

## Türkiye'deki tıp etiği tartışmalarının ana eksenleri ve sorunları: Eleştirel bir değerlendirme

### The main axes of the discourse of medical ethics in Turkey: A critical review

Tolga GÜVEN<sup>a</sup>

**Özet:** Bu makalede Türkiye'deki tıp etiği tartışmalarını şekillendiren iki temel eksenin tanımlanması ve eleştirel bir gözle değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Söz konusu eksenlerden ilki, kuramsal temel olarak Marksist düşünceye dayanmakta ve kendini büyük ölçüde solda konumlandıran politize bir söylem doğrultusunda yapılandırılmaktadır. Buna karşılık, ikinci eksen ağırlıklı olarak akademik biyoetik çevreleri tarafından tercih edilmekte ve bu ekseninde tartışmalar liberal siyaset felsefesinden etkilenmiş olan Anglo-Amerikan biyomedikal etik (AABE) ekolünün kavramları ve argümanları doğrultusunda yapılandırılmaktadır. Makalede her iki eksenin vurguladığı temel unsurlar açıklanmış, ayrıca her iki eksenin zayıf kaldığı ve sorunlu olduğu noktalar da ele alınmıştır. Ek olarak, Kıta Avrupası ve Anglo-Saxon düşüncesinin temsilcileri konumunda olan ve ilki daha çok toplumcu, ikincisi ise daha çok bireyci niteliklere sahip gözükken bu iki eksen arasındaki potansiyel çatışmalar ve çatışmanın ardındaki olası nedenler de incelenmiştir. Son olarak, her iki eksenin önemli sorunları olduğu, bu nedenle de Türkiye'de alternatif eksenlere ve perspektiflere ihtiyaç duyulduğu vurgulanmış ve vicdan kavramı temelinde kurgulanabilecek olası bir üçüncü eksenin yapılandırılmasına ilişkin önerilere yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıp etiği, paternalizm, özerklik

--

**Abstract:** This article aims to examine the two main axes that shape the medical ethics discourse in Turkey. The first of the axes in question relies on Marxist theory as its theoretical basis and is structured through a leftist political rhetoric. On the other hand, the second axis is preferred by the academic bioethics circles and the discourse is usually structured by the concepts and arguments of Anglo-American school of biomedical ethics, which has been influenced by the liberal political philosophy. The article explains the key aspects emphasized in these two axes of thought, as well as their weak points and problems. In addition, the potential conflicts between these two axes representing the Continental European and Anglo-Saxon schools of thought (with the former apparently possessing mostly communitarian and the latter having mostly individualist implications) and the possible reasons underlying these conflicts have also been explored. Finally, the need for alternative axes and perspectives is emphasized and suggestions are offered for constructing a possible third axis that can be based on the concept of conscience.

**Keywords:** Medical ethics, paternalism, autonomy

## Giriş ve amaç

Bu yazıdaki temel amacım, Türkiye'deki tıp etiği tartışmalarını şekillendiren farklı düşünce eksenlerini

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, ✉ [tolgaguvenc@hotmail.com](mailto:tolgaguvenc@hotmail.com)

tanımlamak ve bu eksenleri eleştirel bir perspektiften incelemektir. Söz konusu eksenler bir taraftan Türkiye'deki tıp etiği sorunlarına yaklaşımları belirlerken, bir taraftan da kendi bakış açılarındaki eksiklikler nedeniyle başka sorunlar üretmektedir. Bu nedenle, bu eksenlerin detaylı bir biçimde incelenmesi ve farklı eksenleri kullanan çevrelerin hangi noktaları hangi gerekçeler doğrultusunda vurguladığının ve hangi sorunları görmezden geldiğinin ya da hangilerine duyarsız kaldığının ortaya konması, Türkiye'deki tıp etiği tartışmalarının işlevsel olabilmesi için büyük önem taşımaktadır.

Belirtmem gerekir ki, büyük ölçüde Anglo–Amerikan biyomedikal etiği (AABE) ekolü ile eğitim almış bir tıp etiği uzmanı olarak, bu yazıda yapacağım değerlendirmelerin öznel nitelikte olması kaçınılmazdır. Ancak, mümkün olan noktalarda bu değerlendirmelerimi Türkçe ve uluslararası literatür örnekleri ile, Türkiye'de yayınlanmış çalışma sonuçlarıyla, Türkiye'nin yasal düzenlemeleriyle ve benzer unsurlar ile destekleyeceğim. Ortaya çıkan eleştirel değerlendirmenin Türkiye'deki tıp etiği sorunlarının daha iyi anlaşılabilmesi ve nihayetinde bu sorunlara çözüm üretilebilmesi için daha işlevsel tartışmalar yapılabilmesine katkıda bulunacağını umuyorum.

### **Türkiye'nin tıp etiği tartışmalarında “makro” eksen: Politize sol söylemin çerçevelediği tıp etiği tartışmaları**

Tanımlayacağım ilk eksenin en önemli özelliği, politik içeriğinin baskın olmasıdır. Bu ekseni yaygın olarak kullanan çevreler, sağlık politikalarına eleştirel bakar ve sağlık hizmetinin aktörlerini politize olmaya çağırırlar. Bir başka deyişle, bu eksende sağlık profesyonellerine verili durumu olduğu gibi kabul etmeme, farkındalıklarını yükseltme ve politik alanda aktif olma çağırısı yapılır. Bu nedenle, kimi zaman dolaylı, kimi zaman ise açıkça ifade edilen bir “devrimci” nitelik söz konusudur; sağlık sistemi içerisindeki aktörlerin “sistemi” sorgulaması, mevcut şartları şekillendiren unsurları fark etmesi ve bunları değiştirmeye çalışması beklenir.

Tıp etiği açısından bakıldığında ise bu eksenin önemi, sağlık hizmetine adil erişimi vurgulaması ve sağlıkta ticarileşmeye ve piyasalaşmaya karşı olmasıdır.

Sağlık hizmetinin ücretsiz olması gerektiğini ve serbest piyasa dinamikleri ile yönetilmemesi gerektiğini savunur ve sağlığın metalaşması ile insan bedeninin ve sağlığının kar aracı haline getirilmesine karşı çıkar.(1) Sağlık hizmetine erişimde hakkaniyeti savunduğu gibi, bir yükümlülük olarak sağlığın korunmasına ve yükseltilmesine vurgu yapar. Ancak bu vurgu, sağlık çalışanının değil, merkezi otoritenin (devletin) yükümlülükleri üzerinde yoğunlaşır.(2) Bu nedenle de, Türkiye'de bu ekseni kullanan çevreler, devletin bu alandaki yükümlülüklerine yoğunlaşan 1961 tarihli “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” a sıklıkla vurgu yapar.(3)

Tıp sosyolojisi alanında çalışmaları tanınan Renée Fox, Amerika'daki biyoetik ekolüne kıyasla Avrupa ülkelerindeki etik çevrelerinin gelişiminin daha farklı olduğuna işaret etmektedir.(4) Türkiye'de de bu ilk eksenin Fox'un bu tespitini doğruladığı ve düşünsel çerçeve olarak kıta Avrupa'sının etkisindeki etik yaklaşımını temsil ettiği söylenebilir. Bu eksen, söylemini köklü bir felsefi kuram olan Marksist düşüncenin ve onun düşünsel ve politik gelişmeleri üzerinden yapılandırma avantajına sahiptir. Aynı nedenden dolayı da, çok büyük ölçüde “sol” olarak nitelenebilecek bir politik çerçevenin uzantısıdır. Doğal olarak, Türkiye'de kendini solda konumlandıran çevreler (kimisi siyasal ve sosyal bilim akademik çevreleri, halk sağlığı çevreleri, tabip odaları ve kendini solda konumlandıran benzer meslek yapıları ve sivil toplum örgütleri) ağırlıklı olarak bu ekseni kullanmaktadır.

