

Tıp Etiği argümanları bilimsel bilgi ve belli değerlerle uyumlu olmalı Medical Ethics arguments should be concordant with scientific knowledge and certain values

M. Murat CİVANER^a

Özet: Bu yazıda, Tıp Etiği alanında ileri sürülen argümanların göreci olma, kişisel değerlerle gerekçelendirilme, iç-tutarsız olma ve sağlam olmama gibi bazı temel sorunlara sahip olduğundan örnekleriyle söz edilmekte, bu sorunların insan yaşamı ve sağlığı açısından önemli sonuçlara yol açabileceği saptanmaktadır. Sözü edilen sorunlar karşısında, Tıp Etiği argümanlarının bilimsel öncüllerinin bilimsel bilgiyle uyumlu, değersel öncüllerinin ise sağlığın insan ve toplum için anlamından, kendini gerçekleştirme kavramından, tıbbın var oluş amacından kaynak alan hak ve değerleri kullanmak, sağlık politikaları da içinde olmak üzere sağlığın her belirleyenin etik sorunları üzerindeki etkisini dikkate almak, insanın kişiliğini ve onurunu gözetmek ve kaynakların gereksinime göre dağıtılmasını savunan bir adalet anlayışını sahiplenmek durumunda olduğu gerekçelendirilmektedir. Yazıda, ilgili bilimsel bilgileri dikkate almayan, söz konusu değerleri sahiplenmeyen yaklaşımların ahlaki iyi'yi bulmaya yardımcı olamayacakları, aksine insanların yaşam ve sağlıkları için risk oluşturdukları, dolayısıyla da terk edilmeleri gerektiği ileri sürülmektedir.

Anahtar kelimeler: Tıp etiği, biyoetik, etik kuramı, argüman, etik analizi

--

Abstract: This article exemplifies the main problems of the arguments in the field of medical ethics, such as being relative, invalid, unsound and/or using personal values, and emphasizes that those kind of problems might have a negative impact on human life and health. It is justified that factual premises of arguments should be concordant with scientific knowledge, while their value-based premises should use the values and rights derived from the meaning of health for individual and society, the concept of self-realization, the purpose of medicine, take into consideration the effects of all determinants of health including health policies on ethical problems, caring for human dignity and personality, and adopt a justice position which defends rationing of resources according to need. In the article, it is claimed that the approaches that do not take into consideration scientific knowledge and do not embrace the values mentioned cannot be helpful to define the moral good in medicine; on the contrary they are risky for human life and health, and therefore they should be left aside.

Keywords: Medical ethics, bioethic, ethical theory, argument, ethical analysis

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin ilk sayısında yayımlanan "Tıp Etiği Nereye" başlıklı yazıda Tıp Etiği alanının; ülkemizdeki gelişimine ilişkin sorunların yanı sıra, günümüzde sağlığın piyasalaştırılması, akademik kapitalizm ve dünyada Biyoetik'in aldığı yönün talepleri karşısında bir seçimde bulunmak durumunda olduğunu ve bu seçimin hizmet sunumu içinde sağlık hakkının ve mesleki değerlerin doğal

