

Hekimlik Uygulamalarında Kapsamı Giderek Genişleyen Bir Etik Sorun Olarak Vicdani Ret*

Conscientious Objection As An Expanding Ethical Issue In Medical Practice

N. Yasemin YALIM^a

Özet

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada özellikle söz konusu sorunun tanımlanması, vicdani ret kavramı ile ilişkisinin değerlendirilmesi, mevcut durumda yol açtığı ve gelecekte yol açabileceği sorunların saptanması ile çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem ve Gereçler: Tıp etiği alanyazını "vicdani ret" kavramının ilk ortaya çıkışı hekimlerin ahlaki gerekçelerle bazı hizmetleri sunmayı reddetmeleri konusunda olmuştur. Bu türden bilinen ilk olaylardan biri, Hippocrates'in Pers Kralı Artaxerxes'in Pers İmparatorluğu'nda süren vebayı sonlandırması için yaptığı teklifi, Atina ile Pers İmparatorluğu'nun savaş halinde olması nedeniyle reddetmesidir. Nazi döneminde Almanya'da bazı hekimlerin, hekimlik ahlakı ile uyuşmayan araştırmaları reddetmeleri de tarihsel olgulara örnek olarak verilebilir. Günümüzde gebeliğin sonlandırılması, ötanazi, yapay dölleme gibi konularda vicdani reddin gündeme geldiğini biliyoruz.

Vicdani reddin temelinde etik değerler, dinsel inanışlar, ideolojik bağlılıklar gibi çeşitli unsurlar yer alabilmektedir. Bu çalışmada, dinsel inançları nedeniyle belirli bir cinsiyetten hasta bakmayı reddetme olgusu ile vicdani ret kavramı arasındaki ilişki, ülkemizdeki görünümüleri üzerinde özellikle durulmak suretiyle ele alınarak, etik açıdan değerlendirilecektir.

Bulgular: Ülkemizde son yıllarda İslami değer yargılarına dayanan yaşam biçiminin kamusal alanda etkisini arttırmasıyla, gündelik hekimlik uygulamalarında cinsiyeti nedeniyle hastayı reddetme ve bu eylemi vicdani ret kavramına dayandırma eğiliminde bir artış yaşanmaktadır. Tarihte yaşanan görünümünden farklı olarak bu kez hem erkek hem de kadın hekimlerin karşı cinsten olan hastaları reddetmeleri, benzer taleplerin hastalardan da gelmesi ve cinsiyeti nedeniyle hekim seçme davranışının yaygınlaşması söz konusudur. Bu durumun hekim ve hasta hakları açısından ele alınıp alınamayacağı, gerektiğinde uygun cinsiyetten hekim sağlanamamasının bir hasta hakkı ihlali olup olmadığı tartışma konusudur. Ayrıca hemşirelik, diş hekimliği, sağlık teknisyenliği gibi alanlarda bu tür eğilimlerin nasıl yaşandığı gibi sorular da yanıt beklemektedir.

Tartışma ve Sonuç: Benzer bir sorunun, son on yıllarda Yakın ve Ortadoğu coğrafyasında yaşanan çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan kitlesel nüfus hareketinin yöneldiği Avrupa ülkelerinde de saptandığı alanyazına yansıyan çalışmalardan anlaşılmaktadır. İslami değer yargılarının hekimlik uygulamaları ile karşılaştığı modern Batı toplumlarında ortaya çıkan uyumsuzlukların aşılması, öncelikle sorunların kavranması aşamasındaki güçlükler nedeniyle daha da yakıcı düzeydedir.

*Bu makalenin daha kısa bir versiyonu Türkiye Biyoetik Derneği'nin 09-12 Mayıs 2018 tarihleri arasında Mersin'de düzenlediği "Biyoetik: Dünü, Bugünü, Yarını" başlıklı 9. Ulusal Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

^aProf. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ✉ yalimx001@yahoo.com

Gönderim Tarihi: 07.06.2018 • Kabul Tarihi: 11.08.2018

Anahtar Kelimeler: Vicdani ret, tıp etiği, Türkiye

--

Abstract

Introduction: In this study, it is aimed to define the problem in question, to evaluate its relation with the concept of conscientious objection, to determine the emerging and potential problems that may be caused by the current situation and to present recommendations for solution.

Methods: The first emergence of the concept of "conscientious objection" in medical ethics literature has been about the physicians' refusals to provide some medical services for moral reasons. One of the first of such phenomenon was Hippocrates' refusal of the Persian King Artaxerxes' proposal for ending of the plague outbreak in the Persian Empire. The reason for Hippocrates's refusal was a conscientious objection based on the warfare between Athens and the Persian Empire. Some physicians' refusals to participate in the Nazi research that is incompatible with medical ethics are also historical examples for the phenomenon. Today, conscientious objection comes to the fore mostly in abortion, euthanasia, artificial insemination etc.