### ***İlk eksenin sorunları ve zayıf noktaları***

İlk eksen büyük ölçüde “makro” niteliklidir; sağlık hizmetine kuşbakışı bakar, aktörlerin konumlarını, bunların sağlık politikaları ile etkileşimlerini ve yarattığı sonuçları genel olarak ve yukarıdan bakarak inceler. Ancak, bu yaklaşım da aslında daha geniş ve eleştirel bir düşünsel çerçevenin uzantısıdır. İlk eksen kullanan kişiler için, mevcut ekonomik ve politik sistemin kendisi sorundur ve sağlık hizmetindeki sorunlar da bu sistemin uzantısıdır. Bu nedenle de, sağlık hizmetindeki etik sorunlarının sistemin eleştirisinden bağımsız olarak ele alınması mümkün değildir. Çünkü bu sorunlar da yine “sistemin” ve “piyasanın” ürettiği sorunlardır.

Ancak, ilk eksenin kıta Avrupası düşüncesinden temel alan bu biyopolitik yaklaşımı ve büyük resmi görme çabası teoride çok cazip görünse de, aynı zamanda en büyük zayıflığını da oluşturmaktadır. Çünkü bu yaklaşım sonucunda tıp etiği sorunları indirgemeci bir tavırla ele alınmakta ve sağlık hizmetindeki sorunlara büyük ölçüde Marksist düşüncenin tipik kavramları ile açıklama getirilmeye çalışılmaktadır. Bunun sonucunda da, Türkiye'nin sorunlarını açıklamaya çalışan özgün bir kuramsal çerçeve ortaya konamamakta ve mevcut sorunları eldeki kuramsal çerçeveye uydurmaya çalışan sorunlu bir yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşımın tipik örneği, sağlık hizmetindeki tüm sorunların serbest piyasanın yarattığı olumsuzluklar üzerinden açıklanılması ve sağlık profesyonellerin de “emekçi” olarak konumlandırılmasıdır. Bu bakış açısı doğrultusunda profesyoneller ve özellikle hekimler, değişimi yaratmakla yükümlü (devrimci olması gereken) aktörler olarak nitelenir. Ancak, profesyonellerin çıkar çatışmalarına eleştirel bakma ve otoritelerini sorgulama kaygısı bu ekseninde mevcut değildir. Daha spesifik olarak söylemek gerekirse; birinci ekseninde profesyonellerin sistem ile olan ilişkisine ve emeklerinin sömürüsüne odaklanılırken, bu figürlerin otoritesinden etkilenmesi kaçınılmaz olan ve görece zayıf konumda olan diğer bireylerin (örneğin hastaların) konumu ihmal edilir. Sistemin emekçiyi nasıl sömürdüğüne vurgu yapılır, ancak profesyonel rolündeki kişinin otorite konumunun ve iktidarının yol açtığı sorunları sorgulanması gündeme gelmez. Bu durumun tipik bir örneği, Türkiye’de tam gün yasasına ve sağlıkta dönüşüm programına gösterilen tepkilere kıyasla, hekimlerin “bıçak parası” adı altında konumlarını ve hastalarını sömürmelerine gösterilen tepkilerin son derece zayıf ve yetersiz kalmasıdır.

Eksenin bu makro niteliği, birebir insan etkileşiminin söz konusu olduğu noktalarda ortaya çıkan etik sorunlarına odaklanılmasını da güçleştirmektedir. Bu tür sorunlar, makro nitelikli bu eksen için fazlasıyla “mikro” nitelikte (ve belki de tümüyle önemsiz) kalır. Bu nedenle, AABE ekolünün hekim-hasta ilişkisi üzerinden tartışmaya açtığı konular, ilk eksen kullanan çevrelerin doğrudan tartışmadığı (ya da tartışmaktan kaçındığı) konulardır. Dolayısıyla, hekimin paternalist tavrının ve hastayı karar verici bir özne olarak görememesinin yarattığı sorunlar da, bu ekseninde büyük ölçüde görmezden gelinir ya da önemsiz görülür. İlk ekseninde sıklıkla vurgu yapılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile aynı dönemde çıkmış ve halen yürürlükte olan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün içeriği de, bu açıdan oldukça anlamlıdır. Halen yürürlükte olan söz konusu Tüzükte, hastanın özerkliğine ve karar vericiliğine vurgu yapılmamış ve karar verme süreçleri tipik olarak hekimlerin inisiyatifine bırakılmıştır. Bu nedenle de, Tüzüğün paternalist yapısı eleştirilmektedir.(5)

Birinci eksen, kendini açıkça solda konumlandığı ve herşeyden önce politik nitelikte olduğu için, farklı diğer görüşleri de büyük ölçüde politik orientasyonuna göre değerlendirir. Ne var ki, bu ekseninde belli bir politik tavır kayıtsız şartsız ve tartışılmaksızın “doğru” olarak dayatılabildiğinden, kerameti kendinden menkul (yani gerekçesi verilmeyen ya da haklı çıkarımına ihtiyaç duyulmayan) yargılar ve otoriter görüşler de üretilebilmektedir. Daha da önemlisi, bu ekseninde kaçınılmaz olarak farklı görüşlere de politik konum üzerinden saldırma, bunun sonucunda da partizan söylemlere sivrulma ve farklı politik konumu olan tarafları ötekileştirme ya da hor görme riski ortaya çıkmaktadır. Farklı görüşlerle mücadele politik bir

iktidar mücadelesine dönüştüğünde ise, insanın ve insanla ilgili kaygıların unutulma ya da arkaplanda kalma tehlikesi oluşur. Bunlar da, söz konusu eksenin tıp etiği alanında kullanılmasının olası en büyük riskleridir. Türkiye’de birinci eksenin savrulabildiği bu sorunlu konuların somut bir örneği olarak gördüğüm ve bu yazı içerisinde zaman zaman atıfta bulunacağım “Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü” isimli eserin arka kapağından aşağıda yapmış olduğum alıntıda ifade edilen ifadeler de, bu durumun iyi bir örneğidir:

“Çalışmanın öncelikli bir hedefi, “emperyalizm”, “sınıf mücadelesi” ya da “eşitlik” gibi kavramların unutturulduğu ya da içlerinin boşaltıldığı, bunlara karşı “küreselleşme”, “sosyal diyalog” ya da “sürdürülebilirlik” gibi içi boş kavramların üretildiği bir dönemde, emperyalizmin kavramlar üzerinden yürüttüğü ideolojik saldırıları deşifre etmek.”(3)

Yukarıdaki ifadelerde de görülebildiği üzere, birinci ekseninde sağlık sistemi üzerinden yapılan eleştiriler kolaylıkla bir iktidar mücadelesine dönüşebilmektedir. Yazarların da açıkça ifade ettiği üzere, öncelikli hedef, emperyalizmin saldırılarını ortaya çıkarmaktır. İnsanı merkeze alan ve onun ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık sistemi kurgusunun nasıl oluşturulabileceğine yanıt arama kaygısının yeri ise, bu çaba içerisinde ne yazık ki unutulmuş gözükmektedir.

