

HEKİMİN VARSAYILAN AHLAKİ KİMLİĞİNİN İNŞASI VE HERKESE BAKIM VERME YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN TARİHİ*

A REVIEW ON THE CONSTRUCTION OF THE PHYSICIAN'S PRESUMED MORAL IDENTITY AND THE HISTORY OF THE OBLIGATION TO CARE FOR ALL

Cem Hakan BAŞARAN**

Özet

Bu makalede tıbbi etiğin, hekimin ceza sorumluluğu ve hukuk tarihi ile ilişkisinden ziyade kendi içinde tarihsel ve politik gelişimi ele alınmıştır. Hekimlik mesleği Antik Çağ'dan bugüne uzunca bir zaman aristokrasi ve erkeklerin tekelinde olmuştur. Bu tarihsel süreç, kendi içinde ahlaki bir kimlik arayışına koyulan hekimlerin kabul ettikleri ahlaki yükümlülükler ve tıp etiğinin kurumsallaşmasına dair bir derleme ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu tarihsel sürece tekil bazı çabaların ve kurumsallaşmanın, insanlık dramlarının şüphesiz etki ve katkıları olmuştur. Deontolojik prensipler ve etik kodların entegrasyonu uzun ve sancılı bir sürecin sonunda ortak mutabakatla ortaya çıkmıştır. Bugünün perspektifinden tıp etiği ve deontoloji literatürünün 18. Yüzyıl itibariyle rekabet, ticari kaygılar ve dayanışma ihtiyacı ile artmaya başladığı gözlenmektedir. Ortaya konulan ilk taslaklar genelde meslektaşlar arasındaki geleneksel ilişkilerin yeniden düzenlenmesi ve mevcut sorunların bertaraf edilmesine yönelik olmuştur. Hekimin ayırım gözetmeden herkese bakma yükümlülüğü farklı sosyokültürel, sosyoekonomik ve sosyopolitik unsur ve yapılardan, topluluk çıkarlarından dolayı yakın bir tarihe kadar tartışma konusu olmamıştır. Bugün bütün bu unsur ve yapılarda farklılıklar bulunuyor, ayrımcılık açık ve örtük biçimde sürüyor olsa da dünyadaki tüm deontoloji nizamnamelerinin ilk maddesi;

* Bu çalışma, Cem Hakan Başaran'ın 2021 yılında ESOGÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı'nda tamamladığı "Hekimlerin Bakış Açısı ile Vatanlarını Terk Etmek Zorunda Bırakılan İnsanların Sağlık Hizmetlerine Erişiminin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi: Eskişehir Örneği" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

** Araş. Gör. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Eskişehir, Türkiye, cemhakanbasaran@gmail.com

hekimlerin başlıca vazifesinin ayrımcılık gözetmeden insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermek, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermesi gerektiği ile ilgilidir. Hekimin başlıca ödevlerinden biri ayrımcılık yapmamaktır.

Anahtar kelimeler: Tıp etiği, Deontoloji, Tıbbi sorumluluk, Etik tarihi, Hassas gruplar, Tıp tarihi

Abstract

In this article, the political and historical development of medical ethics in itself, rather than its connection with the medical responsibility of physicians and the history of law, is discussed. The profession of medicine had been monopolized by the aristocracy and gentlemen for a long time since the Ancient Age. This historical process, the moral obligations accepted by physicians who are in search of moral identity in themselves, and the history of the institutionalization of medical ethics have been tried to be revealed. Undoubtedly, some individual efforts and institutionalization, and humanitarian plights have had an impact and contribution to the evolution of the historical process. The integration of deontological principles and ethical codes emerged with a common consensus at the end of a long and painful process. From today's perspective, it is observed that the literature on medical ethics and deontology began to increase with competition, commercial concerns, and the need for solidarity in the 18th century. The first drafts put forward were generally aimed at reorganizing the traditional relations between colleagues and eliminating existing problems. The obligation of the physician to care for everyone without discrimination has not been a matter of discussion until recently due to different sociocultural, socioeconomic, and sociopolitical elements and structures, and community interests. Although there are differences in all these elements and structures today, and discrimination continues openly and implicitly, the first article of all deontology regulations in the world; It is related that the main duty of physicians is to show care and respect for human health, life, and personality without discrimination, and to show maximum attention and care in examination and treatment. One of the primary duties of the physician is not to discriminate.

Keywords: Medical ethics, Deontology, Medical responsibility, History of ethics, Vulnerable groups, History of medicine

*Bize güç veren şey dostlarımızın yardım etmesi değil,
yardım edeceklerinden emin olmamızdır.
Epikuros¹*

¹ Bauman, Z. (2020). Iskarta Hayatlar & Modernite ve Safraları. (Çev. O. Yener). İstanbul: Tellekt, s. 102.

Giriş

Son dönemde LGBTİ+, göçmen/mülteci ve daha pek çok marjinal kabul edilen (marjinalleştirilen) grup ve bireyler üzerinden gündeme gelen tartışmalar, yaşanan/yaşatılan hak ihlalleri, küresel düzeyde yankı uyandıran #BlackLivesMatter gibi toplumsal hareketler her seferinde insanlığı ayrımcılığın türlü biçimlerini yeniden sorgulamaya sevketmektedir. Tıbbın ahlaki ve politik tarihine bugünden bakıldığında şüphesiz eleştirilecek, eleştirilmesi elzem pek çok yönü, söylemi ve uygulamaları olduğu görülür. Tıbbın karanlık ve kanlı, gayriresmî tarihi, hekimlerin masumiyetine, *ötekinin* varlığında ortaya çıkan güven temelli iyi niyetlerine ve tıbbın insancılık iddiasına gölge düşürecek mahiyettedir. İnsan gruplarının, toplulukların, halkların, uygarlıkların özetle her devrin “dışlanmış ötekiler”i yani “dünyanın garibanları” olarak niteleyebileceğimiz kişiler, ötelenmiş, örselenmiş, tartışmaların ancak nesnesi olabilmek bahtiyarlığına erişebilmişlerdir. Geçmiş bugünün mahkumu yapmak kolaycılık olsa da, “geleceği başka türlü inşa etmek mümkün mü?” sorusunu da yanıtlamak kolay değil. Ancak namütenahi olan her hakikat sürecine fütüristik bir yorum getirmek, olası gelecek senaryoları tasarlamak veya en hafifinden geçmişe kıyasla bazen bugüne bakmak bile hâlâ insanlığın pek çok hususta emekleme aşamasında olduğu gerçeğini açığa çıkarıyor. Küresel mülteci krizi ile birlikte yükselişe geçen milliyetçilik, bazı sınırları ve ayrımları keskinleştirmekle birlikte eşitsizlikleri de artırmaktadır. Bugün, her ne kadar aynı zamanın içinde yaşasa da dünyanın gündemleri, dertleri, tartışmaları, öncelikleri olağanüstü farklılık göstermekte; etik tartışmalar çok farklı kulvarlarda ve çok farklı tarihsel politik bağlamlarda beliriyor. Tekil bir örnek olarak Amerikan Hekimler Birliği Etik Dergisi’nin (AMA Journal of Ethics) 2018-2020 yılları sayı temalarına göz atıldığında “Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zeka”, “Sağlık Hizmetlerinde Mizah”, “Sağlık Hizmetlerinde Davranışsal Mimari”, “Yenilikçi Nanoetik”, “Belgesiz Göçmenler için Sağlık Hizmetleri” gibi tartışmalar göze çarparken, Türkiye gündemini Hipokrat Yemini olarak bilinen hekimlik andı meşgul ediyor; hekimin hastalarına bakım verirken hiçbir biçimde ayrımcılık yapmayacağına dair “Görevimle hastam arasına; yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin girmesine izin vermeyeceğime,” ifadesiyle verdiği taahhütten “cinsiyet, etnik kimlik ve cinsel yönelim” bölümünde yapılmaya çalışılan değişiklikler, ana gündemi oluşturuyor. Tarihin en eski mesleklerinden biri olan zengin kültürel ve ahlaki mirası bünyesinde barındıran hekimlik, uzunca bir dönem (hatta hâlen) dışsal ve içsel nedenlerle kendine tarafsız, apolitik bir icra zemini bulamamışsa da, hekim yalnızca hastalarını sağaltmayı ve bunun tıbben mümkün olmadığı durumlarda ise zarar vermemeyi kendine ödev bilmiştir.

Hekimlikte kimlik ve adap arayışı ‘hakiki/usta/hazık hekim kimdir, nasıl davranmalıdır ve sorumlulukları nelerdir?’ soruları etrafında yol bulmuş, ideal hekim/hekimlik zamanın gergefinde farklı dini, politik ve kültürel nakışlarla ortaya çıkmış, hekim, tarih boyunca kendisi ve ait olduğu sosyal sınıf onurunun temsilcisi ve koruyucusu addedilmiş, hekimliğe dair ahlak, edep, görgü ve etik yazın Antik Çağ’dan bugüne kesintisiz devam etmiştir. Bununla birlikte tarihsel düzenlemeler ve atılan bağlayıcı adımlar söz konusu

etik tarihi olduğunda bir nevi politik, kültürel ve kişisel duygu tarihi okuyormuş hissi uyandırmakta. Yine de tıp etiği ortak bir kültürün, yaşanmışlıkların ve mutabık kalınan duyguların eleştirel ve mantıksal bir sentezidir. Hekimlik mesleğinin her yeni pratiği (her yeni hasta-hekim karşılaşması, her yeni tanı, teknolojinin tıba entegrasyonu) etik tartışmaların yanında ahlaki ve hukuki problemleri de beraberinde getirmiş diğer taraftan ideal hekim/hekimlik arayışını da kuvvetlendirmiştir. Tarih boyunca ideal hekimin ahlaki kimliği ve sorumlulukları; *ödev (deontoloji)*, *ideal (etik)*, *edep (adabımuaşeret, decorum)* ve *görgü (etiquette)* ekseninde savrulmuştur. Bu kısa tarih denemesinde, geçmişten günümüze hasta-hekim ilişkisinin nasıl kavrandığına ilişkin örneklerle, biyoetik devrim öncesi tıp etiği geleneğinde hekimlerin hastalarına karşı bakış açıları, etiğin kurumsal tarihi ve parçalanmış bir kimliğin zamanla nasıl bir araya gelerek ortak mutabakata dayalı entegre bir hekim kimliği oluşturduğu aktarılacaktır. Maalesef araştırma alanına ilişkin literatürün ezici çoğunlukla Avrupa ve Anglo-Sakson dünyaya ait İngilizce metinlerden oluşması, Hint, Çin, Rus, Arap ve diğer uygarlık havzalarıyla birlikte değerlendirilmesini mümkün kılmamışsa da genel bir bakış, değerlendirme ve yorum ile bu tarihsel süreç aktarılmaya çalışılmıştır.

Antik Çağ'dan Orta Çağ'a genel bir bakış

Robert Baker tıp etiği tarihi üzerine çok az birincil araştırma yapıldığını ve mevcut literatürün üç döneme odaklandığından (Antik Yunan ve Roma, 18. ve 19. Yüzyıllarda İngilizce konuşulan dünyada tıbbi ahlakın profesyonelleşmesi ve yirminci yüzyılın ikinci yarısının biyoetik devrimi) bu modelin, İslam dünyasını [ve uzakdoğuyu] ve kıta Avrupasını görmezden gelen bir tıp etiği tarihi ürettiğini belirtir (bu yayından sonra birkaç derleme eser yayımlansa da bu yayınlar etiğin ve dolayısıyla tıbbin özünü kavramaktan uzaktır). Baker'a göre bilimsel yetersizliğinin altında bizzat etiğin doğası hakkındaki inançlar yatar. Etik bazen, yorumlama alanı dışında, değişime açık olmayan ve dolayısıyla bir geçmiş olmayan tarihsel evrensel ilkeler açısından kavramsallaştırılma, bazen de sosyal bilimler perspektifinden temel olarak sosyo-ekonomik güçlerin 'yalnızca' bir epifenomeni olarak tasavvur edilme eğilimindedir. Tarihsicilik (historicism) tercihi -genelde- tıp etiği tarihi için 'Hipokrat'a Dipnot' mitidir, yani Batı tıp etiğinin Antik Yunan'da Hipokrat Yemini ile kurulduğu ve sonraki iki bin yıl için bu temel taahhüdü yorumlayan dipnotlardan biraz daha fazlası olduğudur. Efsane, fikirlerini meşrulaştırmak için kadim otoriteyi arayan hekimler ve Yemin'i eleştirileri için uygun bir odak olarak gören tıp eleştirmenleri tarafından geliştirilmektedir. Konuları daha da karmaşık kılan ise, farklı tarihsel dönemlerdeki ahlaki kavramsallaştırmadaki temel değişikliklerin, daha önceki ahlaki anlayışların/kavrayışların daha sonraki etikçiler tarafından önemsizleştirilme eğilimidir. Örneğin Thomas Percival (1740-1804), 19. Yüzyılda evrensel olarak modern tıp etiğinin kurucusu olarak görülmekteyken, 20. Yüzyılda köhne tıbbi görgü kurallarının (etiquette) yeniden üreticisi olarak özetle reddedilmiştir (1).

Doğu ve Batı medeniyetlerindeki köklü tıp etiği geleneğini ele alan Jonsen, kültürel ve zamansal farklılıkların erdem ve dürüstlük hakkındaki kavramların anlamlarında yarat-

tığı değişime rağmen, tıp etiği hakkındaki literatürün, farklı kisveler altında bile tanımlanabilen, belirli ortak temalar etrafında dönüyor gibi görüldüğünü belirtir. Sokrates zamanından beri düşünürler, ahlaki kişinin (moral person) karakteri veya vasıfları, ahlaki bir yaşamı oluşturan görevler veya yükümlülükler ve bireyler ile toplulukları arasındaki ilişki üzerine düşünmüşlerdir. Jonsen kolaylık sağlamak için, bu üç etik alanı *decorum* (Yun. εὐπρέπεια, adabımuaşeret/edep, Cicero *decorumu* içsel erdemi tezahür ettiren dışa dönük davranışları tanımlamak için kullanır), *deontoloji* ve *politik etik* (*politic ethics*, antik tıpta nadiren bahsedilen politik etik, bireyin ötesinde, bireylerin yaşadıkları topluluğa bakar ve tıbbın ticari kültürlerde profesyonel bir uygulama haline gelmesiyle önem kazanır) olarak adlandırır. Ahlak felsefesinden tıbbi etiğe dönüldüğünde bu üç alan ortaya çıkar. Çünkü tıbbi bir yaşamda hekim, erdemli, hastalarına olan ödev ve yükümlülüklerini ifa eden, daha geniş topluluklar veya toplumda önemli roller üstlenerek refaha hizmet eden bir kişi olarak görülmektedir (2).

Batı kültüründe tıp etiğinin kökleri, MÖ 5. Yüzyıldan başlayıp MS 3. Yüzyıla kadar uzanan Yunan Klasik Dönemi (Helen), Hellenistik Dönem ve Roma tıbbına (Romalı hekim Galen (MS.129-199/216?) ile kapanır) dayanmaktadır. Yaraları iyileştirme ve hastalıkları tedavi etme işi ilk olarak Helen dünyasında, ilk toplumların çoğunda olduğu gibi, halk pratiği ve dini ritüel olarak ortaya çıkmıştır. Yunanca Orkos/Ορκος; kısıtlama/constraint anlamına gelen oath/yemin, hakikatin veya bir sözün tanıklığı anlamına gelir. Böylelikle hekim kendini *öteki insanın* hayatı, özgürlüğü ve onuru karşısında kısıtlamak durumunda kalır. Yeminle birlikte hekimler, kişisel bütünlükle güvence altına alınan ve hastalara fayda sağlamaktan ve onları adaletsizlikten korumaktan sorumlu ahlaki bir girişimde bulunurlar. Yemin tıp sanatının saflığı ve kutsallığına dayanır. Hekim kürtaj yaparak, düşüğe yardımcı bir ilaç reçete ederek veya vererek, hastanın ölümüne neden olacak -intihara yardımcı olmak için bile- bir ilaç reçete ederek veya vererek sanatını (mesleki ve şahsi onurunu) kirletmemelidir. Yeminli hekimin en temel yükümlülükleri ise, hastalara yardım etmek, her türlü kötülük ve zarar vermektен, hastalardan, hatta kölelerden cinsel menfaat elde etmektен veya hastanın *mahremiyetini* ihlal etmektен kaçınmaktır. Bununla birlikte, yeminin tıp etiği anlayışı, köleliği kabul etmesi ve kadınların ikincil statüsü de dâhil olmak üzere dönemin kültürü tarafından şekillenmiştir (3).

Hipokrat metinlerinde, hekimin tıbbi bakıma ihtiyaç duyan *herkese* hizmet etme görevinden açıkça bahsedilmemektedir. Platon, vatandaş hekimlerin vatandaşları tedavi ederken, asistanların kölelere baktığını öne sürer, ancak sınıflar arasındaki bu engel resmini destekleyen yine de çok az kanıt vardır (2). Hatta bir yorumcu şu yorumu yapacak kadar ileri gitmektedir 'Hipokrat Koleksiyonu'nda yer alan pek çok tezin hiçbirinde köleler ve özgür insanlar arasında şimdiki kadar yapılmış en küçük ayırım yoktur. Her ikisi de hekimin özeni, ilgisi/dikkati ve saygısı için aynı kavgaları yaşamıştır ve sadece köleler değil, beşinci Yüzyılın sonlarına doğru Yunan dünyasında her yerde sayıca artan ve hayatı çoğu zaman kölelerinkinden daha az zor olmayan yoksullar da dahil' (4). Edelstein, Yemin'in Yunan dünyasındaki hekimler arasında yaygın bir anlaşmayı temsil etmediğini, ancak filozof, mistik ve matematikçi olan Pisagor'un takipçisi olan küçük bir grup hekimin özel antlaşması olduğunu öne sürer. Bu yorumda Yemin, tıbbi çalışmanın gerekliliğinden ya

da hekimin itibarını geliştirme ihtiyacından değil, gerçek ve açık bir ahlaki inanç sisteminin kaynaklanmaktadır (5). Kökeni ne olursa olsun yemin, deontolojinin çarpıcı bir örneğidir ve tıbbi deontolojinin temelidir. Yeminler, adaklar ve vaatler tipik deontolojik eylemlerdir: daha yüksek bir varlık önünde tanıklık edildiği gibi, kişiyi sözüne bağlarlar. Gasset'e göre yemin/ant tanrı ya da tanrıların tanık tutulduğu dinsel bir söyleyiştir. Tanrı gerçeğin sahibi olduğu için, o tanık tutulduğunda gerçekle-kışı/ben(lik) arasında üçüncü kişi var olamaz. Tanrının hazır bulunuşu esasen özü gereği bulunmayışıdır (lâ-mekân, Tanrı hiçbir yerde bulunmayarak var olandır). Tanık tutulduğunda kişi *şeylerin* gerçeğiyle başbaşa kalır, onlarla kişi arasındaki hakikati örtecek hiçbir şey ya da kimse kalmaz (6).

Yunan felsefi yazını ahlaki, deontolojik bilgi olarak tasvir etmez, yani bir kural ve ilke ahlaki olarak değil, daha ziyade bir erdem ve özlem ahlaki (the morality of aspiration) olarak tasvir eder. Yine de, popüler ahlak düzeyinde, kural ve ilkeler, özellikle ilahi olarak onaylanmış, yazılı olmayan bir yasaya (nomos) ve yeminlerin bağlayıcı gücüne olan inançlar da yaygındır (7). Buna örnek olarak Platon'un erdem (sanat) etiği verilebilir (8):

- (Sokrat) *Peki ama sevgili Polemarkhos, hasta olmayana hekimden fayda gelmez değil mi?*

- *Gelmez. (I. Kitap, 332e, s. 8)*

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) *Yeter, bırakalım bu sözleri. Sen şimdi bana şunu söyle. Öz anlamıyla hekim nedir? Hekimlikle para kazanan mı, yoksa hastaları iyi eden mi? Anlat bize gerçek hekimi,*

- *Hastaları iyi eden tabii. (I. Kitap, 341c, s. 21)*

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) *Şunu demek istiyorum: Biri bana bedene beden olmak yeter mi, başka hiçbir şeyi gerektirmez mi?, diye sorsa, ben şöyle karşılık verirdim: Bedenin gerektirdiği başka şey vardır. Hekimlik sanatı onun bu gerektirdiği şeyi karşılar, bunun için icat edilmiştir. Beden tek başına yetersizdir. Bu sanat bedenine işine geleni, ona yarayan neyse onu sağlar. Böyle demekle doğru mu söylemiş olurum sence?*

- *Doğru söylemiş olursun. (I. Kitap, 341e, 342a, s. 22)*

(...)

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) *O halde hekimlik, hekimliğin işine geleni değil, bedenine işine geleni gözetir.*

- *Evet.*

- *Binicilik, biniciliğin işine geleni değil, atların işine geleni gözetir. Bir sanat da hiçbir ekşiği olmadığından, kendinin değil, sanatı olduğu şeyin işine geleni gözetir.*

- *Öyle olacak. (I. Kitap, 342c)*

- (Sokrat) *O halde her bilgi, kendinden üstün olanın işine geleni değil, kendi yönetimi altında olanın, yani güçsüzün işine geleni gözetir ve buyurur. (Bir hayli direndikten sonra, bunu da kabul etti Thrasymakhos.)*

- (Thrasymakhos'a hitaben Sokrat) *Demek ki, her hekim, hekim oldukça kendi işine geleni gözetmez. Hastanın işine geleni gözetir, buyurur. Öyle ya, öz anlamıyla hekim dediğimiz bir adam tüccar değil, beden bakıcısıdır. Bunda anlaşlık.*

- *Anlaşlık (I. Kitap, 342d, s. 21-22-23)*

- (*Thrasymakhos'a hitaben Sokrat*) Peki, biri hastaya bakar da para kazanırsa, hekimliğe para kazanma sanatı diyebilir misin?