Conscientious objection bases on various elements such as ethical values, religious beliefs and ideological loyalties. In this study, the relationship between the refusal to provide healthcare services to a patient from a certain gender due to the religious beliefs of the physician and the concept of conscientious objection will be evaluated ethically with special reference to Turkey.

Results: As the influence of the life style based on Islamic value judgments increases in the public sphere in Turkey during the last two decades, the tendency to reject the patient due to his/her gender and to base this action on the concept of conscientious objection has been increased. Unlike the historical examples, both male and female physicians refuse to provide healthcare service to the opposite-sex patients. Similar requests could come from the patients and choosing physicians according to their gender becomes prevalent. Whether this situation can be handled in terms of physician and patient rights and not providing a physician from the appropriate sex should be evaluated as a violation of patients' rights is a matter of debate. In addition, questions such as how these issues are being experienced in nursing, dentistry, and allied health professions are expected to be answered.

Discussion and Conclusion: The mass movement of the Muslim population, which has emerged due to the conflicts in the last decades, has caused a similar problem in Europe. The recent publications on conscientious objection clearly demonstrate the changing structure of the ethical issue. Overcoming the challenges in the modern Western societies is even more difficult because of the gap between the explanatory models of the secular modern medical practices and the Islamic value judgments.

Keywords: Conscientious objection, medical ethics, Turkey

GİRİŞ

Bu çalışmanın ortaya çıkışını tetikleyen olay, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencisi İnt. Dr. Ali'nin bir gün beni arayıp randevu istemesi ve kendisiyle ilgili ahlaki sorgulamasında benden danışmanlık talep etmesi olmuştur. Birbiri peşi sıra yaşadığı üç olay onu rahatsız etmiş ve kendi değerlerini gözden geçirmesini gerektirmişti. Anlattığına göre bu üç olay şöyle gelişmişti:

“Behçet Polikliniği’nde çalışmakta olduğu bir gün gelen genç bir kadın hasta, genital ülser yakınması bildirmiş ve poliklinik sorumlusu olan uzman doktor (Dr. Ayşe), kadın araştırma görevlisi ile muayene bölümüne girerken Ali’den dışarı çıkmasını istemiş. Ali buna bir anlam veremeyip nedenini sorduğunda “Hasta genç kız, senin bir erkek doktor olarak bulunman uygun olmaz” yanıtını almış. Oldukça şaşırılmış; biraz bozulmuş ve kendini dışlanmış hissetmiş. Odadan çıkmamış, ancak muayene süresince arkasını dönmüş. Olayı bana anlatırken “Acaba Ayşe Abla benim hekim olarak ahlakımla ilgili bir kuşku duyduğu için mi böyle yaptı?” diye duyduğu bir başka kaygıyı dile getirdi.

İkinci olay, kısa bir süre sonra, kan alma nöbetinde olduğu başka bir klinikte yaşanmış. Kendisi gibi intörn olan ve Azerbaycan uyruklu bir dönem arkadaşı nişanlısından kan alınması gerektiğini, ancak bu işlemi bir kadın hekimin yapmasını istediklerini söyleyerek Ali’den ortak arkadaşları İnt. Dr. Fatma’nın gelip kendi sorumluluğunda bulunan kan alma ünitesinde kan almasına izin verip vermeyeceğini sormuş. Ali bunda bir sakınca görmemiş; belirli bir gün ve saatte anlaşmışlar. Randevu saatinde Ali klinik sorumlusu tarafından çağırıldığı için odadan ayrılmış; geri geldiğinde kan alma odasının kapısının önünde Azeri arkadaşını görmüş. İçeri girmeye teşebbüs ettiğinde arkadaşı içeride İnt. Dr. Fatma’nın nişanlısından kan almakta olduğunu belirterek Ali’ye engel olmak istemiş. Koldan uygulanan bir işlem için bu tepkiyi anlayamayan Ali ile arkadaşı arasında bir tartışma ve itişme yaşanmış, bu sırada içerideki işlem bitmiş ve hasta ile İnt. Dr. Fatma dışarı çıkmışlar.

Bu iki olay, İnt. Dr. Ali’nin garip bulduğu bir başka uygulamanın dikkatini çekmesine neden olmuş. Acil Serviste yaptığı bir aylık intörnlük boyunca, kadın hastalara kadın, erkek hastalara erkek intörnlerin EKG çekmelerini, servisin bir kuralı gibi uyguladıklarını hatırlamış ve o zaman rahatsız edici bulduğu bu uygulamadan “rahatsız olmasının” yanlış olup olmadığını sorgulamaya başlamış.”