Dikkati çeken bir diğer nokta da, ifadelerde emperyalizmin saldırısının “ideolojik” olarak nitelenmesidir; oysa bu zeminde ideolojik olmaktan kaçınılması mümkün değildir ve yazarların sergilediği duruş da ancak bir başka ideolojinin yansıması olarak nitelenebilir. Kimi kavramların gerekçe belirtilmeksizin ve otoriter bir biçimde “içi boş” olarak yaftalanması da, bunun açık bir göstergesidir. Bu noktada sağlık alanı artık ideolojilerin karşılıklı olarak çarpıştırıldığı bir iktidar mücadelesine alet edilmiş olmaktadır ve sağlığa ilişkin etik sorunlarının böyle bir zeminde tartışılabilmesi, kanımca mümkün değildir.

### **Anglo-amerikan biyomedikal etiğinin etkisindeki ikinci eksen: Profesyonelin ödevleri ve hastaların hakları çerçevesindeki tıp etiği tartışmaları**

Anglo-Amerikan biyomedikal etik (AABE) ekolü, temelini analitik etik yaklaşımından alır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren tüm dünyada etkisi baskın bir biçimde hissedilmeye başlanmış olan ve Türkiye’nin akademik biyoetik camiasında baskın olan bu ikinci eksen de, bu ekolün etkisiyle şekillenmiştir.

Bu ekolün tanımlayıcı özelliği, hasta bireyin özerkliğine ve bu özerklik bağlamında da kişilerin sağlık hizmetindeki birincil karar verici olarak saygı görmesine odaklanması ve tıpta paternalizme karşı çıkmasıdır. Eksen, tipik olarak hasta bireyin haklarına ve bu haklar doğrultusunda sağlık hizmeti veren profesyonellerin ve kurumların (özellikle de hekimlerin) yükümlülüklerine ya da ödevlerine odaklanır. Hastanın karar vericiliğini ön plana aldığı için de, tıp uygulamalarının tarihi boyunca sürekli olarak karar verici konumunda olagelmış olan hekimlerin karar verici konumuna ve otoritesine meydan okur. Carol Levine’in AABE ekolünün tanınmış yazarlarından biri olan Robert Veatch’den aktardığı aşağıdaki sözler de, bu bakış açısını yansıtmaktadır (İfadelerin Türkçe çevirisi tarafımdan yapılmıştır):

“Hastanın isteklerine karşı bile olsa, yine de hasta için en iyinin ne olduğuna karar verme yetkisine sahip olduğunu iddia eden kadın ya da erkek (büyük ölçüde de erkek) tıp profesyonelinin küstahlığı, ahlaki açıdan kabul edilemez bir konumdu...” (6)

İlk eksen sağlık hizmetlerinin serbest piyasa dinamikleri ile yönetilmesine ve sağlık hizmetinde ticarileşmeye karşı çıkması ile karakterize iken, AABE etkisindeki bu ikinci eksen için en temel sorun, paternalist zihniyet ile hasta bireyin karar vericiliği arasındaki çatışmadır. Bu çatışma, kendini kaynak kitaplar ve metinler üzerinde de açıkça gösterir. AABE ekolünün temel kavramlarından olan özerkliğe saygı

anlayışı ve aydınlatılmış onam öğretisi, diğer başlıklara olan yaklaşımı da şekillendirir. İstemli düşükten ötanaziye, organ naklinden insan üzerinde araştırmalara, genetik testlerden sağlık hizmetinde mahremiyet sorunlarına değin hemen her başlık, çoğu zaman hastanın karar vericiliğine saygı duyulması ve hastanın karar verici olmasına engel olan unsurlara karşı çıkılması ile şekillenir. Sınırlı kaynakların adil paylaşımı gibi sosyal adaletin ön plana çıktığı konular bu eksen de önem taşıyor olmakla birlikte, bu konularda da yine hastanın özerkliğine saygı ve sağlık çalışanının tek başına karar verici olmasına muhalif olma çabası her zaman önem taşır. Hekimlerin tarafsız olmasının mümkün olmadığına işaret eden ve bu nedenle de organlar gibi sınırlı kaynakların dağıtımında hekimlerin karar verici olmasına itiraz eden görüşler, bunun tipik bir örneğidir.(7)

Bu eksen, aynı zamanda bir uzman olarak “etikçi” kimliğini de en belirginleştiren ve ona belki de en geniş iktidar alanı sunan eksendir. Örneğin, tıp etiği uzmanının klinik ortamda görev alan ve konsültasyon hizmeti sunan bir konuma gelebilmesinde bu eksenin rolü çok büyüktür. Bunun olası bir nedeni, ekolün akademik bir niteliğe sahip olması ve etik uzmanının teknik becerilerini ön plana çıkarmasıdır. AABE ekolünde tipik olarak analitik düşünce geleneği ile üretilmiş girift argümanlar oluşturulur ve bunlar birbiri ile kıyaslanır. Bu nedenle de, etik uzmanının bu argümanların içeriğine hakim olması, bunlara benzer şekilde düşünce üretebilmesi ve sorunları bağlamından soyutlayarak çözümlene yapabilmeye becerisine sahip olması beklenir. Ancak, sağlık hizmeti sunan profesyoneller, büyük ölçüde akademik nitelikteki bu becerilere genellikle sahip değildirler. Dolayısıyla, AABE ekolü biyoetiğin akademik bir alan olarak yerini sağlamlaştırdığı gibi, bu alanın ayrı bir uzmanlık konumuna gelmesine de öncülük etmiş ve sağlık hizmetlerinde tıp etiği uzmanı konumundaki kişinin otoritesi de tanınır hale gelmiştir. Böylece, sağlık çalışanının tek başına karar verici olduğu paternalist geleneğe ve otoritesine hekim-hasta ilişkisi çerçevesi içerisinde hastaların konumunun güçlendirilmesi (*patient empowerment*) yoluyla meydan okunmakla kalmamış, ayrıca üçüncü kişi(ler)in de sağlık çalışanlarının aldığı kararları eleştirel bir biçimde değerlendirmesinin ve gerektiğinde müdahale edebilmesinin önü açılmıştır. AABE ekolü içerisinde biyoetikçinin konumu o kadar güçlü olabilmektedir ki, kimi yazarlar etik uzmanının bu konumunun yaratacağı olası sorunlara da işaret etme ihtiyacı duymaktadır.(8)