- Hayır. (I. Kitap, 346c, s. 27)

Bu pasajlarda Platon, okuyucularının, her etkinliğin bir iyiliği amaçladığını ve bir sanatın/zanaatın veya bir zanaatkârın erdemlerinin, bu iyiliğe ulaşma yeteneklerinin bir işlevi olduğunu -gerçek- kabul edeceklerini varsayar. İyinin elde edilmesine yol açan eylemler veya karakter özellikleri erdemlerdir veya erdemlidir; İyiden uzaklaşanlar ahlaksızlık veya kötülüktür. İyi hekimler, becerilerini ve karakter özelliklerini (erdemleri) geliştirerek ona ulaşmalarını sağlayan kişilerdir. İyi hekimin bu erdem anlayışı, yeminli iyi hekim idealinden çok farklıdır. Ezoterik ve kutsal olan yemin sanatı, uygulayıcılardan, ancak özel bir rol üstlenmeye yemin ederlerse sanatı emanet edebilecekleri kutsal bir taahhüt talep ediyordu. Böylece yemin, bilginin kutsal olmayan amaçlar için kötüye kullanılma olasılığını varsayar. Platon'un tıp sanatı ise aksine sekülerdir, Platon'a göre, ahlaki rol değil, etkinlik belirler. Yemin deontolojikken, Platon'un erdem etiği, tersine, teleolojiktir: yani, yükümlülüğün belirlenmesi de dahil olmak üzere iyi tıbbi uygulama, hangi eylemlerin ve hangi özelliklerin sanatın amacına en iyi şekilde ulaştığının ampirik bir değerlendirmesi ile belirlenir. Vicdanı yemin ile belirlenen bir hekim, yemine bakarak eyleminin uygunluğunu belirler. Örneğin ötenazi ve kürtaj yasakladığından, hekim, hasta veya toplum için sonuçları ne olursa olsun, yeminli hekim hastanın isteğini yerine getiremez (1). Bunun da büyük oranda 'günaha girme kaygısı' ve 'insan vicdanı gerçeğin yanlış temsilidir' düşüncesi ile ilgili olduğu iddia edilmiştir; ancak etik, günahla, 'felsefi günah' (philosophical sin) denilen yön dışında ilgilenmezken, deontoloji, günahı, uygun teolojik anlamında 'Tanrı'ya karşı bir suç veya düşünce, Tanrı'nın yasalarına karşı çıkma' olarak tanımlar. Deontoloji/yemin, bu nedenle, doğal teolojiyi önceden varsayar ve onun sonucudur. Aynı zamanda, etik mutluluğun zorunlu nesnesi olarak Tanrı'nın varlığının değerli bir kanıtını gösterirken, deontoloji/yemin zorunlu kanun koyucu olarak O'nun bir kanıtını sunar. Tanrı olmadan insanın rasyonel arzusu hüsrana uğrar ve insanın vicdanı gerçeğin yanlış bir temsilidir (9).

Platon'un sanat etiği modern zamanlara değin hekimler güruhunda genel kabul görmemiş gibi görünüyor. Ancak hekimler tarafından yazılan metinlerin bir kısmında Hipokratik deontoloji, tıbbi görgü ve edep/adabımuaşeret literatürü devam etmiştir. Tıp sanatının kutsallığı gibi yemin de birçok kültürde kutsal kabul edilmiş, hekimlerin saf ve ilahi/ilhami olan bu kutsal sanatın yolundan sapma ihtimallerinin önüne yemin aracılığıyla geçilmeye çalışılmıştır. Bunun yanında hekimlerin temel erdem ve ahlaksızlıkları, ideal hekim profili görgü ve edepsel yazınla birlikte tartışılabilmiştir.

Hipokrat'a atfedilen -üslup ve felsefi gerekçelerle sonradan Helenistik döneme tarihlenebilen- Decorum ve Precepts (Παραγγελιαί, tıbbi düsturlar) gibi ahlaki tezlerden Decorum adlı kitap bilgeliliğin övgüsüyle açılır: "Hekim bilgelik aşığı, yani bir filozof olmalıdır ve böylece tanrısal olacaktır." (III). Hipokrat'a göre hekimin decorumu (edebi) onun itibarını (εὐδοκμίην) arttıracaktır (XVIII). Burada itibar, hekimin kendi reklamını arttıracak şöhretten ileri gelmez, esasen iç benliğinin dışavurumu, yani ahlaki erdeminin

dışsal tezahürüdür. Bilgelik aşığı bir hekim bir tanrıya eşdeğerdir (tanrılar, insanlar öyle düşünmese de gerçek hekimlerdir), çünkü bilgelikle tababet arasında gerçekte sabit bir uçurum yoktur; tıp, bilgeliği oluşturan tüm niteliklere sahiptir (10). Sanatın hizmetkârı (hekim), Precept V'de önerildiği gibi, hastanın isteklerini göz ardı edemez, ancak hastanın işbirliğini güvence altına almalıdır, çünkü işbirliği sanatın amacına ulaşır. Precepts (VI)'de ise şu pasajlar dikkat çekicidir: *Sizin çok kaba olmamanızı, hastanızın bolluk veya servetini dikkatlice düşünmenizi tavsiye ediyorum. Bazen hizmetlerinizi karşılıksız verin, önceki bir iyilik ya da mevcut tatmini aklınıza getirin. Ve mali sıkıntılar yaşayan bir yabancıya hizmet etme fırsatı varsa, bunların hepsine tam destek verin. İnsan sevgisinin olduğu yerde sanat sevgisi de vardır* (11). *Precepts ve Decorum* gibi ahlaki tezler, evrenselci bir etiğin, görünüşte hekimin pratik başarısına daha fazla bağlı bir başkasına tabi (insan/hasta/yabancı) olduğunu onaylar. Yemin tıbbın deontolojisini belirlediğinden, esasen, hekimlik pratiğindeki görgü ve edep (etiquette ve decorum) etiği belirler, etiğe bir tartışma alanı açar (12). Evrensel olarak uygulanmamış olsa da, evrensel olarak uygulanabilir etik kurallar için en iyi kanıtın Helenistik dönem sözde Hipokrat metni *Precepts*'de bulunabileceği başka yazarlarca da iddia edilmiştir (13).

Roma tıbbıyla birlikte Stoik öğretiler de tıp etiği literatürüne eklenmiştir. Romalı hekim Scribonius Largus'un (MS 1?-54?) -MS 44 ile 48 yılları arasında yazdığı- *Compositiones medicamentorum* isimli kompozisyonlarının önsözündeki ahlaki öğretiyi inceleyen Pellegrino -dönemin Roması ve tıbbının (bilimsel ve ahlaki olarak), Scribonius tarafından ifade edilen türden etik ve insani duyguları beslemek için uygun bir zemin olmadığını belirterek- Scribonius'un öğretilerine doğrudan Hipokrat geleneğine ilaveten bu geleneği önemli ölçüde genişleten orta dönem Stoa ahlakından çıkarılan boyutları ekleyerek, hekimin sosyal rolünün özel doğasındaki ahlaki yükümlülükleri, bu role özgü şefkat ve ahlaki bir zorunluluk olarak statüsünü şekillendirdiği hümanist bir etik yarattığını belirtir. Scribonius eserinde şunları yazmıştır: '(...) Öte yandan, hastalarına mümkün olan her şekilde yardım etmeye istekli olanlar alkışlanmalıdır (bu cümlelerin çevirisinde farklı çevirmenlerce bazı farklılıklar vardır). (...) Tüm tanrılar ve insanlar, yüreği şefkatten ve insanlığın nezaketinden yoksun olan hekimden nefret etmelidir. Ne de olsa bu nitelikler, kutsal tıp yeminine bağlı olan hekimin bir düşmana bile zararlı bir ilaç vermesini engellemektedir. (...). Tıp, kişinin bütün varlığıyla yoğunlaşmasını/dikkat kesilmesini gerektirir. Hekim hastalar(ı) arasında ayırım yapmaz çünkü "bir erkeğin/hastanın değerini zenginliğine veya karakterine göre ölç(e)mez, ancak [ve] onu arayan herkese yardımını özgürce sunar". Scribonius bunu '*scientia enim sanandi non nocendi est medicina*/tıbbın ana amacı iyileştirmektir, zarar vermek değildir' ilkesiyle açıklamıştır. Ona göre en düşük fayda sağlayabilmek bile zararlı olmamanın çok ötesindedir. Buna göre hekim bütün varlığını ıstırabın giderilmesine yoğunlaştırmalıdır. Scribonius'un ahlaki kodunun bu unsurları haklı olarak hümanist olarak adlandırılabilir. O erdeme dayalı, role özgü bir deontolojik etik kurar. Role özgüdür çünkü tıp mesleği kişisel çıkarların silinmesini gerektirir. Üstelik tıp, hekimlerin büyük bir özgürlüğe sahip olması ve istedikleri gibi pratik yapabilmeleri nedeniyle, hekimin erdemli olmasını gerektirir. Gerçekten de şefkat, hekimin her tıbbi eylemde göstermesi ya da hekimliği bırakmasını gerektiren açık bir ahlaki zorunluluk

haline gelir. Aslında, hekimin “mesleği”, merhametli bir iyilik vaadi, ahlaki olarak saygı göstermek zorunda olduğu bir kutsallıktır (14). Scribonius’un yazdığı zamandan yaklaşık iki yüzyıl sonra MS. 220’ye tarihlenen Atina’nın Asklepion’unda kurulan bir anıt hekimin görevleri üzerine -Dor lehçesiyle- yazılmış bir şiirde de geleneğin devamı izlenebilir. Düşünce, insan kardeşliği Stoacı doktrinini, özellikle de Hipokrat yazılarının eski felsefesini yansıtır. Şiir klasik yemin içeriğinden sonra şu cümleyle bitmektedir “Bir hekim bir Tanrı gibi, kölelerin, yoksulların, zenginlerin ve yöneticilerin kurtarıcısı ve tüm kardeşlere eşit derecede yardımcı olmalıdır. Çünkü hepimiz kardeşiz. Bu nedenle kimseden nefret etmez, zihninde kıskançlık duymaz.” (15).

Galen’in eserlerine, örneğin, *Terapötik Metod Üzerine* isimle eserine bakıldığında Metodizm Ekolü’nün kurucusu kabul edilen ünlü Romalı hekim Trallesli Thessalus (MS 70-95 civarı) Galen’in ahlaksızlık örneğidir. Uzun zaman önceki güzel günlere kıyasla çağdaşlarının bayağı zevkleri ve ahlaki durumundan bahseden Galen, gerçeğin/hakikatin kendi çağında hiçbir şey ifade etmediğini, yalnızca para, dalkavukluk, güç, yiyecek ve şarap anlamına geldiğini aktarır (16, 17). Galen, yazılarının pek çok bölümünde hekimleri açgözlülük, çekişme ve cehaletle suçlar. Gerçek hekim, ölçülü bir dost ve bir hakikat musahibi olarak tanımlar. Bu nedenle hekim felsefenin tüm bölümlerini bilmelidir: mantık, fizik ve etik (Epikürosçu tasnif). Bu durumda, ölçülü davrandığı ve parayı küçümsediği için, herhangi bir kötü eylemde bulunma tehlikesi olmayacaktır. Öyleyse hem ilköğrenim hem de sonraki eğitim hayatında hekimler için felsefe gerekliyse, açıkça tüm gerçek hekimlerin de filozof olması gerekir (18). Müslüman tabiplerden Galen’in bu görüşüne (ehil bir tabip filozof olmalıdır) muhalif görüşler de yok değildir. Örneğin İbn Hindû’ya (ö. 423/1032) göre “Sanatların sanatı olan felsefe, tıp da dâhil olmak üzere tüm ilimleri içeren genel bir disiplin olduğundan, hekimi filozof yapmaktansa filozofu hekimi yapmak, daha kolay ve anlamlıdır” filozof olmayan hekimin, felsefenin nazari ve ameli tüm dallarında ilim tahsil etmesine lüzum yoktur, ancak mantık eğitimi ardından tıp talebesi, nefsinin rezil hallerden korumak ve faziletlerle donatmak için ahlâk ilmini (ilmü’l-ahlâk) tahsil etmelidir (19).

Bazı akademisyenler tababet ve hekimlikle ilgili ahlaki söylemin çeşitli yüzyıllarda ve kültürlerde çeşitliliğinin, kesintisiz/değişmemiş bir şekilde günümüze gelmediği konusunda uyarıya da (20) her devirde tıbbi ve ahlaki yazın hep içiçe olmuştur. Gelenek boyunca, bu alıntılar dikkat çekici ölçüde benzer tonlarda, ancak çeşitli vurgularla tekrarlanmıştır. Örneğin, edepte (decorum) tavsiye edilen tavırlar, belirli dönemlerin geleneksel nesirlerinde farklı şekilde tanımlanmış olsalar bile, büyük bir kararlılığa sahiptir. En eski zamanlardan beri mevcut olan gizlilik veya tıbbi sır gibi diğer edepsel unsurlar, farklı kültürlerde farklı şekillerde vurgulanmış ve hatta deontolojiye entegre edilmiştir. Kürtaj veya kasıtlı olarak can almaya karşı olma gibi deontolojik unsurlar, bir çağdan ve kültürden diğerine tutarlı, ancak oldukça farklı görünen derin ahlaki varsayımlara dayanır. Uzun geleneğin çoğu, hekimlerin nasıl davranması gerektiğini yazan hekimler tarafından yaratılmıştır. Ancak tıbbi adap bundan çok daha geniştir. Diğer kişi ve kurumların tıbbi faaliyetlere verdikleri yanıtları (şairlerin ve oyun yazarlarının yorumları, hahamların ve papaların öğretileri, kralların ve meclislerin hükümleri vs.) da içerir (2).

• Uzakdoğu, İslami yazın ve Orta Çağ'dan örnekler

Uzakdoğudan da örnekler vermek gerekirse; Konfüçyüscü (Confucius (551–479 MÖ) –hümanist, diğerinin acısına dayanamayan insan kalbini kök alan ve *Ren Sanatı* olarak adlandırılan öğretinin – tıp etiği geleneğinde, *tababet* bir aşk sanatıdır, iyi yaşam için erdemleri geliştirme hayatıdır ve kişisel adanmışlık gerektirir. Konfüçyüsçüler doğal olarak tıbbi “ren sanatı” olarak kabul etmiş, onu kâr veya şöret için değil, sevgi ve şefkatin bir nedeni olarak görmüşlerdir. Tıbbi tekniklerde ustalaşmak ve bunları uygulamak için büyük erdemler gerektiğine inanmışlardır, çünkü Konfüçyüsçülük, insan hayatını evrendeki her şeyin en şerefli ve değerlisi olarak yorumlar (21). Genel olarak, Konfüçyüs etiği güçlü deontolojik ve erdem etiği özelliklerinin yanı sıra, *kamu yararını gözetmek için* sosyopolitik bağlamda kaçınılmaz olarak sonuççu etik olarak belirir (22). Hasta-hekim ilişkisine dair aşkın yorumlardan biri 7. Yüzyılda Çinli hekim Sun Si Miao'nun (sün sī miào (581-682)) *Usta Hekimlerin Mutlak Samimiyeti* (dà yì jīngchéng/Absolute Sincerity of Great Physicians) başlıklı makalesinde göze çarpmaktadır, Sun Si Miao'nun hazık bir hekimin hiçbir koşulda ayrımcılık yapmaması gerektiğine dair yazdıkları dikkat çekicidir: *Usta bir hekim statüye, servete veya yaşa dikkat etmemelidir; bir kişinin ilgi çekici ya da çirkin, düşman ya da arkadaş, Çinli ya da yabancı, eğitimsiz ya da eğitilmiş olup olmadığını sorgulamamalıdır. Herkesle eşit zeminde buluşmalı. Her zaman yakın akrabalarını düşünüyormuş gibi hareket etmelidir* (23). Çin ve Batı kültürleri arasındaki farklılıklara rağmen, bir ‘hekimin erdemleri ve profesyonelliği’ hakkındaki görüşler benzerdir (24).

Hipokratik etik ile Yahudi-Hıristiyan tıp etiği çatışmalarını anakronik bir tarzda irdeleyen bir çalışmada, Hıristiyanlığın ilk dokuz yüzyılında tıbbi eserlerde kaydedeğer bir Hipokratik atıf bulunmasa da sonrasında Hipokrat Yemini'nin teolojikleşerek Avrupa kültürüne entegre edildiği ve bir Hıristiyanın yemin edebilmesi için revize edildiği belirtilmiştir (20). Nitekim İslâm kültüründe de durum bundan farklı olmamıştır. Örneğin İbn Ebî Usaybia (ö. 668H/1269) *Uyûnu'l-enbâ fî tabakâti'l-etibbâ*'da Hipokrat, Pisagor, Sokrat, Aristo, Platon, Galen gibi filozof ve hekimleri mümin ve muvahhid ilân etmiş, tıbbın kökeninin kaynağı ile ilgilenmiş (‘Tıp kadîm midir? -Hadis midir?/Ampirik midir? -Vahiy veya ilham eseri midir?') ve Galen'in tıp ilminin ilahi/ilhami olduğuna hükmetmiştir. Usaybia Hipokrat Yemini'ni Arapça'ya tercüme etmiş ve yemini İslamileştirmiştir (25). Chauncey D. Leake'de yeminin Hıristiyanlaştırılması hakkında şu yorumda bulunur: Hıristiyanların aslen bir pagan olanı almasına izin vermek için, yeminin biraz değiştirilmiş biçimleri geliştirilmiştir. Yeminde yer alan etik kuralları uygulayan kimse olmamasına rağmen, yine de tıbbi uygulama üzerinde bir miktar etkisi olduğu görülmektedir. 18. Yüzyılın sonundan önce tıp mesleği genellikle etik sorunlarını Yunan geleneği olan sosyal açıdan uygunluk ve kişisel onur temelinde ele almaya çalışmıştır. Bununla birlikte, özellikle modern tıp etiği kodlarının gelişimini anlamak istiyorsak, antik Yunan'a değil, 19. Yüzyıl İngilteresine ve özellikle 1803'te yayınlanan Thomas Percival'in eski ve modern tıp etiği arasında önemli bir kırılma noktası olan çalışmasına *Tıp Etiği*'ne bakmak gerekir. Çünkü Yunan tıp etiğinin genel ilkelerinden mevcut karmaşık sisteme geçişi herkesten daha fazla etkileyen Percival olmuştur (26).