“Vicdani ret”, kişinin bir ödevi yerine getirmeyi vicdanını gerekçe göstererek reddetmesidir. Eğer ödev etik açıdan doğru bir ödevse vicdani ret yanlış ve etikdışı olur. Eğer yasal bir ödevse yaptırımı olabilir. Eğer ödev olarak yanlış bir davranış dayatılıyorsa, ki burada hukuk dışı oluş (dikkat yasadışı değil) da söz konusudur; vicdani ret etik açıdan zorunlu olur. (1) Öner-Yalçın’ın (2016) Eren ve Kasımoğlu’ndan aktardığına göre Türk hukukunda vicdani ret, pozitif hukukta ödev olarak tanımlanan bir eylemden ya da yapılmasına izin verilen bir uygulamadan inanç, değer ya da ideoloji gibi vicdani gerekçelerle kaçınılmasıdır. Bu bağlamda bilinen en yaygın uygulamasının zorunlu askerlik yükümlülüğünden kaçınma olduğu söylenebilir. (2)

Tıp etiği alan yazınında “vicdani ret” kavramının ilk ortaya çıkışı hekimlerin ahlaki gerekçelerle bazı hizmetleri sunmayı reddetmeleri konusunda olmuştur. Bu türden bilinen ilk olaylardan biri, Hippocrates’in Pers Kralı Artaxerxes’in Pers İmparatorluğu’nda süren vebayı sonlandırması için yaptığı teklifi, Atina ile Pers İmparatorluğu’nun savaş halinde olması nedeniyle reddetmesidir. (3) Nazi döneminde Almanya’da bazı hekimlerin, hekimlik ahlaki ile uyuşmayan araştırmaları reddetmeleri de tarihsel olgulara örnek olarak verilebilir. Günümüzde gebeliğin sonlandırılması, ötanazi, yapay dölleme gibi konularda vicdani reddin gündeme geldiğini biliyoruz. Kavramın tıp bağlamında yeniden ortaya çıkışı, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 2014 yılında görülen ve üst mahkeme tarafından vicdani reddin kabul edilmesi yönünde 5/4 çoğunlukla karar alınması ile sonuçlanan Burwell et al. vs. Hobby Lobby Stores Inc. et al. davası ile olmuştur. Bu davada bir Hristiyan işletmesi olan Hobby Lobby, ABD Sağlık ve Sosyal Yardım Hizmetleri Bölümü Genel Sekreteri (The Department of Health and Human Services) Sylvia Burwell aleyhine dava açarak, Obamacare kapsamında yasalaşan ve işletmeleri belirli sağlık hizmetlerini karşılamaya yükümlü kılan Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) (Hasta Koruma ve Ödenebilir Hizmetler Yönetmeliği) tarafından zorunlu tutulan kontraseptif ödemelerinin inançlarına aykırı olduğunu ve vicdani ret bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Yüksek Mahkeme bu savunmayı haklı bulmuş ve şirketlerin vicdani ret hakkını, hem de sağlık hizmetleri bağlamında tanımıştır. Bu kararın içtihat hukuku ile çalışan ABD’de sağlık hizmetlerinin sunumunda yol açacağı öngörülen

sorunlar nedeniyle “vicdani ret” kavramı ile sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü ilişkisi etik açıdan yeniden tartışmaya açılmıştır. (4)

Vicdani reddin temelinde etik değerler, dinsel inanışlar, ideolojik bağlılıklar gibi çeşitli unsurlar yer alabilmektedir. Bu çalışmada, dinsel inançları nedeniyle belirli bir cinsiyetten hasta bakmayı reddetme olgusu ile vicdani ret kavramı arasındaki ilişki, ülkemizdeki görünümüleri üzerinde özellikle durulmak suretiyle ele alınarak, etik açıdan değerlendirilecektir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA VİCDANİ RET

Tibbin tarihsel gelişimine bakıldığında, hekimliğin genellikle erkek egemen bir meslek olduğu, kadın hekimlerin görece az olması nedeniyle incelediğimiz sorunun daha çok erkek hekimlerin kadın hastaları tedavi etme sürecinde ortaya çıktığı saptanmaktadır. Bu sorunu aşabilmek için geliştirilen kimi yöntemler ve hekimlere tanınan ayrıcalıklar da tıp tarihi çalışmaları sayesinde ulaştığımız bilgiler arasındadır.

Ülkemizde son yıllarda İslami değer yargılarına dayanan yaşam biçiminin kamusal alanda etkisini arttırmasıyla, gündelik hekimlik uygulamalarında cinsiyeti nedeniyle hastayı reddetme ve bu eylemi vicdani ret kavramına dayandırma eğiliminde bir artış yaşanmaktadır. Tarihte yaşanan görünümünden farklı olarak bu kez hem erkek hem de kadın hekimlerin karşı cinsiyetten olan hastaları reddetmeleri, benzer taleplerin hastalardan da gelmesi ve cinsiyeti nedeniyle hekim seçme davranışının yaygınlaşması söz konusudur. Yukarıda anlatılan vakada, bu eğilimin her üç örneği de yer almaktadır. Bu durumun hekim ve hasta hakları açısından ele alınıp alınamayacağı, gerektiğinde uygun cinsiyetten hekim sağlanamamasının bir hasta hakkı ihlali olup olmadığı tartışma konusudur. Ayrıca hemşirelik, diş hekimliği, sağlık teknisyenliği gibi alanlarda bu tür eğilimlerin nasıl yaşandığı gibi sorular da yanıt beklemektedir.