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, Türkiye'nin akademik biyoetik camiasında da baskın olarak kullanılan yaklaşımların büyük ölçüde AABE ekolündeki ikinci eksenin etkisiyle şekillenmesi de şaşırtıcı değildir. Ne var ki, Türkiye'deki tıp etiği uzmanları Anglo-Amerikan meslektaşlarının konumuna ve otoritesine de sahip değildir. Benzer şekilde, AABE öğretileri doğrultusunda yapılandırılan tıp etiği analizleri de Türkiye'nin tıp etiği sorunlarını kapsayıcı bir biçimde ele alabilmek için yeterli değildir. Bu öğretileri olduğu gibi alıp Türkiye'ye uygulamaya çalışmak, normatif teorik çerçeve ile uygulama arasında büyük farklar oluşmasına ve tutarsızlıklara yol açmaktadır. Paternalist tavra meydan okumak ve eleştirmek amacıyla hasta bireyin özerkliği kavramına sıklıkla vurgu yapmış bir tıp etiği uzmanı olmakla birlikte, Türkiye'de ikinci eksenin etkisinde üretilen düşüncelerde ve yapılan analizlerde ne yazık ki çoğu zaman “sahici olamama” sorununun da mevcut olduğu düşünüyorum. Bu sorunun olası nedenlerini aşağıda daha detaylı olarak ele alacağım.

### ***İkinci eksenin sorunları ve zayıf noktaları***

Yukarıda vurguladığım üzere, AABE ekolünün belki de en çarpıcı özelliği, sağlık çalışanlarının otoritesine meydan okuması ve hasta bireyin karar vericiliğine vurgu yapmasıdır. Bunun mümkün kılan ise, hasta bireyin özerkliğine vurgu yapan mahkeme kararlarının ortaya çıkması ve yasal düzenlemelerin oluşturulmasıdır. Böylece, AABE, yasa koyucuların otoritesini ve gücünü de arkasına alma şansı bulmuştur. Bunun temel nedeni ise, Anglo-Amerikan biyomedikal etiğinin düşünsel temelleri ile hukuk

öğretileri arasında paralellik bulunmasıdır; her iki alan da temelini liberal siyaset felsefesinden ve bu felsefenin ürettiği düşüncelerden almaktadır. Bu ortak temel, her iki alanın da benzer söylemleri kullanarak ilerlemesini ve kimi noktalarda güç birliği yapmasını sağlamış, hukuk ve etiğin birlikte ele alındığı platformların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Ne var ki, bu birliktelik beraberinde sorunlar da getirmiştir. Örneğin, bazen yasallıkla ilgili kaygılar her türlü etik tartışmasının da içeriğini ve sonucunu belirlemede ve bu durum AABE ekolünün yazarları tarafından da eleştirilmektedir.(9)

Diğer taraftan, Türkiye'nin hukuk öğretileri, temelini kıta Avrupa'sı hukukundan almaktadır. Bu durum, Türkiye'de AABE ekolünün sahicilik sorunu yaşamasının en önemli nedenlerinden biridir. Türkiye'nin yasal düzenlemeleri ve genel hukuk anlayışı ile Anglo-Amerikan düşüncesinin bireyin karar vericiliği merkeze alan anlayışı arasında büyük farklar vardır ve sağlık hizmeti ile ilgili noktalarda bu farklar daha da belirgin hale gelmektedir. Aynı nedenden dolayı, Türkiye'de hukuk ve biyoetik disiplinlerinin işbirliği de kolay değildir. Bunun tipik örnekleri, Türkiye'nin yasal düzenlemelerinde de görülebilir. Örnek olarak, 1982 Anayasası 17. maddesinin ikinci paragrafına bakalım:

“Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.”

Yukarıdaki ifadede tıpta paternalizm açıkça desteklenmekte ve bu destek anayasal düzeyde verilmektedir. “Tıbbi zorunluluk”, sadece sağlık çalışanının tanımlayabileceği bir durumdur; hasta bireyin iradesinin bu kavramda hiç bir yeri yoktur. Bu ifadenin pratikteki anlamı, “tıbben zorunlu” olarak nitelenen her türlü girişimin –hastanın onamı olmasa bile– meşrulaştırılabilecek olmasıdır. Bu durum, özellikle tedaviyi ret hakkın açısından ciddi bir kısıtlama teşkil etmektedir.(10)

Benzer bir sorun, Hasta Hakları Yönetmeliği maddelerinde de mevcuttur. Yönetmeliğin 15. maddesinin ilk paragrafı şu şekildedir:

“Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.”

Yukarıdaki içerik, AABE ekolünün aydınlatılmış onam öğretisinde hastaların aydınlatılmasına ilişkin koşullar ile uyumlu gözükmektedir. Diğer taraftan, aynı Yönetmeliğin 19. maddesi aşağıda alıntıladığım bu maddenin ilk paragrafı, AABE literatüründe tedavi ayrıcalığı (*therapeutic privilege*) olarak bilinen öğretiyi tanımlamaktadır:

“Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.”

Tedavi ayrıcalığı olarak bilinen öğreti, tıpta paternalist geleneğin bir uzantısıdır ve aydınlatılmış onam öğretisi ile taban tabana zıttır; öyle ki, tedavi ayrıcalığının geçersiz kabul edildiği Nathanson vs. Kline davası, aydınlatılmış onam öğretisinin yaygınlaşmasında öncülük etmiş mahkeme kararlarından biri olmuştur.(10) Başka bir yazıda da tartıştığım üzere, bu iki karşıt öğretilerle ilişkin ifadelerin aynı düzenlemede yer alması ancak trajikomik olarak nitelenebilir; bu iki öğretinin birbiriyle örtüşmesi mümkün değildir.(11) Paternalist geleneğin açıkça desteklendiği söz konusu 19. madde, bilginin yönetiminde önceliği kayıtsız şartsız hekime bırakmaktadır ve bu aydınlatılmış onam öğretisi ile bağdaştırılamaz. Dolayısıyla, AABE ekolünün temel taşlarından biri olan aydınlatılmış onam öğretisinin Türkiye'nin yasal düzenlemeleri ile desteklendiğini söylemek, aslında oldukça güçtür. Mevcut düzenlemeler halen paternalisttir ve sağlık hizmetindeki temel karar verici olarak kabul edilenler de halen



sağlık çalışanlarıdır. Bu durum elbette aydınlatılmış onam öğretisinin Türkiye’de savunulamayacağı anlamına gelmez; ancak, mevcut yasal atmosferin hastanın özerkliğini temel almadığı bir ortamda tıp etiği uzmanlarının paternalizme meydan okumak için şu ankinden çok daha fazla çaba sarfetmesi gerektiğini gösterir. Aksi takdirde, ikinci eksen çerçevesinde yapılan analizler sahicilik sorunu yaşanması kaçınılmazdır. Örneğin, Türkiye’de yukarıda alıntıladığım 19. madde uyarınca hastasını aydınlatmamaya karar verdiğini belirten ve haklı bulunan bir sağlık çalışanı olması durumunda, aydınlatılmış onam öğretisinin nasıl gerekçelendirilebileceği net değildir. Bir başka deyişle, Türkiye’de tedavi ayrıcalığı öğretisine yasal zeminde açıkça meydan okunmamış ve bu öğreti henüz mahkeme süreçleriyle sınanmamıştır. Bu gerçekleşmediği sürece de, Türkiye’de aydınlatılmış onam öğretisinin AABE ekolündeki kadar güçlü bir yasal temeli olduğunun savunulması mümkün değildir.

