

## Gözlemler ve Görüşler

### Tıbbi Etik Üzerine

Dr. Semih ŞEMİN\*

Günümüzde, özellikle hekim örgütleri içerisinde "tıbbi etik" tartışmaları geçmiş dönemlere göre artan bir yoğunluk kazanmaktadır. 1980'lere kadar hekim örgütlerinin gündeminde fazla yer yok denecek kadar az olduğu "Tıbbi Etik" konusu 1980 sonrası dönemde yayınlarda ve tartışmalarda "ilgili odaklarından biri" haline gelmektedir.

Çok genel ve bilinen hatlarıyla, ülkemizde 1980 sonrası uygulanan Sosyo-ekonomik politikaların sağlık hizmetleriyle birlikte hekimlerin nesnel konularında yarattığı tahribatin bu gereksinimin önünde gelen nedenlerinden biri olduğu söylenebilir. Toplumdaki ahlaki, kültürel vb. alanlarda önemli değişimlerin ve "erozyonların" yer aldığı bu genel atmosferdeki "hava kirliliğinin" hekimlerin de "ahlaksal sağlığını" etkilediği çoğu kez kabul gören noktalardan biridir. "Tıbbi etik" "ilacının" hekimlerin bozulan "ahlaksal sağlığını" tedavi etmedeki "başarısı" veya "başarısızlığı" bu konunun güncel bir yönü olmaktadır.

Bununla birlikte tıbbi etiği toplumsal, tarihsel ve ekonomik bağlarından ayrı, güncel bazı sorunlar temelinde ele almak da gerekli olsa bile yeterli değildir. Tıbbi etik konusunda yüzyıllardır süregelen tarihsel birikimler, diğer ülkelerde ve toplumlarda gelişen benzer ya da farklı süreçlerin getirdiği deneyimler de söz konusudur.

Bu anlamda birçok sorunda olduğu gibi tıbbi etiğin de tarihsel ve sosyo-ekonomik gelişim süreci içerisindeki değişiminin eleştirel değerlendirmesi genel olarak çağımızın ve ülkemizin bu alandaki sorunlarını anlamak ve yorumlamak açısından gerekli olmaktadır. Doğal olarak burada kastedilen tarihsel bir "tıbbi etik" dersi gerekliliği değil, aksine daha genel olarak etiğin anlam ve işlev sınırlarının daha iyi tesbit edilebilmesidir.

#### TARİHSEL SÜREÇ İÇERSİNDE TIBBİ ETİK Tıbbi Etiğin Başlangıç Dinamikleri:

İşbölümü ve özel mülkiyetin gelişimiyle beraber toplumsal sınıfların ortaya çıkışı ve bu sınıfların sosyo-ekonomik yapılanma içerisindeki yerlerine göre ayrımı, tıbbın "meslek" olarak ortaya çıkışının tarihsel ve özsel nedeni oldu. Çağlar boyu süren

gelişimi içerisinde tıp içinde bulunduğu üretim biçiminin biryansıması olarak şekillendi. İlkel, komünal, köleci, feodal, kapitalist, sosyalist vb. üretim aşamalarında tıbbın, sağlığın ve hastalığın anlam ve işlevi niteliksel farklılıklar içererek bir değişim gösterdi.

İlkel komünal dönemde "Sağlığın" değişik doğasal etmenlere karşı kollektif olacak canlılığın sürdürülmesi amacı çerçevesinde şekillendiği söylenebilir. Köleci ve feodal toplumlarda ise sağlığın insanın ve insan emeğinin diğer bir grup insan tarafından sömürülmesiyle beraber eşitsizlik ve farklılaşma gündeme geldi. İnsan oldukları dahi kabul edilmeyen kölelerin ve benzer şekilde feodal toplumun serflerinin sömürünün ve angaryanın devamı kapsam ve sınırında bir döngü içerisinde fiziksel yaşamalarının anlamı söz konusuydu. Köleler, köle sahipleri için yalnızca "konuşan aletlerdi".<sup>(1)</sup> Böylece insanın sağlıklı olabilmesini engelleyen doğasal faktörlere bir de üretim tarzının getirdiği sınıfsal faktörler eklendi. Kuşkusuz köleler ve serflerde homojen bir bütünlük içerisinde değillerdi. Örneğin eski Roma'da günümüzde family (aile) kelimesinin kökeni olan ve "famulus" denen "uysal kölelerin" her konuda belirli farklılıkları söz konusuydu.<sup>(2)</sup>

Bu dönemlerde kelime anlamı olarak da sihir-büyü anlamına gelen "tıp" ve buna bağlı olarak usta-çırak ilişkileri içerisinde geliştirilen hekimlik mesleği de daha çok imtiyazlı kesimlerin yararlandığı bireysel-sanatsal ve dinsel bir meslek olarak gelişmiştir. "Bazen tedavi edici, çoğu zaman ağrıları dindirici ama her zaman teselli edici" işlevi köleci feodal toplumlarda ön planda olan hekimliğin dinsel, ruhsal ve felsefi motiflerinin ağırlığı asırlar boyu devam etmiştir. Küçük bir örnekle; "kilise kan dökmez" din kuralına uymak için tüm ortaçağ boyunca aynı zamanda çoğu din adamı olan hekimlere cerrahlık yasaklanabmiştir.

Hekimlerin cerrahlık yapmasına kilise ancak 1744'te izin vermiştir. Başka bir dikkat çeken örnek de hekimlerin sayısal durumlarının da toplumun bütününe gereksinimini karşılamaktan çoğu kez uzak kalmasıdır. Örneğin 1400 yılında Paris'te yalnızca 30 hekim vardı.<sup>(3)</sup>

Bu durumla birlikte açlık, sefalet, salgın hastalıklar, cehalet vb. geniş yığınların tarihsel yazgısı olarak toplumların gündeminde asırlar boyu yer tuttu. Ortalama insan ömrünün 30 yıl civarında olduğu Ortaçağ'da 14. yüzyıldaki kara veba salgınında 60 milyon kişi öldü. Bu sayı o anki dünya nüfusunun beşte biriydi.<sup>(4)</sup>

Genel olarak etik ve bunun tıp alanına yansımaları da din, hukuk, kültür vb. kavram ve olgular gibi

(\*) İzmir Tabip Odası Delegesi.

üretim biçimlerine bağlı olarak ilk uygarlıklardan beri gelişim ve değişim gösterdiler. Bu anlamda toplumsal tarih içerisinde değişmeyen bir kural her uygarlığın egemen kesimlerinin ve "efendilerinin" politik, ideolojik gereksinimleri doğrultusunda kendi özlemlerini, hukuk ve ahlak ilkelerini genel olarak tüm topluma maletmeye çalışarak geçerlilik kazandırmaya çalışmaları olmuştur. "Maddi üretim araçlarını ellerinde tutanlar zihinsel üretim araçlarını da ellerinde tutmuşlardır".<sup>(1)</sup>

*Farklı maddi çıkarlar ve dolayısıyla "nesnel ilişkiler" temelinde "ayrı dünyaların" insanları olan sınıflar, toplumsal kesimler "evrensel ahlak" vb. ilkeler gibi "ilahi armağanların" getirdiği manevi dünyada ortaklaştırılmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte, tarihsel gelişim içerisinde görüldüğü gibi her toplumun bir dönem içerisinde geçerli olduktan sonra işlevini yitirip, ölebilen ya da ölmeye terk edilen "ablaki ilkeleri" olmuştur. Ablakın temel işlevi olan "iyi" ve "kötü" arasında ayırım yapmanın kstasları her toplum veya toplumsal sınıf açısından farklı şekillenmiştir.*

Bu genel çerçeve, tıbbi etik ile ilgili ilkelerin gelişim dinamiklerinin de belirleyicisi olmuştur. Mısır, Yunan, Aztek, Mezopotamya vb. ilk uygarlıklardan başlayarak, tıbbi etik ilkelerinin gelişim sürecine ilişkin örnekleri göstermek mümkündür.

M.Ö. 1700'lü yıllarda Babil Kralı Hammurabi'nin meşhur kanunlarında cerrahlık mesleğiyle ilgili kısımlar bu açıdan dikkat çekici ilk örneklerdendir.

"Madde 215-217: Bir cerrah ağır yaralı bir adamı bronz neşterle ameliyat edip, hayatını kurtarırsa veya adamın alnını veya şakağını bronz neşteriyle açıp iyileştirirse 10 şekel gümüş, aynı durumda olan orta sınıftan bir hastadan 5 şekel gümüş, köle ise sahibinden 2 şekel gümüş alacaktır.

Madde 218-220: Cerrah ağır yaralı bir adamı bronz neşteri ile tedavi ederken ölümüne sebep olursa veya göz bölgesini bronz neşteri ile açıp tedavi ederken adamın gözünü kör ederse, cerrahın elleri bileklerinden kesilecektir. Aynı tedavi bir köleye yapılırken köle ölürse sahibine yeni bir köle, gözü kör olmuşsa, kölenin yarı değeri kadar gümüşü kölenin sahibine ameliyatı yapan cerrah öder."

"Bir makina ustasının yıllık ücretinin 8 şekel olduğu Hammurabi döneminde cerrahların yaptıkları başarılı ameliyatlara için hastanın toplum içindeki yerine göre aldıkları 2-10 şekel arasındaki ücretler küçümsenmeyecek rakamlardı"<sup>(5)</sup>

Eski Mısır Uygarlıklarında (M.Ö.3000) hekimler toplumsal hiyerarşide ve devlet kadrolarında ayrıcalıklı bir konuma sahiptiler. Herkesin vermek zorunda olduğu vergilerin bir kısmından muaf tutulmuşlardı. Bunlarla birlikte yoksullara yönelik özel yaklaşımların rastlandığı ilk uygarlıklardan biri Mısır olmuştur. Mısır sağlık tanrısı Inholepin hekimlerin yoksullara karşılıksız bakmasını söylediği bilinir.