^a Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ✉ mcivaner@gmail.com

Gönderim tarihi: 29.10.2015 • Kabul tarihi: 22.11.2015

savunucusu olarak yer alan, makro politikaların etik sorunlarına etkisini gören ve eşitsizlikleri göz ardı etmeyen bir var oluşu inşa etmesi gerektiğini savunmuştum (1). Aynı sayıda Tolga Güven'in, Türkiye'deki etik sorunlarına yaklaşımları sınıflama denemesini ve vicdan temelli yeni bir yaklaşım önerisini içeren yazısı da yayımlandı (2). Dergi editörleri, bu iki yazıda ileri sürülen görüşlerin ülkemizdeki tıp etiği tartışmaları ve benimsenen yaklaşımların da değerlendirileceği bir polemik yazısında ele alınması önerisinde bulundular. Bu yerinde öneri karşısında, Tıp Etiği sorunlarına yaklaşırken yapılacak çözümleme ve önerilerde sağlam argümanlar üretebilmek için hangi koşulların sağlanması ve hangi değerlerin korunması gerektiğine odaklanan, Güven'in yazısındaki maddi ve düşünsel hatalar ile önerilen yaklaşımın sorunlarını ise argüman hatalarını örneklemek için kullanan bir yazı yazmayı amaçladım. Elinizdeki yazı bu amaçla, öncelikle Tıp Etiği alanında ileri sürülen savların bazı temel sorunlarından söz etmekte, sonrasında Tıp Etiği argümanlarının belli özelliklere sahip olması gerektiğini savunmakta, bu özelliklerin neler olduğunu gerekçelendirerek ifade etmektedir.

Tıp Etiği alanındaki normatif savlara dair sorunlar

Tıp Etiği alanında ileri sürülen normatif savlara ilişkin bazı kuramsal ve yapısal sorunlar, alanın yazılı ve sözlü üretimini önemli oranda olumsuz etkilemektedir. Bunlardan biri, göreci bir söylemi dayanak alarak her savın gerekçelendirilebileceği düşüncesidir. Etik bilimin değil felsefenin alanıdır, düşünsel bir etkinliktir; dolayısıyla ürettiği savlar doğa ve topluma ait bilimsel bilgi gibi aksi bilimsel yöntemle gösterilene kadar herkesçe doğru kabul edilmez. Aslına bakılırsa, neyin *iyi* olduğu sorusuyla uğraşan Etik alanında sayısı bilinmeyecek kadar çok yaklaşım bulunur. Yaygın bilinen Ödev Etiği, Sonuçsalcılık, Erdem Etiği gibi yaklaşımların yanında, Asya'nın, Afrika'nın, Amerika'nın farklı yaklaşımları farklı iyi'ler tanımlamaktadır. Doğal olarak bu çeşitlilik Tıp Etiği alanı için de geçerlidir. Bu çeşitlilik ve iyi'nin ne olduğuna ilişkin bu denli farklı yaklaşımların varlığını sürdürdürebilmesi, Etik alanında 'ne söylesen olur' gibi ciddiyetten uzak değerlendirmelere kaynaklık edebilmekte, daha kötüsü, yeterince sağlam gerekçelendirilemeyen ahlaki pozisyonlar eleştiriler karşısında son sığınak olarak 'bu benim iyim / iyi bana göre bu!' gibi göreci bir söylemle savunulmaya çalışılmaktadır.

Diğer bir sorun, mutlakçı yaklaşımlardan kaynaklandığını ileri süren pek çok argümanın tutarlı ya da sağlam olmadığı halde dillendirilmeye devam ettirilmesidir. Doğa ve topluma dair bilimsel bilginin inançlarla, benimsenmiş bulunan doğrularla ya da ideolojilerle uyummadığı için görmezden gelinmesi ve/veya insanlığın büyük bedeller ödeyerek var ettiği belli değerlerin korunmaması Tıp Etiği argümanlarında oldukça sık görülen bir sorun kaynağıdır. Elbette, 'sağlam gerekçelendirilmeyen savlar dikkate alınmaz, geçersizliği gösterilen yaklaşımlarsa Felsefe tarihindeki yerlerini alırlar' diye düşünülebilir. Bununla birlikte, bu her zaman böyle olmamakta ve *iyi*'nin ne olduğu üzerine pek çok argüman çürütülmüş olduğu halde kullanılmaya devam etmektedir.