AABE etkisindeki ikinci eksenin söylemlerinde sahicilik sorunu yaşanmasının bir diğer bir nedeni, bu tartışmalarda, Türkiye’nin kendine özgü politik, toplumsal ve kültürel bağlamının yeterince dikkate alınmamasıdır. Bu durum, Türkiye açısından pek çok sorun yaratmaktadır. Örneğin, AABE’nin merkezi kavramlarından biri olan “özerkliğe saygı”, büyük ölçüde bireysel bir özerklik anlayışının yansımasıdır. Ancak, Türkiye’nin sağlık hizmetlerinde özerklik anlayışının bu şekilde yorumlanıp yorumlanamayacağı açık değildir. Özerklik anlayışının Türkiye açısından daha farklı yorumlanmasının gerekebileceği ve bunun toplumsal ve kültürel nedenleri olabileceği uzun süredir vurgulanmaktadır.(12) Bu durum, elbette ki Türkiye’deki hastaların özerkliğe saygı talebinde olmadığı ve paternalizmi olumladığı anlamında yorumlanmamalıdır; bunun tersini gösteren çalışma sonuçları mevcuttur.(13) Ancak, Türkiye’de hastaların sıklıkla yakınları ya da aileleri ile birlikte sağlık hizmeti kurumlarına başvurdukları da bilinen bir gerçektir. Türkiye’nin ilk sivil hasta hakları örgütünün, “Hasta ve Hasta Yakınları Hakları Derneği” (HAYAD) ismi ile kurulmuş olması da, bu açıdan son derece dikkat çekicidir.

Ne var ki, ben Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarının bu ikinci eksenine ilişkin sorunların ve zayıf noktaların, özerkliğin yorumlanmasından da önce, paternalizme meydan okumakta güçlük çekilmesi ile ilişkili olduğunu düşünüyorum. Ne yazık ki, AABE etkisindeki tıp etiği tartışmaları, tıpta paternalizmin Türkiye’de ne kadar çok farklı unsur tarafından ve ne kadar yoğun bir biçimde desteklendiğini yeterince net bir şekilde ortaya koyamamakta ve hasta özerkliği vurgusu üzerinden sorunların çözüleceğini varsayıyor görünmektedir. Bu, Türkiye açısından kesinlikle gerçekçi olmayan bir yaklaşımdır. Özerkliğe saygı kavramının yasal olarak da yeterince net desteklenmediği, hatta paternalizme yasal düzenlemelerle kimi zaman dolaylı, kimi zaman doğrudan destek verildiği Türkiye’de, tıpta paternalizm kültürünün hangi noktalarda ve hangi mekanizmalar yoluyla üretildiğini anlamak için çok daha fazla çaba sarfedilmesi gerekmektedir. Aşağıda kısaca ele alacağım bu noktalar, Türkiye’de tıp etiği tartışmalarının bu ikinci ekseninde paternalist düşüncenin kaynağı olarak ele alınması gereken, ancak yeterince üzerinde durulmayan ve bu nedenle de ikinci eksenin sahicilik sorunu yaşamasına neden olan unsurlardır.

### ***Hasta haklarından hasta sorumluluklarına: Merkezi otorite eliyle desteklenen paternalizm sorunu***

Türkiye’deki hasta hakları uygulamaları, hastaların karar vericiliğini sağlamaya yönelik değildir. Bu uygulamalar, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmaya yönelik prosedürlerden (hekim seçme hakkı gibi) ve profesyonellerin disipline edilmesine yönelik tedbirlerden (şikayet prosedürleri) oluşmaktadır. Bir başka deyişle, Türkiye’deki hasta hakları uygulamaları aslında merkezi otoritenin tepeden inme bir biçimde, kendi sınırlı bakış açısından ortaya koyduğu ve sağlık hizmetlerinin regülasyonuna yönelik yönetmelik ve talimatlardan ibaret kalmıştır. Bu şekilde bakıldığında, Türkiye’deki hasta hakları uygulamalarının aslında merkezi otoritenin yerini daha da sağlamlaştırmak dışında bir işleve hizmet etmediği söylenebilir. Oysa ABD’de kimi hasta haklarının kabul edilebilmesi için doğrudan merkezi otoritenin mevcut uygulamalarına

meydan okunması gerekmiştir. Tedaviyi red hakkının kabul edilmesi ve Oregon Onurlu Ölüm Yasası'nın (*Death with Dignity Act*) çıkartılma süreçleri, bunun iyi birer örneğidir.(9) Türkiye'de ise tüm bu süreçlerin merkezi otorite tarafından çözülmesi beklenmekte, bunun karşılığında da tıbbi paternalizmin yine devlet tarafından desteklendiği düzenlemeler ortaya çıkmaktadır.

Bu sorunun Türkiye'ye has çarpıcı bir diğer örneği, sağlık hizmeti kuruluşlarının duvarlarında sık rastlanan (ve yine merkezi otorite tarafından yayınlanmış olan) "hasta sorumlulukları" listesidir.(14) İçeriği itibariyle ayrı bir yazının konusu olabilecek kadar sorunlu olan bu liste, Türkiye'de merkezi otorite eliyle üretilen ve sağlık çalışanları tarafından büyük bir memnuniyetle benimsenen tıbbi paternalizm kültürünün ne kadar baskın olduğunu da kanıtlamaktadır. Ancak, hastalara "sorumluluklarını" buyurgan bir dille anlatmaya son derece hevesli görünen bu listenin aksine, Türkiye'de bugün sağlık çalışanlarının yükümlülüklerinin (özellikle de hastanın bir özne olarak kabul edilmesine ve karar vericiliğine saygı duyulması temelinde yapılandırılmış olarak) yazıldığı bir belge, bildiğim kadarıyla bulunmamaktadır. Dolayısıyla, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları" olarak nitelenen hasta hakları ve bunların sağlık hizmetindeki uygulamaları, görünürde hasta merkezli olma çabası şeklinde başlarken, nihayetinde yine "hastalara haddinin bildirilmesi" şeklinde yorumlanabilecek otoriter bir söyleme geri dönüşüyle ve paternalist geleneğin zaferiyle sonuçlanmıştır.