Yine Eski Çin'de hekimlerin hastalarından sağlıkları yerinde olduğu müddetçe para alıp, hastalandıklarında ise parasız bakmaları ilginç olgulardan biridir. Eski uygarlıklarda hekimlerin ayrıcalıklı konumlarına rağmen Hint medeniyetlerinde olduğu gibi "kötü niyet" ve "dikkatsizlik" şeklinde bir kusur nedeniyle ölüm cezalarına çarptırılmaları bile söz konusu olmuştur.<sup>(5)</sup>

"Anti Aydınlanma" çağı da denen bir dönem içerisinde "gözleme" dayalı bilimselliğin temellerinin atıldığı Eski Yunan uygarlıklarında (M.Ö. 500) etik ve tıbbi etik konusunda önemli gelişmeler yaşandı. Latince alışkanlıklar, töreler anlamına gelen "Etik" kelimesini ilk kullanan Aristoteles, ahlak sorununu ayrıntılarıyla inceleyerek, ettiği "ahlaki değerler bilgisi" olarak felsefenin bir alt dalı haline getirdi.<sup>(1)</sup>

Nüfusun yaklaşık % 75'inin köle olduğu fiziksel çalışmanın "özgür" insanlarca "onur kırıcı" olarak görüldüğü Atina'da Aristoteles'in bir yandan etiğin kurallarını araması, öte yandan köleler için "konuşan aletler" diye düşünmesi "doğal" bir durumdu. Varolan toplumsal değerlerin bir adım ilerisinde bile bulunmak çoğu zaman büyük bir "suç" olarak algılandığından Aristoteles de "dinsizlikle" suçlanarak Atina'dan kaçmak durumunda kalmıştı.<sup>(6)</sup>

Genelde olduğu gibi tıbbın da felsefi ve bilimsel yönlerinin yoğun olarak tartışıldığı eski Yunan uygarlıklarında hekim-hasta ilişkilerine ait etik kurallar da gündeme gelmiştir. Sağlık tanrısı Asclepius'un "ahlaksızlıklara tıp öğretmeyin" dediği bilinmektedir.<sup>(22)</sup>

Gene aynı dönemde Hipokrat günümüze değin değişik biçimlerde süregelen, hocalara saygı, bilgilerin yalnızca hekim andı içenlere öğretme, meslek sırlarını saklama, düşük yaptırma vb. hasta-hekim, hekim-hekim ilişkilerine yönelik kuralları koydu. *Bununla birlikte Hipokrat'ın koyduğu kuralların tüm ablaki ilkeler için değerlendirme kstaslarından biri olan pratikte ne kadar geçerli olduğu veya uygulandığı sorusunun cevabı yeterince bilinmemektedir ya da irdelenmemektedir. Eski Yunan uygarlıklarında da hastalara olan yaklaşımın Hipokrat'ın koyduğu kurallar çerçevesinde dönmediğini söylemek yanlış olmasa gerekir.*

"Yunan uygarlığının bilime olan ilgisinin yanı sıra hastalara gösterdiği ilgi azdır. Sağlığı çok abartarak hastalığı bir çeşit aşağılatıcı olay olarak görüyorlardı. Bu nedenle Yunan toplumlarında zayıflar ve yardıma gereksinim duyanlar için ne bir şefkat ne de bir organizasyon yoktur."<sup>(7)</sup>

Ortaya çıktıkları toplumlarda bile ne kadar uygulananları tartışma götürür tıbbi etik ile ilgili ilkeler ortaçağın karanlık yıllarında da genel olarak gündemde değildir. Bu dönemde din ile olan ilişkiden dolayı "kutsal meslek" olarak değerlendirilen hekimlikte özellikle Hıristiyanlığın hakimiyetinde olan toplumlarda kilise hekimliği denen bir kurum

şeklinde ortaya çıkmıştı. Aynı zamanda hekimlik ahlaki Hıristiyanlık ahlaki ile eşdeğer tutularak, günahlara karşı bir ceza olarak hastalıklara yakalanlanlara günah çıkarmadıkça hekimin muayene etmesi yasaklanmıştı. Benzer şekilde Ortaçağ'da Doğu ve Ortadoğu toplumlarını etkisi altına alan İslam dini de o toplumlardaki tıbbi etikle ilgili yaklaşımlarda önemli etkenlerden biri olmuştur. (8)

### Kapitalizm ve tıbbi etik:

17. yüzyıldan başlayarak günümüze değin gelişen ve çok hızlı değişimler içeren süreç içerisinde kapitalist üretim biçiminin gündeme gelmesiyle öncelikli olarak gereksinimlerin karşılanmasına yönelik olan meta üretimi de geçmiş bireyselliğinden kurtularak toplumsal bir üretim karakteri kazandı. Binlerce işçinin çalıştığı fabrikalar ve bunların içinde yer aldığı büyük kentler bilim ve teknolojideki çok hızlı ilerlemelerle birlikte ortaya çıktı. Bu dönemdeki sömürü biçimi de köleci feodal toplumlardaki görünürdeki belirginliğinden ve kişisel bağımlılık ilişkilerinden uzaklaşarak her şey gibi alınıp satılır duruma gelen emek gücünün kendi değerinden fazla olarak yarattığı değere el konulması şeklinde oluştu:

"... Dolayısıyla sermaye biriktiği oranda ücreti yüksek de olsa düşük de olsa işçinin durumu daha da kötüye gidecektir. Nihayet nisbi artı nüfusun ya da yedek sanayi ordusunun birikimiyle birlikte artan bir sefalet birikimi de yaratacaktır. Bu Vulcan'ın Prometheus'u kayaya mıhlamasından daha sıkı biçimde, işçiyi sermayeye perçinler. Sermayenin birikimiyle birlikte artan bir sefalet birikimi yaratır. Dolayısıyla bir kutupta servet birikimi karşı kutupta yani kendi emeğinin ürününü sermaye biçiminde üreten sınıfta sefalet, çalışmaktan bezginlik, kölelik, cehalet, gaddarlık birikimi ile aynı anda olur" (9)

Bu temel çerçeve içerisinde kapitalizm koşullarında sağlığın temel işlevi de emek gücünün yeniden üretiminde duyulan gereksinimlerin oranına göre şekillendi. Emek gücünün çalışabilmek ve artı değer üretebilmek için nasıl beslenmeye, giyime, konuta ve bunun gibi yaşamsal araçlara ihtiyacı varsa hasta olmamasına fiziksel, ruhsal ve toplumsal anlamda yeterli bir formasyonda bulunmasına kısacası "sağlıklı" olmasına da ihtiyaç vardır. Diğer gereksinimler gibi "sağlıkta" üretilirken tüketilen bir sağlık hizmeti üretim zinciri içerisinde sağlık kuruluşlarından doktor ve benzeri sağlık görevlilerinden diğer metalarda olduğu gibi parasını direkt veya dolaylı (vergiler, sigorta) ödeyerek satın alınabilir hale geldi. Sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci içinde bu satın almada diğer "ticaret kurallarının" yanısıra, gereksinim duyanların kendisi dışında kendisine yabancı, kendi adına başkalarının karar verdiği başı ağırırsa, ateşlenirse, sıkıntıları artarsa hangi ilacı kullanacağını kaç gün istirahat etmesi gerektiğini, hangi ameliyatı olacağı-

nı kısacası neden ve nasıl böyle olduğunu bilmeden bilmesi de istenmeden kabul edeceği -"zorunlu kurallar" söz konusudur. Diğer sorunlarla içiçe geçmiş bir parça olarak bir çok alanda olduğu gibi sağlıkta da yabancılaşma "kapitalizmde yeni yönleri ve boyutlarıyla sürekli artan bir ivme kazanır. Kuşkusuz burada sağlık hizmetlerinin meta karakterinin diğer metalarda belirgin ayrımlarını da gözönünde tutmak gerekir. Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketimin aynı anda olması ve bu yönüyle meta karakterinin daha öznel ve örtülü yönler içermesi diğer yönüyle de başka metaların (ilaç, tıp teknolojisi) tüketimine aracılık eden bir işlevinin olması söz konusudur.

Üretimin bireysellikten kurtularak toplumsal iş bölümü çerçevesinde yeniden örgütlenmesi, sağlık hizmetlerine de yansiyarak geçmişte "bireysel hekimlik sanatı" olarak şekillenen bu alanda, sayıları 100'ü aşan çeşitlikte değişik görevlilerden meydana gelen sağlık çalışanlarının "ekip hizmeti" haline dönüşüm sürecini başlattı. Sağlık çalışanlarının sınıfsal konularında hekimler de dahil olmak üzere önemli niteliksel farklılık ve değişimler bu süreç içerisinde gündeme geldi. Geçmişin "Ayrıcalıklı kesimlere" hizmet eden "Ayrıcalıklı bekimi" de imtiyazlarını devam ettirebilmede büyük zorluklarla karşı karşıya kaldı. Nesnel anlamda çok büyük sağlık sorunlarına rağmen bekimleri de bir çok ülkede "işsizler" ordusuna katmak kapitalizm dönemine "nasip" oldu.

Aynı zamanda bilimse gelişmelerin de etkisiyle tıpta ve hekimlikte artan bir uzmanlaşma gündeme geldi. Daha 250 sene evvel kan dolaşımının, 150 sene evvel iğne yapmanın, 100 sene evvel mikropaların çoğunun bilinmediği bir tıp ortamından bugün üstün teknolojik aletlerin, bilgisayarların kullanımının "doğallaştığı" bir tıp ortamına geçildi. Bunlara birlikte birçok teknik branşın yanısıra, işçi sağlığı, halk sağlığı gibi tıp dalları da oluştu. Bu durum hastaların "hastalıklara" hastalıklarında değişik "uzmanlık dallarına", uzmanlık dallarının "üst uzmanlık dallarına" ayrımını artırarak sağlığa ve insana bütünsel bir bakışın ve yaklaşımın azalmasının nesnel nedenlerinden biri oldu. Daha 1700'lerde 400 doktora sahipken bugün doktor sayısının 400 bini aştığı A.B.D. örneğinin de gösterdiği gibi doktorların sayısal artışı da büyük boyutlara ulaştı. (7)

Kapitalizmde sağlık hizmetlerinin düzeyini ve gelişimini belirleyen temel etkenlerde ilaç, hastane, tıbbi teknoloji vb. tekellerin "kârlılık" durumuna aynı zamanda da toplumun sağlık sorunlarını yaşayan kesimlerinin ekonomik, siyasi alanlardan olduğu gibi bu alandaki savaşımına ve kazanımlarına bağlı olarak gelişti. Bir yandan çevre kirliliği, kötü yaşam koşulları, savaşlar vb. nedenlerle sağlık sorunlarını yaratan ve artıran kapitalizm "koruyucu hizmetlerden" çok tedavi edici hizmetlere yönelerek de sağlık sorunlarını kendisi için "kâr" kaynağına



çevirmektedir. Sonuçta insanlığın tarihinde ilk kez bu derece ülkeler, toplumlar ve insanlar arası eşitsizliklerin ve dengesizliklerin yoğun olduğu, bir çağ içersinde, geride kalan, kalması gereken eski dönemlere ait çağların hâlâ yaşandığı bir sosyo-ekonomik düzen ortaya çıkmaktadır.