Hipokrat'ın fikirlerinin kesintisiz bir çizgide erken ve geç Orta Çağ ve Salernitan (Salerno Hipokrat idealizmi ve bilimselliğinin merkezi, orta çağda Yunan tıp geleneğinin

temsilcisi olan seküler ekol) olmayan merkezlerde ısrarı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (27, 28). Yunan tıp geleneğinin yüksek ideallerinden saptığı varsayılan ve hekimlerin şarlatan, şifacı, berber konumuna indirildiği Orta Çağ tababetinin tıp etiği geleneği ile ilgili önemli çalışmalar yapılmıştır. Dönemin el yazmalarını inceleyen MacKinney'e göre erken Orta Çağ için (9. Yüzyıl öncesi) kaynaklar yetersizse de 4. Yüzyıl'dan sonra tıp etiği ile ilgili belgeler Hipokrat yeminine muğlak yakınlıklar göstermektedir. Tıbbi idealler daha dindar ifadelerle manastır tıbbi olarak da anılan 8-10. Yüzyıllar'da özellikle Kuzey Avrupa'da yazılan el yazması eserlerde görülebilmektedir. Karanlık Orta Çağ olarak bilinen 4-11. Yüzyılların tıbbi ideallerinin de Hipokrat, İncil veya ruhani otoritelerden kaynaklandığı ve evrildiği gösterilmiştir. Şifanın ilahi yönlerini vurgulayan dinsel tezlerin yanında (bedenin iyileşmesi ruhun iyileşmesine bağlıdır, şifa tanrıdandır, tıp *en yüce olan* tarafından yaratılmıştır) hekimin nitelikleri ve eğitimi (örn. hekim zarif ve doğuştan iyi bir karaktere sahip, öğrenmeye yatkın ve eğilimli, ayık ve mütevazı olduğunu görmek için kişiliğini test etmelidir; iyi bir konuşmacı, çekici, vicdanlı, zeki, uyanık ve nazik, tüm ayrıntılı işlerde usta ve becerikli olmalıdır. Tıp sanatı aynı zamanda kişinin sevimli, alçakgönüllü ve yardımsever olmasını gerektirir. Hekimin onuru yüksek olduğu için kusurları olmamalı, sağduyulu, sabırlı, sükûnet ve incelik sahibi olmalı; açgözlülükten kaçınılmalı, akılcı, çalışkan ve haysiyetli olmalıdır. Bu sanatın erdemlerinden biri de, bilgeliğin kazanılmasında gösterilen gayrette saklıdır.), nasıl biri olması gerektiği (hekim güvenilir, tavırlarında nazik ve mütevazı olmalıdır. Ne bilgiden yoksun olmalı ne de gurur duymalı; *zengin ve fakir, köle ve hür olanla ilgilenmelidir, çünkü tüm bu insanlar arasında ilaçlara eşit olarak ihtiyaç vardır*. Hipokrat Yemini'ne dikkat etmeli ve her türlü suçluluktan ve özellikle ahlaksızlıktan ve baştan çıkarma eylemlerinden kaçınmalıdır.), tıp sanatında eğitim almaya başlayacak olanların özellikleri (önce doğuştan özgür, asil karakterli, yaş olarak genç, orta büyüklükte ve sağlam vücutlu olmalıdır. Her şeyde; gerçekten de vücutta olduğu gibi, ruhsal olarak da; iyi bir ögüdün bilincinde, iyi huylu, erkeksi, iyiliksever, iffetli, alışılmadık bir zihin gayretiyle donatılmış, öfkelenmeden cüretkâr, dik başlı değil, öğretileni hızlıca kavrayan ve anlayan, kısaca konuşmayı bilen, zarif, iyi hafızaya sahip ve tembel olmamalıdır. Öncelikle ona gramer, diyalektik, astronomi, aritmetik, geometri ve müzik öğretilmelidir. Konuşkan olmasın diye retorikten kaçınmalıdır. Tıpla birlikte felsefe öğretilmelidir.) pek çok eserde ele alınmıştır. Erken Orta Çağlarda tıp etiği ve görgü gerileyen bir klasisizmden çıkmasına ve münzevi dindarlığın "karanlık çağı" tarafından beslenmesine rağmen, belirgin bir şekilde modern bir tada sahiptir. Başvurulan tek otorite Hıristiyanlığın Tanrısı olmasına rağmen, Hıristiyanlığın ve Hipokratik ideallerinin dikkate değer bir sentezidir. MacKinney hem Yunan hem de Orta Çağ hekimlerinin, biri idealist, diğeri pratik olmak üzere iki farklı etkiye maruz kaldığını iddia eder; etik ve görgü kuralları (etiquette). Etik söz konusu olduğunda, erken Orta Çağ yazarlarının, görünürde herhangi bir çatışma veya tutarsızlık hissi olmadan Hipokrat ve Hıristiyan ideallerini birleştirmiş gibi göründüklerini belirtir. Ancak tıbbi veya başka türlü pratik faaliyetler daha dünyevi bir şekilde tartışılmıştır. Bu nedenle, tıp etiği üzerine yapılan incelemeler genellikle –oldukça– Hıristiyan bir ideolojiyi ortaya koyarken, görgü kuralları ile ilgili olanlar daha sekülerdir (29).

İslam tıp yazımında da Hipokratik ve Galenik erdemler ve edep kültürü, İslâm kültür, ahlak ve adabıyla yoğrulmuş *nasihatname/vasiyetname* şeklinde veyahut müstakil eserlerle genç ve tecrübesiz hekimlere aktarılmıştır. İdeal hekim tasavvuru dönemin gerçekliğiyle şekillenmiştir. Bilinen en eski müstakil metin İshak bin Ali er-Ruhâvî'nin (Ishâq bin Ali al-Rohawi, ö. 319/931'den önce) *Edebu't-Tabîb* (Hekimlik Edebi/Adabı) eseridir ve eserde bir hekimin ödevleri (kendisine, hastalarına ve yardımcılara karşı), liyakati, mesleğin onuru (nakit kazançlar asla *insan yaşamının değerinin üstünde* değildir) gibi pek çok konu yer alır (30, 31). Râzî (865-925), *Ahlâku't-Tabîb* (Hekimlik Ahlâkı) adlı eserinde Hipokrat ve Galen'den alıntılar yaparak, hekimin-hastaya ve hastanın-hekime karşı ödevleri ve hekimlerin kişisel erdemlerinden (Allah'a güvenmesi, gururlu olmaması, alçakgönüllü olması vs.) bahseder (32). Ali ibn Abbâs'ın (Haly Abbas/Alî ibn al-'Abbâs al-Majûsî Ahvazi, 930-994) *Kitâbu'l-Meliki/Kâmilu's-Sinâ'ati't-Tıbbiyye* (Tıp Sanatında Olgunluk) eserinin “el-bâbu's-sânî fî zikri vesâyâi İbukrât ve gayrihi min el-kudemâ'i'l-mütetabbibîni ve 'ulemâ'ihim (Hipokrat ve diğer eski âlimler ve hekimlerin vasiyetlerinin anılması üzerine)” başlıklı ikinci babı hekimlere vasiyetlerini içerir: hekimlerin Allah'a inanması ve onun emir ve yasaklarına uyması, Hipokrat'ın öğütleri ve yeminine sadakat: üstada saygı/hürmet, hizmet, ailesine destek ve çocuklarına mesleği ücretsiz öğretme, hastanın sırrını korumak, iffetsizlikten kaçınmak vd., açgözlülük ve lüksten sakınmak, hastaları maddi menfaatler uğruna değil, manevi güdülerle tedavi etmek (33). Selçuklu hekimi olan Semerkandlı Nizâmî-i Arûzî (12. Yüzyıl) *Çehâr Makâle* (Dört Makale) eserinin son makalesi olan “İlmi Tıp ve Hidâyet-i Tabib Beyanındadır” başlıklı makalesinde aynı –İslami– erdemler (imanlı, nefesine hâkim, yumuşak huylu, sezgisinde iyi olması) ve Hipokratik gelenek göze çarpmakta ve Arûzî hekimin yumuşak huylu olabilmesinin *insanın şerefini/onurunu tanımamasına* bağlı olduğunu belirtmektedir (34). Tıp etiğinin aktarım biçimi olan vasiyetname/nasihatname geleneğini Anadolu Türk Beylikleri ve Osmanlı döneminde de gözlemlemek mümkündür. Örneğin Hekim Hayreddin'in (15. yüzyıl) *Hulâsatü't-Tıbb'ı* (35), İbn Şerif'in (15. Yüzyıl) *Yâdigâr'ı* (36), Cerrâh İbrâhîm'in *Alâ'im-i Cerrâhin'ı* (1505) (37), Nidâî'nin (16. Yüzyıl) *Menâfi'ün-Nâs'ı* (33) Emîr Çelebi'nin *Enmûzecü't-Tıbb'ı* (1624) (38) bunlara örnek olarak verilebilir.

Orta Çağ boyunca Avrupâda tıp mesleği, şifalı bitkiler ilmine sahip olanlardan (ot hekimleri), sihirbazlara, cerrahlardan üniversite eğitilmiş hekimlere kadar çok çeşitli uygulayıcılar tarafından yürütülmüştür. Oxford'da ve Avrupâda tıp eğitimi arasında bazı farklılıklar olsa da, ilk 7 yıl boyunca teoloji ve liberal sanatlara yapılan vurgu ile büyük ölçüde benzer olmakla birlikte, “MD derecesi” almak için 3 yıllık ek eğitim gerekliydi. Liberal sanatlar eğitimi/septem artes liberales, trivium (gramer, mantık ve retorik) ve quadrivium (aritmetik, müzik, geometri ve astronomi) eğitimini içeriyordu. Trivium'da yansıtıldığı gibi akıl yürütme, tartışma ve münazara, öğrenilmesi gereken en önemli becerilerdi. Daha ileri tıp eğitimi büyük ölçüde, başta İbn Sina (Avicenna) ve Galen gibi klasik tıp yazarları olmak üzere belirli metinler takip edilerek verilmiştir. Bazı üniversitelerde bir hekimle (öğrenci tarafından ayarlanacak) klinik eğitim gerekliydi ve diğerlerinde, özellikle 1300'lerin başından ortalarına kadar Bologna ve Montpelier'de anatomik diseksiyona katılım gerekiyordu. Ancak hekim olmanın temeli, hastalığın nedenlerini ve hastalığın

sağlıkla ilgili entelektüel bir teoriye nasıl uyduğunu bilme becerisine dayanıyordu (39). Birçok ruhsatsız uygulayıcısı ile 14. Yüzyılın ortalarında tıp uygulamaları organize olmaktan çok uzaktı (bugün bildiğimiz anlamda sertifikalı, diplomalı tabipler ya da tıp mesleği, Orta Çağ'da basitçe yoktu). Ameliyat yapan bira yapımcılarından bebekleri doğurtan başrahiplere, tıp kitapları yazan keşişlerden krala doktorluk yapan bir maliye bakanına, toplumun birçok kesimi şifa arayışı içine girmişti ve tıp pratiğine bir şekilde dâhil olmuştu (40).

Böyle olmasına rağmen Orta Çağ'da tıbbi adap ve hekim ahlakına dâir literatür büyük oranda gerçek hekimler tarafından kaleme alınmıştır. Avrupa'da da ahlaki yazın İslâm kültürüne benzer, tıp kitaplarının arasında ve nasihatname biçiminde bulunmaktadır. 14. Yüzyılın Avrupa'sının tıbbi deontolojisini inceleyen Welborn, 14. Yüzyıl tıbbi ideallerinin en iyi şekilde, dönemin hekimlerinden Guy de Chauliac'ın sözleriyle özetlenebileceğini belirtir: Hekimin iyi huylu ve pek çok yönden cesur olması, tehlikelerden korkması, yanlış tedavilerden veya uygulamalardan nefret etmesi gerektiğini söylüyorum. Hastalara karşı nazik olmalı, meslektaşlarına karşı iyi kalpli, tahminlerinde bilge olmalıdır. İffetli, ayık (sarhoşluktan uzak duran), şefkatli ve merhametli olmalıdır; açgözlü olmamalı, para meselelerini kavramalıdır. Ve sonra hekim, emeği, hastalarının maddi gücü, tedavinin başarısı ve kendi haysiyetiyle orantılı bir maaş alacaktır (41).

Antik dünyada, hekimler için hiçbir düzenleme veya ruhsat bilinmiyordu. *Tıp, onursuzluk dışında hiçbir cezaya tabi olmayan tek sanattı*. Hem Platon hem de Aristoteles, hekimlere mahkemeler tarafından nasıl davranılması gerektiği konusunda kısaca yorum yapmıştır. Platon, zehirlenerek kasıtlı olarak zarar verme niyetinde olan bir hekimin öldürülmesi gerektiğini, Aristoteles, hekimlerin tıbbi başarısızlıklarının herhangi bir vatandaş jüri üyesi tarafından değil, sadece tıp eğitimi almış kişiler tarafından yargılanması gerektiğini öne sürmüştür (bir hekimin beceri ve bilgisi özel bir değerlendirme gerektirir). Kısacası devlet ile hekimler arasında muğlak bir ilişki şekli önerilmiştir (2). Orta Çağ'da da aynı muğlaklık devam etmiş, her türden uygulayıcının (şifacılar, hekimler, büyücüler, rahipler vs.) tıp pratiğinde yer alması ve bölünmüş bir tıp mesleği (eczacılık, cerrahlık ve hekimlik), hekimleri, tıbbi eserlerin içlerine serpiştirilen ideal hekim tasvirleri ve nasihatler aracılığıyla mesleğin ve uygulayıcıların onurunu koruma yoluna itmiştir.

• Modern zamanlara ilerlerken etiğin kurumsallaştırılma çabaları, İngiltere, Amerika ve Fransa örneği

Ancak 16. Yüzyıldan itibaren bu karmaşık yapıdan kurtulma ve devletlerin düzenleme ve denetleme kabiliyetini arttırmak için ruhsat meselesi gündeme gelmeye başlamıştır. 16. Yüzyıl itibarıyla İngiltere'de Royal College of Physicians of London/Londra Kraliyet Hekimler Koleji (*kur.* 1518), İskoçya'da Royal College of Physicians of Edinburgh/Edinburgh Kraliyet Hekimler Koleji (*kur.* 1681) kurulmuştur. Bu kurumlar o dönem "kolejler" olarak adlandırılırsalar da akademik kurumlardan ziyade başkanlar, başkan yardımcıları, saymanlar, sekreterler ve sansürcüler (censors/denetçiler) tarafından yönetilen, lisans veren kuruluşlardı. Tıp fakültesi sansürcüleri de benzer roller oynamış: 'comita minora' olarak

bilinen bir sansür alt komitesi üyelik listeleri tutmuş, aيدات toplamış, başvuru sahiplerinin uygulama ruhsatı için niteliklerini değerlendirmiş ve şikâyetleri araştırarak, anlaşmazlıkları karara bağlayarak ve yanlış davranışlar için cezalar önererek üyelerin[in] ahlakını korumuştur (42).

Onsekizinci Yüzyıl'a gelindiğinde, tıbbi adabın temel bir yeniden kavramsallaştırılmasına dair kanıt, ilk olarak İngiliz dili literatüründe John Gregory (1725-73) tarafından 1772'de *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*'ın yayımlanmasıyla ortaya çıkmıştır. 1766'da Edinburgh Üniversitesi'nde profesör olduktan sonra Gregory, hekimlik veya tıp teorisi ve pratiği üzerine düzenli bir dizi konferansının öncesinde ve sonrasında tıp etiği ve tıp felsefesindeki konular üzerine dersler vermiştir (43). Öğrencilerine ders notlarını eksiksiz veren Gregory'nin derslerinin öğrenci versiyonu, 1770'te anonim olarak (44), 1772'de ise kendi adıyla tekrar yayımlanmıştır (45). Gregory, tıp teorisi ve pratiği üzerine derslerinde ve diğer eserlerinde, klinik deneyimin değerine olan bağlılığı, Baconcu bir yöntemin unsurlarını ve diğer eserlerini harmanlayan bir yöntemle tıp etiği ve tıp felsefesi konularını ele almıştır.

Gregory'den önce, hastalarla hekimleri arasındaki ilişki büyük ölçüde bir iş ilişkisi, hastanın hekimin hizmetleri için sözleşme yapmasıyla başlatılan bir hasta-hekim ilişkisi olduğu iddia edilmiştir (46). Bu ilişki, Buchanan'ın profesyonel idealinin beş bileşeninden (pratik türden özel bilgi, bu bilgiyi koruma ve geliştirme taahhüdü, mesleğin uygulamasında mükemmelliğe ulaşma taahhüdü, kendi adına özel bilginin uygulandığı başkalarına hizmet etmeye yönelik içsel ve baskın bağlılık, profesyonel grup tarafından etkin öz-düzenleme) yoksundur. Hekimler hastalarına karşı yükümlülüklerini ya teolojik terimlerle ya da çok gelişigüzel bir şekilde dile getirmişlerdir (47). Gregory'nin etiğinin ahlaki temeli, doğrudan David Hume'un ahlak felsefesinden türettiği sempati kavramıydı ve bu, hekimin tüm yükümlülükleri için bir temel oluşturduğu gibi aynı zamanda hasta çıkarlarının öncelendiği bir etik yaratmıştı (48).

Gregory konferanslarında, yalnızca geleneksel teleolojik tıp etiğinin (Sanat'ın) antiteolojik bilimsel bir kültür karşısında yeniden savunulması sorununa değinmek için İskoç filozofların diline ve mantığına dönmüş aynı zamanda –sempatiye dayalı etiği ile– görgü kurallarını (etiquette) edepten (decorum) ayırt etme ve tıbbi uygulamanın “hastalıklı ticaret”e dönüşmesini engelleme gibi birbiriyle ilişkili problemlerde zamanının, tek etik ihtar edicisi olmuştur. Daha spesifik olarak Gregory, klasik tıp hümanizmini ahlaki duygular teorisi (the theory of moral sentiments) açısından yeniden yorumlamış ve hekimin erdemlerinin ‘insanlık, sabır, dikkat, sağduyu, gizlilik, şeref, ölçülülük, ayıklık ve samimiyet’ ve her şeyden önce “hemcinslerimizin sıkıntılarına karşı bizi hissettiren ve sonuç olarak bizi onları rahatlatmaya teşvik eden kalp duyarlılığı” olarak tanımladığı ‘sempati’ olduğunu vurgulamıştır. Sempati üzerine kurulu tıbbi hümanizm, gerçek (veya ‘doğal’) *ahlaki uygunluk* ve görgü kuralları (moda, ulusal gelenekler vs. ile değişir) arasında ayırım yapmak için bir temel sağlar, doğal uygunlukta yükümlülük değişmezdir, tüm çağlarda ve milletlerde aynıdır. Gregory için ‘doğal uygunluk’, insanlık duyguları, sabır, dikkat, sağduyu, gizlilik, onur, dürüstlük, sempati ve ölçülülük açısından sıraladığı ‘bir hekimin hastalarına borçlu olduğu başlıca görevler’ gibi değişmez yükümlülükleri içerir, diğer her

şey sadece görgü kuralları veya edepten ibarettir. Ahlaki duygular teorisini tıp etiğine uygulayarak Gregory, yalnızca ilk modern tıp etiği teorisini formüle etmekle kalmamış, aynı zamanda etkililiği tıpta olduğu kadar empatik bir hastalık anlayışından da gelen hümanist hekim idealini de yaratmıştır (1).

Gregory, Rush ve Percival etiğini hakkında eleştirel bir yayın yapan Haakonssen 18. Yüzyıl tıp etiğini iki geleneksel türle betimler: karakter taslağı ve davranış kalıbı. Bir karakter tipinin veya idealize bir karakter portresinin tanımlanmasının etik ideallerin peşinde koşma ve ahlaki teorileştirebilmenin en eski biçimlerinden biri olduğunu belirtir. Bu üç hekimin etiğini, ofislerini [görev/sorumluluk/vazifelerini] analiz etme ve ahlaki yaşamı oluşturan sosyal karakterleri tasvir etme endişesinin bir parçası olarak yorumlar (48).

Kolonyal veya postkolonyal Amerika Birleşik Devletleri'nde 1769'dan 1822'ye kadar çıkan "tıp etiği" üzerine her büyük yayın, Edinburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmüş hekimler tarafından yazılmış veya yazdırılmıştır. Örneğin Samuel Bard (1742–1821) 1769'da Gregory'nin derslerinin Amerikanlaştırılmış versiyonunu yayımlamış (42, 49) Gregory'nin bir diğer Amerikalı öğrencisi Bard'ın dönem arkadaşı Benjamin Rush'da tıp etiği üzerine notlar almış, konferanslar vermiş ve bunlar yayımlanmıştır (50, 51).

Örneğin Dr. Benjamin Rush 1801'de *Hekimlerin Erdemleri ve Ahlaksızlıkları/Kötülükleri Üzerine* başlıklı Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde verdiği açılış dersinde, hekimlerin ahlaksızlıklarını üç başlıkta incelemiştir bunlar: (a) tanrıyla (hekimlerin eğitimleri sırasında zorunlu olarak yaratanın bilgeliğini ve iyiliğini görmeleri gerekmesine rağmen bunu unutarak/görmeyerek sahtekârlığa eğilimli olmaları, insanların sağlığı ve yaşamları üzerinde ilahi ve denetleyici gücü dışlayarak şifayı kendinden bilmeleri, sarhoşluk, tanrının adını bazen hürmetsiz ve profan bir şekilde anmak/kirletmek) (b) hastalarıyla (yalancılık, davranışlarında insaniyetsizlik/zalimlik, tamahkârlık/açgözlülük/para hırsı özellikle yoksullar ve yaşlı hastalara hizmet vermeme, hastanın bakımını ihmâl etme, hastalarını iyileştirmekten çok memnun etmek için çalışma, muhafazakarlık/eskimiş başarısız tedavi usullerine bağlılık ve yeniliklere kapalı olma) ve (c) meslektaşları/kardeşleri (Rush bu konuya değinmek bile istemez) ile ilişkili ahlaksızlıklardır. Erdemlerini ise şöyle sıralar: (a) tanrıya saygı (Hipokrat'tan beri hekimlerin tanrı veya tanrılara saygısını ele almış, dindarlığın öneminden bahsetmiştir), (b) insaniyet (iyilik yapma aşkı, hastaları rahatlatma/refahını yükseltme amacı ve fedakârlık, asil bir sempati yeteneği, Rush'a göre hekimlerde insanlık özellikle kendisini fakirlere karşılıksız hizmetlerde gösterir burada fakir hastalarla fazlasıyla ilgilenen ve onların en iyi hastaları olduğunu belirten Dr. Herman Boerhaave'in ünlü sözlerini yineler: *fakirlere en iyi hastalarım olarak saygı duyuyorum, çünkü tanrı onların mutemetidir*), (c) vatanseverlik (kendi ülkelerinde hüküm süren hastalıkları bertaraf etme çabaları, tarımı, ticareti, ahlâkı ve edebiyatı/bilimi teşvik etme, ülkelerinin bağımsızlığına, barışına ve özgürlüklerine bağlılık çabalarında kendini gösterir), (d) açıklıksızlık ve hatalarını kabul etme, (e) meslektaşlarına karşı cömertlik ve karşılıksız yardım, (f) oğul, kardeş, eş ve ebeveyn olarak ev içinde sahip olmaları gereken erdemler. Rush hekimlik mesleğinin, tüm dini, ahlâkı ve sosyal görevlerin yerine getirilmesinden yana olduğunu belirterek sözlerini şöyle bitirir: *elbette kötü bir adam olan hekim, başka herhangi bir meslekten olan kötü bir adamdan daha affedilemez bir kimsedir* (51).