### ***Devletin bir aktörü olarak sağlık çalışanı ve bir devlet müessesesi olarak tıp sorunu: Türkiye'nin denetimsiz sağlık profesyonelliği gerçeği***

Türkiye'de sağlık çalışanlarının diploması Sağlık Bakanlığı yoluyla devlet tarafından onaylanır ve diplomalar ancak bu şekilde geçerlilik kazanır. Ancak, sağlık çalışanları için ayrıca lisans (*licensure*) uygulaması da yoktur. Dolayısıyla, devletin onayladığı diplomalar aynı zamanda lisans yerine de geçer ve diploması onaylanan herkes, aynı zamanda bir "profesyonel sağlık çalışanı" konumuna gelmiş olur. Bu durum, sağlık hizmeti sunan mesleklere kabul edilmenin de Türkiye'de sadece devletin iznine bağlı olduğunu gösterir; meslek örgütleri bu konuda söz sahibi değildir ve bu açıdan işlevsizdirler. Ayrıca, devlet herhangi başka bir mekanizma yoluyla sağlık çalışanının yetkinliğini denetlemediği, yani lisans verilmesi ve lisansın yenilenmesi (*re-licensure*) gibi hiç bir sistemli süreci kullanmadığı için de, sağlık çalışanının yetkinliğinin denetimi Türkiye'nin gündeminde yer almayan bir konudur. Dolayısıyla, bilginin ömrünün sağlık bilimlerinde oldukça kısa olduğunun bilinmesine karşın, Türkiye'de hekimler, özellikle de uzmanlık belgelerini aldıktan sonra (ki bu belgeler de yine sadece devlet tarafından ve bir standarda tabii olmaksızın onaylanır) yıllarca çalışabilirler. Bu süreçte yetkinlikleri hiç bir noktada rutin olarak sınanmadığı gibi, bu yetkinliğin sınanması gerektiği bile düşünülmez ve konu tartışmaya da açılmaz. Bu durum, Türkiye'de sağlık profesyonellerinin yetkinliğine doğrudan devletin kefil olması ile yakından ilişkilidir. Çünkü, yetkinliği devlet tarafından garanti edilen ve devlet tarafından bile denetlenmeyen profesyonellerin otoritesine meydan okumak (özellikle de hastalar açısından) son derece güçtür.

Yukarıda saymış olduğum bu sorunlar, Türkiye'de başka meslekler için de belli ölçülerde geçerlidir ve Türkiye'de profesyonellik kültürünün gerçekte sadece sağlık profesyonelleri için değil, diğer meslekler için de ne kadar zayıf olduğunu kanıtlamaktadır. Ne var ki, diğer mesleklerin diploması merkezi otorite tarafından onaylanmaz. Örneğin, Türkiye'de hukukçuların yetkinliğini sınanan herhangi bir sistem de yoktur, ancak avukatların diploması da Adalet Bakanlığı tarafından onaylanmaz. Bu nedenle, Türkiye'nin sağlık hizmeti veren profesyonelleri (özellikle de hekimleri) ile merkezi otorite arasında son derece güçlü ve diğer mesleklerde söz konusu olmayan nitelikte bir ilişki mevcuttur. Türkiye'deki sağlık çalışanları, hangi sektörde çalışırsa çalışsınlar, devletin birer aktörüdürler. Mesleğe giriş yetkisi devlet tarafından verilir, bu nedenle de Türkiye'de tıp aslında bir devlet müessesesidir ve bu müessesenin dışında herhangi bir sivil



profesyonellik kültürü üretme çabası da ne yazık ki mevcut değildir. Türkiye'deki sağlık çalışanları mesleklerinin kurgusu ile devlet arasındaki bu bağı sorunlu değil, normal bir durum olarak kabul ederler; bu da kaçınılmaz olarak hekimliğin ve diğer sağlık mesleklerinin “memurlaşmasını” gündeme getirmektedir. Her ne kadar yakın zamanda yaşanan Gezi Parkı olaylarındaki gibi gelişmelerin ardından devletin hekimlik mesleği üzerindeki tekelinin ne kadar sorunlu olabileceği anlaşılmış ve “profesyonelin özerkliği”ne ilişkin tartışmalar kamuoyunun gündeminde yer almaya başlamışsa da, Türkiye’de bu tartışmalar için ne yazık ki çok geç kalınmıştır. Daha da kötüsü, profesyonellerin kendi standartlarını oluşturup kendilerini denetleme çabası Türkiye’de son derece kısıtlıdır. Türkiye’de yakın zamanda ortaya çıkmaya başladığını gözlemlediğimiz sivil nitelikli hekim platformlarının da hekimlerin sorumlulukları ya da mesleğin regülasyonu ve standartları ile değil, hekim haklarının savunusu ile ilgileniyor olması da, yine bu soruna işaret etmektedir.

İlginçtir ki, ağırlıklı olarak ikinci eksen kullanan akademi çevrelerinde Türkiye’nin kendine has bu sorunları üzerinde fazla durulmamakta, bunun sonucunda da Türkiye’nin sağlık çalışanlarının ABD ve İngiltere’deki meslektaşları ile aynı standartlara sahip olduğu gibi yanlış bir algı oluşmaktadır. Ne var ki, yukarıda vurgulamış olduğum sorunlu unsurların da gösterdiği üzere, Türkiye’deki sağlık hizmetinde profesyonelliği özendirilen ve profesyonelin hizmet ettiği kitleye karşı sorumluluklarını vurgulayan bir ortamın mevcudiyetinden bahsetmek mümkün değildir. Bu nedenle, Türkiye’deki sağlık çalışanlarının profesyonellik düzeyinin yetersiz olduğunu ortaya koyan ve görevi sırasında toplum çıkarlarını kendi çıkarlarından daha üstün tutan hekimlerin azınlıkta olduğunu gösteren çalışma sonuçları da, aslında şaşırtıcı olmamalıdır.(15) Oysa, İngiltere ve ABD, sağlıkta profesyonellik konusunda çok gelişmiş ve işlevsel mekanizmalara sahiptir ve hem profesyonelin özerkliğini güvenceye alan, hem de profesyonelin disipline edilmesini sağlayan etkin mekanizmalar söz konusudur.

Tüm bu sorunları dikkate almayan ikinci eksen tartışmaları, doğal olarak Türkiye’nin sorunlarını analiz etmekte yetersiz kalmakta ve çözüm üretilememektedir. Türkiye’deki hasta hakları uygulamalarına sağlık çalışanlarının olumsuz tepkiler vermesi (“*hekim haklarını neden konuşmuyoruz?*”) ve hasta hakları uygulamalarının sağlıkta şiddete yol açtığı yönündeki iddialar, çözümsüz kalan bu sorunlara örnek olarak gösterilebilir.