Benzer bir sorunun, son onyıllarda Yakın ve Ortadoğu coğrafyasında yaşanan çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan kitlesel nüfus hareketinin yöneldiği Avrupa ülkelerinde de saptandığı alanyazına yansıyan çalışmalardan anlaşılmaktadır. İslami değer yargılarının hekimlik uygulamaları ile karşılaştığı modern Batı toplumlarında ortaya çıkan uyumsuzlukların aşılması, öncelikle sorunların kavranması aşamasındaki güçlükler nedeniyle daha da yakıcı düzeydedir. Genellikle Batılı felsefecilerin bu konudaki yaklaşımı, İslami değerlere dayalı olarak karşı cinsiyetten hastalara sağlık hizmeti vermenin reddedilmesinin modern tıp anlayışı içinde yerinin olmadığı, bu tür bir vicdani reddin modern tıbbi belirleyen laik vicdanlar tarafından kavranamayacağı, aynı kavrama güçlüğünün İslami vicdani retçiler açısından da söz konusu olabileceği yönündedir. (5) Ancak, özellikle Ortadoğu’da ortaya çıkan politik karışıklıklar nedeniyle Batı’ya gerçekleşen kitlesel göç, Batı toplumlarının daha çoğulcu, çok-kültürlü ve çok-dinli bir yapıya hızla evrilmelerine neden olmuştur. Bu yüzden İslam inancı açısından söz konusu olan vicdani ret gerekçesi ile karşı cinsiyetten bir bireye sağlık hizmeti vermekten tümüyle kaçınma eğiliminin, olabilecek en uç durum olarak dikkate alınmasının zorunlu olduğunu vurgulayan çalışmalar da vardır. (6) Yine de topyekûn reddin tıp etiği alanında yeterince tartışılmadığı gözlenmektedir.

Bu çalışmada özellikle söz konusu sorunun tanımlanması, vicdani ret kavramı ile ilişkisinin değerlendirilmesi, mevcut durumda yol açtığı ve gelecekte yol açabileceği sorunların saptanması ile çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmaktadır. Sonuçta ortaya çıkacak değerlendirmenin hem ülkemizde hem de uluslararası düzeyde yarar sağlaması umulmaktadır.

Vicdani reddin, kişilerin kendi değerlerine göre yaşayabilmelerini ve bu değerlerle bağdaşmayan eylemlere zorlanmamalarını sağlamak üzere üretilmiş bir kavram olduğu düşünüldüğünde, sağlık çalışanları için koruyucu bir unsur olduğu açıktır. Bir sağlık çalışanı yasal olarak yükümlendirilse bile, örneğin işkenceye ya da idam cezasına katılmayı, bekâret muayenesi yapmayı reddetmek için vicdani reddi bir gerekçe olarak öne sürebilir. Sorun, aynı sağlık çalışanının; tıbben uygun olan, ülkenin yasal düzenlemeleri tarafından kabul edilen ya da

yasaklanmayan ve hastanın gerek duyduğu ya da talep ettiği bir uygulamayı yapmayı, vicdani ret gerekçesiyle reddettiğinde ortaya çıkmaktadır. Bu durumda hastanın sağlık hakkıyla sağlık çalışanının kendi değerlerine göre eyleme hakkı çatışmakta ve bir etik ikilem ortaya çıkmaktadır. (7) Bazen hasta ile sağlık çalışanının değerleri uyuşsa bile, ki dini gerekçelerle karşı cinsiyetten birine sağlık hizmeti vermeyi reddetmekle, karşı cinsiyetten bir sağlık çalışanından hizmet almayı reddetmek, özellikle İslam dininin değerlerinin başat olduğu ülkelerde pekala sıkça örtüşebilir; bu kez de tıbbın din, dil, ırk, cinsiyet ayrımı yapmama değeri ile bir etik ikilem ortaya çıkmaktadır.

Vicdani reddin neden olduğu etik ikilemlere yönelik etik değerlendirmeler etikçilerin iki kampa ayrılmasına yol açmıştır. Savulescu ve Schuklenk'in başını çektiği sağlık hizmeti sunumunda vicdani ret hakkının söz konusu olamayacağını savunan ve çoğunlukla laik söyleme dayanan grupla, vicdani reddin kişinin ahlaki bütünlüğünün *sine qua non*'u olduğunu ileri süren Wicclair ve daha çok dinsel söyleme dayanan çoğu teolog kökenli etikçileri karşı karşıya getiren bu tartışmada tarafların argümanları kısaca şöyle özetlenebilir. (8,9,10)