*"Erdemin" ve "gücün" paraya endeksli olduğu, tüketim toplumunun pratikte "ablaki" değerleri de tükettiği, "çifte standart", "oragmatizm" ve "bireycilik" in egemen ideolojinin temel yaklaşımları haline geldiğini söylemek yanlış olmasa gerekir. Özgürlük, eşitlik, adalet vb. ilkelerle feodalizmi yıkan kapitalizm bu ilkelerin içini, anlamını boşaltarak, özgürlüğü "ticaret özgürlüğüne", eşitliği "yoksulların eşit olmasına", adaleti "özel mülkiyetin korunmasına" indirgedi.*

Böyle bir döngü içersinde "ahlaksal sorunların" çözümü için yapılan girişimler başka ahlaksal sorunların doğmasına çoğu kez yol açarken toplumsal çelişkilerin uyutulmasında din"afyon", ahlakta "beşik" işlevini üstlenmeye devam ettiler.

Çağımızın tıbbi etik kuralları bu süreç içersinde kendisine özgü yönler ve çelişkiler taşımakla birlikte kapitalist toplumun ahlaki normlarının etkisiyle şekillendi. 1700'lü yıllardan itibaren tıbbi etikle ilgili yayınlar, kitaplar gündeme gelmeye başladı. 1772'de John Gregory, 1803'te Thomas Percival'in tıbbi etikle ilgili kitapları bu konuda ilk örneklerdendir. Ayrıca 1834'te ilk defa filozof 3. Bentham tarafından kullanılan ve yükümlülükler bilimi" anlamına gelen deontoloji, tıp alanına da uyarlanarak hekim-hasta, hekim-hekim arasındaki ilişkilerde görevlerin tanımlanmasına yönelindi. (10)

*Ticari kaygılar temelinde şekillenen mesleksel rekabet tıbbi deontolojinin ilk önemli konularındandı. Çok eski bir Hint kitabı "Schrutasambita" hekimliği "iki kanatlı bir kuştur, bir kanadı bilim bir kanadı sanat" kanadının biri olmazsa o kuş uçamaz" (10) şeklinde tanımlamıştı. Çağımız koşullarında ise bu "kuş"un gövdesinin "ticaretten" oluştuğu düşünülürse uçmasının daha da zorlaştığını anlamak zor değildir.*

Maddi çıkarlar dünyasının hekimlerin kendi aralarında olduğu kadar hastalarla da çıkarlarını değişik biçimlerde karşı karşıya getirmesinin birçok örneği söz konusudur.

"Amerika'da hekimlerin sağlık hizmetleri konusunda geliştirilen her türlü sigorta sistemine karşı sürdürdüğü muhalefet özellikle uzun bir dstandır. Hastane harcamalarını karşılamak üzere oluşturulan gönüllü mavi haç sigortasına az pişmiş planlar nitelemesiyle karşı duruldu. Gerek II. Dünya Savaşı'ndan önce, gerek sonra, genel sağlık sigortası yalnızca yaşlı emeklileri kapsamına alacak biçimde sınırlandırıldığında bile tıbbi muhalefet sürmüştü. Ancak halkın şiddetli desteği ile yaşlılar için tıbbi bakım 1965 yılında kabul edildi. Bu program başla-

dıktan sonra sağlık ve hastane ücretleri öylesine fırladı ki dolandırıcılık ve rüşvete karşı resmi bir kuruluş oluşturulması yanında, çeşitli toplumsal denetleme yöntemlerinin geliştirilmesine gerek duyuldu.

Sağlık hizmetlerinin sosyal finansmanına karşı muhalefetin yalnız Amerika'ya özgü bir olaymış gibi düşünülmemesi için Avustralya, Fransa, Almanya, Japonya, İngiltere ve daha birçok ülkede hekimler ile Sosyal Sigorta yetkilileri arasındaki çatışmayı anımsatmakta yarar vardır. Doktorlar, yönetimler tarafından üsulen kabul edilen sağlık sigortasına ilişkin yasaların getirdiği zorunluluklara karşı koyabilmek için greve gitmekten veya servisleri hastaların bakımına kapatmaktan çekinmemişlerdir. İngiliz ulusal sağlık hizmetinin 1948 yılında resmen yürürlüğe girmesinden kısa bir süre önce, İngiliz Tıp Birliği böylesi bir eyleme girişmişti. Kanada'nın Saskatchewan ilindeki doktorlar ildeki tıbbi bakım sigortasının 1962 yılında açılışından kısa bir süre sonra 23 gün boyunca acil servis dışında tüm servislerde hizmet vermeyi durdurmuşlardı. Buna karşın tüm Kanada'da altı yıl içinde benzer sağlık hizmetleri yasaları yürürlük kazandı. 1960-1968 yılları arasında yedi Avrupa ülkesinde sağlık sigortası operasyonlarına karşı en az 16 adet doktorlar grevi yaşandı.

....

Doktorun kişilere tıbbi hizmetlerin adil olarak ulaşması amacıyla düşünülmüş olan sosyal finansman programlarını engellemesi ve suistimali yalnızca zengin endüstriyel memleketlere özgü olmayıp gelişmekte olan ülkelerde de yaygındır. Örneğin Latin Amerika'da yarım gün (part-time) programla çalışan doktorlar özel muayenehanelerinde daha fazla çalışabilmek için hastahanelerdeki mesai başlama ve bitiş saatlerinden çalmaktadırlar. Her ülkede Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda hasta bakan doktorlar bazı hastalarına muayenehanede daha iyi bakılacağını söylerler." (11)

Bu uzun alıntının gösterdiği gibi "ticari rekabet" hekimleri, insanların sağlığı ve sağlıklı olma hakkı üzerinde değil, hastalıkları ve hasta olma hakları ile ilgilenmeye yönelmektedir. Hekimlerin ayrıcalıklarının devamı çok daha zorlaşarak ancak toplumdan ve toplumsal çıkarlardan kopmalarının karşılığıyla ve diyetiyle olabiliyordu. Bu durum tıbbin ve hekimlerin egemen ideolojinin yararına kullanılmasını, hekimlerin varolan sistemle işbirliğini de artıran koşulları yaratmaktadır. Değişik ülkelerde işkencelere katılan, Nazi Almanyası'nda insanlar üzerinde ölümcül deneyler yapan hekimlerin olması ve gelecekte de olabileceği ihtimali tıbbi eğitim sorunlarının ve konularının "Meslek şerefini korumak" "hocalara saygı", "meslektaşları kardeş kabul etme" gibi klasik ilkelerin düzeyini çok aştığını göstermektedir.

*Kuşkusuz tıbbi etik sorunları hekimlerin yalnızca kişisel ve kişilik sorunları düzeyinde ele al-*



*namaz. Ama günümüz koşullarında toplumun sağlık sorunlarını gözardı eden bir etik anlayışının da pratik geçerliliğinin sınırlı olmasını yadırgamamak gerekir. Bu anlamda toplumlara asgari ve temel sağlık hizmetlerinin götürülmesini bedefleyen, hastalıkların tedavisini değil hastalıklardan korunulmasını önceleyen ve insanlar arasında hizmetleri açısından göreceli bir "eşitliği" savunan "toplum hekimliği" ve halk sağlığı anlayışlarının tıp çevrelerinde niçin prestiji düşük olanlar olarak çoğu kez değerlendirilmediği de tıbbi etik açısından sargulanmaya muhtaç noktalardan biridir.*

Oysa günlük yaşantımız içerisinde bile farkedilen gözlenen birçok olay bu konuda adımlar atılması gerektiğini sürekli hatırlatmaktadır. Güncel bir örnek vermek gerekirse A.B.D.'de 14 Temmuz 1992'de yapılan Demokrat Parti Kongresi'nde AIDS nedeniyle 7 yaşındaki bir kızını kaybeden ve yine hastalığa yakalanan kendisinin ve oğlunun "yaşama veda edeceğini" açıklayan Elizabeth Glaser adındaki anne şu şekilde konuştu:

"Sorun herkesin geleceği ile ilgilidir. Sadece bu hastalığa yakalananların değil. Bu yaşam ile ölüm arasındaki bir savaştır. Acımı dindirebilmek için ve biraz daha yaşayabilmek için kullanmam gerekli ilaçlara 40 bin dolar ödemem gerekiyor. Bu parayı da karşılayacak gücüm yok. Hiçbir sigorta firması da bunu ödemiyor. Bu ülkenin Amerika olduğuna inanmıyorum. (12)

*Çağımızın "düşler ülkesi" Amerika'nın, Amerika olduğuna inanamayanların ülkesi haline gelmesinin getirdiği sorunlara klasik tıbbi etik anlayışının cevap verebilmesi şüphesiz kolay değildir. Buna ek olarak A.B.D.'de kişi başına sağlık harcamasının yılda 2000 dolar olduğu ve dünyamızda kişi başına sağlık harcaması yılda yalnızca 20 dolar olan milyonlarca insan bulunması çelişkilerin ne derece "ablaki sınırları" zorlandığının bir diğer örneğidir.*

Üstelik az gelişmiş ülkelerin insanları ilaçların ve yeni tıbbi aletlerin denemelerinin yapıldığı denekler olarak kullanılmaktadır. Son dönemlerde ülkemizde kamuoyunda tanıtımı ve reklamı çok yapılan konulardan biri laserle miyopi tedavisidir. Ama bu tedaviyi yapan laser cihazının üretildiği A.B.D.'de kullanılmasına izin verilmediği ve cihazın "diğer" ülkelerdeki kullanımında ortaya çıkan sonuçlara göre karar verileceği gerçekleri, bu durumun diğer örneklerinde olduğu gibi "Tıp Dünyamızda" gözden kaçan küçük ayrıntılar olmaktadır. (21)

Bunlarla birlikte toplumsa yaşantımızda gittikçe daha fazla bir yer kaplayan tıbbin birçok sorunun veya olgunun, ilgisi olsun olmasın "tıbbileştirildiği", tıbbi kalıplara döküldüğü bir zeminde karşılaştığı eleştirilerde son yıllarda daha sık gündeme gelmektedir. Bürokratik, hiyerarşik ve profesyonelleş-

miş yapısıyla "tıp"ın çağımızda ulaştığı aşama, bazen günümüz tıbbinin tümüyle reddi gibi uç yönler taşısa da eleştirel bir süzgeçten geçirilmektedir. I. İlich'in görüşleri bu konudaki ilginç örneklerdendir.