Mutlakçı yaklaşımlarda kişisel değerlerin ya da belli bir olay özelinde keyfi olarak seçilen değerlerin kullanılması ise, belki de sözü edilen diğer sorunlardan daha önemlidir. Etik analizi yaparken elbette her olay kendi özgün koşulları içinde değerlendirilmelidir. Ancak eklektik biçimde, her olayda başka değerler kümesini, hatta aynı olay bağlamında birbiriyle çelişen yaklaşımlardan kaynaklanan değerleri dayanak almak yapılan etik analizinin de analizi yapan uzmanın da güvenilirliğini ve inandırıcılığını doğal olarak azaltacaktır. Tıbbi uygulamalardan kaynaklanan etik sorunları karşısında kişisel değerleri referans almak ise ayrımcılığa kapı açacak, onun da ötesinde yaşama hakkı da dahil olmak üzere hak ihlallerini ve mesleki

yozaşmayı kolaylaştırıcaktır.^b

Yukarıda birkaç boyutuyla sözü edilen sorunsal, insan yaşamı ve sağlığına müdahil olan uygulamalarla ilişkili değer sorunlarını önlemek ve çözmek iddiasındaki Tıp Etiği alanı için özel öneme sahiptir. Tıp Etiği'nde uygulamalı etik çalışmalarının kapsamı oldukça geniştir: Tıp Etikçileri sağlıkla ilgili düzenlemeler, klinik ortamında hasta-hekim ilişkisi, yeni teknolojiler, toplum sağlığı uygulamaları, bilimsel araştırmalarda insanların ve hayvanların kullanılması gibi değer sorunu yaratan pek çok alanda akademiye, politika-belirleyenlere ve topluma yönelik değerlendirmelerde bulunmakta, normatif savlar üretmektedir. Tıp Etikçileri bu türden çalışmalarının yanı sıra, büyük oranda tıp fakültelerinde çalışmakta, geleceğin hekimlerine mesleki deontoloji ve etik eğitimi vermektedir. Etki alanları bu derecede geniş olan Tıp Etiği uzmanlarının kuracakları normatif önermeleri hangi etik yaklaşımlarına dayandırdıkları, hangi değerleri korumak üzere hangi ilke ve kuralları savdukları doğal olarak önemli olacaktır.^c

Tutarlı bir argüman

Yazının bu bölümüne dek, Tıp Etiği alanındaki normatif savlar ve çözümlenmelere ilişkin bazı sorunlardan söz edildi ve bu sorunların Tıp Etiği çalışmaları ve dolayısıyla insan yaşamı ve sağlığı üzerinde önemli olumsuz sonuçları olabileceği belirtildi. Açık ki, bu sorunların önlenmesi için göreci değil, 'ortak bir iyinin belirlenebileceğine / uzlaşa sağlanabileceğine' dair iddiasını sağlam biçimde taşıyan mutlakçı bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Felsefi bir etkinlik olarak Etik alanında çalışanların tümünün aynı yaklaşımı benimseyerek benzer biçimde düşünmesi ve benzer sonuçları savunması gerektiğini ileri sürmek elbette doğaya aykırı olur. Bununla birlikte, yukarıdaki bölümde sözü edilen sorunlar ve benzerlerinin insan yaşamı ve sağlığı üzerindeki potansiyel olumsuz etkileri nedeniyle, benimsenen etik yaklaşımından bağımsız olarak, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan değer sorunlarına ilişkin oluşturulacak ahlaki pozisyonlar / normatif savlar / söylemler ve eylem önerileri, belli koşulları sağlayarak belirlenmelidir.

Sözü edilen koşullardan ilki, kurulan argümanların ya da başka argümanlara yönelik eleştirel çözümlenmelerin iç-tutarlılığa sahip olmasıdır. Argüman kısaca, birbirine bağlı ifadelerin (öncüller) bir sav'a (sonuç) gerekçe oluşturduğu bütündür (3). Argümanın iç-tutarlılığa sahip olabilmesi için ulaştığı sonucun içerdiği öncüllerden çıkabiliyor olması gerekmektedir. İç-tutarlılıkta öncüllerin doğru olması değil, öncüller ile sonuç arasında mantıksal bir bağ olması önemlidir. Örneğin;

Ö.1 Namus bir meyve çeşididir.

Ö.2 Bütün meyveler mavi renklidir.

S Öyleyse namus mavi renklidir.