Sağlık hizmetlerinde vicdani ret karşıtı yazarların hemen tümü, sağlık hizmetleri bağlamında işkenceye katılmak, idam cezasında yer almak ya da Nuremberg Mahkemelerinde Nazi hekimlerinin savunmalarının temelini oluşturmak için kullandıkları yasal zorunluluktan kaçınabilmek için vicdani ret kavramına gerek olmadığı; tüm bu görevlerin tıbbın ne'liğine dayanılarak reddedilebileceği konusunda hemfikirler. Aynı yazarlar; sağlık çalışanlarının özünde etikdışı olan tüm uygulamaları engellemeye çalışmakla da yükümlü olacaklarından, bu kapsamda yer alan uygulamalarda vicdani ret kavramını ileri sürmenin yalnızca zayıf bir argüman olmakla kalmayacağını, söz konusu uygulamaları kişisel bir tercih statüsüne indirgeyerek tıp etiğine aykırı tutumların önünü açacağını savunmaktadırlar. (11,12) Gerçek bir vicdani reddin, uygulamayı engellemeye çalışmadığı takdirde, ahlaki bir iddia olamayacağını savunan bu grup, bazı uzlaşmacı yazarların önerilerine de karşı çıkmaktadırlar.

Vicdani reddin her zaman dini nedenlere bağlı olmayabileceğini, bu nedenle bazı sınırlamalara uyulmak suretiyle, sağlık hizmetlerinin sunumunda kabul edilebilir argümanlar arasında yer alabileceğini savunan birçok uzlaşma yanlısı etikçi ve hukukçu da bulunmaktadır. Bunlar arasında yer alan Morten Magelssen'in derlemesinde, öne sürülen sınırlar şöylece sıralanmaktadır:

1. Sağlık hizmeti sunmak, hizmeti sunanın ahlaki bütünlüğünü, bir kanaate/inanca duyulan derin bağlılığı ciddi şekilde zedeleyerek zarara uğratiyorsa,
2. Reddin makul bir ahlaki ya da dinsel gerekçesi varsa,
3. Söz konusu tedavi ya da hizmet sağlık çalışanının işinin zorunlu bir parçasını oluşturmuyorsa,
4. Hastaya yükü kabul edilebilir derecede azsa;
 - a. Hastanın yaşamı tehdit eden bir durumu yoksa,
 - b. Ret dolayısıyla hasta tedavi/hizmet alamaz bir durumda kalmayacaksa, kabul edilemez bir gecikmeye ya da maddi kayba uğramayacaksa,
 - c. Hastanın yüklenmek zorunda kalacağı külfeti azaltacak önlemler alınmışsa
5. Meslektaşlara ve sağlık kurumlarına yüklenecek külfet kabul edilebilir derecede azsa vicdani ret kabul edilebilir. Ek olarak;
6. Reddin temelinde tıbbın ahlaki ilkeleri yer alıyorsa ve
7. Tıbbi uygulama yeni ya da ahlaken statüsü belirsizse vicdani ret savı güçlenir.

Magelssen'e göre ilk beş ölçütün, hepsi aynı anda karşılanmak koşuluyla, birlikte bulunması vicdani reddin sağlık hizmetleri sunumunda kabul edilebilirliğini sağlar. (13)

Buna karşılık Greenblum, söz konusu ölçütlerin haklı çıkarılamayacak ölçüde geniş bir vicdani ret alanı sağladığını, tümüyle dinsel inançlara dayalı vicdani reddin toplumun yararına olmayacağını öne sürer ve bu argümanını John Rawls'un Politik Liberalizm başlıklı çalışmasında öne sürdüğü "yurttaşlar, birbirlerine tüm toplum tarafından kabul edilebilecek gerekçeler sunabilmek zorundadırlar" önerme üzerine inşa eder. (14)

Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının vicdani ret nedeniyle hangi uygulamalarda yer almayacaklarını ilan etmelerinin; sağlık hizmeti talep edenleri söz konusu hizmeti vicdani ret nedeniyle uygulamaktan kaçınmayan öteki meslektaşlarına yönlendirmelerinin ya da vicdanen reddettikleri uygulamaların temel olduğu alanlarda görev almaktan kaçınmalarının etik ikilemi çözeceğini ileri süren uzlaşmacı yazarlar da bulunmaktadır. (6)

Bazı yazarlarsa, ahlaki bütünlük, hoşgörü, çoğulculuk gibi değerlere, din özgürlüğü ve demokratik toplumlarda bireysel vicdan özgürlüğüne saygıyı temel alan haklara dayanarak vicdani reddin sağlık çalışanları için de kabul edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. (9,15)