Onsekizinci Yüzyılın ikinci yarısından itibaren takip edilebilecek, tıp uygulamalarındaki etik sorunlarla ilgili endişeleri, 19. Yüzyıl itibarıyla –Percival sonrası– etiğin kurumsallaştırılması, mesleki öz-denetim ve profesyonelleşme çabaları takip etmiştir (tıbbi cemiyetlerin tüzükleri, polisleri, etik kodları, profesyonelleşme olgusunun uluslararası kapsamı üzerine yeniden düşünme vd.).

İngiltere’deki literatüre bakıldığında tekil çabalara örnek olarak Porter ve Banks’ın eserleri verilebilir; Dr. William Ogilvie Porter’ın (1774–1850) 2 Ekim 1837 Pazartesi günü Bristol Tıp Fakültesi kış oturumunun açılışında verdiği Tıp Bilimi ve Etik/*Medical Science and Ethics* [sic] adlı giriş dersinde Porter öğrencilerine “Bütün insanlara, sana davranmaları gerektiği gibi davran. Ve tıp adamları bu kuralı davranışlarının düzenlenmesine, birbirlerine ve diğer mesleki görevlerine uygulamadılar.”, “Ancak unutmayın ki, nezaket, tüm insani duyguların kilidini açan anahtardır: tüm bunlar olmadan ve mükemmel bir öz-komuta olmadan, görevlerimizi hastalara saygı duyarak, onlara veya kendimize rahatlıkla yerine getiremeyiz.” cümleleriyle seslenmiştir (52). Dr. Abraham Banks Tıbbi Görgü/*Medical Etiquette* eserinde amacını “Adalet bizim dönüm noktamız olmuştur ve mesleğin çeşitli dalları arasında uyum ve uyumu geliştirme arzumuzda, onun kutsal haklarına tecavüz etmekten büyük bir titizlikle kaçınırdık.” cümleleriyle açıklamıştır (53). Etik problemlerle ilgili endişeler, tıp etiği ile ilgili tüm önemli tıbbi dergilerde ve aynı zamanda benzer sorunlarla uğraşan okuyucuların önemli sayıdaki mektuplarında (özellikle *Lancet*’te yayımlanan) da ifade bulmuştur. Etik sorunların üstesinden gelmek için kurulan Manchester Mediko-Etik Birliği/Manchester Medico-Ethical Association (*kur.* 1834) tarafından 1848’de bir tıp etiği kodu/tüzüğü (bu 1880’lerden önce bir tıp etiği kodu çıkaran Amerikan olmayan bir tıp topluluğunun bilinen tek örneğidir) yayımlanmış (54) ve İngiliz Tabipler Birliği (British Medical Association/BMA, *kur.* 1832) içerisinde bir tıbbi-etik komitesi (*kur.* 1853) oluşturulmuştur (55). Bu tarihten sonra İngiltere’de 1858 tarihli tıp ve cerrahide uygulayıcıların niteliklerini düzenleyen tıp yasasıyla (The Medical Act) yarı özerk bir kurum olan Genel Tıp Konseyi/General Medical Council (GMC) kurulmuştur. Konseyin iki temel işlevi vardır: bir yandan, hekimler için eğitim standartlarını belirleyerek ve izleyerek, tıp pratisyenlerinin resmi sicilini tutmak/ruhsatlandırmak; diğer yandan ise adli, disiplin soruşturmaları yaparak adı sicilden çıkarılması gerekenleri belirlemek. Konsey, hekimlerin mesleki davranış standartları ve tıp etiği hakkında tavsiyelerde bulunma konusunda yasama yetkisine sahipken ve bu işlev esas olarak Konseyin Mesleki Davranış Standartları Komitesi ve Tıp Etiği Komitesi tarafından yürütülmüşse de konsey, iyi profesyonel davranışa ilişkin bu türden resmi yönergeler oluşturmamış, davranış standartları daha ziyade, yıllar içinde kararlaştırılan disiplin davalarına konsey tarafından verilen kararlarla geliştirilmiştir. 1858-1883 arasında, kayıtlı hekimlere GMC tarafından disiplin cezalarından kaçınmak için mesleki davranışlarını nasıl düzenlemeleri gerektiği konusunda yazılı bir rehberlik verilmemiştir. 1883-1914 yıllarında hekimlere resmi uyarı notları (warning notice) verilmiş, yine bir etik kodu oluşturulmamıştır. 1903’te konseye, İskoçya’da ikamet eden 133 hekim tarafından imzalanan mesleki etik davranış standartlarının belirlenmesine yönelik bir dilekçe verilmesine rağmen GMC bu talebi reddetmiştir. Özetle GMC’ye göre kabul edilebilir (en verimli ve etkili) mesleki davranış standartları-

nın belirlenmesi ve uygulanması, disiplin davalarından etik ilkeler çıkarılması ve bir dizi dava sonuçlandıktan sonra bu ilkeleri özetleyen beyanların yayınlanması yoluyla sağlanmıştır (56). Bu süre zarfında GMC'nin, hakkında hüküm verdiği ve lisansını iptal ettiği bir uygulayıcı hakkında resmî açıklaması her zaman aynı olmuştur: “mesleki açıdan rezil bir davranıştan suçlu olduğuna karar verilmiştir”. Bu uygulayıcıların doğal olarak nasıl hissedip davranacaklarını bilen ve daha fazla açıklamaya ihtiyaç duymayan profesyonel beyefendiler olması anlayışından kaynaklanmıştır. Ugulayıcılar eğer bir açıklamaya ihtiyaç duyarlarsa, zaten düzgün beyefendiler ve bu yüzden de tam anlamıyla profesyonel değildirler. GMC'nin İskoç profesyonellerinin “rezil davranışlar”ın neler olduğunu önceden tahmin etmelerine izin verecek resmi yazılı rehberlik talep eden başvurusunu reddetmesinin nedeni de: “mesleki davranışın beyefendi karakterinin bir işlevi olduğu sürece, yazılı davranış kuralları yalnızca onurlu bir beyefendinin kökleşmiş erdemlerine sahip olmakla birlikte onlara sahipmiş gibi davranmak isteyen kişiler için yararlıdır.” anlayışıdır. GMC'ye göre, “genel anlamda herhangi bir uygulamayı kınayan bir kararın kabul edilmesi arzu edilmez.” Beyefendiler için onur yasalarının yazılı bir koda ihtiyacı yoktur. 1902'de, genel bir yeniden yapılanmanın parçası olarak, BMA, “tıbbi-etik” ve “tıbbi-politik” sorunları ele almak için bir Merkez Etik Komitesi/Central Ethics Committee (CEC) kurmuş, CEC başkanı Dr. Robert Saundby (1849–1918) bir etik rehberi yayımlamışsa da (Medical ethics: A guide to professional conduct, 1902), ne CEC ne BMA ne de GMC, herhangi bir resmi mesleki davranış kuralını *resmi* olarak kabul etmemiştir. Hatta 1980'lere kadar hiçbir *resmi* İngiliz etik tıbbi uygulama kılavuzu yayımlanmayacaktır (42).

Dr. Robert Saundby tarafından yayımlanan *tıp etiği*'nde (iki baskı yapmıştır, 1902 ve 1907) hasta-hekim ilişkisine ve bu ilişkiden doğan hekim yükümlülüklerine dair az sayıda pasaj bulunmaktadır. İlk baskıda ilişkinin doğasına ve hekimlerin yükümlülüğü ve bundan doğacak hukuki yaptırımlara dair şu cümleler dikkat çekicidir: “Halk, bir hekim ile hastası arasındaki ilişkinin sadece ticari bir satıcı ve alıcı değil, sağlık, gelecekteki beklentiler ve hatta hastanın yaşamı onun bakımına bağlı olduğundan aynı zamanda güven ilişkisi olmasını talep eder. Bu ülkedeki hekimler, nadiren yanlış uygulama için eylemleri savunmaya çağırılır, ancak genel hukukta gerekli özen ve beceriyi kullanmadaki herhangi bir başarısızlığın sonuçlarından sorumludurlar ve hatta ağır ihmal nedeniyle cezai kovuşturmaya tabi tutulabilirler” (57). Yazar sık sık öğrencilerin ve genç uygulayıcıların Birleşik Krallık'ta benzer bir talimat veya rehberin yokluğundan şikâyet ettiklerini belirtir ve şöyle der: “Tıp etiği için sağlam bir temel bulmak, genel etik için sağlam bir temel bulmaktan daha kolay değildir, bu ikinci sorun her zaman filozof etiğini şaşırtmıştır. Sokrates, Platon ve Aristoteles –ortak görüşle– zamanın mevcut ahlakını yeterli bir temel olarak almaktan memnundular, ancak daha sonraki eleştiriler bazen medeniyetin farklı aşamalarında ve hatta aynı insanların farklı sınıfları arasında değişen bir standardı kabul etmeyi reddediyor. Yine de, Mesih'in öğretisinin evrensel olarak ilham edilmiş tanrı sözü olarak görüldüğü dönem hariç, etik için daha iyi türden daha tartışmasız bir temel önerilmiştir: temsili tıbbi görüş (representative medical opinion) olarak adlandırılabilir olan sorularla ele alınan sorulara ilişkin görüşleri ifade etmek.” Saundby hekimin hastasına karşı yükümlülüğünü acil müdahale yükümlülüğü olarak belirtir ve şöyle tanımlar: “*Çağrıldığında İlg-*

lenme Yükümlülüğü: Bir tıp doktoru, mesleğinin doğasında bulunan bazı yükümlülükleri kuşkusuz kabul eder. Kendini profesyonel karakterinden mahrum bırakamaz ve çağrılırsa aniden hastalanan bir kişiye tıbbi veya cerrahi yardım sağlamalıdır.” (58).

Waddington'a göre mesleki etik kurallarını formüle etme ve bu kuralları uygulayacak kurumlar kurma girişimi, hekimlerin uygulamada karşılaştıkları bazı tekrarlayan sorunlarla başa çıkma girişimidir. Bu nedenle, İngiliz hekimlerin neden tıp etiği ile ilgilendiklerini sormak, onların tıp pratiğinde ne tür sorunlarla karşılaştıklarını sormak demektir. Ancak meslek etiğinin gelişmesi için yeterli bir koşulun ön koşulu olarak, patronaj sisteminin çöküşünü inceler. Meslek etiği kurallarını formüle etme ve uygulama girişimi, “meslektaş kontrolü” olarak adlandırılan şeye yönelik bir gelişmeyi temsil eder. Bu, hekimlerin mesleki faaliyetlerinin, profesyonel meslektaşlarının eylemleri ve duyguları tarafından düzenlendiği bir sosyal kontrol biçimidir. Yine de meslektaş kontrolü, çeşitli mesleki kontrol biçimlerinden yalnızca biridir ve 19. Yüzyıldan önce hiçbir şekilde mesleki faaliyetlerin baskın kontrol biçimi değildir. Bu nedenle, 18. Yüzyıl bir himaye çağıdır ve patronaj, tipik bir meslektaş kontrolü değil, müşteri kontrolü yapısına yol açar. Himaye altındaki aristokrat ve varlıklı müşteri, müşteri/hasta-hekim ilişkisinde baskın ortaktır: Müşteri, gücünün daha geniş toplumsal temelleri sayesinde hem kendi ihtiyaçlarını hem de bu ihtiyaçların karşılanma şeklini belirleyebilmiştir. Dahası, hekimi patronuna veya patronlarına bağlayan bağlar, sadakat ve kişisel itaat bağlarıdır (55).

Amerikalı hekimler ve cerrahlar ise, 19. Yüzyıl başından itibaren tıp topluluklarının iç ve tıbbi polis tüzüğüne veya tıp etiği kurallarına uyma sözü veren –yalnızca topluluğun üyelerine uygulanan– bir yemin veya taahhüt imzalamışlardır. 1805 yılından önce New York Eyaleti'nde hekimlik uygulaması hiçbir kamu otoritesi tarafından düzenlenmemiştir. Eyalet ve eyalet dışındaki bazı tıp topluluklarının çabalarıyla 1806'da eyalet yasama meclisinin hekimlik ve cerrahi uygulamalarını düzenlemek ve tıp pratisyenlerine lisans verme yetkisi için tıp derneklerine yetki vermesiyle yasama meclisinin yaptırımı altında eyalet ve ilçe (county) tıp dernekleri kurulmaya başlanmış, aynı yıl hekimlere lisans veren ve ilçe tıp dernekleri tarafından hekimlerin niteliklerini incelemek için kullanılan standartları belirleyen The Medical Society of the State of New York (MSSNY)/New York Eyaleti Tıp Cemiyeti kurulmuştur. Eyalet tıp derneklerinin devlete kayıt olmaları gerekliliği ve böylece eyalet bürokratlarını sicilden çıkarma ve ilçe tıp topluluklarını düzenleme yetkisi nedeniyle, bu durumu mesleki özerkliğe bir tehdit olarak algılayan bu yasaya itiraz eden New York Şehri hekimlerince cemiyete bir komite atanmış ve cemiyet başkanı olan Dr. Nicholas Romaine (1756–1817) tarafından Edinburgh tıp yemini İngilizce'ye çevrilmiş, New York'ta ruhsat alan tüm hekimlerin yeminin bu versiyonuna (bu versiyonda gerçekçi olmayan ve uygulanamaz olan gizlilik hükmü kaldırılmıştır) yemin etmeleri sağlanarak mesleki özerklik sembolik olarak yeniden ortaya konmaya çalışılmış, tıbbi ruhsat başvurusunda bulunanların kimlik belgelerini araştırmak ve hekimler arasında ya da hekimlere yönelik suçlamalarını araştırmak için bir komitenin (comita minora) oluşturulabileceği koşulları belirten tüzükler oluşturulmuştur. Massachusetts Tıp Derneği'nin Boston şubesi olan Boston Hekimler Birliği/Association of Boston Physicians (*kur.* 1781 veya 1806) tarafından 1806'da Massachusetts Commonwealth tarafından kendilerine tanınan yeni

ruhsat verme yetkisine tepki olarak farklı bir özyönetim biçimi olarak 1808’de onaylanan, hekimlerin kendi kendilerini yönetmesine ilişkin düzenlemeleri içeren –Gregory, Rush ve Percival’in çalışmalarından yararlanılarak hazırlanan– bir tıp polisi/Boston Medical Police (BMP) kodu ortaya konmuştur. 1817’de Connecticut Medical Society/Connecticut Tıp Cemiyeti, Augusta, Georgia’dan (1822) Cincinnati, Ohio’ya (1821) Dover, New Hampshire’a (1849) kadar sayısız belediye, ilçe ve eyalet tıp derneği BMP’ın kısa bir versiyonu olan Connecticut Medical Police’i (CMP) yayımlamıştır. 1823’e kadar, Amerikan tıp dernekleri tarafından yayınlanan yasalar BMP veya daha yaygın olarak CMP tarzı tıbbi polis yasaları olmuş, Edinburgh yemininin New York versiyonu Amerikan tıbbi adabı üzerinde çok az etkiye sahip olmuştur. Bir tören ritüeli statüsüne indirgenen BMP’in Connecticut versiyonu, 19. Yüzyıl başlarında Amerikada tıp toplumunun özyönetim araçları için bir şablon haline gelmiştir. Bu belgeler içinde hasta menfaatine ilişkin –yalnızca– yoksullara karşılıksız hizmet verme ve hastalara verilecek zararları önlemek adına hekimlerin açgözlü olmamalarına yönelik hükümler bulunmaktadır. 1823’e kadar yalnızca kendi iç tüzüğü ve yeminiyle yönetilen MSSNY, “tıp etiği” başlığını taşıyan bir kod yayımlayan ilk Amerikan tıp topluluğu olmuştur. Bu, “tıbbi polis” başlıklı kodlardan farklıdır çünkü polis kodları yalnızca hekimlerin ücretleri ve birbirlerine karşı davranışlarını ele alırken (tıbbi polis kodları tıbbi uygulamayı etkileyen bir dizi ahlaki meseleyi ele almayıp müşteriler/hastalar için mücadelenin sınırlarını belirleyen veya ücretlendirilecek nesnelere hastalara neredeyse hiç ilgi göstermez), tıp etiği kodları, hekim-hasta ilişkisine de değinir. MSSNY’nin tıp etiği sistemi, hekimin hastadan aldığı acil bir yardım çağrısına derhal uyma görevini açıkça belirtir. 1832 yazında büyük bir kolera salgınıyla mücadele etmek için kurulan Baltimore Mediko-Şirurji Cemiyeti/The Medico-Chirurgical Society of Baltimore Society, kuruluş toplantısında bir komiteyi görevlendirerek –Philadelphia Hipokrat Kappa Lambda Cemiyeti/ Kappa Lambda Society of Hippocrates of Philadelphia (1823-1835) tarafından yayımlanan Percival’s Medical Ethics’in Amerikanlaştırılmış baskısını kullanarak, Gregory ve Rush’in yazılarından da yararlanarak– bir tıp etiği kodu yayımlamıştır. Buna göre “Unutulmamalıdır ki, bir hekimlik makamı yalnızca bir ücret değil, aynı zamanda yardımseverlik ve insanlık makamıdır. Bu nedenle, acil hastalık vakalarında veya yakın zamanda meydana gelen kaza ve yaralanmalarda yardım sunması için sık sık aceleyle çağrılacağı için, her zaman bu tür çağrılara derhal itaat etmesi gerekir (Art. VIII)” kodda hasta-hekim arasındaki karşılıklı yükümlülükler de belirtilmiştir. Yemin, tıp etiği kodları veya tıbbi polislerin 1806-1832 döneminde tıp topluluklarına verilen ruhsatlandırma yetkisine ve bu yetkinin, tehdit olarak algılamasına tepki olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Tıp etiği kodları ve Amerikan tıbbının profesyonelleşmesinin diğer yönleri, genellikle, 1830’larda ve 1840’larda normal tıp topluluklarının ruhsatlandırma yetkisini kaybetmelerine bir yanıt olarak sunulmuştur (42).

AMA tarafından 1847’de etik kodlar yayımlanmıştır bu kodların ilk faslı (Art. I) hekimlerin hastalarına karşı ödevleriyle ilgilidir ve bunlar: (1) hastaların çağrularına iştirak etme ve iştirak ettiği hastasına dikkat ve özen yükümlülüğü, (2) gizliliğe riayet ve sır saklama yükümlülüğü, (3) gereksiz ziyaretlerden kaçınma, (4) hastayı cesaretlendirmek ve moralini bozmaya meyilli her şeyden kaçınma yükümlülüğü, (5) hastayı tedavi edilemez

gördüğü için terk etmeme ve ıstırabını hafifletme yükümlülüğü, (6) konsültasyonları destekleme yükümlülüğüdür ve (7) hekimin tavsiyelerinin niteliği ‘bir hekimin, kötü yönetim sonuçları altında acı çeken hastalarının iyi kararlarını desteklemek ve güçlendirmek için nadiren sahip olduğu fırsat asla gözardı edilmemelidir. Hekimin tavsiyeleri, hatta uyarıları, eğer kibar bir şekilde sunulursa ve muhatap oldukları kişinin refahına yönelik samimi bir ilgi eşliğinde gerçek bir erdem sevgisini ortaya koyarsa, gücenme değil, memnuniyet verecektir’ şeklinde açıklanmıştır (59).

AMA'nın, Mayıs 1873'teki yıllık toplantısının ertelenmesinden kısa bir süre sonra, etik komite, mevcut etik kodların ülkenin genelinde mesleğin genel duygusunu temsil edip etmediğini tartışmaya açmıştır. Kodlarda değişiklik isteyenlerden bir grup, olağan tüzüklerle aynı ışıkta bir etik koduna bakmış ve sonuç olarak bu kodlarda hastaların hekimlerine, halkın mesleğe olan görevlerine ilişkin her şeyi dikkate alarak, mesleğin kamuya gereksiz ve faydasız olduğunu söylemiştir. Bu grup, hekimlerin birbirleriyle ilişkisini düzenleyen kodlar dışında hiçbir şeyi kabul etmeyen ve çok azı, eğitilmiş bir mesleğin üyelerine ait yazılı olmayan onur duygusunun tüm gerekli rehberlik ve kontrol sağlamak için yeterli olduğunu iddia ederek, herhangi bir yazılı koda/kurala itiraz etmişlerdir. Ancak komite bu duruma “bize öyle geliyor ki, tüm bu grubun itirazları, bir etik kodun gerçek doğası ve gayesine ilişkin dar ve kusurlu bir kavrayışa dayanıyor.” ve “bu nedenle, mesleğimiz için etik kodlar, belirli bir toplumun üyelerine uygulanabilecek birkaç basit kural yerine, tüm yerlere ve zamanlara eşit şekilde uygulanabilen rehberlik ilkeleri geliştirerek, ahlaki bir girişimin doğasını az çok ele almalıdır.” yorumlarını getirmiştir (60).

Orijinal 1847 Kodu, biçimini, içeriğini ve ilkelerini 1903², 1912 ve 1947'de yapılan revizyonlarla korumuştur. Tıbbi görgü kuralları ile tıp etiğini ayırt etmek amacıyla, 1957'de AMA tarafından kabul edilen tıp etiği ilkelerinde büyük bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Yeni revizyonda ilkelerin, hekimlere yüksek düzeyde etik davranışı sürdürmede bireysel ve toplu olarak yardımcı olmayı amaçladığı belirtilmiş; Bölüm 1'de *Tıp mesleğinin temel amacı, insanlık onuruna tam saygı göstererek insanlığa hizmet etmek (...)* olduğu, Bölüm 5'te ise *Bir hekimin kime hizmet edeceğine seçebileceği (...)* belirtilmiştir (62).