"İatrogen (hekimlerin yol açtığı) hastalıkların başında hekimlerin hastalarına üstün bir sağlık sunduğu aldatmacası geliyordu. Bu aldatmacanın ilk kurbanları sosyal planlamacılarla hekimler oldu. Çok geçmeden bu salgın hastalık tüm topluma yayıldı. Sonra 15 yıl içinde profesyonel tıp sağlık için en büyük tehdit haline geldi. Tıbbi müdahalelerin neden olduğu sayısız zararı giderebilmek için muazzam miktarda para sarfedildi. Hastalıklı bir yaşantıyı sürdürebilmenin maliyeti tedavinin maliyetini gölgede bırakmaya başladı. Gittikçe daha çok insan hayatları plastik tübe bağlı, demir ciğerlere tutsak ya da böbrek cihazlarına takılı halde daha uzun süre yaşamaya başladı. Yeni hastalıklar tanımlanıp kurumsallaştı. İnsanları sağlıksız şehirlerde ve hasta edici işlerde yaşatabilmenin maliyeti dev boyutlara ulaştı. Tıp mesleğinin tekeli her insanın yaşantısında hergün olup bitenlerin giderek daha büyük bölümünü kapsamaya başladı.

Bu durumda tıbbi etiğin, etiksel yönleri kadar tıpsal yönlerinin ve durumunun da günümüzün gündeminde bulunduğu görülebilir. Her ne kadar tıbbi etiğin işlevinin "Teknik gelişme ile etik standartlar denge içinde olmazsa hastahaneler hayat kurtaran korku tünelleri, doktorların girişimleri de farmositik süpermarketler haline gelir" (7) dendiği kadar olup olmadığı tartışma götürmekle beraber bu gündemin niteliksel anlamda genişletilmesinde yarar vardır. Daha şimdiden bilinen sorunların ve yönlerin yanısıra "organ nakli", "tüp bebek" genetik araştırmalar ve buluşlar" vb. tıbbi etiğin güncel konuları arasına girmiştir.

Kuşku yok ki çağımızda yalnızca tıbbin değil sağlığın da etik anlamda değerlendirilmesi yapılabilmelidir. Bu konuda temel ikilem sağlığın vazgeçilmez bir insan hakkı olup olmadığı sorusuna cevap aramaktadır. Buradan başlayarak insan hakları, hasta hakları hekimler ve sağlık çalışanlarını hakları vb. ile ilgili tespit ve değerlendirmeler yapmak tıbbi etiğin yeni boyutlarını gündeme getirmektedir. Hakların teorik olarak güzel cümlelerden öteye geçip pratik bir anlam taşıması da ancak hak sahiplerinin kazanım ve uğraşlarıyla geçerlilik kazanmaktadır.

Hem haklar hem de tıp alanında etik kurallara ilişkin yapılan düzenlemelere ilişkin örnekler özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra değişik biçimlerde yapılagelmiştir. İnsan hakları evrensel bildirgesi (1948). Tıbbi değerlere ilişkin Helsinki bildirgesi (1948). Tıbbi değerlere ilişkin Helsinki bildirgesi (1964) işkençe ve tutuklulara ilişkin Tokyo bildirgesi (1975) vb. bu konuda örnek gösterilebilir.

Günümüzde "haklar" kavramının boyutlarında meydana gelen değişimler, insanlığın kendi içinde yaptığı tahribatın sorgulanmasının yanısıra doğaya ve diğer canlılara ilişkin yapılan tahribatların da değerlendirilmesini getirmektedir. Pek önemsemediğimiz ama yılda 500 milyon tanesini tıbbi deneylerde kullandığımız 100 milyonunu da bu deneylerde öldürdüğümüz, kobayların ve diğer denek hayvanlarının bile haklarını düşünmek en azından garip-senmemektedir. (12)

### ÜLKEMİZ SOMUTUNDA TIBBİ ETİK

Tıbbi etiğin genel olarak tarihsel gelişim dinamiklerinin ve varolan güncel sorunlarının ortaya çıkardığı tablonun kendine özgü çelişkiler içermekle birlikte ülkemiz açısından da geçerli olduğu söylenebilir. Ülkemizin kapitalist gelişim sürecine oldukça geç "intikal" etmesinin getirdiği bağımlılık ve azgelişmişlik, tıbbi etikte farklı bazı sorunların olmasında, ya da sorunların yeni artış göstermeye başlamasında, temel etkenlerden biri olmaktadır. "Hasta hakları", "biyoetik" gibi kavramlarla da daha yeni yeni tanışılmaktadır.

Özellikle 1980 sonrasında serbest piyasa ekonomisi uygulamalarının sağlık alanındaki sorunlarda yarattığı büyük artış "köşeyi dönme", "gemisini kurtaran kaptan", vb. gibi "yeni toplumsal değerlerimizin" genelde olduğu gibi sağlıkla ilgili ahlaki normlarda da yarattığı tahribat bilinen gerçeklerdir. *Dengesizliklerin ve eşitsizliklerin yoğunlaştığı bir toplumun büyük bir kesimine dayatılan ekonomik ve siyasi baklardan özverinin, ahlaki ilkelerde de "özveriye" erozyona yolaçması, kuşkusuz bir yönüyle doğal bir gelişimdir.*

Toplumumuzun genelinde kazanılmış hak ve özgürlüklerin gelişmiş Batı ülkelerine göre çok daha az ve tartışılır olması, bırakınız diğer hakları en temel hak olan "yaşam hakkı"nın bile pratikte tehlikeye altında kalması her konuyla ilişkin değerlendirmelerde gözden irak tutulmaması gereken çelişkilerimizdir. Böyle bir tablo içerisinde gerçekte büyük fırtınalar kopartması gereken "rüşvet", "suistimal", "yolsuzluk" gibi olaylar "tevekkülü" bol toplumsal yapımız içerisinde normalize edilerek unutulmaya bırakılabilmektedir.

Son yıllarda sağlığa ilgili sorunların sürekli gündemde olması bu sorunların sorumluluğunun kanalize olabileceği "kolay" hedeflerden biri olan hekimlere yönelik suçlamaların ve yargıların artışını da birlikte getirdi. Evvelden "iyi" hekimlerin bulunduğu tanındığı toplumumuzda yaşanan süreç "kötü" hekimlerin daha fazla ön plana çıkmasını kamuoyunu oluşturan basın bu gibi mekanizmaların etkisiyle sağladı. "Asacaksın bu doktorları", "Doktor olduğumu itiraf ediyorum", "Ah doktor... yuh doktor" vb. gibi bu toplumsal suçlamaya karşın hekimlerin düşüncelerini, duygularını yansıtan yayınlar da gündeme geldi.

Hekimlerin konumlarından kaynaklanan "olumlulukların" veya "olumsuzlukların" nesnel anlamda tesbitini yapabilmek, ülkemizin sosyo-ekonomik sisteminin toplumumuzun değer yargılarının ve bunların sağlık alanına yansımalarının değerlendirilmesiyle somut bir görünüm kazanabilir. Yoksa magazin basınının oluşturduğu ahlak ilkelerine göre olayları ve olguları ele almak saman alevi gibi yanıp sönen çağrışımlar ve tepkiler yaratmaktan öte çok fazla anlam içermemektedir.

Bu genel çerçeve içerisinde tıbbi etikle ilgili mevzuatın gözden geçirilmesinin yanısıra hekimler ve hekim örgütleri açısından tıbbi etik sorunlarının değerlendirilmesi özel bir önem taşımaktadır.

### Tıbbi Etik Mevzuatı

Ülkemizde "Tıp Hukuku"na ilişkin özel bir kanun yoktur. Sağlık hizmetleriyle ve hekimlik mesleğiyle ilgili sorunlar ceza hukuk ve medeni kanunlar genel hukuk kurallarına göre çözümlenmeye çalışılmaktadır.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz ve İcrasına Dair Kanun, T.T.B. Kanunu ve bu konuya ilişkin diğer kanunlar hekimlere yönelik bazı yaptırımlar içerse de özel olarak Tıbbi Etik sorunlara ilişkin tek yasal düzenleme 1960 tarihli "Tıbbi deontoloji nizamnamesi"dir. Az bilinen, az uygulanan bir tüzük olmakla birlikte varolan durumun iyi tanımlanabilmesi açısından gözden geçirilmesinde yarar vardır.

Hasta-hekim, hekim-hekim ilişkilerini düzenlemeyi temel amaç edinen bu tüzüğün önemli maddelerinin dökümü şöyledir:

#### I. Kısım: Genel İlkeler

Madde 1: Tabipleri ve Diş tabiplerini kapsamaması.

Madde 2: "İnsan sağlığına şahsiyetine ihtimam, hastalar arasında ırk, maliyet, din vb. göre ayırım yapmama.

Madde 3: Vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun acil vakalara bakım.

Madde 4: Hasta sırlarını saklama.

Madde 5: Hastanın hekimini serbestçe seçmesi.

Madde 7: Meslek icrasının dışında da meslek adabına uygun davranma.

Madde 8: Tabiplik mesleğine ve tedavi müesseselerine ticari anlam verilememesi.

Madde 9: Tabiplere reklam yasağı.

Madde 10: Tıbbi araştırmaların denetimi.

Madde 12: Hastalardan haksız menfaat teminini hekimlerin birbirlerine gönderdikleri hastalardan para almalarını, hasta temini maksadıyla diğer kişilere ücret ödemelerini meslek ahlakına aykırı bulma.

#### II. Kısım: Hekim-hasta ilişkileri

Madde 13: Tababet prensiplerine aykırı aldatıcı mahiyette teşhis tedavi yasağı.

Madde 15: Hastalıklardan korunmayı sağlamada hijyen kurallarına riayeti temin.

Madde 16: Hususi maksatla ve hatır için rapor verme yasağı.

Madde 18-19: Acil durumlar hariç, mesleki ve şahsi nedenlerle hekimin hastaya bakmayı reddedilmesi ya da tedaviyi yarıda bırakabilmesi.