Bu bağlamda hukuki düzenlemelere bakıldığında, Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12. maddesine dayanarak hazırladığı 22 sayılı ve 2016 tarihli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkı Üzerine Genel Yorumu'nun Elde Edilebilirlik (Availability) başlığı altındaki 14. maddesinde yer alan "*Vicdani nedenlere dayanarak hizmet sunmayı reddetme gibi, ideolojik temelli politikalar veya uygulamalar nedeniyle ürün ve hizmetlerin mevcut olmaması, hizmetlere erişimde bir engel teşkil etmemelidir; bu tür hizmetleri sağlayabilen ve bu konuda istekli ve yeterli sayıda sağlık çalışanı hem kamu kurumları hem özel kurumlarda, makul coğrafi erişim dahilinde, her zaman mevcut olmalıdırlar*" ifadesi ile Özel Yasal Yükümlülükler başlığı altındaki Koruma Yükümlülüğü alt başlığına ait 43. maddesinde yer alan "*Devletler; özel aktörlerin sağlık hizmetlerine, tesislere erişimi fiziksel olarak engellemek, yanlış bilgileri yaymak, resmi olmayan ücretler ve üçüncü şahısları yetkilendirme zorunluluğu gibi pratik ya da işlemsel engeller koymalarını engellemeli ve yasaklamalıdırlar. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına vicdani ret hakkı tanınması durumunda; devletler, bu uygulamayı, hizmet sunma yeterliliğine sahip ve bu konuda istekli olan erişilebilir bir sağlayıcıya sevk edilmesi de dahil olmak üzere, bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişiminin engellenmemesini ve hizmetlerin acil durumlarda uygulanmasını sağlamak için uygun bir şekilde düzenlemelidir*" ifadesinin doğrudan vicdani redde işaret ettiği görülmektedir. (16)

Sert'e göre, Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun (IPPF) 1995'te yayınladığı Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi'nin ilgili 5.3. maddesi ile "düşünce özgürlüğü kapsamında sağlık personeline doğum kontrolü ve gebeliği sonlandırma hizmeti sunmayı reddetme hakkı tanınmıştır." (17) Ancak yine Sert, bu hakkın kullanılmasının hastanın bu hizmeti sunmak isteyen başka bir profesyonele sevk edilmesi, hayati risk taşıyan durumlar için bu hakkın kullanılamayacağı gibi koşullarla sınırlandırıldığının altını çizmektedir. Sağlık hizmeti ile düşünceyi ifade özgürlüğü burada da bağdaştırılmaya çalışılmış; yukarıda görüşlerine yer verilen bir grup etikçinin de desteklediği bireyin talep ettiği hizmeti alma hakkının korunmasının sağlanarak sağlık çalışanına düşüncesi çerçevesinde seçim yapma ve vicdani ret hakkı tanınmaya çalışılmıştır. (17)

KARŞI CİNSİYETTEN KİŞİLERE SAĞLIK HİZMETİ VERMEKTEN VİCDANİ RET NEDENİYLE KAÇINMANIN ETİK DEĞERLENDİRİLMESİ

İslam inancının başat olduğu ülkelerde, karşı cinsiyetten birine sağlık hizmeti vermemek ya da karşı cinsiyetten birinden hizmet almamak konusunda önemli bir etik sorunun ortaya çıktığı söylenemez. Bu ülkelerde genellikle sağlık hizmeti ya cinsiyet temelli olarak bölünmüştür ya da sağlık mesleklerine cinsiyet ayırımını gözardı etme ayrıcalığı tanınmıştır. Günümüzde her iki yaklaşımın da örnekleri bulunmaktadır. Sorun, devletin belirli bir dini resmi olarak benimsemediği ya da dinsel inançların kamusal alana yansımalarının sınırlandırıldığı laik

ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Çoğunluğu gelişmiş ülkeler kümesinde yer alan bu toplumlarda ise sorun daha sınırlı olup belirli uygulamalara odaklanmıştır. Bu bakımdan Türkiye özel bir durum sergilemektedir.

Devlet oluşumunda laik dünya görüşünü benimsemesine karşın nüfusunun %99,2'sini Müslümanların oluşturduğu, türünün tek örneği olan ülkemizde, son on yıllarda, İslami değer yargılarına dayanan yaşam biçiminin kamusal alandaki etkisi artmıştır. Bu artışta yönetim erkinin bu yöndeki tercihinin önemli etkisi olmuştur. Gündelik yaşamdaki bu dönüşüm hekimlik uygulamalarında cinsiyeti nedeniyle hastayı reddetme ve bu eylemi vicdani ret kavramına dayandırma eğiliminde de bir artışa neden olmuştur. Ancak konu üzerinde geniş bir tartışma yapılmamış; söz konusu olgu neredeyse görmezden gelinmiştir. Bu nedenle elimizde söz konusu izlenimi destekleyecek bilimsel veriler bulunmamaktadır. Oysa yalnız kadınlara hizmet veren özel hastanelerin sayısında son yıllarda önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. Giderek önem kazanacağı anlaşılan olgunun etik açıdan değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanlarının vicdani ret taleplerinin kabul edilmesine yönelik en önemli eleştiri, bu taleplerin uygulanması halinde hastaların çeşitli biçimlerde zarar göreceği kaygısıdır. Gelişmiş ülkelerde bu kaygı ölüme yardım, abortus, doğum kontrolü gibi oldukça sınırlı sayıdaki uygulama açısından duyulurken, ülkemizde cinsiyeti nedeniyle bir hastanın tüm sağlık hizmetinden mahrum kalması söz konusudur. Örneğin mesane globu gelişmiş, benign prostat hipertrofilisi bir hastaya sonda koymayı reddeden bir kadın hekim, aslında tıbbın oldukça basit ve temel bir uygulamasından kaçındığı gibi, hastanın ıstırabına çözüm bulmak gibi tıbbın varoluş amaçlarından en tartışılmaz olanını da gözardı ediyor demektir. Böylesi temel bir işlevi bile yerine getirmek açısından inançsal engelleri olan birinin, daha baştan tıbbi meslek olarak seçmesi inançsal önceliklerine aykırı olmalıdır. Böyle bir sağlık çalışanının vicdani ret nedeniyle karşı cinsiyetten hastalara hizmet vermeyeceğini ilan etmiş olması etik sorunu hiçbir biçimde hafifletmeyecektir.

