararlanana göre sınıflamıştır: Hastalar, toplum ve diğer sağlık çalışanlarını da kapsayacak biçimde meslektaşlar. Hekimler sıklıkla kendilerine ve ailelerine karşı yükümlülükleri olduğunu unuturlar. Dünyanın birçok yerinde hekim olmak, kişinin kendi sağlığı ve iyiliğini gözetmeden kendisini mesleğine adanmasını gerektirir. Haftada 60-80 saat çalışmak hiç de ender değildir ve tatiller gereksiz bir lüks olarak görülür. Birçok hekim bu koşullarla başarılı bir biçimde başa çıkabilse de, aileleri bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Diğer hekimler ise bu çalışma yoğunluğu karşısında kronik yorgunluktan madde bağımlılığu ve özkıyımına dek uzanan çeşitli sorunlar yaşarlar. Hekimin yorgun ve rahatsız olması tıbbi hatalara yol açabileceği için, hastalar açısından bir tehlike oluşturur.

Bazı ülkelerde, hasta güvenliğini sağlamak ve hekimler için sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek için, çalışma saatleri ve eğitim alan hekimlerin vardiyalarının uzunluğu sınırlanmıştır. Tıp eğitimi veren bazı kurumlar,

“Hekimler sıklıkla kendilerine ve ailelerine karşı yükümlülükleri olduğunu unuturlar.”

kadın hekimlerin ailesel nedenlerle eğitim programlarına ara vermelerini kolaylaştırmaktadır. Bu tür önlemler hekimin sağlığı ve iyiliğine katkıda bulunabilse de, kendine dikkat etmenin birincil sorumluluğu hekimdedir. Sigara içme, madde bağımlılığı ve fazla çalışma gibi sağlığa açıkça zararlı olan etmenlerden uzak durmanın yanı sıra, hekimler mesleki ve kişisel yaşamlarındaki stres etmenlerini tanımlayarak ve etkin başatma yöntemleri geliştirerek kendi sağlıklarını korumalı ve geliştirmelidirler. Tüm bunlar işe yaramadığında hekimler, hastaları, meslektaşları ya da toplumla ilişkilerini olumsuz etkileyebilecek kişisel sorunlarının çözümünde meslektaşlarından ve uygun nitelikteki uzmanlardan yardım istemelidirler.

TIP ETİĞİNİN GELECEĞİ

Bu Elkitabı, geçmişte birçok gönderme yapıyor olsa da, tıp etiğinin bugünkü durumuna odaklanmaktadır. Bununla birlikte “şimdi” sürekli olarak elimizden kayıp gitmekte ve hep zamanın gerisinde kalmak istemiyorsak geleceği öngörmeye çalışmak gerekmektedir. Tıp etiğinin geleceği büyük oranda tıbbın geleceğine bağlı olacaktır. Yirmibirinci yüzyılın içinde bulunduğumuz ilk on yıllarında tıp büyük bir hızla evrilmektedir ve bugünün tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri mezun olduğunda tıbbın nasıl uygulanacağını öngörmek çok zordur.

Bu öğrenciler emekli olduklarında hangi değişikliklerin gerçekleşeceğini bilmek ise olanaksızdır. Yaygın politik ve ekonomik istikrarsızlıklar, doğanın dengesinin bozulması, HIV/AIDS ve diğer salgınların giderek yayılması gibi sorunları göz önüne alırsak, geleceğin mutlaka daha iyi olacağını söyleyemeyiz. Tıbbi gelişmelerin sağladığı yararların er ya da geç tüm ülkelere yayılacak olmasını ve bu ülkelerin karşılaşacağı etik sorunlarının

bugün varıl ülkelerin gündeminde olanlarla benzeşeceğini ummamıza karşın, tersi de gerçekleşebilir: Bugün varıl olan ülkeler, hekimlerinin tropik hastalıklarla uğraştığı ve tıbbi kaynakların çok kısıtlı olduğu bir noktaya gelebilirler.

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

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

EK.A - SÖZLÜK

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

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

Anestezist - Bazı ülkelerde *Anesteziyolojist* unvanı da kullanılır.