Anglo-Amerikan kültürünü yansıtan tıp etiği kodları aynı zamanda dönemin rasyonalitesini de ortaya koymaktadır. Percival'in aslen dar görüşlü bir söylemden gelişen Manchester'daki bir klinikte/revirde (Manchester Infirmary) konsültasyonları kolaylaştırmak ve münakaşaları önlemek için tasarladığı prosedürler (63), tartışmaların kamuoyuna yansımadan, taraflar zarar görmeden ve en önemlisi meslek itibarsızlaştırılmadan çözülmesi amacı taşıyordu. Anglo-Amerikan etik kodları, hekimlerin devlet-toplum-hasta ve mes-

² 1880'lerde AMA'nın etik kodlarına karşı mesleğin içerisinde bir ayaklanma başlamıştır. Bilimsel ilerlemenin etiği demode kıldığı ve etiğin yer ve zamana göre değişmesi gerektiği, kodların meslek içerisinde bir yaptırım gücü olamayacağı iddia edilmiştir. Warner'e göre bu, tıbbi ortodoks ideolojiye karşı bir isyan olarak belirmiştir. Esasen bu itirazların nedeni 1847 kodlarında düzenli bir tıp eğitimi almayan uygulayıcılardan konsültasyonun ve konsültasyon isteklerine cevap vermenin yasaklanmasıdır. Ortodoksinin güçlenmesiyle hekimlerin heterodoks şifacıardan (özellikle homeopatlardan) kendileri ayırması ve diplomalarını iptal ederek meslekten ihraç etmesine neden olan bu yasak, MSSNY ve diğer derneklerin bu yasağı iç tüzükleriyle delmesi ve kamuoyu baskısının da artmasıyla AMA 1903 tarihli ilk revizyonunda konsültasyon yasağını kaldırmıştır (61).

lektaşlarıyla aynı sorunlarının devam etmesinin de etkisiyle büyük oranda Percival'den esinlenerek oluşturulmuştur. Meslek etiği, bir yandan mesleki dayanışma ve kişisel çıkarların, diğer yandan genel ahlak ve kamu yararının kesiştiği noktada ortaya çıkmıştır. Tıbbi polisler, etik kodlar veyahut deontolojinin/yeminin bağlayıcılığı ise ayrı bir tartışma konusu olmalıdır. Bu dönemde Anglo-Amerikan literatüründe hekimlerin hasta hakları, refahı ve insan haysiyetini önceleme gerektğine dair yorumlar da dikkat çekicidir, örneklendirmek gerekirse:

Hristiyan sosyalizminin kurucularından biri olan İngiliz teolog Frederick Denison Maurice (1805-1872) Londra Guy's Hastanesi'nin papazı olarak görev yaptığı dönemde hastanenin şapelinde tıp öğrencileri için verdiği *The responsibilities of medical students/Tıp öğrencilerinin sorumlulukları* başlıklı, 1838 tarihli bir vaazda şunları söylemiştir: *Avukat, eğer bir avukat olarak hareket ederse, müvekkili adına hareket etmelidir, hekim ise hekim olarak hareket ediyorsa, hastaları için hareket etmelidir* (64). Bu pasaj hasta-hekim ilişkisinin niteliğine dair önemli yorumlardan biri olarak kabul edilebilir. Avukat gerekirse, müvekkiline ve mahkemeye, müvekkili için yalan dahi söyleyebilir, bu kişisel ahlaktan ziyade meslek adabı ve kişinin kutsal kabul edilen savunma hakkından doğar. Hastanın da ayrımcılığa maruz kalmama ve özenli bir tedaviye erişmesi kutsal kabul edilebilecek temel haklarıdır.

Harvard'da 1833 yılında hekimlerin ödev ve nitelikleri üzerine verdiği konferansta Dr. John Ware (1795-1864) şunları söylemiştir: Hekimin itibarında, sıradan hırslı bir adam için arzu edilecek çok az şey vardır. Hekimlik gösterişi sevenlere uygun bir meslek değildir. Hekim, fiili uygulama alanının ötesinde çok az bilinir ve bu, durumun doğası gereği, son derece kısıtlı olmalıdır. Hiçbir güven, iyi karakterli bir hekime, mensubu olduğu toplum tarafından ifade edilen kadar örtük değildir. Hekimin karakteri ve toplumla bağlantısı, yalnızca mesleğine özgü değil, sadâkat/vefa ve zekâ/idrak gerektiren her koşulda ona şüphesiz bir güven duymaya davet edecek şekildedir. *İnsanlık*, hekimin huzurunda ve tavsiyesinde en azından geçici bir rahatlama arar ve bulur. Ancak bu [güven ve yetkinlik], hiçbir şeyin onu sapmaya teşvik etmemesi gereken *tek tip* bir nezaket ve şefkat uygulamasına bağlıdır. Ve kendi gözlemime göre hekimlerin başarısına katkıda bulunan herhangi bir şeyin diğerinden daha fazla olduğunu belirtecek olsaydım, bunun hasta odasında, *hastalarının refahına saygı gösterecek bir tutum ve yönetim* olduğunu söyledim. Yani bu, *hastaların duygularını dikkate alma, çektikleri acıları gerektiği gibi anlama*, gerçek ifadeyle çok [da] fazla tezahür etmeyen, durumlarının doğasına içten bir ilgi [gösterme] ve rahatlama araçlarının dikkatli bir şekilde uygulanmasıdır. Ve genç hekimlere şu tavsiyelerde bulunur: Hastalığı anlamak ve tedavi etmek için titizlikle çaba göstermenin yanı sıra, *hastaların refahına gerçekten ilgi duymaya çabalayın*; [hastalardan kaynaklı] mantıksızlık veya nankörlük konusundaki tüm sabırsızlık ve kızgınlıklarınızı kontrol etmeye çabalayın; her zaman *bir görev olarak* onlara karşı nazik ve yardımsever duygular geliştirmeye çabalayın ve bu ruh halini davranışlarınızda tezahür ettirebilmekten başka korkunuz yoktur. Bunlar, şu anda mesleğe baktığımız bakış açısıyla, hekimin karakterinde sergilemesi gereken en önemli ahlaki niteliklerdir (65).

20. yüzyıl başında özgeci bir yaklaşımla ele alınan hasta-hekim ilişkisi ve bu ilişkiye dair yorumlardan biri göze çarpmaktadır. O dönem Amerikan Tıp Akademisi/The Ame-

rican Academy of Medicine Başkanı (1902-1910) olan Amerikalı Fizyolog Dr. Winfield Scott Hall (1861-1942) akademinin 14 Kasım 1905 tarihli toplantısında (66) *Tip Mesleğinde Altruizm/Altruism in the Medical Profession* başlıklı bir sunum yapmıştır: Hall konuşmasına, Maudsley'den alıntı yaparak şöyle başlamıştır “Medeniyette ne kadar ileri gidersek, egoist dürtülerin sahip olduğu üstünlük de o kadar büyük olur [Maudsley]. Bu yaşam yasasına uyarak, her insan bir gün –egoist ya da özgecil dürtülerle harekete geçeceği– bu yol ayrımında durur: Kendini beğenme ve büyütme yolunu seçmek ya da yardım eli uzatmak arzusuyla onu harekete geçiren *yaşam* işine girişmek (düşeni ayağa kaldırmak ve ilham vermek).” Hall’a göre hayattaki her meslek özgeciler için fırsatlara sahiptir, ancak tıp mesleğini seçen, bunu, o mesleğin yararlı ve başarılı bir üyesi olmak için, *kendisini diğer insanların refahına tabi kılmak zorunda olduğunu bilerek* yapmalıdır. “Gerçek hekim, her şeyden önce hastanın refahı için isteklidir ve *sadece hastasına âcil ihtiyaçları için bakan biri* değildir. Hastasının refahını her durumda destekler. Bu, tıp mesleğinde neredeyse evrensel olan fedakârlığın bir tezahürüdür ki, bu yükümlülüğü yerine getiremezse hekim mesleğindeki *kastını* kaybeder. *Gerçek bir hekim, bir fakirin evinde bir servetlinin evinden daha az becerikli ve sadık hizmet vermez* ve her an, her koşulda yardıma hazırdır. Bu derecede bir fedakârlık, tüm gerçek hekimler için ortaktır” (67).

Fransızlarda ise etik, deontoloji olarak ortaya çıkmıştır (Simon’un kullanımının ardından, “deontoloji”, İngilizcede “tıp etiği” olarak bilinen şeyin Fransızca karşılığı haline gelmiştir). 1840’lara kadar Fransa’da hiçbir etik kod yayımlanmamış, yayımlananların çoğu kısmi kodlar olmasının yanısıra, yerel etkiler gösterebilmiş, neredeyse yalnızca hekim-hekim ilişkilerini ele almış ve bunlar da genellikle retorik düzeyde ve uygulanamaz ideal davranış modelleri olarak etkisiz kalmıştır. Bazı tıp fakültelerince görünüşte onları iyi davranışlara mecbur eden bir yemin kabul edilmiş, yirminci yüzyıla kadar yalnızca Montpellier Tıp Fakültesi mezunlarının yemini Hipokrat Yemini temel alınarak düzenlenmiş ve esasen yeminde yalnızca “incitmeme” sözü verilmişti. 1936’ya gelindiğinde hâlâ bazı yeni fakültelerden mezun olanlar yemin etmiyordu. Fransa’da iyi kurumsal davranışın nihai garantisi, bir erkeğin kişisel onuruydu ve bunun da hekimleri doğru davranmaya ve utançtan kaçınmaya sevkettiği düşünülüyordu. Bu nedenle, onurlu beylerden oluşan bir grup olarak hekimler, yazılı kurallara veya disiplin tavsiyelerine ihtiyaç duymadı. Çünkü eril sosyalliğin görgü kurallarının ayırt edici özelliği olan dürüstlüğü ve sadakat duygusunun doğal olarak meslek mensuplarında mevcut olduğuna inanıyorlardı. Ancak, 1789’da soyluların ayrıcalıklarının kaldırılması, cerrahlar ve hekimler de dâhil olmak üzere Orta Çağ şirketlerinin sona ermesi aynı eğitimsel ve mesleki çıkarları paylaşan erkeklerin dernekleşmesini sağladı. Dernek veya birlikleri olmayan hekimlerin mesleki görevler yasaının oluşturulmasındaki tereddütleri, 1840’larda sağlık personelinin fazlalığı, hastalar için artan rekabet ve azalan maaşlar/gelirler konusunda artan endişeler, taşra hekimlerinin itirazları, şarlatanlar ve yasadışı uygulayıcılar, sorunlarıyla birlikte ortadan kalkmaya başladı. 1845’te Paris’te bir tıp kongresi toplandı³ ve mesleki kaygılar dile ge-

³ Congrès médical de France (1-15 novembre 1845), kongrede tıbbi sorumluluktan (responsabilité médicale) yabancı/mülteci hekimler (médecins étrangers-réfugiés politiques) meselesine kadar birçok konu tartışılmıştır. Tutanaklara dileyenler şu linkten erişebilir: <https://archive.org/details/b29286724/page/n1/mode/2up>

tirildi. Bu krizleri hafifletmek için ortaya çıkan yasa tasarısı iyi karşılanmadı ve sorunların çözümü 1848 devrimi sonrasına kaldı. 1858'de –yasal kapsamı ve faaliyeti esasen karşılıklı yardımla sınırlı kalan– Fransa Genel Hekimler Birliği (Association Générale des Médecins de France/AGMF) kuruldu. Sonraki yıllarda etik meseleler ile ilgili yayınlar *L'Union Médicale*, *Le Progrès Médicale* ve *Le Concours Médicale* dergileriyle birlikte ortaya çıktı (68).

Bu konjonktürde ortaya çıkan ve bilinen ilk medikal deontoloji monografisi olan Dr. Maximilien Isidore Amand Simon'un 1845 tarihli *Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation* (Günümüz uygarlığında medikal deontoloji veya hekimlerin ödev ve hakları) isimli eseri teolojik bir metindir ve deontoloji kavramı Simon'la birlikte tıbbi entegre olmuştur (69). Simon Hıristiyanlığın yüce ahlakını tıp etiğinin temel ilkeleri olarak kabul eder. Mesleğin eskisinden daha az itibarlı olduğunu belirtir ve bunun nedeni ona göre *hekimleri tek başına güvende tutacak ve toplumun saygısını kazanabilmelerini sağlayacak olan ilkelerin*, çok az sayıda uygulayıcıya rehberlik etmesidir. Hekimler ortak çıkarlara [adaba, deontolojiye] değil, kendi çıkarlarına bağlıdırlar. Güneşin altında yeni bir şey yok der 'erkekler her zaman eşit derecede bencildir, arzusunun nesnesi değişebilir ancak açgözlülükleri hep aynıdır'. Simon, uygulayıcıların sahip olması veya edinmesi gereken entelektüel ve ahlaki niteliklerin değerlendirilmesine bir bölüm ayırır. Hekim, insan yaşamına değer verdiği ölçüde kendisine değer katacaktır. Ona göre hekim –toplumsal nedenlerden bağımsız olarak– hissetmesi gerektiği gibi hissederek, yani insan hayatının ne kadar kutsal olduğunu hissederek, vicdanlı bir uygulayıcı olarak, görevlerine yeterlilik kazandırmak için hiçbir çabadan kaçınmayacaktır. Hekimin hastalara karşı ödevlerini aktarırken, Simon'na göre birinci ve en önemli ödev: *yardım isteyen birine tıbbi yardımı asla reddetmemektir*. Hekim bunu tarafsız bir şekilde yaparken bir triyaja mecbursa, bu yalnızca hastaların ıstıرابının derecesine göre olmalıdır. Simon, kim olursa olsun, hekimin hastalarını değişmeyen bir nezaketle tedavi etmesi gerektiğini ileri sürmüştür (70). Bu sorunlu dönemde ortaya çıkan Bentham'ın konseptini belirli bir profesyonel bağlamda geliştiren en önemli tıbbi tez, bu eserle ortaya atılmıştır. Buna rağmen Simon'un düşüncesi, Bentham ve Fransız faydacı geleneğine, bu döneme özgü Hıristiyan sosyal romantizminden esinlenen bir etik anlayıştan çok daha az şey borçludur. Simon'un çalışması neredeyse tamamen kendine özgü, benzersiz koşullar altında doğmuş ve Fransada doğrudan bir halef bulamamıştır. Simon, toplumun *sefillerine* karşı ateşli cömertliğinde, tıbbın "muhteşem havariliğinden" söz etmiş, bir şifacı ve rahatlık kaynağı olarak Mesih örneğini hatırlatmış ve hekimlere, fakirlere karşı hayırseverlik yapmaları için Hıristiyan emirlerini takip etmelerini tavsiye etmiştir. Sonraki kırk yıl içinde bu teolojik etik anlayışı, Fransız hekimlerin materyalist ve antiklerikal dünya görüşüyle gelen yeni seküler hümanist söylemle etkisini kaybetmiştir (68).

Fransada 1882'de Dr. Amédée Dechambre (1812-1886) tarafından dönemin referans eserlerinden biri olan ve Dechambre'in direktörü olduğu *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale*'de *Déontologie et Dicéologie*⁴ başlıklı uzun bir makale yayımlanmıştır.

⁴ dicéologie: mevcut adalet standartlarına göre "insanların birbirlerini etkilediği eylemlerin" incelenmesi.

Dechambre'a göre, deontoloji, bir dizi görev ve haklar olsa da, bunlar kaçınılmaz olarak hekimlerin nitelik ve hatta "namuslu adamlar" olarak karakterlerinde temel bulur. Bir hekimin dürüstlük, sağduyu, kişisel alışkanlıklar ve alçakgönüllülük konusundaki itibarı, tedavide önemli bir rolü olan hastalarla güven ilişkilerinin kurulmasında çok önemlidir. O dönemki hekimlerin pek çoğu gibi, Dechambre'da hastanın iyileşme şansının hekimin doğal otoritesine bağlı olduğunu ileri sürmüştür ve hekimlerin hastalara karşı ödevleri hususuna neredeyse değinmemiştir. Dechambre, onurlu bir karakterin yalnızca kodlarla öğretilebileceğinden/kazanılabileceğinden şüphelidir ve ihtiyaç duyulan şeyin, mesleği, ahlaki hale getirme etkisine sahip olacak bir kolektif disiplin biçimi olduğunu söylemiştir. Hastaların hekimlere olan güvenini baltalayan "mesleki haysiyet ve namus" kusurlarını bastırmak ve hekimliği savunmak için disiplin konseylerine veya denetim komitelerine ihtiyaç vardır. Ona göre mesleğin asaletini ve onurunu korumak için, zayıf karakterli ve ahlaksız meslektaşları cezalandırmak için, hekimlerin sorumluluklar üstlenmesi gerekiyor (71). Dechambre ertesini yıl, tıp sanatının kutsal kökenlerini ve seküler saygınlığını tanıtan eserini *Le Médecin/Hekim* başlığı altında yeniden, genişleterek yayımlamıştır. Özellikle kadim Hint tıbbi eserlerinden pasajlar aktarmış, en sağlam deontoloji doktrinleri olarak belirttiği yararlı olma, cömertlik, hekimlerin bağlılığı ve birbirlerine borçlu oldukları saygıyı incelemiş, çağının hekimlerinin kadim hekimliğin gerektirdiği niteliklere mutlak surette sahip olmalarına gerek olmadığı, ancak bunları da hesaba katmaları gerektiğini belirtmiştir. Eski eserlerin neredeyse hepsinde, hekimlerin hastalar veya toplumla ilişkisi meselesine değinilmediğini aktarır. Dechambre, hekimlerin hastaları ayartması/suiistimali, gönüllü yer değiştirmeler, konsültasyonlar, tıbbi klüpler/dernekler meseleleri ile ilgilenmiş ve tıp fakültelerinde deontoloji eğitiminin olmamasından yakınmıştır (72).

Fransız deontoloji tüzüklerinin erken dönem özgün örneklerinden biri *Gironde Hekimler Birliği/Association des médecins de la Gironde*'un (kur. 1859) deontoloji komisyonu tarafından hazırlanan deontoloji prensipleri/ilkeleridir. Bu prensipler 25 Kasım 1894'de birliğin genel kurulunda görüşülmüş ve kabul edilmiştir. Prensiplerin hazırlanmasına neden olarak; tıp fakültelerinde deontoloji eğitiminin olmaması, pek çok hekimin meslektaşlarına karşı olan ödevlerini tam olarak bilmemesi veya tamamen görmezden gelmesi ve zamanın değişmesi gösterilmiş, bu durum şu sözlerle açıklanmıştır: *Eskiden hekimler, tüm özgürlüğü elinden alınıncaya kadar, hastalarına/müşterilerine, topluma ve kendisine ya da dar ve karmaşık kuralları onu köleleştiren bir şirkete ilişkin görevleri dışında neredeyse hiç görev yapmamıştı. Aslında çoğu kasabada ve neredeyse tüm kırsal kesimde profesyonel rekabet sıfırdı veya katlanılabildi. Artık öyle değil, yaşam mücadelesi toplumsal taleplerle büyüyor ve gelecekte ne kadar sert ve acımasız olacağını birden fazla işaretle görebiliyoruz. Dolayısıyla, somut desteğe olan bu açık ihtiyaç, bir araya gelme, güçleri birleştirme ihtiyacı ve bilinçdışının, belirsizliğin tehlikelerini hafifletebilecek yazılı bir yasaya duyulan ihtiyaçtır. Umut etmek mümkün görünmeyen bir hekimler birliğinin yokluğunda, tüm hekimler kendi derneklerinde kendiliğinden, yaptırımı hiçbir zaman tanınmayan, tamamen özgürlüğe, seçime ve özgür teslimiyete dayanan gerçek namus mahkemeleri kurmuşlardır. Ancak sorumluluklarının ihtisamı ve inceliğiyle dolu olan şeref, meslektaşları arasındaki ilişkileri yönetmesi gereken gelenekleri ve kolaylıkları mümkün olduğunca kesin bir kural olarak, bazen vic-*

danlarını rahatlatmayı talep ederek kendilerini yargılar. Deontoloji Komisyonu tarafından size sunulan çalışmanın nedeni budur. Prensiplerde ödevler 3'e ayrılmıştır: (a) Hekimin kendisine ve ilme karşı ödevleri (*Devoirs du médecin envers lui-même, et envers la science*), (b) Hekimin meslektaşlarına karşı ödevleri (*Devoirs du médecin vis-à-vis de ses confrères*), (c) Hekimin hastalarına karşı ödevleri (*Devoirs du médecin vis-à-vis de la clientèle/malades*). Hekimin hastalarına karşı ödevlerinde: *Hekim, kendi sorumluluğu altında, kendisini çağıran hastayı kabul etmekte veya reddetmekte serbesttir*. Ancak hasta bir kişiye bakmayı kabul ettiğinde, ona karşı yükümlülükler alır (ayrımcılık yasağı ve özen yükümlülüğü vd.) ayrıca hasta ve ailesiyle iletişim, muayene ve tedavi adabına dair yükümlülükler bildirilmiştir (73).