Türkiye gibi kaynakları sınırlı bir ülkede, sağlık çalışanı olmak isteyen çok sayıda insan bulunurken, toplumun yalnızca yarısına hizmet sağlayabilecek profesyonellerin yetiştirilmesi adil olmayacaktır. Bu nedenle, İsveç örneğinde olduğu gibi, sağlık mesleklerinde eğitim almak üzere başvuranlardan, tıbbın ilkeleri dışındaki konularda, özellikle dinsel gerekçelerle vicdani ret talebinde bulunmayacaklarına dair bir sözleşme imzalamaları istenebilir.

Sağlık çalışanlarının kişisel değerlerinin hasta ile ilişkilerinde ne ölçüde belirleyici olabileceği tıp etiğinin temel sorusu olagelmıştır. Genellikle paternalizm terimiyle ifade edilen ve süreci tümüyle sağlık profesyonelinin değer yargılarının belirlediği tür ilişkiden kaçınabilmek için özerkliğe saygı ilkesi üzerinde durulmuştur. Zaman içinde sarkacın hastanın özerkliği yönünde fazla savrulması sağlık çalışanlarının özerkliğini tehdit etmeye başlayınca bu kez de mesleki karar, profesyonizm gibi kavramlar gündeme gelmiştir. Ancak tüm bu süreçte sağlık çalışanının değerlerinin her zaman tıp bilgisine dayandığı varsayılmış; öznel değerlerin söz konusu olabileceği dikkate alınmamıştır. Karşı cinsiyetten hastalara hizmet vermemek hiçbir mesleki bilgi ve değerle açıklanamayacak, tümüyle kişisel bir edim olarak bir sağlık çalışanına açık olmaması gereken bir tercihtir. Bu tercihin öteki ayrımcı tercihlerle birlikte sağlık çalışanlarından esirgendiği Hipokrat Andı'ndan başlayarak tüm etik metinlerinde açıkça ortaya konulmuştur. Tıbbın özünde olan bu yasağın belirli bir dinsel bağlılık nedeniyle gözardı edilmesi, mesleğin varoluş özelliği olan koşulsuz iyilik kavramını ortadan kaldırarak onu önemli ölçüde zedeleyecektir.

Bu nedenle meslek eğitiminde ve uygulamada, sağlık çalışanlarının mesleksi eylemlerinden dolayı ahlakla ilgili bütünlüklerinin, dinsel ya da ideolojik değil, yalnızca mesleğe ilişkin etik değerlerle belirleneceği vurgulanmalı; bu yönde değerler eğitimi yapılmalıdır.

Vicdani reddin kabul edilmesinin koşullarından biri olarak, vicdani retçi sağlık çalışanının sağlık hizmeti talep edenleri, söz konusu hizmeti vicdani ret nedeniyle uygulamaktan kaçınmayan öteki meslektaşlarına yönlendirmelerinin, diğer sağlık çalışanlarına yükleyeceği külfet incelemekte olduğumuz olguda, tüm öteki

durumlardan daha fazladır. Bu da vicdani retçi olmayan sağlık çalışanlarının haksız biçimde daha ağır bir işyükünü üstlenmek zorunda kalacakları anlamına gelmektedir. Meslektaşlar arasındaki iş barışını bozacak böylesi bir gelişmenin daha baştan engellenmesi gerekir.