### **İlk iki eksenin örtüşen ve çatışan noktaları**

İlk iki eksenle üretilen tartışmalar, içerdikleri tüm sorunlara karşın, Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarının şekillendirilmesinde de en büyük rolü oynamaktadır. Diğer taraftan, bu iki eksen arasındaki ilişkinin netleştirilmesi de kolay değildir. Ancak, Türkiye’de bu iki eksen arasında örtüşmeler olduğu gibi, çatışmalar olduğu da gözlenmektedir. Örneğin, Türk Tabipleri Birliği (TTB) büyük ölçüde ilk eksenin tartışmalarına odaklanan bir yapı konumunda olmakla birlikte, hekimlik meslek etiği kurallarınının 6. maddesinde AABE’nin ilkeci sistematığına gönderme yapılmakta ve “Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir” ifadesi kullanılmaktadır.(16) ABD’li düşünürler Beauchamp ve Childress’in tanınmış eserleri *Principles of Biomedical Ethics*’de (17) kurgulamış oldukları biyomedikal etiğin dört ilkesine Amerikan Tıp Birliği’nin meslek etiği kodlarında bile böylesine net bir atıfta bulunulmadığı düşünüldüğünde, bu ifadeler oldukça şaşırtıcıdır. Söz konusu eserin tek bir baskısının bile henüz Türkçe’ye çevrilmediği ve adı geçen dört ilkeli sistematığın akademik biyoetik çevreleri dışında Türkiye’de pek de kullanılmadığı göz önüne alındığında, Türkiye’deki hekimleri temsil eden meslek örgütü konumunda bulunan TTB’nin etik kodlarında söz konusu bu dört ilkeye yer verilmesinin ne derece gerçekçi olduğu oldukça tartışmalıdır. Diğer taraftan,

TTB'nin etik kodlarında AABE'nin baskın yaklaşımlarından birine bu kadar doğrudan atıfta bulunulabilmesi, söz konusu iki eksenin (ve bu iki eksenin kullanan tarafların) işbirliği yapabildiğini de düşündürmektedir.

Ne var ki, bu iki eksen arasında potansiyel olarak bir çatışma da mevcuttur ve bu durum kimi zaman doğrudan, kimi zaman da dolaylı olarak kendini göstermektedir. Örneğin, Türkiye'nin sağlık politikalarındaki neoliberalleşme sorununu vurgulayan yazarlardan biri olan Keyder (18), Anglo Saxon hukukunun "piyasanın işleyişine en büyük serbestiyi veren düzen" olduğunu da ileri sürmektedir.(19) Bu durumda, ikinci eksene temel teşkil eden en önemli kaynaklardan biri olan hukuk felsefesinin, birinci eksen tarafından başlıbaşına bir çatışma kaynağı olarak görülebileceği de anlaşılmaktadır. AABE düşüncesinin temel başlıklarından biri olan "hasta hakları" başlığına yer vermeyen, buna karşılık AABE düşüncesinde pek yeri olmayan "hekim hakları" kavramını detaylı bir biçimde inceleyen Eleştirel Sağlık Sosyolojisi (3) isimli eserin yaklaşımı da, bu çatışmanın kendini net biçimde gösterdiği örneklerden biri olarak verilebilir. Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki neoliberal yapılanmadan merkezi otoriteyi ve özellikle de mevcut iktidar partisini sorumlu tutan yazarların (20) birinci eksenindeki konumu da bu açıdan anlamlıdır; çünkü Türkiye'de hasta hakları uygulamaları da büyük ölçüde merkezi otoritenin ve özellikle de mevcut iktidar partisinin döneminde gerçekleşmiştir. Bu durum, birinci eksenin kullanan tartışmaların Türkiye'de neden hasta merkezli bir perspektifi benimsemediğini ve sağlık çalışanının otoritesine meydan okumakla ilgilenmediğini de açıklayabilir. Ne var ki, bu unsurlar ikinci eksenin temel kaygılarıdır.

Birinci ve ikinci eksenin vurgulamış olduğu sorunları ve potansiyel olarak birbiri ile ne kadar şiddetli biçimde çatışabileceği düşünüldüğünde, Türkiye'nin tıp etiği tartışmalarında farklı perspektiflere ve alternatif eksenlere ihtiyaç olduğu açıktır. Bu perspektiflerin nasıl oluşturulabileceğine ilişkin detaylı bir değerlendirme yapmak bu yazının kapsamı dışındadır; bu nedenle, olası bir üçüncü eksenin kurgusuna ve içeriğine dair önerilere aşağıda kısaca değineceğim.

### **Tıp etiği tartışmalarında üçüncü bir eksen önerisi: Vicdan, insan merkezlilik ve diğerleri**

Türkiye'de söz konusu alternatif eksenlerden birinin "vicdan" kavramı etrafında oluşturulabileceğini düşünüyorum. Türkçe'deki sık başvurulan bu kavram ile ne kastedildiği her zaman açık değilse de, etik boyutu olan pek çok toplumsal tartışmada sıklıkla gündeme gelmektedir. Bu nedenle, belli politik ve akademik çevrelerin sahip çıktığı ilk iki eksene kıyasla, vicdan kavramı temelinde yapılan tartışmaların genel olarak toplum tarafından sahiplenilmesi önemli bir avantajdır.

Ne var ki, "vicdan" kavramının izdüşümünün hangi etik kuramlarında yer aldığını belirlemek kolay değildir. Bu açıdan bakıldığında, köklü kuramsal temellere dayalı olma avantajına sahip olan birinci ve ikinci eksenin aksine, vicdan temelli bir eksenin kuramsal zemininin güçlü olmadığı düşünülebilir. Diğer taraftan, Türkçe'de "vicdan sahibi olma" kavramının kullanıldığı çeşitli bağlamları düşündüğümüzde, gerek bireysel (örneğin, kişisel değerleri ile bağdaşmayan uygulamaların bir parçası olmayı reddetmek), gerekse toplumsal ölçekte (örneğin, başkalarına yapılan adaletsizliğe kayıtsız kalmamak ve tepki vermek) insan merkezli bir yaklaşımdan ve duyarlılıktan bahsettiğimiz açıktır. Bu nedenle, vicdan ve benzeri kavramların insan merkezli düşünce ekollerini ve hümanist yaklaşımların kaygılarını taşıdığını iddia etmek mümkündür. Bu durumda, analitik etik yaklaşımının etkisindeki AABE ekolüne kimi zaman doğrudan meydan okuyan, kimi zaman da bu ekolün tamamlayıcısı olma iddiasındaki tüm alternatif yaklaşımlardan - örneğin, erdemler kuramına dayalı yaklaşımlardan, feminist kuram temelli yaklaşımlardan ve ilgi etiğinden (*ethics of care*) - üçüncü bir eksenin kurgusu için yararlanılabilir.