Madde 20: Faydasızlığı bilinen ilacı ya da hastanın mali kudretinin karşı gelmeyeceğini bildiği tedaviyi tavsiye etmeme.

Madde 21: Hekimin cerrahi müdahalelerde yardımcılarını seçebilmesi.

Madde 22-23: Güç doğumlarda uyulması gerekli davranışlar.

Madde 24-25-26-27-29-30: Konsültasyonla ilgili uyulması gerekli kurallar.

Madde 31: Asgari ücret tarifesine uyma mecburiyeti.

Madde 32: Hekim yakınlarından ücret alınmaması.

### III. Kısım: Hekimlerin birbiriyle ve paramedikal meslek mensuplarıyla ilişkileri:

Madde 37: Tabiplerin kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetinde bulunmaları.

Madde 38: Meslektaşlarını küçük düşürecek tavır ve hareketlerden kaçınma.

Madde 39: Meslektaşlarının hastalarını elde etmeme.

Madde 40: Paramedikal meslek mensuplarıyla ilişkilerde bağımsızlığı ihlal etmeme ve nezaket gösterme.

### IV. Kısım: Çeşitli hükümler

Madde 42: Muayenehane açmada Tabip Odasını bilgilendirme.

Madde 43: Muayenehanede kendi namına başka hekim çalıştırmama.

Madde 44: Nizamname hükümlerine aykırı hareket edildiğinde Tabip Odaları haysiyet divalarına sevk olma.

Görüldüğü gibi eski uygarlıklardan, Hipokrat zamanından beri varolan genel tıbbi etik ilkeleriyle, Sağlık hizmetlerinin kapitalizmin ilk gelişme dönemlerindeki düzeyine uygun düzenlemelerin hekim-hasta, hekim-hekim ilişkilerine ait yönleri bu tüzüğün temel içeriğini oluşturmaktadır. Ayrıca gereksiz ayrıntıları, anlaşılma zorluğu, yazım dilinin eksikliği gibi biçimsel eksiklikler de söz konusudur.

Maddelerin değerlendirilmesinde hekimler arası rekabetin hassas noktalarından konsültasyona 46 maddelik tüzüğün 7 maddesinin ayrılması, tedavi düzeyini hastanın mali düzeyine göre ayarlamadaki "açık sözlülük", (madde 20) tüzüğün uygulanmasındaki aksaklıklara ilişkin tek bir yaptırım maddesinin bulunması (madde 44) ilk bakışta dikkat çeken bazı noktalardır.

Çoğu kez söylenegele ve bu tüzüğünü eskidiği ve değiştirilmesi gerektiğine ait yaklaşımlar gündeme gelmektedir. Nelerin eskidiği, nelerin eklenmesi veya değiştirilmesi gerektiği eskiyenlerin uygulanmasının gereksizliğinden mi yoksa uygulanamaktan dolayı mı "eskidiği" ve değişimlerin nasıl gerçekleştirileceği daha ayrıntılı inceleme gerektiren sorunlardır. Bu konuda değerlendirmeye bir örnek ve kıstas teşkil etmesi açısından 1988 yılında TTB'nce hazırlanan "Tıp meslek ahlak tüzüğü" tasarısını, uluslararası bazı bildirgelerle birlikte değerlendirmek daha yararlı olabilecektir.

Tıp meslek ahlak tüzüğü tasarısının gerekçesinde: "değişen evrensel değer hükümleri", "tıp teknolojisi", "ülkemizin gereksinimleri" ve "yasalar" gözönüne alınarak tıbbi deontoloji tüzüğünün değişmesi gerektiği vurgulanmakta ve şöyle denilmektedir:

*"Değişen evrensel değer hükümlerinin başında "berkes için sağlıklı yaşam yargısı gelmekteir. Değiştirilen tıbbi deontoloji nizamnamesi, bireyci bir görüşle hazırlanmıştır. Yeni tüzük Dünya Sağlık Teşkilatının Alma-Ata bildirgesinde vurgulandığı gibi herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlamanın ve hastaların baklamlarının korunmasını hekimlerin mesleki bir sorumluluğu olduğu ilkesini getirmektedir."*

Tasarıda maddelere ilişkin temel bazı özellikler de şu şekildedir:

### I. BÖLÜM- Genel İlkeler

Madde 1: Kapsamı hekimler ve diğer sağlık mensupları.

Madde 3: Hekim andı: Kişilerin sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini, mesleğin topluma karşı sorumluluk ve görevlerinin kişisel sorumluluklar ve görevler kadar önemli olmasını, tıp konusunda eğitimin yaşam boyu sürdürülmesini, sağlık ekibinin bütün üyeleriyle işbirliği yapmayı da içerir.

Madde 4: İnsan sağlığını, yaşamını, onurunu koruma; hastalar arası ayırım yapmama.

Madde 5: Hastaya şefkat gösterme.

Madde 6: Kişilerin sağlığını olumlu yönde etkileyecek, sosyal ve ekonomik koşulların geliştirilmesi konusunda çaba.

Madde 7: Hekimin uygun gördüğü tedaviyi seçmesi, cerrahi müdahalede yazılı onay istenmesi.

Madde 8: Hekimlerin meslek yaşamları boyunca sürekli eğitimi yerine getirmeleri.

Madde 9: Halkın sağlık eğitimi konusunda, hekimlerin katılımı.

Madde 10: Tıbbi araştırmaların denetimi.

Madde 11: Hekimlerin uygulayacakları tedavide vicdan ve mesleki kanaatlerine göre davranması.

Madde 12: Tıp mesleği uygulamalarına ticari bir anlam verilememesi.



Madde 13: Özel hastaneler ve poliklinikler de dahil olmak üzere hekimlerin asgari ücret tarifesine uymaları.

Madde 14: Hekimin hasta tedavide kişisel çıkarından kaçınması, ilaç ve tıbbi alet üretenlerden çıkar sağlayamaması.

Madde 15: Hekimlere reklam yasağı.

Madde 17: Haksız çıkar sağlamanın, işkenceye katılmanın, hapis hanelerde tutuklu ve hükümlülere Birleşmiş Milletler kurallarına aykırı davranmanın, ölüm cezası uygulamalarına katılmalarının, sanıkların veya suçluların muayene bulgularında gerçek dışı rapor vermenin meslek ahlakına aykırı olması.

Madde 18: Hastanın hekim seçme özgürlüğü.

Madde 19: Sır saklama.

Madde 25: Özel bir amaçla ve çıkar için rapor vermeme (kişinin sosyal yönden tam iyilik durumunu sağlamak için rapor vermek hariç).

## II. BÖLÜM

### Birinci Kısım: Hekimlerin hastalar ile ilişkileri

Madde 26-Madde 36 arası, Madde 30'daki kürtaç ile ilgili bölüm hariç tıbbi deontoloji nizamnamesindeki bölümle kısmen ya da tamamen aynı içeriktedir.

### İkinci Kısım: Hekimlerin birbirleriyle ilişkileri

Madde 44-Madde 46 arası tıbbi deontoloji nizamnamesiyle benzer içeriktedir.

## III. BÖLÜM: Çeşitli Hükümler:

Madde 47-Madde 52 arası, hekimlerin Tabip Odası kararlarına uymak zorunluluğu (Madde 47) ve tüzükte bahsedilmeyen ama meslek suçu sayılabilecek konulara Yüksek Onur Kurulu'nun karar vermesi (madde 50) dışında tıbbi deontoloji nizamnamesinin aynı bölümü ile benzer içeriktedir.

Görüldüğü gibi 46. maddeden oluşan tıp meslek ahlakı tüzük tasarısının 39. maddesi kısmen ya da tamamen eski tüzükte vardır. Değişen veya eklenen maddelerdeki önemli özellikler ise şunlardır:

Madde 2'deki and metni, klasik Hipokrat andından ve Dünya Hekimler Birliği'nin 1948'deki Cenevre Bildirgesi'ndeki and metninden sağlığın korunmasını hedefleme, topluma karşı sorumluluklara yer verme anlamında olumluluklar taşımaktadır. Diğer bölümlerdeki "herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması, "kişilerin sağlığını olumlu yönde etkileyecek sosyal ve ekonomik koşulların geliştirilmesi vb. bölümler aynı paraleldedir.

Hem gerekçe kısmında hem de Madde 8-9'da vurgulanan, hekimlerin sürekli eğitimi ve halkın sağlık eğitimine katkıda bulunma, ülkemiz açısından sürekli eksikliği duyulan bir gereksinimin ifadesidir. Ayrıca sağlığı bir ekip hizmeti olarak değerlendirme, hekimlerin ilaç ve tıbbi alet üreticilerinden haksız kazanç sağlayamamaları (Madde 14),

ölüm cezası, işkence ve sanıkların ve suçluların muayenesine ilişkin DHB'nin (Dünya Hekimler Birliği) Tokyo ve Lizbon bildirelerine benzer olumlu hükümler söz konusudur.

\* \* \*

Varolan tüzükte ve tüzük tasarısında ortak olan maddelerin bazıları ise tartışmaya açıktır. "Hekimlik mesleğinin ticaret olarak değerlendirilmemesi" bu noktalardan biridir. Açıklıkla kabul etmek gerekir ki hekimlerin isteği ve tercihi ne olursa olsun sağlık hizmetlerinin metalaşma ve kâr amacına yönelme süreci sağlığı ve dolayısıyla hekimliği de ticari kurallara tabi kılmaktadır. Devletin bile "özel hekimleri" "I. sınıf tüccar" olarak değerlendirmesi nesnel zemini olmayan bir olgu değildir. *Iradi müdahalelerden bağımsız olarak ekonomik yasalar istemlerin veya niyetlerin daima önündedir. Özel hastanelerin, özel polikliniklerin, ilaç ve tıbbi teknoloji şirketlerinin ve hatta Devletin bile kâr mantığı ile değerlendirdiği sağlığı ve sağlık hizmetlerini özel muayenehane hekimlerinin ve bütün olarak hekimlik mesleğinin ayrı bir anlam kazandırması olanaksızdır. Varolanı kabul etmek ve tanımak onu değiştirmenin ilk adımlarından biridir.*

Bu duruma bağlı olarak ticaretin rekabetini ve reklamını da önlemek bir yönüyle eşyanın tabiatına aykırı bir olgudur. Sağlık hizmetlerinin ve hekimliğin rekabet, reklam, asgari ücret tarifelerine uyum vb. sorunlardan uzak olabilmesi temel olarak bu alandaki ticaret ve kâr sisteminin ortadan kalkması ile olanaklıdır. Ülkemiz somutunda ise en azından "hasta-hekim arasındaki direkt para ilişkisini" kaldıracak bir yaklaşımın gündeme gelebilmesi savunulması gereken etik ilkelerden biri olabilmelidir.