Aşıрма - Bir kişinin başkasının çalışmasını, örneğin yayımlanmış bir makalesini, kısmen ya da tamamen kopyalaması ve kaynağını belirtmeden kendi çalışması gibi göstermesi (İntihal / Plagiarism).

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

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

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

Değer vermek / Değer - Bir şeyi çok önemli bulmak / Çok önem atfedilen şey.

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

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

Hesap verebilirlik - Yapılan herhangi bir şey için başkalarına karşı hesap verme sorumluluğunun bulunması. Örneğin çalışanlar, yaptıkları iş için işverenlerine hesap vermek durumundadır. *Hesap verebilirlik*, kişinin yaptığı ya da yapmadığı şeyler için bir açıklama yapmaya hazırlıklı olmasını gerektirir.

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

Palyatif bakım - Özellikle ölümcül ve tedavisi olmayan bir hastalık nedeniyle yaşamının son döneminde bulunan hastaların çoğunlukla ağrısını denetleyerek yaşamlarının niteliğini iyileştirmeye odaklanan bir bakım yaklaşımı. Hastanelerde, ölmekte olan hastalar için kurulmuş bulunan özel kurumlarda (genellikle "hospis" olarak adlandırılır) ya da hastanın evinde uygulanır.

Savunmak / Savunucu - Başka bir kişi ya da grubun haklarını dile getirmek ya da o kişi ya da grup adına eylemde bulunmak / Bu eylemde bulunan kişi. Hekimler, hükümetler ve sağlık sigortası yetkilileri karşısında, gereksindikleri sağlık hizmetlerine erişemeyen hastaların savunucusudurlar.

Uzlaşma - Herkes ortaklaşmamış olsa da, genel olarak kabul edilen.

Tıbbi vasiyet - Bir kişinin, karar verme yeterliğini yitirdikten sonra (bilincin kapanması ya da demans durumunda olduğu gibi), genellikle yazılı olarak, kendisine nasıl davranılmasını / davranılmamasını istediğini belirttiği açıklamadır. Diğer bir seçenek, kişinin önceden kendisi adına karar vermeye yetkili bir vekil belirlemesidir. Bazı ülkeler tıbbi vasiyete dair yasal düzenlemeler getirmiştir.

Vekil gebelik - Bir kadının, yapay dölleme ile sperm ya da in-vitro fertilizasyon ve embriyon aktarımı yöntemiyle embriyon sağlayan bir başka kişi ya da çift için gebe kaldığı ve doğum sonrasında çocuğu verdiği gebelik türü.

Yararlı olma - Hekimlerin hastaları için yararlı olmaları beklenir.

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

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

EK. B - İNTERNETTEKİ BAZI TIP ETİĞİ KAYNAKLARI

Dünya Tabipler Birliği Bildirgeler Elkitabı

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/>

- DTB'nin tutum belgelerinin tümünü tam metin olarak içermektedir (İngilizce, Fransızca ve İspanyolca).

Dünya Tabipler Birliği Etik Kaynakları

<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/>

- Aşağıdaki bölümleri içermektedir:

- DTB kursları
- Tıp etiği örgütleri ve onların meslek ahlaki kuralları
- Tıp etiği eğitimi
- Etik ve tıpta profesyonellik

UNESCO Bioethics Educational Resources

(<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/ethics-education-programme/activities/educational-resources/>)

National Ethics Committees Database

(<http://apps.who.int/ethics/nationalcommittees/>) – Etik konuları üzerine ülkeler ve konulara göre sınıflanmış görüşler

U.S. National Institutes of Health Bioethics Resources on the Web

(<http://bioethics.od.nih.gov/>)

Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Bioethics Research Library (<https://bioethics.georgetown.edu/>)119

EK. C

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ

Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Dünya Çapında Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi üzerine Tutum Belgesi

(Ekim 1999'da, Tel Aviv'de düzenlenen 51. DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.)

1. Tıp etiği ve insan hakları, tıp mesleği kültürünün içsel bir parçasını oluşturduğundan,
2. Tıp etiği ve insan hakları, DTB'nin tarihi, yapısı ve amaçlarının bir parçası olduğundan,
3. DTB, dünyadaki tüm tıp fakültelerine Tıp Etiği ve İnsan Hakları eğitimini programlarına zorunlu ders olarak eklemeleri için önemle çağrıda bulunur.