Bu argümanda ne öncüller ne de sonuç doğrudur; ancak argümanın iç-tutarlılığı vardır. Çünkü öncülleri doğru kabul edildiğinde sonucu da kesinlikle kabul edilmelidir: Namus bir meyve çeşidi olsaydı ve bütün meyveler mavi renkte olsaydı, namusun mavi renkli olduğunu kabul etmek durumunda olurduk. Başka deyişle, 'Öncüller doğru olsa idi, sonucun yanlış olma olasılığı var mıydı?' sorusu olumsuz

^b Burada sözü edilen tıbbi uygulamalara muhatap olan hastanın / hizmet alanının değil, Tıp Etiği açısından analiz yapan ya da sav ileri süren kişinin değerleridir. Sorun olarak adlandırılan şey, temel bir kişi hakkı olarak birey özerkliğine saygı gösterilmemesi değil, etik analizi yapmanın tıbbin belli bir olay karşısındaki ahlaki pozisyonunu kişisel değerleriyle tayin etmesidir.

^c Özellikle ülkemizde, Tıp Etiği açısından yapılan değerlendirmelerin politika belirleyenler ve karar alıcılarca dikkate alındığını, kişilerin ve kurumların söylem ve eylemlerini belirlemede etkili olduğunu ileri sürmek güçtür. Ancak bu durum, uygulamalı etik bağlamındaki var oluşunu tıbbi uygulamalarda iyi eylem'in referansı olmak iddiasına dayandıran Tıp Etiği uzmanının, belli değerlerin korunması, sağlık ve yaşam kayıplarının önlenmesi ve tıp kurumuna ve mesleğe karşı toplumda güven tesis edilmesine yönelik kendi payına düşen yükümlülükleri ortadan kaldırmaz.

yanıtlanabiliyorsa argüman iç-tutarlıdır, böyle bir olasılık bulunuyorsa argümanın iç-tutarlılığı yoktur.

Sağlam bir argüman

a. Bilgisel öncüller açısından

Argümanların iç-tutarlılığına sahip olması yeterli değildir; ayrıca *sağlam* olmaları gerekir. Bir argüman iç-tutarlı ve aynı zamanda öncüllerinin tümü doğru ise, o argüman *sağlam* biçiminde nitelenir. Örneğin aşağıdaki argüman sağlamdır.

Ö.1 Etik bir felsefe alanıdır.

Ö.2 Felsefe bir pozitif bilim dalı değildir.

S Etik bir pozitif bilim dalı değildir.

Bununla birlikte ahlak felsefesinde kullanılan argümanların yukarıdaki gibi dedüktif, yani öncüllerinin tamamı bilgisel olan, dolayısıyla da öncülleri ile sonucu arasında herhangi bir boşluk bulunmayan argümanlar olması olanaksızdır. Çünkü, yazının girişinde de belirtildiği üzere felsefe bilimden farklıdır: Bilimsel bir bilgiye itiraz edebilmenin tek yolu bilimsel yöntem kullanarak yapılacak yeni bir araştırmayla o bilgiyi yanlışlamaktır; aksi durumda o bilimsel bilginin / gerçekliğe dair -dir'li cümlelerin aksi gösterilene dek kabul edilmesi gerekecektir (*bilimsel bilgi taraflarca dikkate alınıyorsa!*). Fakat söz konusu olan Etik ise, bu kesinlikte bir 'kabul etme gerekliliği'ni ileri sürmek olanaklı değildir; çünkü ileri sürülen gerçekliğe ait bir bilgi değil, iyi'nin neliğine dair bir savunudur ve bu tür bir savunuyu doğal olarak en az bir değersel öncül içerir^d. Etik alanında ileri sürülen -meli/-malı cümleleri pek çok farklı değersel öncülden kaynak alabilirler ve değersel ifadeler olgusal olarak doğru ya da yanlış olamazlar. Bu nedenle ahlaki iyi'nin ne olduğuna dair önermelerin hiçbirini bilimsel kesinlikle doğrulamak / yanlışlamak olanaklı değildir. Fakat öyleyse, 'ortak iyi tariflenemez', 'herkesin iyisi kendisine!', 'bütün yapabileceğimiz başkalarının iyi'sine saygı göstermekten ibarettir' diyen, sonuçta kaçınılmaz olarak örneğin namus cinayetini ahlaken olumlamak durumunda olan göreci yaklaşım mı benimsenmeli? Elbette hayır; ahlaka dair argümanları bilimsel kesinlikle kanıtlamak ya da çürütmek olanaksızsa da, onların yapısını çözümlenmek, geçerli olup olmadıklarını değerlendirmek, diğerlerine göre zayıflıklarını / üstünlüklerini göstermek ve böylece haklı çıkarılabilen bir argüman geliştirmek ya da bir argümanı analiz ederek sağlam olmadığını göstermek mümkündür. Bu amaçla uygulanan yöntem, argüman analizidir.