Paris'te 1900 yılında mesleki şikâyetlerin açıkça dile getirildiği bir tıbbi deontoloji kongresi düzenlenmiş⁵, kongrede hekimler arasındaki rekabet ve yaşam mücadelesi gibi meseleler ağırlıklı olmak üzere, sendikalaşma, tıp mesleğini düzenleyici/disipline edici kurumlar kurma çağrısında bulunulmuş, böylece tüm hekimlere aynı disipline tabi, eşit muamele yapılarak mesleğin onurunu koruma girişimleri tartışılmıştır. *Hastanın kendi hekimini seçme hakkı ilkesi*, bürokrasi ve üçüncü şahıs sigortası tehdidi ile giderek daha fazla karşılaşılan uygulayıcıların çoğunun kabul edebileceği bir inanç maddesi haline gelmiştir. Dr. Joseph Grasset (1849-1918) tarafından *Rapport sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale* (Tıbbi deontolojinin temel ilkeleri üzerine) başlıklı rapor kongreye sunulmuş ve raporda yalnızca hekimlerin kendi aralarındaki ödevlere yer verilmiştir (74).

Mesleki onur ve tesanüt, kişisel onur ve yetkinlik, hekimlerce antik dönemden bu yana dile getirilmiş, 18 ve 19. Yüzyılların mesleki adap ve kişisel ahlaka dair temel söyleminin ve her türlü tüzük/nizamname, disiplin mahkemesi vb. özdenetim sisteminin temelini oluşturan koşulların denetleyici faktörleri olmuştur. Tabir-i caizse bunlar, tarihte her dönemde hekimliğe içkin olarak tasavvur edilmiştir. Bu noktada 16. Yüzyıl hekimlerinden Dr. Leonardo Botallo'nun (1530-1587) tesanüt ve diğergâmlık ile ilgili sözleri dikkat çekicidir, Botallo bencil/gruba içkin çıkarları temel alan bir tesanüt anlayışının, aynı zamanda kişisel ve mesleki onuru da baltalayacağını belirtmekle beraber yetkin/ehil/hazık olmayan hekimin elinde, tababetin işlevini ve amacını yitireceğini şu sözlerle aktarır: "Ehil olmayanın elinde tababet, bir çocuğun elindeki kılıç gibidir.", "Hekimin diğergâmlık ve dayanışmayı (tesanütü) birleştirmesi, *kendi çıkarına olan herhangi bir bağlılıktan kaçınması* gerekir. Aksi takdirde, [hekimin] yalnızca eserinin değil, kendi isminin de değeri düşecek ve lekenecektir". Bir hekimin *iyi ismini* koruması, o dönemde de kesinlikle tüm hekim sınıfının onuru ile bağlantılı addedilmiştir (75). Scheler'in bilhassa diğergâmlık ile ilgili tespitleri birinin *ötekine* kıyasla kendini kavramasının olası sonuçlarını ve hekimliğin bencillığe dayanması mümkün olmayan doğasını kavramak bakımından önemlidir: *diğergâmlık önemlidir zira bencil, kendi benliğinin kadrini bil(e)mediği gibi, bencil kişi*

⁵ Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale/Paris, 23 - 28 juillet 1900.

kendini ötekine kıyasla kavrar' mesleğinin doğasına gölge düşürecek ve hasta kişi ile her türden çatışmayı körükleyebilecek olan bencillik ehil/ideal bir hekime tarih boyunca yakıştırılamamıştır. Hekimlikte dayanışma (tesanüt) ilkesi her hekimin bütün olarak cemiyete/cemaate içkinliğinin belirtisidir (bu aynı zamanda tüm dinlerin cemaat anlayışının da bir tezahürüdür), değerler şahsi değil aynı zamanda cemiyetin değerleridir. Buradaki değerler duygu ve irade dayanışmasına dayalıdır. Hekim hem cemiyetin bir organı hem de temsilcisi durumundadır ve dolayısıyla cemiyetin onuru aynı zamanda onun onurudur (76).

Örneğin, *Tıbbi/mesleki onur meselesi* 19. Yüzyıl sonu Prusyasında hekimlerin sayısındaki artış (dolaylı olarak rekabetin artmasıyla ticari kaygıların başgöstermesi), tıp etiği ve deontoloji literatürünün artması vesilesi ile de gündeme gelmiştir. Hekimlerin görevleriyle ilgili kitaplar, hekimler arasındaki aşırı rekabetçi davranışlara karşı koymanın, meslektaşlık ve dayanışma ihtiyacını vurgulamanın bir yolu olarak görülmüştür. Mesleki davranışları korumanın diğer yolları, tıp derneklerinin disiplin mahkemeleri ve doktor odaları (Ärzttekammern) olmuştur. Prusya'da, bölge hekim odalarına bağlı bu tür *tıbbi onur mahkemeleri* (ärztliche Ehrengerichte) 1899'da yasayla kurulmuştur. Ayrıca, birçok tıp topluluğu disiplin kurullarına rehberlik eden mesleki davranış kurallarını benimsemiştir. Buna göre, tıp etiği hakkında yazı yazmak, ağırlıklı olarak, hekimler arasında âdil davranmanın gereklerini tartışmak ve halkın gözünde mesleğin itibarını artıracak davranışların nasıl sergileneceği anlamına geliyordu (77).

Baker'a göre ise Avrupalılar, tıp etiği kuralları/kodları fikrini uzun müddet reddettiler çünkü bu tür kodlar beyefendi onuruna dair idealler içeriyordu. Beyefendilik onuru kavramları, tüm batılı profesyonellik kavramlarının kökeninde yatmaktadır. Bir beyefendinin şeref duygusu onun doğasından kaynaklandığı için, yazılı davranış kuralları bu ideallerle bağdaşmaz olarak görülüyordu: biri ya onurlu bir beyefendinin doğuştan karakteri ve erdemlerine sahiptir ya da değildi (42).

• Osmanlı son ve Cumhuriyetin ilk döneminden örnekler

Osmanlı'da ise deontoloji eğitimi erken bir tarihte başlamıştır. Bu tarihten önce Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'den mezun olan hekimlerin, mezuniyet törenlerinde hekimlik mesleğini hakkıyla ifa edecekleri ve padişaha sadık kalacaklarına dair kendi kutsal kitaplarına elbasarak yemin ettikleri bilinmektedir (78). Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'de deontoloji (vezaif-i etibba) dersleri ilk kez 1876'dan önce (dersler muhtemelen 1874 yılında başlamıştır) Dr. Nahabed Rusinyan/Roussignan (Նահապետ Ռուսինյան, 1819–1876) tarafından verilmiş, Rusinyan 29 Kasım 1876 tarihinde vefat etmiştir (79). Aynı tarihte (Kasım 1876) Dr. Nurican Efendi, Rusinyan Efendinin yerine *Mebhas-ı Beşer ve Vezaif-i Etibba* derslerini vermek üzere Mekteb-i Tıbbiye Şâhâne'ye tayin kılınmıştır (80)⁶. Hovseb/Oseb Parseh/Parseğ Nurican Efendi'nin (1828-1898) Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de

⁶ Atama haberi şöyledir: Müteveffa Muallim Dr. Rusyan/Russiyan [sic] Efendinin yerine Dr. Nurican Efendi Mebhas-ı Beşer ve Vezaif-i Etibba derslerini vermek üzere Mekteb-i Tıbbiye Şâhâne'ye tayin kılınmıştır.

verdiği deontoloji derslerinin derlendiği eserinin (*Précis de Deontologie Médicale. Cours Élémentaire Professe à l'École Imperiale de Médecine de Constantinople, 1877*)⁷ hekimin vasıfları bahsinde hekim, 'tanrının en güzel özelliklerinden biri olan insan sevgisini paylaşandır, o bütün özverisi ile doğumdan ölüme kadar milliyet ve sınıf ayrımı yapmaksızın insanları korur. O zenginlerden daha çok fakara ve mutsuz insanların yardımına koşandır' (82), hekimin hastasına karşı görevleri bahsinde hekim, 'ister zengin ister yoksun/yoksul, cani, düşman kim olursa olsun, kendisine başvuran hastaya özenle bakmaya hazır olmalıdır ve [şahsi] menfaati her zaman ikinci planda olmalıdır. Bütün hastalarını eşit bir dikkat ve iyi niyetle tedavi etmeli, hastaların kapris ve düşüncesizliklerine karşı hoşgörülü olmalıdır' (83) pasajları dikkat çekicidir. Bu pasajlar 20. Yüzyıl öncesi tıp etiği ve deontoloji literatürü ile kıyas edildiğinde hekimin hastasına karşı ödevleri ve her türlü ayrımcılıktan sakınmasına yönelik aşkın yorumlardan biri olarak göze çarpmaktadır.

II. Meşrutiyet öncesinde tabiplerin bir meslek örgütü, özlük haklarını savunacak bir cemiyet faaliyette olmamıştır. Bu tarihten sonra sayıları artan tıp derneklerinin dernekleşme sürecine değişik grupların çıkar ilişkileri ve topluluk içindeki sınıf ayrışmaları yansımıştır. Ancak örgütlerin gündem ve tüzüklerinde hekimlere sağlanacak sosyal yardım ve deontoloji kuralları yer tutmuştur. Üyeleri bağlayan deontoloji tüzükleri hazırlanmış ve etibba arasındaki meseleleri her iki tarafın şeref ve haysiyetini muhafaza etmek suretiyle halletmek maksadıyla *hall-i müşkilat komisyonları* oluşturulmuştur. Tekil örneklerle bakılırsa Ermeni Etibba Cemiyeti'nin 1914 tarihli Isgızpunk Pıjšgagan Bardapanutyay/Tıbbi Deontoloji İlkeleri yalnızca hekimlerin birbirleriyle ilişkilerini düzenlemeye yöneliktir. İstanbul Etibba Muhadenet ve Teavün Cemiyeti'nin (*kur.* 1919) 1920 tarihli Hall-i Müşkilat Komisyon Mukarreratı/Deontoloji Tüzüğü ve İzmir Türk Etibba Cemiyeti'nin (*kur.* 1918) Hall-i Müşkilat Komisyon Mukarreratı birbirinin neredeyse aynısı olmakla birlikte bu tüzüklerde hasta haklarına yönelik âcil müdahaleye ihtiyacı olan hastalara müdahale yükümlülüğü ve muayenehanelere müracat eden yoksul hastegânın (hastaların) ücretsiz kliniklere sevkine delâlet etmeye icazet maddeleri dışındaki diğer maddeler hekimlerin birbirleri arasındaki ilişkileri düzenlemeye ve şahsi reklamın mahiyetine ayrılmıştır (81). Cumhuriyet sonrasında herhangi bir etik kod veya deontoloji nizamnamesi yayımlan(a) mamış, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi/TDN (1960) kanunlaşana kadar, adab-ı meslekiyeye riayet etmeyen tabiplerin muamelesi, 1928 tarihli "Tababet ve şubatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun" uyarınca tabip odalarının haysiyet divanlarına bırakılmıştır (84). Bu dönemde hekimlerin tıbbi mecmualara ve dönemin basınına yansıyan tartışmalarını ve adab-ı meslekiyeye dair yazılarını gözlemek mümkündür.

• Geçmişten geleceğe miras ve hekimlik adabının entegrasyonu

İlk tıp etiği kodlarının ortaya çıktığı dönemde (18. Yüzyılın ikinci yarısı ve 19. Yüzyıl) çoğu hekimin sabit bir gelirinin olmaması, özellikle taşra hekimlerinin mali vaziyetle-

⁷ Bu notlar kitaplaşmadan evvel Nurican Efendi'nin editörlüğünü yaptığı Revue de médecine et de pharmacie de l'Empire Ottoman dergisinde birkaç bölümde yayımlanmıştır (81).

ri, büyük şehirlerde hastaları/müşterileri elde edebilmek için yaşanan rekabet ve birçok ülkede vatandaş ve mülteci/göçmen hekim, yasadışı uygulayıcılar ve şarlatanların fazlalığı, hekimleri öncelikle kendi aralarındaki problemleri çözmeye itmiş, hastalarına karşı ödev ve yükümlülükleri, hastaların hakları hususları içerisinde yalnızca, acil durumlarda müdahale yükümlülüğü, hastanın hekimini seçebilme hakkı ve yoksullara tıbbi yardımı reddetmemek gibi hak ve yükümlülükler tanımlanabilmiştir. Bu dönemin etik ve deontolojisi meslektaşlar arasındaki husumet ve problemlerin çözümlenmesinin nesnesi/aracı derecesine indirgenmiş (kuşkusuz dönemin yaşam mücadelesi, mali zorluklar vs. tartışmaları entelektüel bir zemine çekememiştir) gibi gözükmektedir. Şahsi ve mesleki onur kavramları hekimliğe içkin kabul edilirken, insan onuru, eşitlik, adalet gibi kavramlar hakkıyla ele alınmamış, tıbbi bakımın herkese eşit ve adil dağıtımı, hekimin *herkese bakma yükümlülüğü* ve hastasını hangi koşullarda reddedebileceği meseleleri meçhul kalarak malum olacağı zamana intikal etmiştir.

19. Yüzyıl tıp etiği kodlarının hasta temsillerini içermediği, çıkar çatışmasına sahip olduğu ve kodların formüle edilmesine yol açan temel tarihsel nedenin, bir kişinin çıkarlarının savunulması değil, daha ziyade, ne kadar sosyal düzeyde tanınırsa da bir tür “iç sözleşme” yaratma isteği olduğu, mesleğin tekeli ilgisini ve babacan modeli ile birlikte sağlık kuruluşunun tıp merkezli bakış açısını sahiplenmeyi ve savunmayı amaçladığı farklı teorisyenlerce iddia edilmiştir. Örneğin Percival’in Tıp Etiği ve 19. Yüzyılın diğer tıp etiği eserleri ve tartışmalarını inceleyen Waddington o dönemin tıbbi etiğinin hekim-hasta arasındaki etik sorunlarla ilgilenmekten (hekimlerin hastalara nasıl davranılacağına dair Yunan geleneğine uygun olan oldukça genel türden değerlendirmeler dışında modern sorunlardan) daha çok, hekimler arasındaki profesyonel anlaşmazlıkları çözmek ve ilişkileri düzenlemek, ücretlerin paylaşılması, konsültasyon için somut ve ayrıntılı bilgiler sunmakla, diğer bir deyişle *hekimlerin birbirlerine karşı davranışlarıyla ilgilenmek ve profesyonel nezaket ilkelerini somutlaştırmakla* iktifa ettiğini belirtir. Elbette hekim-hasta ilişkisindeki etik sorunlara dair tartışmalar literatürde göze çarpmakla birlikte, bu sorunların çözümüne dair gerekli irade, dönemin mevcut tartışmalarına ve kodlarına yansımamıştır (55). Lester King ise kitabın (Percival’s Ethics) özellikle muhtaç hastalara bakan hekimler arasında daha iyi bir uyum sağlamak için tasarlandığını ve hiçbir şekilde herhangi bir şeyi keşfetme girişimi olmadığını ve belirsiz etik genellemelerle dolu olduğunu belirtir. Tıp etiğinin –iyinin ve kötünün doğası üzerine düşünen teorisyenlerce değil kötü, çirkin ve somut durumlarla yüz yüze gelen sert kafalı, pratik adamların fikirlerinden kaynaklı– sözde ve dünyevi kökenlere sahip olduğunu, çerçevesinin felsefede değil, sosyolojik fenomenlerde, özellikle de lonca örgütlenmesine yol açan sebeplerde yattığını iddia etmiştir. Çünkü loncaya sahip olmak demek, aynı zamanda ortak çıkarlarını korumak, rekabeti yok etmek ve katı bir tekel elde etmek, yetkinliğini garanti etmek ve standartları belirlemek demektir (85). Percival çağında John Gregory’nin David Hume’un ahlaki felsefesine dayanan bahsetmeye değer düşüncesi, hekim-hasta ilişkisinin tıp etiğinin temel ilgi alanı olması gerektiği ve toplumun kendi sağlığı için karar vermekte özgür olması gerektiği fikrinden kaynaklanır ve bu, tıp sınıfının ayrıcalıklarını caydırmak anlamına gelir. Thomas Percival’in Tıp Etiği’nin ise, tıp etiği kodlarının toplumdan ziyade mesleği temsil

eden organlar tarafından geliştirildiği ve bunların da bir hastanın giderek merkezi bir rol kazandığı yeni ahlaki yorumları kabul etmek yerine, geleneğe sadık kalan yanlış başlıklı tıbbi görgü (etiquette) kuralları oldukları iddia edilmiştir (86).

Özellikle tıbbi polis yönetmelikleri (deontoloji tüzükleri ve etik kodlar vs.) göz önüne alınırsa bunlar, aidiyetin merkezini simgeleyen, gelenek ve dönem için kutsal kabul edilen şeylerin yerini doldurabilecek ve özlük haklarını müdafaa edebilecekleri somut bir şey, bir duvar, bir polis [şehir] oluşumunun gerekliliği biçiminde farklı karakter, hatta dil, din ve ırktan adamları (örn. Paris Kongresi) birleştirmiş, kendileriyle-hastalar dünyası ve diğer her şey arasında *bir bariyer işlevi görmüş* gibi gözükmektedir.

Genel itibarıyla –dönemsel değerlendirmeler ne olursa olsun– Doğu’da ve Batı’da dikkate değer benzerlik ve farklılıklar bulunsa da şifa ve ahlak tarihte her dönem içiçe veya *birbirlerine ilişkin* olmuştur. Bu da şifanın ancak tanrı elinden gelebileceği ve şifayı dağıtan hekimlerin bu tanrısal gücü –ancak– ahlakla taşıyabileceği düşüncesinden, hekimin karşısındaki insan ve eşitine (hastasına) karşı temel ödev ve sorumlulukları olduğunu vaz’ eden modern etiğe uzanan derin –dini yahut lâ-dini– kavrayışlara dayanmış ve dayanmaktadır. Ahlaki düşünce ve dini inançların tıp biçimini ne kadar etkileyebileceği, tıbbın artan teknik ve bilimsel kapasitesinin, mevcut sosyal yapıyla ilişkili olan hekimlerin sosyal statüsü ve gelirlerinin tıbbi geleneğin tanımladığı ödevlere/görevlere ne kadar güçlü bir şekilde baskı yaptığı ortadadır. Deontoloji ve etiğin ortaya çıktığı dönemde (18. Yüzyılın ikinci yarısı ve 19. Yüzyıl) hekimlerin etrafı, tıbbi bakımın finansmanı ve sunumu için karmaşık kurumlarla çevrelenmişti ve hekimlerin hastalara olan bağlılığının birden fazla tarafın çıkarlarıyla nasıl bağdaştırılabileceği konusu şüpheler uyandırıyor. Bugün de özellikle göçmen nüfusu fazla olan ülkelerde aynı problemler devam etmektedir.

Etik ve Deontoloji, ortaya çıktığı dönemde aynı anlamda kullanılmış olup, antik dönemden 20. Yüzyıl’a değin yapılan değerlendirmeler bugünün modern sınıflamalarıyla yapılan anakronik değerlendirmelerdir. Bugün deontoloji mesleğin adabına dairdir ve meslek adabına ait değiş(tiril)mesi –var olduğu dönemi itibarıyla– mümkün olmayan unsurları barındırır. Nizamnameler ve kodlar normatif unsurlardan seçilerek oluşturulmakla birlikte, bunların, mesleki terbiyenin ve onurunun muhafazasına ve kemalâtına aynı zamanda hastaların refah ve haklarına hizmet etmesi beklenir.

II. Dünya Savaşı sırasında Alman hekimlerin oynadığı rolden (rıza alınmadan yapılan deneyler, ötenazi, öjenik kısırlaştırma ve ‘öjenik-ötenazi’, toplama kamplarındaki gaz odaları ve diğer öldürme mekanizmaları üzerinden yapılan soykırım) pek çok hekim derinden etkilenmiştir. Dünya Tabipler Birliği’nin ikinci genel kurulunda tıp camiasının temsilcileri, yeni bir Hekim Yemini yayımlayarak mesleki ahlak iddialarını yeniden savunmaya çalışmıştır. Hekim Yemini, sadece Hipokrat Yemini’nin biçimsel yapısını ve deontolojik mantığını değil, aynı zamanda mesleğin seküler bir ortamda kutsal bir makam olarak algılanmasını da ustaca korumaya yöneliktir. DTB, terapötik emirleri ortadan kaldırarak (çocuk düşürmeye sebep olacak bir işlemde sakınma ve hastanın ölümüne neden olacak ilaç vermeme) ve “görevimle hastam arasına herhangi bir özelliğin (ırk, din vb.) girmesine izin vermeyeceğim” ve “tehdit altında bile bilgimi insanlığın kanunlarına aykırı olarak kullanmayacağım.” cümleleriyle aşkın, ulusötesi bir taahhüdü açıklığa ka-

vuşturmaya çalışarak yemin içeriğini modernize etmiştir (1). Tıpta ve kültürel değerlerde yaşanan birçok değişiklik, eski geleneğin varsayımlarını daha net hale getirmesi ve yerleşik değerlerini revize etmesi için yeterince baskı yapmış ve bugün, birçok ülkenin, etik ve deontoloji kodları neredeyse tamamen birbirlerine entegre hale gelmiştir. Tıp etiği, pratik deneyimin yanı sıra hukuki, tıbbi, felsefi ve teolojik düşünceyi de kapsayan, bunları özlü bir karışım içinde sentezleyen temelde senkretik bir çalışma olmuş, ortak taahhütleri modernize ederek ilerlemiş ve ilerleyecek gibi gözükmektedir.