DÜNYA TIP EĞİTİMİ FEDERASYONU

(World Federation for Medical Education)

Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme İçin Standartlar

(<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file/>)

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

1.4 Eğitimin Çıktıları

Tıp fakülteleri, öğrencilerinin mezun olduklarında tıp etiği, insan hakları ve tıp hukuku da dahil olmak üzere sahip olmaları gereken yeterlikleri tanımlamalıdır.

2.4 Davranışsal ve Sosyal Bilimler ve Tıp Etiği

Tıp fakülteleri davranış bilimleri, sosyal bilimler, tıp etiği ve tıp hukukunun eğitime katkılarını tanımlamalı ve bunları eğitim programlarının kapsamına almalıdır. (...) Tıp Etiği, tıbbi uygulamalarda hekimin davranışları ve karar verme süreciyle ilintili değerler, haklar ve yükümlülüklerden kaynaklanan ahlaki konularla uğraşır. (...) Davranış bilimleri, sosyal bilimler, tıp etiği ve tıp hukukunun eğitime katkılarının tanımlanması ve bunların eğitim programı kapsamına alınması, ulusal sağlık sistemi ve hasta hakları için olduğu kadar, sağlık sorunlarının nedenleri, dağılımı ve sonuçlarının sosyoekonomik, demografik, kültürel belirleyenlerini anlamak için gerekli bilgi, kavram, yöntem, beceri ve tutumun geliştirilmesini sağlar.

2.5 Tıbbi Araştırma ve Burslar - Klinik Bilimler ve Beceriler

Klinik beceriler öykü alma, fizik muayene, iletişim becerileri, prosedürler ve incelemeler, acil girişimler, reçete yazma ve tedavi pratiklerini içerir. Mesleki beceriler tedavi yönetimi becerileri, ekip çalışması / ekip liderliği becerileri ve meslekler arası iletişimi içerir. Uygun klinik sorumluluk sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve hasta bakımına ilişkin etkinlikleri kapsar.

6.4 Tıbbi Araştırma ve Burslar

Tıp fakülteleri, araştırma ve eğitim etkinlikleri arasındaki etkileşimin öğrencilerin tıbbi araştırmalara katılımlarını desteklemesini ve onları hazırlamasını sağlamalıdır.

EK.D - TIP FAKÜLTELERİNDE ETİK EĞİTİMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

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

1. Kurumunuzun karar-verme yapılanmasını öğrenin.
 - Dekan
 - Eğitim Komisyonu
 - Fakülte Kurulu
 - Etkili olabilecek öğretim üyeleri
2. Başkalarından destek bulmaya çalışın.
 - Öğrenciler
 - Öğretim üyeleri
 - Yöneticiler
 - Ulusal tabip birliği
 - Hekimlik uygulamalarını düzenleyen kurumlar
3. Güçlü bir sav oluşturun.
 - DTB - *Tıp Etiği ve İnsan Haklarının Tıp Eğitimi Programlarına Eklenmesi Önergesi*
 - WFME - *Temel Tıp Eğitiminde Nitelik Geliştirme için Standartlar*
 - Diğer tıp fakültelerinden örnekler
 - Araştırma etiğinin gereklilikleri
 - Programın çok yüklü olduğu gibi itirazlara hazırlıklı olun.

4. Yardım önerin.

- Yapılanma, içerik, öğretim üyeleri ve öğrenci kaynakları için önerilerde bulunun (Ör, DTB'nin Etik sayfasındaki tıp etiği eğitimi kaynakları: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/40education/>)
- Diğer tıp etiği eğitimi programları, DTB vd. ile bağlantı kurun.

5. Sürekliliğin devamını sağlayın.

- Sürekli bir tıp etiği kurulu oluşturulmasını savunun.
- Genç öğrenciler, diğer öğretim üyeleri ve yöneticilerin de katılımını sağlayın.