## Sonuç

İlki büyük ölçüde Marksist teoriden ve “sol” nitelikli bir politik konumdan, ikincisi ise daha çok Anglo-Amerikan düşünce geleneğinden ve liberal siyaset felsefesinden beslenen iki ana eksen, tüm eksiklerine ve potansiyel çatışmalarına rağmen, Türkiye’nin tıp etiği tartışmalarında büyük ölçüde baskın ve belirleyici konumdadır. Felsefi temelleri itibariyle bakıldığında, bu iki ana eksenin Kıta Avrupası ve Anglo-Sakson düşünce gelenekleri arasındaki çatışmayı olduğu kadar, bireyci ve toplumcu perspektifler arasındaki çatışmayı yansıttığı da düşünülebilir. Birinci eksenin paternalizm ile ilgili net bir itirazı olmaması ve kimi zaman paternalizmi doğrudan, kimi zaman da örtülü bir biçimde onaylaması, ikinci eksen için muhtemelen kabul edilemez bir durumdur. Diğer taraftan, ikinci eksenin de serbest piyasaya ve mevcut şartları belirleyen kapitalizmin “ekonomi-politiğine” görünürde bir itirazı bulunmamaktadır. Dolayısıyla, iki eksen arasında ciddi çatışma unsurları mevcuttur. Bunun Türkiye ölçeğinde ne kadar sorunlu olduğunu saptamak kolay değildir; kimi noktalarda bu çatışma bariz iken, büyük ölçüde örtülü ve belirsiz bir durumdadır. Türkiye’deki akademik biyoetik çevrelerinin büyük ölçüde tıp ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitim kurumları içerisinde yapılanmaya sıkışmış olması ve sosyal bilim çevreleri ile temasının henüz yeterli düzeyde olmaması, muhtemelen bu çatışmanın örtülü kalmasına yol açmaktadır.

Her iki eksenin vurguladığı ve güçlü olduğu noktalar da mevcuttur. Birinci eksen insan sağlığının ticari bir metaya dönüştürülmesine ve sağlık hizmetinde emeğin sömürüsüne karşı çıkarken, ikincisi de insanın özerk konumuna ve biricik niteliğine vurgu yapmakta ve bireyin kendi yaşamı ve bedeni üzerindeki haklarına vurgu yapmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, her iki eksenin de insan odaklı ve ortak nitelikte kaygıları olduğu da söylenebilir. Örneğin, “insan onuruna saygı” ve “insanın özne olarak kabul görmesi” gibi kaygılar, muhtemelen her iki eksen için de önem taşımaktadır.

Her iki eksenin zayıflıkları ve ciddi sorunları bulunmaktadır ve bu sorunlar Türkiye bağlamında ele alındığında daha da ciddi bir niteliğe bürünmektedir. İlk eksen politize niteliğinden dolayı iktidar mücadelesine savrulma riski taşımakta, emekçi olarak nitelediği sağlık çalışanlarının kendilerine eleştirel bakmakta zorlanmakta, otoriter tıbbi paternalizm geleneğine itiraz edememekte ve özgün bir biyomedikal etik teorisine sahip olmadığı için sağlık hizmetindeki etik sorunlarına indirgemeci bir şekilde yaklaşmak zorunda kalmaktadır. Buna karşılık ikinci eksen, Anglo-Amerikan düşüncesinin ürünü olan, ancak Türkiye’de karşılığı pek de net olmayan kavramlara, kurumlara ve hukuk öğretilerine fazlasıyla bağımlıdır. Bu nedenle, kuramsal zemini ile uygulama arasında ciddi farklar ortaya çıkmakta ve kaçınılmaz olarak bir “sahicilik” sorunu yaşanmaktadır.

Bu nedenle, farklı ve alternatif eksenlere duyulan ihtiyacın ortaya konması ve kurgulanması için çaba sarfedilmesi önem taşımaktadır. Hiç kuşku yok ki, söz konusu alternatif eksen ya da eksenlerin de eksiklikleri ve zayıf noktaları olacaktır. Ne var ki, amaç kusursuz bir kuramsal çerçeve inşa etmek de değildir; böyle bir beklenti gerçekçi olmaktan çok uzaktır. Amaç, mevcut yaklaşımların sorunlarını tekrar etmeyen, farklı görüşleri dışlamayan, kapsayıcı nitelikte ve mevcut sorunlara çözüm üretme çabasında olan, yani sahicilik sorunu çekmeyen yaklaşımların ortaya konması olmalıdır. Aksi takdirde, Türkiye’deki tıp etiği tartışmaları işlevsiz olma tehlikesi ile karşı karşıya kalacaktır.

## Kaynaklar

1. Deppe HU. *Sağlık hizmetlerinin doğası: Metalaştırmaya karşı dayanışma*. Panitch L, Leys C, editörler. Kapitalizmde Sağlık. Sağlıksızlık Semptomları. Çeviren: Umut Hasan. İstanbul: Yordam Kitap; 2011. s.43-54.
2. Sönmez M. *Paran Kadar Sağlık. Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap; 2011. s.30-

- 32.
3. *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E, editörler. İstanbul: Nazım Kitaplığı Sol Meclis Dizisi; 2006. s.288-292.
  4. Renée Fox. *The Sociology of Medicine A Participant Observer's View*. Prentice Hall New Jersey, USA. 244-266.
  5. Oğuz NY. *Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün Eleştirel Çözümlemesi*. Arda B, Oğuz NY, Şahinoğlu-Pelin S, editörler. Deontoloji. 2. baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp A.Ş. Yayınları; 1999. s.11-16.
  6. Levine C. *Analyzing Pandora's box: the history of bioethics*. Eckenwiler LA, Cohn FG, editörler. The ethics of bioethics. Mapping the moral landscape. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007. s.7.
  7. Veatch RM. *Transplantation Ethics*. Washington D.C.:Georgetown University Press; 2000:277-286.
  8. Elliott C. *The Tyranny of Expertise*. Eckenwiler LA, Cohn FG, editörler. The ethics of bioethics. Mapping the moral landscape. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007. s.43-46.
  9. Veatch RM. *Biyoetiğin Temelleri*. Çeviren: Tolga Güven. İstanbul: AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon; 2010: xiv, 95-96.
  10. Sert G, Guven T. Examining the ethico-legal aspects of the right to refuse treatment in Turkey. *J Med Ethics* 2013; 39:632-635. doi:10.1136/medethics-2011-100408
  11. Guven T. Defining the Possible Barriers to Communication with Cancer Patients: A Critical Perspective from Turkey. Surbone A, Matjaz Z, Rajer M, Stiefel R, editörler. *New challenges in Communication with Cancer Patients*. New Jersey: Springer; 2013. s.389-402.
  12. Oğuz NY. Autonomy: Cutting the Gordian Knot. *Bioethics Examiner* 2002; 6(1):1-3, 8-9.
  13. Alan S. *Adana'da eğitim hastanelerinde sağlık hizmetini alanlar ile verenlerin özerkliğe saygı ve paternalizme yatkınlıkları*. Yayınlanmamış doktora tezi, Danışman: Prof. Dr. İter Uzel. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı; 2005:78.
  14. Hasta sorumlulukları listesi. <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksorumluluk.htm>
  15. Kurutkan, MN. *Hekimlerin profesyonelleşme derecesi*. Ankara: SAGE Yayınları; 2010, s. 237.
  16. Türk Tabipleri Birliği Meslek Etiği Kuralları.  
[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&id=65&Itemid=31](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31)
  17. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6. basım. New York: Oxford University Press; 2009.
  18. Keyder Ç. Giriş. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*. Çağlar KN, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. İstanbul: İletişim Yayınları; 2007. s.15-35.
  19. Keyder Ç. *Toplumsal Tarih Çalışmaları*. İstanbul: İletişim Yayınları; 2009. s.24.
  20. Soyer A. *AKP'nin Sağlık Raporu*. İstanbul: Evrensel Basım Yayın; 2007.