*Böyle bir tablo etik kuralların yıllardır süregelmediği gibi "teoride güzel cümleler" değil pratik bir anlamda kazanması isteniyorsa, varolan tıp ve sağlığı ortamına müdahale etmeyi benimseyen bir tarzının olmasını zorunlu kılmaktadır.* Daha somut örneklerle açıklanırsa; hekimlerin reklam ve rekabetini etik ilkeler önleyebildi diyelim. İlaç şirketlerinin özel hastanelerin özel polikliniklerin reklam ve promosyonlarını ve dolayısıyla hekimlerin de bunlara katılımını hangi "mevzuat" önleyebilecektir. Bir tıp fakültesi öğretim üyesinin açıklıkla dile getirdiği şu görüşlere katılmamak mümkün değildir:

"Köşe dönücülüğün yaşam biçimi kabul edildiği her türlü avantacılık, üç kâğıtçılık ve hırsızlığın hoşgörü ile en azından tepkisizlikle karşılandığı bir toplumda bilim veya meslek ahlakı dürüstlük ya da meslek andı gibi soyut önlemlerle insanları çıkarıcıktan uzaklaştırmak olanaksızdır. Buna ek olarak mezuniyet sonrası eğitim olanakları olmayan, ilaçlarla ilgili yenilikleri izleyebildikleri tek kaynakları ilaç firmalarının verdikleri dökümanlar olan kişilerden ilaçların rasyonel kullanılması beklenemez. Sorun ancak bilimsel kuralların geçerli olduğu demokratik bir yapılanma bir organizasyonla çözülebilir. ...

Bizde bu tür kurallar olmadığı politikalar saptanmadığı için hastanelerimizde tam bir başıboşluk, karmaşa egemendir. İlaç firmaları ile hekimlerin veya eczacıların ilişkilerini kısıtlayan veya düzenleyen hiçbir kural yoktur. Firmalar istedikleri gibi tanıtım yaparlar. Hekimler istedikleri ilaçları yazarlar. Bir ilaç firması tanıtım toplantısı adı altında kendi ilaçlarını çok yazan hekimleri 5 yıldızlı bir otelde bir hafta ağırlar. Bir diğeri yurtdışı geziye götürür. Batıda büyük skandallar doğuracak bu tür ilişkiler bizde olağan kabul edilmekte ve açıkça yapılmaktadır. Örneğin bu yoldan yurtdışına gidecek kişi izin dilekçesine firmanın davet mektubunu ekleyerek idareye başvurulabilmektedir. Kimse bunda sakınca görmemektedir. Bu arada ilaç firmalarına haksızlık etmemek için şunu da belirtmekte yarar vardır. Tıbbi cihaz malzeme imal ve satıcıları ile de aynı ilişkiler söz konusudur.” (20)

Madalyonun bir yüzünde bu gerçekler diğer yüzünde ise ülkemizde sağlıkla ilgili tüm harcamalar içerisinde ilaç harcamalarının % 40'lara varan bir orana ulaşması ilaç fiyatlarındaki aşırı artma vardır. Sağlık hizmetlerinde özellikle kamu kesiminde hekimlerin kendi “kazandıklarından” çok daha fazlasını ilaç şirketlerine kazandırdıkları bir işleyiş söz konusudur.

Ülkemiz tıbbi etik mevzuatında varolan ve tartışmaya açık yönlerden bir diğeri de özel muayenehane hekimlerinin asgari ücret tarifelerine uymasıdır. Bilinen nedenlerle pratikte pek uygulanmayan bu ilkeye eğer “anlam kazandırılmak” isteniyorsa kamu, özel, tüm hekimlerin “asgari yaşam ve meslek uygulama standartları”nın belirlenmesine yönelmek daha işlevsel olacaktır. Somutlanırsa; Bugün kamuda çalışan ve günde 100 hasta bakan bir hekim “asgari ücret tarifesinin” çok altında bir ücretle çalışmak durumunda kalabilmektedir. Hekim emeği her yerde aynı hekim emeğiye bu farklılıkların da kaldırılmasını gözönünde tutan bir yaklaşım gerekli olmaktadır. Ek olarak asgari ücret olgusuna ilişkin diğer çelişkili bir nokta da eğer “hekimin hakkı ödenmez” gibi bir mentaliteden kaynaklanmıyorsa azami ücretin belirlenmesine yönelik bir yaklaşımın niye olmadığı sorusudur.

Ülkemizin varolan somut koşullarında tıbbi etik ile ilgili mevzuatın değerlendirilmesinde genel yaklaşım tarzı şu noktaları ön plana almak durumundadır:

*Etik kurallar öncelikli olarak, hekim ve hastaların birbirini serbestçe belirlemesiyle birlikte, hasta, hekim, tüm toplumun sağlık sistemini belirleyebilmesini, sağlık sistemiyle ilgili süreçlerde söz ve karar mekanizmalarına gerçek katılımını gündeme getirebilmelidir.* Hekimin sağlığı koruması, hastalığı tedavi etmesinden önce gelen bir ilke olarak savunmak, tedavi edici hizmetlere yönelik etik ilkelerin ayrıntılı ve geniş belirlenmesinin yanısıra koruyucu sağlık hizmetlerine de ilişkin asgari etik

standartlarının tespitiyle olanaklıdır. İnsanlarımızın yaklaşık % 50'sinin bir yılda sağlık harcaması yapmadığı dolayısıyla hiç hekim yüzü görmediği (26) gerçeğiyle herkesin en azından yılda bir kez “sağlık kontrolüne” tabi tutulması gerektiğini söylemek en azından maddeler boyu yer ayrılan “konsültasyon” sorunu kadar değerli olabilmelidir. Tedavi edici hekimliğe ilişkin etik kurallarda da gözlerin biraz özel muayenehanelerden hastanelere çevrilerek nöbetlerle birlikte 36 saate yaklaşan mesai saatlerine, bir yanda günlük 150'yi bulan poliklinik sayıları varken bir yanda hekimlerin açık veya gizli işsizliğine, asgari bakım ve tedavi olanaklarından yoksun koşullara yönelik yaklaşımlar belirlenebilmelidir. Aynı şekilde birer insanlık sorunu olan işkence ve idam cezalarına, diğer benzer uygulamalara yalnızca katılmamak ve ortak olmamak değil, bunları ortadan kaldırmakta hedeflenebilmelidir.

Karşılaştırmalı bir örnek olması açısından, Avrupa Topluluğu ülkelerinin tabipler birliklerinin kabul ettiği tıp meslek ahlak ilkelerinin gözden geçirilmesi de yararlı olabilir. (8) Genel anlamda TTB tüzük tasarıyla yakın bir içeriğe sahip bu ilkelerde: Tıpta, bilgisayar kullanımı, tıbbi bakım standartlarının tesbiti. Hastalığın son aşamasında olan hastaların bakımı, organ nakli, hekim ve toplum, buluşların yayınlanması, hizmetten çekilme (grev)'ye ilişkin bölümler bulunmaktadır. Hasta tedavisine ilişkin “hekimin hasta bakımında karşılaştığı koşullar uygun değilse hastasına durumu bildirmelidir. Hekim ve toplum bölümünde “sağlık hizmetlerinin niteliği konusunda toplumun dikkatini çekmek hekimin görevidir”. Bilimsel buluşların yayımlanmasında “ilk önce mesleki dergilerde yayımlamakla görevlidir”. Hekimlerin grev yapması bölümünde “toplu olarak işi bırakma kararı alındığında hekim hastasına karşı olan ahlaki sorumluluklarından arınmaz” maddeleri dikkat çekici özelliktedir ve ülkemiz somutuna ilişkin olarak da değerlendirilmeleri gereklidir.

*Gelinen nokta, tıbbi etik ile ilgili düzenlemelerde ve ilkelerde hasta-hekim ilişkilerine yönelik, iyi bilinen ama çoğu kez de belirgin bir muğlaklığı ve tekrarları içeren hükümler yerine, haklar temelinde bir yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır.* Başta insan hakları olmak üzere hekimlerin ve hastaların hakları olduğu kadar sorumlulukları hekim örgütlerinin tıbbi etik konularında görev ve yetkileri, bu yaklaşımın ana eksenini oluşturan temel konulardır. Genelde olduğu gibi tıpta da çok hızlı ilerlemelerin olduğu ve her ilerlemenin çoğu kez yeni etik sonuçlar çıkardığı çağımızda değişime açık bir çerçeve içerisinde temel ilkelerin saptanmasını önemli kılmaktadır.

Tıbbi etik ile ilgili mevzuatta, bahsedilmesi gereken diğer bir konu da gündeme getirilen ilkelere ilişkin yaptırımların ne ve nasıl olabileceği sorunu- dur. Çoğu kez “hukukta ceza vardır ahlakta ise tanı” denmekle birlikte insanlığın varoluşundan beri or-

taya çıkan ve temel işlevlerinden biri "ahlak dersi" vermek olan dinlerin "ahlaksızlığı" ortadan kaldırmakta pek de başarılı oldukları söylenemez.

Tıbbi etik mevzuatında da yaptırımlara ilişkin maddeler "Onur kurullarına sevk olma", "gerektiğinde yargısal soruşturmaya tabi tutulma" ile sınırlıdır. Varolan toplumsal sistem içersinde yaptıkları mesleki işlerden dolayı, bazen tartışılır olsa da "yargıcın bağımsızlığı, hekimlerin cezai sorumsuzluğu temel iki noktadır. Hekimlerin denetiminin yine hekimler tarafından yapıldığı bir yaptırım mekanizması ülkemizde olduğu gibi genelde birçok ülkede geçerlidir. Bununla birlikte bu mekanizmanın "hekimler aleyhine" oldukça güç döndüğü vurgulamak yanlış olmasa gerekir. İngiltere'de 1901-1955 yılları arasında toplam 277 doktor çoğu da kısa bir süre sonra görevine iade edilmekle beraber GMC (General Medical Council)'den meslekten men cezası almıştır (7). Ülkemizde bu konuya ilişkin kesin rakamlar olmamakla birlikte sayının oldukça az olduğu söylenebilir. Örneğin tabip odalarının cezalandırılan hekimlerle ilgili TTB Yüksek Onur Kuruluna gelen hekimlere ait dosya sayısı 1990'da 19, 1991'de 14'dür. İki senede onaylanan meslekten men cezası alan hekim sayısı 8'dir (14).