EK.E - EK OLGU ÇALIŞMALARI

ERGENLİK ÇAĞINDAKİ BİR ÇOCUĞA GEBELİKTE KORUNMA ÖNERİSİ

Deniz 15 yaşında bir kızdır. Cinsel saldırıların giderek sıklaştığı bir kentte yaşamaktadır. Çalıştığınız kuruma başvurur ve cinsel saldırıya uğrarsa gebe kalmamak için gebeliği önleyici haplar vermenizi ister. Gebe kalması durumunda eğitimi yarıda kesilecek ve kendisine bir eş bulması çok güçleşecektir.

Deniz, ailesinin bu hapları kullandığını bilmelerini istemediğini, çünkü erkek arkadaşıyla cinsel ilişkiye girmeye niyeti olduğunu düşüneceklerini söyler. Deniz'in amacını kuşkuyla karşılırsınız, ancak gebelikten korunmaya çalışmasına saygı duyarsınız. Kendisine, ailesiyle birlikte başvurmasını ve konuyu genel olarak birlikte tartışmayı önerirsiniz.

Üç gün sonra Deniz tekrar gelir ve ailesiyle konuşmaya çalıştığını, ancak bu konuyu konuşmayı reddettiklerini söyler. Ne yapmalısınız?

PREMATÜRE BİR BEBEK*

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

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

HIV ENFEKSİYONU*

Bay S, evli ve okul çağında iki çocuğu olan bir babadır. Çalıştığınız klinikte, ender görülen ve genellikle AIDS ile bağlantılı olan bir pnömoni biçimi dolayısıyla tedavi görür. Kan testlerinin sonuçları,

HIV-pozitif olduğunu gösterir. Bay S karısına enfeksiyon hakkında bilgi verip vermeyeceğine ve bunu ne zaman yapacağına kendisinin karar vermek istediğini söyler. Karısı için enfeksiyondan korunmanın yaşam kurtarıcı olacağını hastaya belirtirsiniz. Ayrıca onun da bir HIV testi yaptırması önemlidir. Testin pozitif çıkması durumunda hastalığın ilerlemesini yavaşlatacak ilaçları alma ve böylece yaşamını uzatma şansına sahip olabilecektir.

Altı hafta sonra Bay S, kontrol muayenesi için kliniğinize gelir. Sorduğunuzda, karısına henüz durumu açıklamadığını söyler. Karısının eşcinsel ilişkilerini bilmesini istemez; çünkü kendi ilişkilerini bitireceğinden ve ailesinin dağılacığından korkar. Ancak onu korumak için tek yaptığı, “güvenli cinsel ilişki”de bulunmaktır. Hastanın hekimi olarak, hastanın isteğine karşı gelip Bayan S’yi eşinin durumu hakkında bilgilendirmek ve böylece eğer enfekte ise tedavi almasını sağlamak gerekip gerekmediğini düşünmeye başlarsınız.

BİR TUTUKLUYU TEDAVİ ETMEK

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

YAŞAMI SONLANDIRMA KARARI

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

OLGU ÇALIŞMALARI için KAYNAKLAR

UNESCO Chair in Bioethics collections of case studies –

<http://research.haifa.ac.il/~medlaw/> (UNESCO Chair)

WHO Casebook on Ethical Issues in International Health Research –

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547727_eng.pdf?ua=1

Başka kaynaklar–

<http://bioethics.od.nih.gov/casestudies.html#other>

EK.F - KİTAPTA YER ALAN TIP ETİĞİ TERİMLERİ İÇİN ÇEVİRİDE KULLANILAN KARŞILIKLAR

Abortion - Gebeliğin sonlandırılması

Advance directive - Tıbbi vasiyet (Kişinin, karar verme yeterliğini yitirdiğinde kendisi ile ilgili tıbbi kararların ne yönde alınmasını istediğine ilişkin olarak önceden hazırladığı belge)

Argument - Argüman

Artificial insemination - Yapay dölleme

Autonomy - Özerklik

Beneficence - Yararlı olma

Clinical ethics committee - Klinik etik kurulu

Code of ethics - Meslek ahlakı kuralları

Communication skills - İletişim becerileri

Compassion - Sevecen yaklaşım

Competency - Yetkinlik

Competent - Yetkin

Confidentiality - Mesleki gizlilik

Conflict of interest - Çıkar çatışması

Consequentialism - Sonuçsalcılık

Data fabrication - Veri uydurma

Declaration – Bildirge

Disability - Engellilik

Disability adjusted life years (DALYs) - Engelliliğe göre hesaplanan yaşam yılları