Tıp etiğinde eski geleneğin çizgileri zamanla solmasına rağmen, mevcut literatür, hekimliğin doğal gelişimi ve dönüşümü de göz önüne alındığında, hekimin özellikle bugün, incinebilir gruplara mensup –çoğunlukla hukuki maduniyet, bürokratik engeller ve kişisel ahlaki tercihlerden kaynaklı ve esasen tüm– hastalarına insandışılaştıran muamelede bulunmaması, ayrımcılık yapmaması, ötelememesi ve kim olursa olsun kendisine başvuran hastaya özenle bakmaya hazır olması gerektiği hususunda herhangi bir etik zorluk, ihtilâf ve ikilem bulunmamaktadır. Özellikle 20. Yüzyıl sonrası mevcut modern literatür bu hususta soyut/anlaşılmaz kabul edilebilecek yargılar da sunmamıştır. Hasta bakımı, araştırma, eğitim ve sağlık politikasına ilişkin etik yargılar, hekime mevcut etik zorluklar hakkında pratik rehberlik sağlamalıdır. Etik yargılar da yeterli olmalıdır: yeni, beklenmedik etik zorluklar ortaya çıktığında düşünmek için en azından ilk rehberliği sağlamalıdır. Bunun yanı sıra geçmişte olduğu gibi birçok ülkede hekimler bugün, kurumsallaşmamış tıp hizmetleri, kısıtlı kaynaklar ve kamu hizmetlerinde çalışan hekimlerin sayıca azlığı gibi fiziki zorluklarla ve hekimler arasında etik kodları gölgede bırakacak denli maddi savaşların ortasında hekimlik pratiği yapmak durumunda değildir, durumunda ise de çoğunlukla buna sebep mülteciler/göçmenler veya diğer marjinal kabul edilen gruplar ve bireyler değildir.

Tarihte *hekim kimliği*, zaman zaman bu grubun genellikle sosyoekonomik ve politik sebeplerle kendi menfaatlerini ön plana alma girişimleri göze çarpsa da, ötekinin/başkının reddedilmesi ya da günah keçisi olarak kavranması üzerine kurul(a)mamıştır. Modern zamanlara değin hasta ve hekim ilişkisini hekim, hasta kimliğini kendi kimliğine eşdeğer bir kimlik olarak (şüphesiz bunda Hipokrat'tan veya daha evvelki asırlardan beri süregelen hekimliğin aristokrasisi, bilginin saklanması ve yalnızca oğullar yahud *tıbbi bilgiyi taşıyabileceğine inanılan ehil* kimselere tıp eğitiminin verilmesinin etkisi söz konusudur), yani bugün modern tıp etiğinin neredeyse olmazsa olmaz şartı olarak öne sürdüğü tam bir simetriye dayalı bir ilişki biçimi olarak kavramamış olsa bile, hiç olmazsa ötekiyi/başkayı, *yabancılısa* da –günah keçisi olarak yaftalamayıp– yoksul/garip/sefil addederek, paternalist bir bakış açısıyla himayesine almış, almamışsa bile alacağını vaad etmiştir. Literatür incelendiğinde muhtaç/garip/sefil/yoksul bir hastayı muayenehane kapısından kovma tasavvuruna rastlanmamaktadır. Hekimler de hastalar gibi dönem dönem bazen politik nesnelere konumuna indirgenmiş ancak bu dönemlerde bile –antik çağlardan beri süregelen kişilerden maddi ve cinsel bir menfaat elde etmemek, kölelere bakma mirasıyla– sağlık hizmetine erişemeyecek yoksullara/gariplere/sefillere tıbbi bakım verme taahhütlerini yinelemişlerdir. En azından tıp etiği tarihinde bunun aksini iddia eden bir metne rastlanmamaktadır. Bu, herkese hizmet verme ödevinin örtük bir biçimi olarak

değerlendirilebilir, varlıklılar kendi imkânlarıyla sağlık hizmeti alabiliyorken, yoksullar da bu taahhüdün imkânıyla tıbbi hizmetlere erişebilmiştir. Bunun aksini iddia eden vâkıa da çoktur, yani yoksulların hizmet alımındaki bürokratik engeller, özensizlik vs. (Örn; bkz. (87)) ancak bu taahhüdün pratikteki aksaklıkları genellikle hekimlerin kişisel ahlakı ile ilgilidir, hekimlik adabına mâl edilemez.

Dr. Aziz Fikret Derlen (1888-1947) 1936'da yayımladığı bir yazısında deontolojiyi şöyle tanımlar: *Bir tabibin icrâ-yı san'at uğrunda kendi şahsına, her gün temasta bulunduğu hastalarına, meslektaşlarına, aynı zamanda bin-i beşere ve hükumete karşı muvazzaf olduğu -kanuni değil fakat- şayan-ı temenni evsafa, Deontoloji derler.* İlgili yazı bir hekimin hastalarının mevki-i içtimaiyesini kesinlikle nazar-ı itibara almaması gerektiğine dâir önemli ve sert tonda pasajlar içermektedir. Derlen şunları yazmıştır: 'Esasen mesleğin ruhunu kavramış bir hekimin kalbinde doğan sadakatle, sabırla, hastasına bahşettiği ihtimam ve gösterdiği şefkat, maddi ve ticari mülahazatın fevkindedir. (...) Hekim dâima vicdan ve insaf sahibi olmalı, hastalarını hiçbir zaman baştan savma muayene etmemeli, mevki-i içtimaiyesi hakkında hiçbir fark gözetmemelidir. Zahmet ve ihtimamını *hastasının servet ve mevki-i içtimaiyesine göre biçen*, bir sefil, bir zelildir... *Elemde, ölümdе olduğu gibi bütün insanlar müsavidir.* Herşeyden önce hekim insan olmalı ve insani şeyler ona yabancı görünmemelidir. (...) *Elemde, ölümdе olduğu gibi bütün insanlar müsavidir.* Aradaki feci fark, orada maddi bir menfaat, burada insanların hayatı mevzuubahstır. (...)’ (88).

Günümüzde ise hastayı tanımak/tanımak istemek ve özende devamlılık tedavinin bir parçasıdır. Modern etik yani ideal olan, özeni tedavinin bir parçası olarak tanır. Tedavi almayı isteyen bir hastanın tıbbi nedenler ya da hasta-hekim arasındaki çatışma durumlarının dışında reddedilmesi ise bambaşka bir olgu olarak karşımıza çıkar. Hastanın ırkı, toplumsal cinsiyeti, dini, mezhebi sosyal statüsü vd. ne olursa olsun, hekim hastasını insan ve eşiti olarak tanımak mecburiyetindedir (89).

• **Ulusal ve uluslararası mevzuatta adalet ve eşitliğin sağlanması ve ayrımcılık yapılmamasına ilişkin maddelerden örnekler ve sonsöz**

Modern etik çoğulcudur. Geleneksel ve bireyci toplumlarda neyin ahlâki olduğuna karar verme sürecinde çeşitli farklılıklar vardır. Bu farklılıklara karşın insanların büyük çoğunluğunun, İHEB ile diğer yaygın kabul görmüş ve resmi olarak onaylanmış belgelerde yer alan temel insan hakları gibi bazı etik ilkeler üzerinde uzlaştığı görülmektedir. Yaşama hakkı, *ayrım görmeme hakkı*, işkence, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranışa uğramama, düşünme ve düşündüğünü açıklama özgürlüğü, bir ülkedeki kamu ve sağlık hizmetlerine *eşit erişim* gibi insan hakları, tıp etiği için özellikle önemlidir (90). Bütün bunların yanında tıp etiği disiplini içerisinde hak ihlallerini önlemek, eşitlik ve adaletin gözetilmesi, ayrımcılık yapmamak, insan onuru ve hakları, hekimin vazifesi, görev ve ödevleri, yükümlülükleri tartışılmalı, çeşitli ulusal ve uluslararası bildirgeler, kanun, nizamname ve tüzükler geliştirilmiş, özne-özne ilişkisinin sağlıklı kurulabilmesi, yeni ortaya çıkan problemlerin aşılabilmesi hedeflenmiştir. Bunlarla ilgili maddeler içeren ulusal ve uluslararası etik bildirge, kanun, yönetmeliklerin ilgili maddelerinden örnekler aşağıda verilmiştir.

Yukarıda da belirtildiği gibi İHEB’nde (mad. 1-2, 14, 25) bütün insanların özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğduğu, birbirlerine kardeşçe davranma yükümlülüklerinin bulunduğu, zulüm altında sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım haklarının doğuştan var olduğu bildirilmiştir (91).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde hekimlerin başlıca vazifesinin *insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermek, hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükellef* olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin mesleğini icrası sırasında herhangi bir tesir ve nüfuza kapılmaması, mesleği uygulamıyorken dahi, meslek ahlak ve adabına aykırı hareketlerden kaçınması, hastanın (tıbbi) vaziyetinin gerektirdiği ihtimamı göstermekle mükellef oldukları, hekimin hastanın hususi veya ailevi işlerine karışamayacağı açıkça bildirilmiştir (92). 2019’da güncellenen Fransız Hekimler Birliği Ulusal Konseyi’nin (Conseil National de l’Ordre des Médecins) deontoloji kodlarında (code de déontologie médicale) *kişinin yaşamına ve haysiyetine saygı*; ‘Bireyin ve halk sağlığının hizmetinde olan hekim, misyonunu insan yaşamına, kişiye ve onuruna saygı göstererek yerine getirir. Kişiyi duyulan saygı, ölümden sonra bile devam etmek zorundadır’ koduyla, *Ayrımcılık yapmama* ise; ‘Bir hekim, kökenleri, gelenekleri ve ailevi durumları, üyelikleri veya herhangi bir etnik gruba, bir millite veya belirli bir dine mensup olmama, engellilikleri veya sağlık durumları, itibarları veya kendilerine karşı duydukları hisler gibi durumlara bakmaksızın *tüm insanları* aynı vicdanla dinlemeli, incelemeli, tavsiye vermeli veya muamele etmeli, *onlara her koşulda* yardım sağlamalıdır. Muayene edilen kişiye karşı *asla* doğru ve özenli bir tutumdan sapmamalıdır.’ koduyla tanımlanmıştır (Article R.4127-2, Article R.4127-7) (93).

Dünya Tabipler Birliği’nin İnsan Hakları Bildirgesi’nde (Stockholm, İsveç, Eylül 1994) Tıp mesleğinin üyelerinin insan haklarına saldırıların farkına varanlar arasında ilk sırada olduğu, tıp birliklerinin ülkelerindeki bu tip saldırılara dikkat çekmede önemli bir role sahip olduğu, yeterli sağlık bakımının *ayırım gözetmeden* tüm insanlara sağlanması için bütün gayretlerin gösterilmesi gerektiği ilan edilmiş, mahkumların bakımıyla ilgili önemli kararlar alınmıştır (94).

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi’nde (Amsterdam Bildirgesi, 1994) hastalara haklarının, *sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ve başvuru* ana başlıkları altında *herkese ayırım gözetmeden sağlanması* gerektiği ilan edilmiştir (95).

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nde sözleşmenin amacı “taraf, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır” maddesi ile belirtilmiş: insanın önceliği, sağlık hizmetlerinden âdil şekilde yararlanma ve ayırım yapmama (Md. 1, 2, 3, 11, sözleşme 2003’de Türkiye Cumhuriyeti tarafından onaylanmıştır) sözleşmeyle kanunen güvence altına alınmıştır (94).

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda *Hekimin Görev ve Ödevleri* tanımlanmıştır, buna göre; 'md 5: Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.' *Etik İlkelere uyma yükümlülüğü*; 'md 6: Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıp etiği ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir. *Hekimin Yansızlığı*; 'md 7: Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.' *Hekimlerin uluslararası sözleşmelere uyma zorunluluğu*; 'md 33: Her hekim, başta İHEB olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.' maddeleriyle hekimlerin hasta ve hastalık karşısındaki temel ödev ve yükümlülükleri deklare edilmiştir (96).

DTB Hasta Hakları Bildirgesi'nde (Lizbon Bildirgesi, Ekim 2005'de Santiago, Şili'de 171. Konsey Toplantısı'nda uyarlanmıştır) hasta hakları, *nitelikli bir tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyeti olmayan hasta, hastanın isteğine karşın yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı ve dini destek hakkı* ana başlıkları altında ele alınmış, bütün ana başlıklarda bu hakların hekimlerce eşit, ayırım yapmadan ve hastanın en üstün çıkarını ve onurunu koruyacak biçimde sağlanmasının teminatının yanında, bildirge hekimlere; mevzuat, hükümet önlemleri ya da herhangi bir diğer yönetim ya da kurum, hastaları bu haklarından yoksun bıraktığında, *hekimlerin bu hakları temin etmek ya da yeniden sağlamak için gerekli yollara başvurmaları gerektiği* ödevini yüklemiştir (97).

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde (UNESCO Genel Konferansı'nın 19 Ekim 2005 tarihindeki 33. oturumunda kabul edilmiştir) *İnsan onuru ve insan hakları, İnsan savunmasızlığına saygı ve kişisel saygınlık, Eşitlik, adalet ve hakkaniyet, Ayrımcılık yapmama ve aşışılama, Sosyal sorumluluk ve sağlık ve İnsan hakları, temel özgürlükler ve insan onuruna aykırı eylemlerin reddi* maddeleriyle (Md. 3, 8, 10-11, 14, 28) tıbbi uygulamalarda ve sağlık hizmetlerinde ayrımcılık yapmama, insan onuru, hakkaniyet ve adalete dikkat çekilmiştir (98).

TTB Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi'ne göre "Her hekim başta İHEB olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür. Hekimler, insan haklarının bütünselliğini ve bölünemezliğini kabul ederler. Tüm mesleki uygulamalarında insan haklarını temel alırlar. Hekimler herkesin; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir özelliğe göre ayrıma uğramadan ve toplumsal cinsiyet eşitliği göz önüne alınarak bütün haklardan ve özgürlüklerden yararlanması gerektiğini kabul eder. Var olan eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını önceler." (99).

Hekimlik Andı olarak da bilinen DTB Cenevre Bildirgesi'nin son revizyonuna göre hekim; hastalarının sağlığının birinci önceliği olacağına, insan yaşamına azami saygı gös-

tereceğine, ayrımcılık yapmayacağına, mesleğini icra ederken vicdanı, onuru ve iyi hekimlik ilkelerini gözeterek hareket edeceğine dair yemin eder (100). İlk bildirgeye (1948) imza koymayan devletler de rejimlerin değişmesiyle zamanla uluslararası yemine peyderpey entegre olmuştur. Örneğin başlangıçta bildirgeye imza koymayan Sovyetler Birliği'nin, dağılmadan önceki hekimlik yemininde, “eylemlerimi komünist ahlak ve ilkelerine göre yürütmek ve her zaman akılda tutmak için...”, “halkıma ve Sovyet hükümetine karşı yüksek sorumluluklarım...” gibi cümleler bulunmaktayken (101), Sovyetler Birliği'nin dağılmasının (1991) ardından Resmi Hipokrat yemini 1992'de güncellenmiş, yemindeki komünist unsurlar kaldırılmış ve Rus bir doktorun resmi yeminine: “Hiç kimseye tıbbi yardımı inkar etmeyeceğim ve bunu herhangi bir milliyet, din ve inançtan olan hastaya [ayırt etmeksizin] eşit özen ve sabırla sunacağım.” cümlesi eklenmiştir (102). Ancak yeminin bu yeni versiyonu da modası geçmiş, ataerkil, cinsiyetçi vurgular içermesi nedeniyle eleştirilmiş ve yeni toplumun yeni değerlere ihtiyaç duyduğu ifade edilmiştir (101).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (2016 yılında revize edilmiştir) sağlık hizmetinin verilmesi sırasında, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıklarının dikkate alınmayacağı (md-5), Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma hakkı (md-6), Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis ve Tedavi Hizmeti Alma Hakkı (md-11), Tıbbi Özen Gösterilmesi (md-14), İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret (md-39) hakları güvence altına alınmıştır (103).

Hasta-Hekim İlişkisine Dair DTB'nin (WMA) son bildirgesi olan *Cordoba Bildirgesi*'nde (Ekim 2020) hasta-hekim ilişkisinin, sayısız kültürel, teknolojik, politik, sosyal, ekonomik veya mesleki etkiye tabi olan karmaşık bir konu olduğu vurgulanmıştır: “tıbbi uygulamanın özü olan *hasta-hekim ilişkisinin, hekimin acıyı hafifletme ve hastanın inançlarına ve özerkliğine saygı gösterme yükümlülüğünden kaynaklanan ahlaki bir faaliyet olduğu*, kaliteli tıbbi bakım sağlamak için genellikle karşılıklı rızanın –açık veya zımni– gerekliliği belirtilmiştir. Bu ilişkinin evrensel bir kapsamı olduğu, bu kapsamın da *kişinin sağlığını ve refahını iyileştirmeyi/geliştirmeyi amaçlaması gerektiği* belirtilmiştir. Güven ortamında bilgi paylaşımı, ortak karar alma, hasta ve hekim özerkliği, yardım, rahatlık ve arkadaşlık ile mümkün olmaktadır.” (104).

Tıp etiği ilkelerini tıbbi davranış kurallarına dönüştürmek ve dolayısıyla etik ilkelerden deontolojiye geç(ebil)mek karmaşık bir görevdir. Örneğin, tıp mesleğinde teorik olarak hastaların özerkliği veya onuru ilkeleri onaylanırken, bunların gerçekte ne anlama geldiği ve her şeyden önce klinik uygulamaya nasıl dâhil edileceğini belirlemek hususunda ikilemler ve çatışmalar görülebilir. Nitekim, bugün sağlık boyutunu ve bakım ilişkisini karakterize eden *öznel yön*, tıp etiği ilkelerinin altında yatan geniş ve tanımlanmamış kavramların açıklanması konusunda oybirliğiyle anlaşmaya varmanın önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. İtalyan Tıbbi Deontoloji Kodu'nu (Code of Medical Deontology/ CMD) hem etik hem de yasal boyutlarıyla inceleyen bir çalışmada kodun dikkatli bir etik analizden (temel hakları önemli ölçüde koruyabilme kapasitesi ve sıkı korporatist yapısının) geçmesi gerekliliği yanında yazarlarca hukuk-kod arasındaki belirsiz ilişkilere değinilmiştir. Örneğin adli tıp sahasından farklı olarak CMD'ye ayrılmış açık bir yasal hüküm bulunmaması, devlet ile tıp profesyoneli arasındaki ilişkileri ayırt etmeyi ve CMD'yi

hukuk kaynakları arasına yerleştirmeyi zorlaştırmaktadır. Doktrinde, deontolojik kurallar, geleneksel olarak, genel hukuk sisteminin normları olarak değil, “yargı dışı kurallar” veya “tıbbi kategori için iç kurallar” olarak görülmüştür. Bu bakış açısına göre, CMD’nin profesyonel ve yasal olmayan kaynağı, bunların yasal doğasını dışlamaktadır. Ayrıca, bu yönelim hukuk sisteminin de –birkaç istisna dışında– mesleki dernekler tarafından deontolojik kuralların çıkarılmasını ne zorunlu kıldığını ne de düzenlediğini ve hiçbir şekilde bunları kendi kaynaklarına eşitlemediğini vurgulamaktadır. Bu anlayış, *deontolojik kuralların hukuki değerini dışlayarak*, yüksek mahkemenin disiplin soruşturmaları kapsamında yorumlanmasına ve doğru uygulanmasına ilişkin tahkimi de dışlamaktadır. Hukuki açıdan, İtalyan CMD’si resmi bir hukuki niteliği olmayan hükümler içermektedir ve bununla birlikte, *tıp pratisyenleri için doğrudan bağlayıcıdır* (105).

Pellegrino tıbbi bakımın ticarileşmesi ve sanayileşmesi, uzmanlaşma, teknoloji ve ahlaki çoğulculuğun tıp etiğinin eski yapısını zayıflatan güçler olduğunu iddia etmekte, hekimin teknik ve ahlaki (mesleki) yükümlülüklerinin giderek birbirinden ayrıldığını belirtmektedir. Çoğunluğun yalnızca *mesleki yetkinlik ve zarar vermemeyi* ahlaki yükümlülükler olarak kabul ettiği ve hastaların çıkarları için kişisel çıkarları silmeye yönelik herhangi bir yükümlülüğü reddettiğini gözlemler. Merhamet ise, tıbbın teknolojik gücü karşısında gerçekçi olmamaya, küçümsenmeye ve yok olmaya yüz tutmaktadır. Bu eğilimlerin olası devamlılığı göz önüne alındığında, temel soru, ‘meslekte onu bölen derin felsefi [yahut ahlaki] farklılıkları aşabilecek ortak bazı ahlaki taahhütleri tanımlamanın hâlâ mümkün olup olmadığıdır’. Bu tür taahhütler bulunursa, bunlar, zamanla değişmeyen tek tıbbi gerçeklikte, *hasta kişinin hekimin yardımına ihtiyacı ve hekimin bu yardımı sunmayı teklif ettiğinde verdiği sözde* yer alacaklardır (14).

Koşulsuz buyruğun üç formülasyonundan “Öyle eyle ki, insanlık ister senin ister başka birinin kişiliğinde, aynı zamanda bir amaç olsun, asla yalnızca bir araç olmasın.” formülasyonunu değerlendiren Paul Guyer bu formülasyonun, seçimler ve eylemlerimizin tüm insanlık üzerindeki sonuçlarını fiilen bilemeyeceğimizden, esasen düzenleyici bir ideali temsil ettiğini belirtir. Burada amaç kişinin dâima kendi amaçlarını belirleyip gerçekleştirme yetisidir, yani seçme ve eylem özgürlüğü. Başka bir deyişle özgürlüğün koşulsuz değerinin tanınmasına imkân veren bu *formülasyon kendimiz ve diğerlerinin sahip olduğu seçme ve eylem özgürlüğünü koruma ve geliştirmeyi* buyurur. Kişinin kendi –seçme ve eyleme– özgürlüğünü kullanırken diğer herkesin özgürlüğünü koruma zorunluluğu, ‘kişi özgürlüğünü bir başkasının özgürlüğünü engelleyecek şekilde kullanamaz’ şeklinde bir ahlaki buyruk halini alır (106).