ABD'deki sistem daha ilginç ve değişiktir. Hekim hatalarına ve ihmaline (malpractice) karşı tazminat uygulaması diğer ülkelere nazaran daha yaygın ve "maddi" bir karakter kazanmıştır. A.B.D.'de doktorların yıllık 200 bin dolara varan primlerle ancak kendilerini sigortalayabildikleri ve ihmalle ilgili tazminatların büyük olduğu, malpractice deneyiminin vardığı boyutları vurgulayan bir makaleden yapılan aşağıdaki alıntılar çok çarpıcı boyutlardadır. (15)

"Doktorlar hastalıkla ilgili riskleri azaltmak için değil mahkemeye verilme riskini azaltmak için testler ve konsültasyonlar istemektedirler. Hasta doktor ilişkileri zedelenmiştir."

Ekonomik ve psikolojik baskılar doktorlar üzerinde büyük boyutlara ulaşmıştır. Malpractice suçlamaları nedeniyle bilinen pekçok intihar olayı vardır. Doktorların bazıları başka işle uğraşmak için mesleğini terketmiş, erken emekli olmuş veya yüksek riskli olan işlemlerden vazgeçmiştir.,

Pratik anlamda sistem ihmalin değil paranın etrafında dönmektedir. Avukatların gerçek veya hayali yaralanıp zarar görmüşler adına "derin cepli" olarak bilinen yani ödeme gücü olan (doktorlar ve büyük firmalar)'dan para almaya yöneldikleri bir sistem haline gelmiştir."

Görüldüğü gibi varolan sistem yalnızca sağlık hizmetlerini değil, hekimlerin "batalarını" bile para getiren bir sektör haline getirmede üstün bir beceriye sahiptir. Ve bu sistemin işleyişindeki belirle-

yici mekanizmalar ve yaklaşımlar değişmediği müddetçe hekimlerin denetiminin, Onur Kurulları, General Medical Council vb. vasıtasıyla hekimler tarafından mı yapılacağı yoksa toplumdan seçilen insanların oluşturduğu "jüri"lerce mi yapılacağı sorununun çözülmesi açısından temel tercih ikilemleri olmaktan uzaktır.

Hekim hatalarına ve ihmallerine ilişkin dolaylı bir yaptırım kurumu da basın, TV., vb. etkisiyle oluşan kamuoyudur. Ülkemiz somutunda basın ahlak ilkelerine uyma gibi taahhütle çıkan gazetelerin ve televizyon yayınlarının dönem dönem artan bir yaklaşım içersinde, olayların sansasyonel ve magazin yönlerini ön plana çıkararak "hekimin yargıçlığı" işlevini benimsedikleri bilinen bir olgudur. Ülkemiz somutunda her an ve her yönlü kullanılmaya açık bir mevzu niteliği taşıyan sağlık ve hekim sorunlarına ilişkin kamuoyunun oluşumunda eksik veya yanlış yönlendirmeler kadar toplumun da bazen tek "medet" umduğu yerin gazeteler ve televizyonlar kalmasının etkisini de yadsımamak gerekir. Bu duruma ilişkin yakın bir zamanda ciddi bir gazetemizde çıkan bir ilanda olayın vardığı boyutlar açısından düşündürücüdür. "Öldürülen çocuğa mektuptur" diye başlayan ilan doktorların sorumluluklarını bilip, insanları kobay gibi kullanmaktan vazgeçmesini" isteyip, adını verdikleri bir profesörün izin almadan yaptığı ameliyattan sonra kızlarının öldüğünü belirterek şöyle denmektedir.

"... Daha sonra Cumhuriyet Savcılığı'na başvurumuzda doktor olmayan doktorlar "Ameliyatta mesleki kusurun bulunmadığına" karar veriyorlardı. Daha sonra Danıştay'a başvurduk kızım, Danıştay da bizi haklı gördü ve Yüksek Sağlık Şurası'nda görüşmeyi kabul etti. Sağlık Şurası da çaresiz yavrumuzun zamansız ölümüne yanlış neşter kararı vermişti. Bütün dünyaya duyurmak istedik senin zamansız yok oluşunu insan hakları Avrupa Komisyonu'na da hata denilemeyecek boşvermişliklerin bir daha tekrarlanmaması için başvurduk..." (12)

Kuşkusuz bu tablo meselenin bir yönüdür. Genelde ise varolan toplumsal atmosfer içersinde hekimler ve hekim örgütleri açısından "tıbbi etik" sorununun nesnel bir değerlendirilmesi gerekli olmaktadır.

## HEKİMLER VE HEKİM ÖRGÜTLERİ AÇISINDAN TIBBİ ETİK

Doğal olarak kabul edilmelidir ki hekimlerde var oldukları toplumun ve toplum içersinde de var oldukları sınıfsal kesimin özellikleri ve çelişkileriyle birlikte bir parçasıdır. Nasıl bir toplumsal görünüme sahip olduğumuzun profili aynı zamanda nasıl hekimlere sahip olduğumuzun temel belirleyicisidir.

Örneğin toplumumuzun % 96.5'ü kitap ve dergi okumuyorsa, gelişmiş ülkelerde bin kişiye düşen günlük gazete basımı 500'leri geçerken bizde 50'yi aşmıyorsa, % 59'umuzun dişlerini fırçalama



*gibi bir alışkanlığı yoksa, erkeklerimizin % 62'si hafta'nın 7 günü kahveye gidiyorsa ve yine % 77.6'muz hiç spor yapmamışsak, Avrupa ülkelerine göre ortalama 3 kat fazla ekmek tüketip, 3 kat az et yiyorsak, sağlık sistemimizi ve hekimlerimizi bu görünümün yansımalarından ayrı düşünmek olanaklı mıdır?*<sup>(16)</sup>

İnsanlığın ulaştığı bilgi düzeyine rağmen toplumların / toplumumuzun bilgi düzeyinin geri olması, geri bırakılması ve bu durumun "sağlık" ve "hastalık" bilgileriyle ilişkisi "tıbbi etik" sorgulamasının temel yönlerinden biridir. Sağlığa yabancı, hastalığı konusunda bilgisi olmayan, "pankreasın" ne olduğunu ne işe yaradığını öğrenmeden bir pankreas hastalığından ölebilen kişiler ve bunların oluşturduğu toplum varolan sağlık sisteminin ve tıp ortamının devamlılığına karşı çıkılması, denetlenmesi ve değiştirilmesi konusunda doğal olarak zorlanacaktır.

İşin kötüsü, açıklıkla kabul etmek gerekir ki çağımızda özellikle bizim gibi ülkelerde hekimlerin de öğrenim ve eğitim açısından bilgisel düzeyleri geridir, geri kalmaktadır. Ülkemiz somutunda ülkenin gerçekliğinden kopuk, korumaktan çok tedavi etmeye yönelik klinik tıp ağırlıklı ama basit bir injeksiyon cerrahi dikiş, pansuman vb.ni yapıp yapamayacakları tartışılan bir tıp eğitiminden sonra tıbbi periyodik yayınlarını izlemeyen sürekli eğitim olanaklarının sınırlı olduğu bir hekim profilinin yaygın olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. Varolan sağlık sisteminin işleyişi, sayısı çok bilgisi az hekim tipini üretmeyi gereksinim duyduğu bilinçli bir tercih olarak gündemde tutmaktadır. Sağlık sisteminin somut pratiğiyle birlikte, hekimlerin öğrenim ve eğitim süreçleri hekimleri yaptıkları işe ve topluma yabancılaşmalarını artırıcı bir işlev görmektedir. Tıbbi sorunların yalnızca tıbbi sorunlar olarak görülmesi temelindeki tıp eğitimi günümüz gerçeğini oluşturmaktadır.<sup>(17)</sup>

Kuşkusuz hekimlerin tıbbi etikle ilgili öğrenim ve eğitimleri de olumsuz tablodan payını almaktadır. Tıbbi Etik, Tıp Fakültelerinde tıp tarihi ile birlikte okutulan çoğu kez tarihte kalmış bir olgu gibi Hipokrat'la başlayıp, Hipokrat'la biten bir durağanlık taşıyan mezun olduktan sonra da pek hatırlanmayan bir ders niteliğindedir. Yapılan bir araştırma, bu dersin bile öğrenilme düzeyinin öğrencilerin % 67'sinde en fazla "orta" düzeyde olduğunu vurgulamaktadır.<sup>(18)</sup> Diğer bir araştırmada ise hekimlerin ancak % 16'sının tıbbi etiğin tanımını tam yapabildikleri söylenmektedir.<sup>(19)</sup> "Öğrenmenin uzun zaman aldığı çağlardan sonra unutmakta acele edildiği"<sup>(7)</sup>. Hem toplum hem de hekim adına tıbbin günümüzdeki konumuna ilişkin söylenebilir.

Bilginin ve bilgilenmenin düzeyindeki geriliğin büyük düzeylerde olduğu bir toplumsal yapılanma içerisinde etiğin ve özelde tıbbi etiğin eğer olabile-

cekse ilk işlevlerinden biri "gerçekler konusunda duyarlılığın" artımını sağlamak olmalıdır. *Koruyucu sağlık hizmetlere tüm sağlığa ayırdığı kaşnağın ancak ve ancak % 2'sinin ayrıldığı<sup>(27)</sup> ve her sene çoğu önlenemez hastalıklardan olmak üzere 100 binden fazla bebeğin bir yaşına gelmeden öldüğü ve bu sayının hekimlerin hatalarından ölenlerden kat be kat fazla olduğu gerçeklerinden yola çıkan bir duyarlılık ülkemiz tıp ortamının "etik sorgulamasını" daha sağlıklı yapabilecektir.* Her olay ve olguda olduğu gibi tıp alanında da haksızlıkları, olumsuzlukları, eşitsizlikleri kabullenmeye içine sindirememeye "adabı-muaşeret" kurallarından öte bir etiksel yaklaşımın temel ilkelerinden biridir. Sağlığı tıpsal anlamıyla beraber bireyin kendine diğer bireylere, topluma duyduğu sorumluluğun bir ifadesi olarak da değerlendirmek hem hekimler ve sağlık çalışanları, hem de toplumun diğer kesimleri açısından geleneksel yaklaşımlardan öte, ileri bir adım niteliği taşıyacaktır.