Discrimination – Ayrımcılık

Dual loyalty - İkili bağlılık

Duplicate publication - Tekrar yayın

Duty - Ödev

Egalitarian – Eşitlikçi

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

Equality - Eşitlik

Ethical – Ahlaki⁶

Ethical guideline - Meslek ahlakı kılavuzu

Ethics review committee - Araştırma etik kurulu

Futile treatment - Boşuna uygulama

Gift authorship - Hediye yazarlık

Global health - Dünya ölçeğinde sağlık

Health care providers - Sağlık hizmeti sunanlar

Health professionals - Sağlık çalışanları

Health workers - Sağlık çalışanları

Healthcare - Sağlık hizmeti

Human dignity - İnsanlık onuru

Human subject - Araştırmaya katılan, katılımcı

Incompetent patient - Karar verme yeterliği olmayan hasta

⁶ Etik iyi'nin neliği üzerine felsefe dalı iken, ahlak iyi'ye ilişkin kurallardır. Başka deyişle etik, ahlak felsefesidir. Etik gerekçeli ahlak kuralı üretir, ahlak ise kuralın kendisidir. Dolayısıyla bir eylem iyi ise etiğe değil ahlaka uygun olur ve tersi. Bu nedenle “ethical” / “unethical” sözcüklerinin karşılığı olarak “ahlaki” / “ahlaka aykırı” terimleri kullanılmıştır.

Informed consent - Aydınlatılmış onam

Just - Adil

Justice - Adalet

Justification - Haklı çıkarma

Libertarian - Düzenleme karşıtı

Medical ethics - Tıp etiği

Morality – Ahlak

Non-beneficial treatment - Yararsız tıbbi uygulama

Non-maleficence - Zarar vermeme

Non-rational - Akılcı-olmayan

Obligation - Yükümlülük

Paternalistic - Babacı yaklaşım

Patient's best interest - Hasta için en iyi olan

Physician assisted suicide - Hekim yardımcı özkıym

Plagiarism – Aşırma

Pluralistic – Çoğulcu

Principlism – İlkecilik

Privacy - Özel yaşam, özel yaşamın gizliliği

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

Quality of life - Yaşamın niteliği

Rational - Akılcı

Rationing - Paylaştırma, dağıtım

Rehabilitation - Esenlendirme

Research ethics - Araştırma etiği

Research subject - Araştırmaya katılan, katılımcı

Resource allocation - Kaynakların dağıtımı

Respect and equal treatment - Saygı gösterme ve eşit hizmet sunma

Responsibility - Sorumluluk

Right to self-determination - Kendi kaderini belirleme hakkı

Substitute decision maker - Yerine karar veren

Substitute / surrogate gestation - Vekil gebelik

Unethical - Ahlaki olmayan, meslek ahlakına aykırı

Utilitarianism - Yararcılık

Value - Değer

Virtue - Erdem

Virtue ethics - Erdem etiği

Vulnerable - Savunmasız



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

Dünya Tabipler Birliği (DTB) uzmanlıkları, yerleri, çalıştıkları ortamlarından bağımsız olarak hekimleri dünya çapında temsil eden sestir. DTB'nin amacı sağlık hizmetleri, etik, bilim, eğitim ve sağlıkla ilişkili insan hakları açısından olanaklı en yüksek standartların sağlanması için çalışarak insanlığa hizmet etmektir.



Dünya Tabipler Birliği
B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France
e-posta: wma@wma.net - Faks: (+33) 450 40 59 37
İnternet adresi: www.wma.net



Türk Tabipleri Birliği
GMK Bulvarı ř. Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 / 17 - 23, 06570 Maltepe - Ankara
Tel: (0 312) 231 31 79 | Faks: (0 312) 231 19 52
ttb@ttb.org.tr | <http://www.ttb.org.tr>

ISBN 978-605-9665-17-9



9 786059 665179