Argüman analizi, yazının bu bölümüne dek de gösterildiği gibi, argümanın öncelikle iç-tutarlı olup olmadığı, sonrasında ise sağlam olup olmadığı incelenerek yapılmaktadır. Argümanın sağlamlığının bilgisel öncüllerinin doğru olup olmadığına göre belirlendiği belirtilmişti. Bilgisel öncüllerin doğru olması, diğer deyişle gerçeklik bilgisiyle uyumlu olması için, öncüllerin bilimsel bilgiyle uyumlu olması gerektiği açıktır; öyleyse Tıp Etiği argümanları için olmazsa olmaz koşullardan ilki, bilimsel bilgiyi dikkate alıyor olmaktadır. Örneğin bilimsel bilgi; birey ve toplum sağlığının sadece sağlık hizmetleri ile değil, ondan daha etkili olmak üzere çok sayıda etmence belirlendiğini göstermektedir (4):

“Sağlık sorunları ile mücadele etmek için sağlık hizmetleri tek başına yeterli bir araç sağlayamaz. Bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi; sadece erişebildikleri sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği ile değil, fakat bundan daha çok barınma, beslenme, çalışma, çevre koşulları, eğitim düzeyi, toplumsal

^d Değerler olgusal gerçeklikten kendiliğinden türemez. İdealist yaklaşımların varsaydığı aksine, doğada şeylerin kendisine için bir değeri yoktur; değerleri insan üretir. Bilgisel öncüllerden / -dir kipinde cümlelerden kalkarak ahlaki sonuçlara / -meli kipinde cümlelere ulaşamayız. Dolayısıyla, ahlaki iyi'ye dair bir argümanın öncüllerinden en az biri değersel olmalıdır.

sınıf gibi dış / çevresel etmenlerce belirlenmektedir”

İnsanların hangi koşullarda barındıkları, ne yedikleri, nasıl koşullarda çalıştıkları, eğitim düzeyleri, erişebildikleri sağlık hizmetinin gereksinimlerine karşılık gelip gelmediği ve çok doğal olarak bütün bunları belirleyen önemli etmenlerden olan makro politikalar, onların sağlık düzeylerini etkilemektedir. Suların ticarileştirilmesi, GDO’lu gıdalara izin verilmesi, termik santrallerin yaygınlaştırılması, insan haklarını ihlal eden uygulamalar, özetle her biri politik tercihlerle belirlenen ve dolayısıyla aksi mümkün olan tüm politikalar birey ve toplumun sağlığını etkilemektedir.