Böyle bir durum içerisinde hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının önceliklerinden birinin de etiğin ve bunun sağlık alanına yansımalarının "araştırılır, tartışılır ve sorgulanır" bir konu niteliği kazanarak gündemde yer almasını olduğu söylenebilir. Kuşkusuz hekimlerin diğer sorunlarının büyüklüğü, tıbbi etik sorunlarının ele alınışındaki küçüklüğü nesnel olarak yaratmaktadır. Bununla birlikte tıbbi etikle ilgili varolan sorunlara ve hergün bunlara eklenen "yenileri"ne hekimler bir bakış açısı ve yorum getirmediği ve "alan boş bırakıldığı" müddetçe bir başkaları bu konuda söz ve karar hakkını yalnız kendilerinde görebileceklerdir.

Örneğin Demokrat Parti iktidarının son aylarında kabul edilen (13.1.1960) ve şu anda da geçerli olan tıbbi deontoloji tüzüğü'nün hazırlanmasında o yıllardaki hekimlerin ve hekim örgütlerinin katkısının ciddi boyutlarda olduğu söylenemez. Nasıl TTB yasası ve diğer hekimlerle ilgili kanunlar hekimlerin görüşleri doğrultusunda veya en azından görüşleri alınmadan "yukarıdan aşağıya" bir tarz içerisinde gündeme geldiyse hekimlerin ahlak kurallarının belirlenmesi de hekimlerin dışında bürokratik bir "mevzuat düzenlemesi" olarak gerçekleştirilmiştir. *Tıbbi deontoloji tüzüğü'nün "doğru-yanlış", "eski-miş-eskimemiş" yönlerinin eleştirisinden önce gündeme getiriliş ve hazırlanış tarzına karşı çıkmak ve bundan sonrasında bu konuya ilişkin yapılacak düzenlemelerde "aşağıdan yukarıya" bir tarz içerisinde hekimlerin katılımını esas almak ve sağlamak gözden kaçırılmaması gereken noktalardır. Tıbbi etikle ilgili ilkeleri "Devlet garantisindeki resmi bir tüzük görünümünden kurtarıp hekimlere maletmenin başka bir yöntemini de bulmak çok zordur.*

Kuşkusuz hekimlerin tıbbi etik sorunlarını tartışma ve görüş oluşturma süreçleri diğer sağlık çalışanlarının hastaların ve de toplumun katılımından soyutlanamaz; ayrı ele alınamaz. Hekimler arasında

bile nesnel konumlarından kaynaklanan farklılıkların tıbbi etik sorunlarına ilişkin görüşlerde de önemli ayrımları gündeme getirebileceği düşünülürse bu tartışmalara sağlık çalışanlarının hastaların vb. katılımının çok sesli bir yapıya sahip olması kaçınılmazdır. Eğer yüzyılların getirdiği sorunlara ve çelişiklere "evrensel, değişmez ve ilahi" doğrularla bir çırpıda "çözüm üretmeyi" değil, hakkı ve haklı olanların görüşleri doğrultusunda bir değişim potansiyeli yaratmayı amaçlıyorsak bu çok sesliliği yadırgamamak gerekir. Böyle bir değişim potansiyelinin hekim-hekim, hekim-hasta, hekim-diğer sağlık çalışanları, hekim-toplum çelişiklerinin çözümünde bu çelişikleri yaratan sağlık sisteminin işleyişine müdahaleyi, "çomak sokmayı" artırması azımsanmayacak bir olumluluktur. Başka türlü sağlık çalışanlarının hastaların ve toplumun olumsuz yönlere ve gidişlere suskunluğunda bir tıbbi etik tartışması hekimlerin de suskunluğunun nesnel anlamda aşamadığı ve belirgin bir özneliliğin devam ettiği bir anlam taşımaktan kurtulamayacaktır.

Hekim örgütlerinin de tıbbi etikle ilgili tartışmaların başlatılmasında ve yönlendirilmesinde bugüne kadar gelen geleneksel yöntem ve anlayışların dışında bir hareket ve düşünce tarzını gündeme getirmesi gereklidir. Kuşkusuz böyle bir tarz hekim örgütlerinin güçlülüğüyle, örgütlülüğüyle, kitleselliğiyle yakından ilgili bir olgudur. Günümüz koşullarının yarattığı hekimlik mesleğinin uygulanış tarzının ve bunun getirdiği hekim profilinin olumsuzluklarını reddetmek, doğru olsa da kolay değildir. Bununla birlikte, hekimlerin ve hekim örgütlerinin bu sorunlara ilişkin çoğu zaman girilen "sessiz kalma" ve benzeri ruh hallerinden, kurtulmayı amaçlayan yaklaşımlar yadsınamaz bir gereksinimdir. Hepimizin "iyi" bildiği her alanda olduğu gibi sağlık alanında varolan çürümenin ve orman kanunlarının boyutları sessizliği değil öncelikli olarak çürümeyi sağlayan, bataklığı kurutmayı ama bununla birlikte, yeni çürümelerin de olmaması için "çürükleri ayıklamayı" dayatmaktadır. Yalnızca hekim olmanın değil aynı zamanda bir aydın ve bir insan olma sorumluluğunun anlam kazanma olanağının başka türlü gelişmesini beklemek mümkün değildir.

Burada sorun veya kastedilen yalnızca somut olaylara ve olgulara yönelik cezai veya zabıta tedbirleri, yaklaşımlara yönelmek; Onur kurullarını çalıştırmak, bu konuya ilişkin mevzuatta değişiklikler yapmak, düzeyinde ele alınmamalıdır. Aynı zamanda hekimlerin gündeminde "etik kurullar", "etik kurultayları" vb. aracılığıyla hekimlik mesleği ve tıbbi etik konusunda geniş bir sorgulamanın bulunması gerektiği gözardı edilmemelidir. Böylece "tıbbi etik" olgusunun ne olduğu en azından ne olmadığı anlaşılır hale gelebilecektir. Küçük de olsa son zamanlarda "tıbbi etiğe" artan bir ilginin heba olmaması için, bu konuya ilişkin hekimler arasındaki özde suskunluktan başka bir anlam ifade et-

meyen geleneksel konsensusun "görmezlikten gelme", "kendi kendine ya da kapalı kapılar ardında birşeyler söyleme ve eleştirme" vb. politikalarıyla birlikte biraz da bırakılması, bozulması, atılması gereken ilk adımlardan biridir.

Çağımızın toplumsal-ekonomik şartlarının yarattığı anaforun hiçbir şeyin hiçbir mesleğin kutsallığını "kendinden menkul" sabit ve değişmez bir anlamda bırakmadığını yaşadığımız deneyimler her gün, her an gösteriyor. Ama kelime anlamı Latince "docere" öğretmekten gelen doktorların tıbbi etik konusunda kendilerine ve topluma "öğreteceklerini" eğer varsa vakit çok geçmeden göstermeleri de gerekmiyor mu?

#### KAYNAKLAR

- (1) Doğanın insanlaşması, Serol Teber, Öncü Kitabevi, 1982.
- (2) Allenin, Özel Mülkiyetin ve Devletin Kökeni, F. Engels, Sol Yayınları, 1987.
- (3) Kısa Tıp Tarihi, Doç. Dr. Ayşegül Demirhan, Bursa \*Ünv. Yayınları, 1982.
- (4) Halk Sağlığına Giriş, N. Fişek, Hacettepe Ünv. Yayınları, 1982.
- (5) Tıp Tarihi Ders Notları, Prof. Dr. A. Haydar Bayat, Ege Ünv. Yayınları, 1991.
- (6) Düşünce Tarihi, Orhan Hançerlioğlu, Remzi Kitabevi, 1977.
- (7) Decision Making in Medicine The Practice of its Ethics, 1981 Gordon Scorer-Antony Wing Çeviri: Dr. Dilek Güldal
- (8) Deontoloji Nottarı, Prof. A. Haydar Bayat, Ege Ünv. Yayınları, 1991.
- (9) Kapital I. Cilt, K. Marx, Sol Yayınları, 1986.
- (10) Deontoloji, Dr. Hüsnü A. Göksel, Çağdaş Hekim, Sayı: 4, 1987.
- (11) Toplumsal Sorumluluk Yönünden Eğitim E Deontoloji, Milton İ. Roemer, Çağdaş Hekim, Sayı: 2, Mart 1987.
- (12) Cumhuriyet Gazetesi (9.7.1992, 16.7.1992, 21.7.1992, 4.8.1992 tarihli sayılar).
- (13) Şenlikli Toplum, İvan İllich, Ayrıntı Yayınları, 1988.
- (14) TTB Merkez Konseyi Çalışma Raporları (1990-1991) (1991-19??)
- (15) Amerika'da Malpractice Meron 3. Levitats Tıp Dünyası, 1992-8
- (16) Ah Şu Biz "Kara Bıyıklı" Türkler, Demirtaş Ceyhun, E Yayınları, 1992.
- (17) Dr. V. Navarro ile Söyleşi, Tıp Dünyası, 1992-8
- (18) Türkiye'de Tıp Eğitimi, T.B.M.M. Araştırma Komisyonu Raporu, 1991.
- (19) 16.7.1992 Yeni Günaydın Gazetesi
- (20) Batı'da Skandal Bizde Normal Prof. Dr. Süleyman Çelik, Cumhuriyet Gazetesi Bilim Teknik Eki, 29.2.1992.
- (21) Cumhuriyet Gazetesi, Bilim Teknik Eki, 1.8.1992.
- (22) Tıbbi Deontoloji ve Hekimler Dr. Mustafa Duman, İTO Yayınları, Bülten Sayı: 38, 1988.
- (23) Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri, Çeviri: Dr. Caner Huray Fidaner, ATO yayınları No: 13, 1987.
- (24) Hekim Anıyla İlgili Temel Yanılığlar, Yaman Örs, Dr. İ. Belek Toplum ve Hekim, Sayı: 49, 1992.
- (25) Türkiye İçin Sağlık Tezi, Dr. E. Nalçacı, Dr. F. Ardıç, Sorun Yayınları, 1992.
- (26) Türkiye Halkının Sağlık Düzeyi Nasıl Yükseltilir, TÜSES Yayınları, Prof. Dr. Nusret H. Fişek, 1989.
- (27) Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Sağlık Bakanlığı, 1992.