Vicdani reddin kişisel bir tutum olduğu ve böyle bir talebi bulunan bir sağlık çalışanının öteki sağlık çalışanlarının uygulamaları yapması konusunda olumsuz bir tavrı olmayacağı savı, en azından İslam teolojisi açısından sorunludur. Benzer bir sorun Kantian ve varoluşsal etik yaklaşımları benimseyen etikçiler açısından da söz konusudur. Sözü edilen yaklaşımların tümünde eyleyen ya “eyleminin maximi bir doğa yasası olsa yine de onu isteyebileceği gibi”, ya “o durumda bir insanın yapması gereken o olduğundan” ya da “bir Müslümanın öyle davranması gerektiğinden” belirli bir biçimde eylemektedir. Her üç durumda da farklı eylem yanlıştır. Bu yanlış bir Kantian için “yanlış değerlendirme”, bir varoluşçu için “özgür olmayan eylem”, bir Müslüman içinse “günah”tır. O halde vicdani retçinin eyleminin yalnızca kişisel olduğu savı bir yanıltma çabası değilse, bir yanılgıdır. Bu argüman, sağlık çalışanlarının özerkliğini korumak açısından sağlık hizmetlerinde neden vicdani ret dışında bir kavrama dayanmamız gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Aynı argüman neden sağlık hizmetlerinde cinsiyet ayrımcılığını meşrulaştıran, temel kuruluş amacı yalnız belirli cinsiyetteki kişilere hizmet vermek olan hastanelere kuruluş izni verilmemesi gerektiğini de temellendirmektedir. Bu hastaneler tıbbın temel ilkeleri dışında kalan ve herhangi bir tıp bilgisi ile temellendirilemeyen gerekçelerle, açık ya da örtük dinsel bağlılıkların var ettiği kurumlardır. Böylesi bağlılıkların tıpta belirleyici olabileceğinin altını çizmeleri açısından etikdışıdır. Belirli uzmanlık alan hastaneleri kaçınılmaz olarak sıklıkla belirli cinsiyetteki hastalar tarafından kullanılsa da, hiçbir hastanede çalışanlar arasında cinsiyet ayrımcılığı olmamalıdır.

Sonuç olarak, Türkiye’de dinsel inanç gerekçesiyle karşı cinsiyetten olan bir hastaya sağlık hizmeti sunmama eğilimi vicdani ret kavramıyla eşleştirilmemelidir; bir hekim hakkı olarak tanınmamalıdır. Bu anlama gelebilecek uygulamalardan özenle kaçınılmalıdır. Karşı cinsiyetten bir sağlık çalışanından sağlık hizmeti almayı reddetme bir hasta hakkı olarak inşa edilmemelidir. Sağlık çalışanının seçiminde, örneğin hastanın hekim seçme hakkı söz konusu olduğunda, cinsiyet tercihi sağlık hizmetleri kapsamında bir seçenek olarak sunulmamalıdır. Ayrıca bu konuda sağlık çalışanlarının tutumlarını ve etik sorunların boyutlarını ortaya koyacak niteliksel ve niceliksel araştırmalar bir an önce başlatılmalıdır.

TEŞEKKÜR

Makalenin son şeklini alması sürecindeki eleştirel değerlendirme ve katkıları ile metni zenginleştiren Dr. Şükrü KELEŞ’e ve TJOB tarafından belirlenmiş olan anonim hakemlere şükranlarımı sunarım.

KAYNAKLAR

1. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. BMJ. 2006;332:294-7.
2. Öner-Yalçın S. Hemşirelerin ve hekimlerin tıbbi eylemlerinde vicdanın rolü: bir tutum araştırması ile birlikte. T.C. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. Adana, 2016. s. 25-30.
3. Hippocrates. Hippocrates collected works volume I. Jones WHS. (Editor). Harvard University Press; 1923.
4. Oderberg DS. Further clarity on cooperation and morality. J Med Ethics. 2017;43:192-200.
5. Savulescu J. Schuklenk U. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. Bioethics. 2016;31(3):162-170.
6. Giubilini A. Savulescu J. Conscientious objection in healthcare: problems and perspectives. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2017;26:3-5.

7. Ancell A. Sinnott-Armstrong W. How to allow conscientious objection in medicine while protecting human rights. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2017;26:120-131.
8. Schuklenk U. Smalling R. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. *J Med Ethics*. 2017;43:234-240.
9. Wicclair M. Conscientious objection in healthcare and moral integrity. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2017;26:7-17.
10. Cowley C. A defence of conscientious objection in medicine: a reply to Schuklenk and Savulescu. *Bioethics*. 2016;30(5):358-364.
11. Smalling R. Schuklenk U. Against the accommodation of subjective healthcare provider beliefs in medicine: counteracting supporters of conscientious objector accommodation arguments. *J Med Ethics*. 2017;43:253-6.
12. Munthe C. Conscientious refusal in healthcare: the Swedish solution. *J Med Ethics*. 2017;43:257-9.
13. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics*. 2012;38:18-21.
14. Greenblum J. Public reason and the limited right to conscientious objection: a response to Magelssen. *J Med Ethics* 2018;44:206-8.
15. Sulmasy DP. Tolerance, professional judgement, and the discretionary space of physician. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2017;26:18-31.
16. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 2016 (Committee on Economic, Social and Cultural Rights). General comment No. 22. on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en. Erişim Tarihi: 08/08/2018.
17. Sert G. Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları: Etik ve Yasal Değerlendirmeler. İstanbul: Turap Tanıtım Yayınları; 2012. s. 9-18.