Özellikle deontolojik metinlerdeki hastalara din, dil, ırk, siyasi görüş vd. nedeniyle ayrımcılık yapılmamasına yönelik koşulsuz buyruklara (başka bir şeyden türetilmeyen ve bizzat temeli kendine dayanan) rağmen bu türden buyrukların istismar edilebileceği –İtalya örneğinde olduğu gibi– anayasal boşluklar, yaşadığı toplumun ötekisi/ayrıkısı otu olan incinebilir grupların yetersiz anayasal ve kamuoyu temsili, bu buyrukları hekimlerin indinde de koşullu buyruk seviyesine indirgemekte, istismara açık hale getirmekte ve özneyi hakikatten saptırmaktadır. Badiou’ya göre bir hakikat süreci kendi içinde krizden etkilenmez, çünkü hakikat kendi içinde tutarlı çokluklardan oluşan bir bütündür. Bir olayla

başlayan hakikat süreci (örneğin II. Dünya Savaşı sonrası deklare edilen İHEB ve Hekim Yemini) namütenehidir ve kesintiye uğrayamaz. Ortada bir kriz veya kesinti varsa bu bir sadakat veya özne krizi olarak ortaya çıkar. Bunlar da esasen *sıradan-çıkarlarla çıkar-gözetmeyen-çıkarların*, insan-hayvan ile öznenin, ölümlü ile ölümsüzün çıkarlarıdır (107). Hekimler arasında bunun bir hakikat veya hakikat süreci olduğu/olabileceğine dâir ortak bir kavrayışın olmadığı göze çarpmaktadır.

Son sözü genelleştirilmiş bir maksim olarak ifade etmek gerekirse, şu şekilde özetlemek mümkündür; ‘dünyanın neresinde olursam olayım, hastalandığımda hastaneye gidebiliyorsam eğer, hastaneye gidebilmek ve hastalığımla ilgili yaşayacağım tüm süreçlerde haysiyetime uygun muamele görmek isterim’.

Kaynaklar

1. Baker, R. (2000). The History of Medical Ethics. Bynum, W. F., & Porter, R. (Eds.). In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (pp. 852-887). Routledge.
2. Jonsen, A. R. (2000). *A short history of medical ethics*. Oxford University Press. s. ix-xi, 8-9.
3. Miles, S. H. (2005). *The Hippocratic Oath and the ethics of medicine*. Oxford University Press. s. v-ix.
4. Bonnard, A. (1959). *Greek civilization: from the Antigone to Socrates Vol. 2*, translated by A. Lytton Sells. London: Allen & Unwin. s. 170.
5. Edelstein, L. (1967). The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation, In *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*, ed. Owsei Temkin and C. Lilian Temkin (pp. 3-63). Baltimore: Johns Hopkins Press
6. Gasset, O. y. (2011). *İnsan ve "Herkes" 4.bs*, çev. Neyire Gül Işık. İstanbul: Metis Yayınları. s. 102.
7. Dover, K. J. (1974). *Greek popular morality in the time of Plato and Aristotle*. Basil Blackwell. s. 246-261.
8. Platon. (2010). *Devlet, XX. bs. çev. Sabahattin Eyüboğlu ve M. Ali Cimcoz*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları. s. 8-27.
9. Rickaby, J. (1919). *Moral philosophy: Ethics, deontology and natural law (Fourth Edition)*. Longmans, Green. s. viii.
10. Withington, E. T. (1959). ‘Decorum’, In *Hippocrates Vol. II* (pp. 267-301). Loeb Classical Library: Harvard University Press.
11. Jones, W. H. S. (1923). Precepts. In *Hippocrates* (pp. 303-332), Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard University Press. <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus%3Atext%3A1999.01.0251%3Atext%3DPraec.%3Asection%3D6>
12. Nutton, V. (1992). Healers in the medical market place towards a social history of Graeco-Roman medicine. In A. Wear (Ed.), *Medicine in Society: Historical Essays* (pp. 15-58). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511599682.002
13. Elliott Burton Martin, J. (2012). The Virtuous Physician. A New Translation of a Pseudo-Hippocratic Text and Its Implications for the History of Moral Inquiry; or, The Significance of an Insignificant Text. *Journal of Interdisciplinary History of Ideas*, 1(2) : 2:1-2:39.
14. Pellegrino, E. D., & Pellegrino, A. A. (1988). Humanism and ethics in Roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus. *Literature and medicine*, 7(1), 22-38. DOI: 10.1353/lm.2011.0164
15. Oliver, J. H. (1939). An ancient poem on the duties of a physician. *Bulletin of the History of Medicine*, 7(3), 315-323.
16. Smith, W. D. (1973). Galen on Coans versus Cnidians. *Bulletin of the History of Medicine*, 47(6), 569-585.
17. Hankinson, R. J. (1991). *Galen On the Therapeutic Method: Books and I and II*. Clarendon Press.
18. Singer, P. (1997). *Galen: selected works*. Oxford University Press. s. 30-34.

19. Kaya, M. C. (2011). Tabibin felsefeye ihtiyacı var mı? İbn Hindu'ya göre tıp-felsefe ilişkisi. *Kutadgubilig: Felsefe Bilim Araştırmaları*, (19), 417-430.
20. Veatch, R. M., & Mason, C. G. (1987). Hippocratic vs. Judeo-Christian medical ethics: principles in conflict. *The Journal of Religious Ethics*, 86-105.
21. Fan, R. (2008). The discourses of confucian medical ethics. In *The Cambridge World History of Medical Ethics* (pp. 195-201). Cambridge University Press.
22. Tsai, D. F. (2005). The bioethical principles and Confucius' moral philosophy. *Journal of Medical Ethics*, 31(3), 159-163.
23. Wang, H., & Wang, X. (2014). Medical Ethics Education in China. *Bioethics Education in a Global Perspective: Challenges in global bioethics*, 4, 81-92. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9232-5_7
24. Tsai, T. C. (2014). When Hippocrates and Sun Simiao met in Taiwan in a highly efficient health care system. *Medical education*, 48(1), 14-16.
25. Arıcı, M. (2014). Evrensel Bir Tıp ve Felsefe Tarihi: Uyûnu'l-Enbâ fî Tabakâti'l-Ettbbâ. *Felsefe, Tıp ve Tarih: Tabakât Literatürü Üzerine Bir İnceleme* içinde (s.273-306). İstanbul: Klasik Yayınları.
26. Leake, C. D. (1927). *Percival's medical ethics*. Baltimore: Williams & Wilkins Company. s. 23-24, 36.
27. Temkin, O. (1932). *Geschichte des Hippokratismus im ausgehenden Altertum* (Doctoral dissertation, Institut für Geschichte der Medezin).
28. Kibre, P. (1945). Hippocratic writings in the Middle Ages. *Bulletin of the History of Medicine*, 18(4), 371-412.
29. MacKinney, L. C. (1952). Medical ethics and etiquette in the early Middle Ages: the persistence of Hippocratic ideals. *Bulletin of the History of Medicine*, 26(1), 1-31.
30. Aksoy, Ş. (2001). 10. yüzyılda yaşamış Urfalı bir deontolog İshak bin Ali er-Ruhavi ve O'nun temel eseri Edebüt-Tabibê ilişkin bir ön çalışma. *Türk Klin Tıp Etigi Hukuku Tarihi*, 1(1), 39-45.
31. Zunic, L., Karcic, E., & Masic, I. (2014). Medical ethics in the medieval Islamic sciences. *Journal of research in pharmacy practice*, 3(3), 75-76. <https://doi.org/10.4103/2279-042X.141072>
32. Kaya, M. (1987). Ünlü Hekim-Filozof Ebû Bekr Er-Razî ve Hekimlik Ahlakı ile İlgili Bir Risalesi. *Felsefe Arkivi*, (26): 227-246.
33. Acıduman, A. (2013). Ankaralı Hekim Nidâ'i ve ünlü eseri Menâfi 'û'n-Nâs: XVI. yüzyıldan çocuk hastalıkları ve tıbbî deontolojiye bir bakış. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (56), 151-167.
34. Ünver, A. S. (1936). *Tib İlmi ve Meşhur Hekimlerin Mahareti/La Science médicale et Habilité des médecins célèbres*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınlarından Sayı: 32.
35. Acıduman, A., & İlgili, Ö. (2009). Hekim Hayreddin'in "Hulâsatü't-Tıbb" Adlı Eserinde "Tıbbi Deontoloji" ve "Nöroanatomi" ile İlgili Bölümler. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi*, 2(1), 45-51.
36. Altınbaş, A., & Saki, O. (2003). *Tabib İbn-i Şerîf Yâdigâr*. İstanbul: Merkez Efendi ve Halk Hekimliği Derneği, Yerküre.
37. Acıduman, A., Er, U., & Belen, D. (2007). Cerrah İbrahim ve Alâim-i Cerrâhîn'in nöroşirürji ile ilgili bölümleri. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 17(3), 170-182.
38. Acıduman, A., & Arda, B. (2008). Emir Çelebi ve ünlü eseri Enmüzecü't-Tıbb'da tıbbî deontoloji ile ilgili bir bölüm: Vesâyâ-yı Hükemâyı Selef ve Halef. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 68-72.
39. Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. London: Fontana Press. s. 114.
40. Getz, F. (1998). *Medicine in the English middle ages*. Princeton University Press. s. 19.
41. Welborn, M. C. (1938). The Long Tradition: A Study in Fourteenth-Century Medical Deontology. In *Medieval and Historiographical Essays In Honor of James Westfall Thompson* Ed. by JL Cate and EN Anderson (p. 344-357). Chicago: The University of Chicago Press.
42. Baker, R. (2013). *Before bioethics: A history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford University Press. s. 63, 94-130, 339.
43. McCullough, L. B. (1998). *John Gregory and the invention of professional medical ethics and the profession of medicine* (Vol. 56). Springer Science & Business Media. s. 4-5.

44. Gregory, J. (1770). *Observations on the Duties and Offices of a Physician: And on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy*. London: W. Strahan and T. Cadell.
45. Gregory, J. (1772). *Lectures on the duties and qualifications of a physician*. By John Gregory, MDRS Physician to His Majesty, and Professor of Medicine in the University of Edinburgh. W. Strahan; and T. Cadell, in the Strand.
46. Porter, D., & Porter, R. (1989). *Patient's progress: doctors and doctoring in eighteenth-century England*. Stanford, CA: Stanford University Press.
47. French, R. (1993). Ethics in the eighteenth century: Hoffmann in Halle. Ed. Wear, A., Geyer-Kor-desch, J., & French, R. K. In *Doctors and ethics: the earlier historical setting of professional ethics* (pp. 153-180). Brill Rodopi.
48. Haakonssen, L. (1997). Interpreting Eighteenth-Century Medical Ethics. In *Medicine and Morals in the Enlightenment* (pp. 1-45). Brill Rodopi.
49. Bard, S. (1769). *A Discourse Upon the Duties of a Physician, with Some Sentiments, on the Usefulness and Necessity of a Public Hospital: Delivered Before the President and Governors of King's College, at the Commencement, Held on the 15th of May, 1769. As Advice to Those Gentlemen who Then Received the First Medical Degrees Conferred by that University*. New-York: Printed by A. & J. Robertson, at the corner of Beaver-Street.
50. Rush, B. (1951) [1789]. Observations on the duties of a physician, and the methods of improving medicine: Accommodated to the present state of society and manners in the United States. *The American Journal of Medicine*, 11(5), 551-556.
51. Rush, B. (1811). On the Vices and Virtues of Physicians. Delivered November 2d, 1801. In *Sixteen introductory lectures, to courses of lectures upon the institutes and practice of medicine: with a syllabus of the latter: to which are added, two lectures upon the pleasures of the senses and of the mind, with an inquiry into their proximate cause: delivered in the University of Pennsylvania* (pp. 120-140). Philadelphia: Bradford and Innskeep.
52. Porter, W. O. (1837). *Medical Science and Ethicks; an Introductory Lecture, Delivered at the Bristol Medical School, Etc*. Bristol: W. Strong. s. 28-29.
53. Banks, A. (1839). *Medical etiquette; or an essay upon the laws and regulations, which ought to govern the conduct of members of the medical profession in their relation to each other. Compiled exclusively for the profession*. London: Charles Fox. s. 57.
54. Laycock J. (1848). Rules and Bye-Laws of the Manchester Medico-Ethical Association. *The British and foreign medico-chirurgical review*, 2(3), 1-30.
55. Waddington I. (1975). The development of medical ethics -a sociological analysis. *Medical history*, 19(1), 36-51. <https://doi.org/10.1017/s002572730001992x>
56. Smith, R. G. (1993). The development of ethical guidance for medical practitioners by the General Medical Council. *Medical History*, 37(1), 56-67.
57. Saundby, R. (1902). *Medical Ethics: A Guide to Professional Conduct*. Bristol: John Wright and Co. s. 39-41.
58. Saundby, R. (1907). *Medical Ethics: A Guide to Professional Conduct [Second Edition]*. Griffin; Philadelphia, Lippincott. s. 86-88.
59. American Medical Association. (1848). *Code of ethics of the American Medical Association, adopted May 1847*. Philadelphia: T.K. and P.G. Collins. s. 7-10. <https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm:nlmuid-63310410R-bk#page/12/mode/2up>
60. *The Transactions of the American Medical Association, Instituted 1847, Vol. 25*. (1874). Philadelphia: Printed for the Association. s. 28-30.
61. Warner, J. H. (1999). The 1880s Rebellion against the AMA Code of Ethics. Ed. Robert B. Baker, Arthur L. Caplan, Linda L. Emanuel, Stephen R. Latham. In *The American Medical Ethics Revolution: How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society* (pp. 52-69). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

62. Riddick F. A., Jr (2003). The code of medical ethics of the american medical association. *The Ochsner journal*, 5(2), 6–10. PMID: 22826677
63. Percival, T. B. (1794). *Medical Jurisprudence; Or a Code of Ethics and Institutes, Adapted to the Professions of Physic and Surgery*. [Baskı yeri yok] <https://wellcomecollection.org/works/nqqyzuuk/items?canvas=5>
64. Maurice, F. D. (1838). *The responsibilities of medical students: a sermon preached in the chapel of Guy's Hospital, on Sunday, March 4th*. London: Darton and Clark. s. 9.
65. Ware, J. (1847). 'Duties and Qualifications of Physicians. An Introductory Lecture, Delivered before the Medical Class of Harvard University, October 16, 1833'. In *Discourses on Medical Education, and on the Medical Profession* (pp. 83-113), Boston, MA: James Munroe and Company.
66. *Auburn Journal*. (1905). Volume 34, Number 12, p. 3 [16 November 1905].
67. Hall, W. S. (1906). Altruism in the medical profession. *Quarterly Bulletin of the Northwestern University Medical School*, 7(4), 447-449.
68. Nye, R. A. (2006). Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947. *Le mouvement social*, (1), 19-36.
69. Simon, M. (1845). *Déontologie médicale ou des Devoirs et des Droits des Medecins dans l'état actuel de la civilisations*. JB Baillière.
70. Art. IX. Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisations. Par le Docteur Max. Simon.-Paris, 1845./Medical Deontology; or, the Duties and Rights of Medical Practitioners. By Dr . Maximilian Simon. 8vo, pp. 590. (1846). *British and Foreign Medical Review; or, Quarterly Journal of Practical Medicine and Surgery, January-April*, v.21, 438-452.
71. Dechambre, A. (1882). Déontologie et Dicéologie. Directeur: A. Dechambre In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (pp. 480-580), 1ère série, Tome 27. Paris: Masson, Asselin et Houzeau. s. 480-524.
72. Dechambre, A. (1883). *Le médecin: devoirs privés et publics, leurs rapports avec la jurisprudence et l'organisation médicales*. Paris: G. Masson.
73. Association des médecins de la Gironde. (1895). *Conseils professionnels et principes de déontologie médicale*. Bordeaux. s. 7-9, 33-37.
74. *Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, Compte rendu de la 1ère session, tenue à la Faculté de médecine de Paris, juillet 1900*. (1900). Paris: Masson & Cie, Éditeurs. s. 181, 293-371, 631.
75. Tozzo, P., Zanatta, A., D'Angiolella, G., Caenazzo, L., & Zampieri, F. (2020). Leonardo Botallo (1530–1587) and his pioneering contributions to traumatology, cardiology and deontology. *Journal of Medical Biography*. <https://doi.org/10.1177/0967772020940976>
76. Scheler, M. (2015). *Hınç*. çev. Abdullah Yılmaz. İstanbul: Alfa. s. 106, 213-214.
77. Maehle A. H. (2012). 'God's ethicist': Albert Moll and his medical ethics in theory and practice. *Medical history*, 56(2), 217–236. <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.34>
78. Ülman, Y. (2002). Mekteb-Tıbbiyenin 1850-51 Öğretim Yılı Faaliyet Raporu ve Mezuniyet Töreni. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 4(1), 57-64.
79. Yıldırım, N. (1995). Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'nin İlk Deontoloji Hocası Rusinyan Efendi. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, 1, 148-161.
80. Tevcihat. (1876). *Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye*, Teşrinisani 1293 [Kasım 1876], Numero 57. s. 749.
81. Etker, Ş. (2017). *İkinci Meşrutiyetin Tabip Örgütleri*. İstanbul: Libra Kitapçılık ve Yayıncılık. s. 295-296, s. 298-313, 391-393, 397-400, 445-447.
82. Yıldırım, N. (1993a). Nurican Efendi'nin Yeni Bulunan Deontoloji Kitabı I. *Tarih ve Toplum*, 116, 16–21.
83. Yıldırım, N. (1993b). Nurican Efendi'nin Yeni Bulunan Deontoloji Kitabı II. *Tarih ve Toplum*, 117, 33–38.
84. Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti. (1928). *Tababet ve şüabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun*. Kanun numarası/yılı, 1219.

85. King, L. S. (1958). Development of medical ethics. *New England Journal of Medicine*, 258(10), 480-486.
86. Patuzzo, S., Goracci, G., & Ciliberti, R. (2018). Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 89(3), 343-348. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.7050>
87. Muhittin Celal [Duru]. (1337R.) [1921]. Meslekdaşlar arasında. *Anadolu Tıp Mecmuası*, 1(1), ?25-27.
88. Derlen, A. F. (1936). Deontolojiye ait bir kaç söz. *İstanbul Seririyatı*, XVIII (5): 77-80.
89. Chollet, M. (2020). *Bugünün Cadıları-Kadınların Yenilmez Gücü çev. Z. Hazal Louze*. İstanbul: İletişim Yayınları. s. 210-223.
90. Dünya Hekimler Birliği/WMA. (2015). *Tıp etiği el kitabı 3. bs, çev. Murat Civaner*. Ankara: Türk Tabipler Birliği. s. 23-24.
91. Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. *UN General Assembly*, 302(2).
92. *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi*. (1960). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>
93. Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. (2019). *Code de Déontologie Médicale Édition Novembre 2019*. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
94. Sayek, F. (1998). *Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. s. 41, 139-144. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararasi_belgeler.pdf
95. *Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak 28-30 Mart 1994 Amsterdam Bildirgesi*. (1994). <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm>
96. *TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*. (1999). https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
97. *Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi* (Santiago, Şili, Ekim 2005). <http://insanhaklarisavunuculari.org/dokumantasyon/files/original/ff9d7dbcf03c9a55c7586711fa6ce1b3.pdf>
98. *Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*. (UDBHR, 2005). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_tur
99. TTB. (2009). *Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi 26 Haziran 2009*. https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=75181ffe-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233
100. *Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi*. (Chicago, Ekim 2017). https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b6b3bd8a-c9e0-11e7-8a71-159198489f44
101. Tichtchenko, P. (1994). Resurrection of the Hippocratic Oath in Russia. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3(1), 49-51. doi:10.1017/S0963180100004709
102. Yurievna, P.L., & Speckhard, C. (1993). Solemn Oath of a Physician of Russia. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3(4), 419. doi:10.1353/ken.0.0048.
103. *Hasta Hakları Yönetmeliği*. (2016). <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>
104. *WMA Declaration of Cordoba on Patient-Physician Relationship Adopted by the 71st WMA General Assembly (online)*, Cordoba, Spain, October 2020. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-cordoba-on-patient-physician-relationship/>
105. Patuzzo, S., De Stefano, F., & Ciliberti, R. (2018). The Italian Code of Medical Deontology. Historical, ethical and legal issues. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 157-164. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.6674>
106. Özyayın, Ö. (2012). İçimdeki Ahlak Yasası: Kant'ın Ahlak Kuramı Üzerine Eleştirel Bir İnceleme. *Felsefe Arkivi*, (34), 97-117.
107. Badiou, A. (2019). Etik: Kötülük Kavrayışı Üzerine Bir Deneme 2. (Çev. T. Birkan). İstanbul: Metis Yayınları. s. 81-82.

İnternet kaynakları

<https://archive.org/details/b29286724/page/n1/mode/2up>