Sağlıkla ilgili bir diğer bilimsel bilgi, ancak kamucu ve sağlığa bütüncül yaklaşan hizmetin etkin olduğunu göstermektedir (5):

“Sağlık hizmetleri ancak; kamu kaynaklarından finanse edilerek, nüfus temelli, ekip çalışmasıyla ve toplum katılımıyla yürütülen, gezici hizmetleri içeren bir örgütlenmeyle, geliştirici, koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici boyutlarıyla bir bütün olarak sunulduğunda sağlık gereksinimlerini karşılayabilmektedir”

Tersine, kamucu anlayışın terk edilerek sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının pek çok soruna yol açtığı araştırmalarla gösterilmiştir. Ülkemizde ‘Sağlıkta Dönüşüm’ programı ile yürütülen sağlığı ticarileştirme politikalarının, iddia edildiği gibi hizmetin niteliğini ve etkinliğini artırmadığı (6-9), aksine;

- hizmete erişimi azalttığı (10-14)
- eşitsizlikleri artırdığı (15-19)
- birinci basamak, koruyucu, toplum-merkezli hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere ağırlık verdiği (20)
- sağlık sisteminin dezorganizasyonuna neden olduğu (21)
- hekimlerin mesleki kimliklerini erozyona uğrattığı (22)
- harcamaları gereksiz yere artırdığı (13, 23-25)

saptanmıştır. Öyleyse, Tıp Etiği alanında kurulacak bir argümanın bilimsel öncüllerinin bu bilgilerden kaynaklanması, bu bilgilerle çelişmemesi o argümanın sağlamlığı açısından bir koşuldur. Bilimsel bilgi ve yöntemle saygı gösterdiğini ileri süren Tıp Etiği uzmanının kuracağı argümanların, doğal olarak, bu bilimsel bilgilerle uyumlu olması gerekir. Somut deyişle, performansa dayalı ödeme sisteminin hizmet kaynaklı zararları artırıcı, hekimlik mesleği üzerindeki yozlaştırıcı etkisi olduğu, geri ödeme sisteminde sadece maliyetin ölçüt alınması politikasının hastaların temel haklarını ihlal ettiği ve tıp kurumuna olan güveni sarstığı, benimsediği etik yaklaşımından bağımsız olarak her Tıp Etiği uzmanının konuyla ilgili savlarında ve analizlerinde yer bulmalıdır; çünkü bu bilgilerin doğruluğu bilimsel olarak gösterilmiştir.

Güven’in yazısı yukarıda sözü edilen gerekliliği karşılamayan bir örnek olarak verilebilir (2): Yazıda hasta haklarının yaşama geçmesini değerli gören bir etik yaklaşımı benimsenmektedir. Buna karşın “*makro-eksen*”in “*sorunları serbest piyasa üzerinden açıklıyor oluşu*”nun eleştirilmesi, sağlığı piyasalaştıran politikaların hasta haklarının yaşama geçmesi önündeki en büyük engellerden biri olduğuna ilişkin bilginin dikkate alınmadığını göstermektedir. Makro politikalarla mezo ve mikro düzeydeki etik sorunlarının ilişkisini görmek, olumsuz etkilerinden dolayı bu tür politikaları eleştirmek, ne benimsenen belli bir etik yaklaşımının gereği, ne Güven’in yazısında iddia ettiği üzere “*politize olmak*” ya da “*politik orientasyona göre değerlendirmek*”, ne de Tıp Etiği’ni politik bir araç olarak kullanmaktır; mesele gerçeklik bilgisini dikkate alıp almamaktan ibarettir. Yapılacak etik analizi ancak sağlık politikalarının hasta-hekim ilişkisinde

yaşanan etik sorunları üzerindeki etkisini dikkate alırsa bütünlüklü olur; tersine, bu bilgileri görmezden gelip genellikle yapıldığı üzere ABD kaynaklı çevirilerle, altının doldurulması akla bile gelmeyen ezber sözlerle sınırlı kalındığında, üretilecek savların ayakları yere basmaz, insanların hayatına, sıkıntılarına karşılık gelmez, çözüm önerileri bireysel düzeyde, genelgeçer bir ‘eğitim şart!’ savıyla sınırlı kalır. Böyle bir pozisyon alan Tıp Etiği uzmanının ise insanların birebir yaşadıkları / öznesi oldukları değer sorunlarını büyütmekten başka bir işlevi olmaz. Asıl o zaman Güven’in de kaygılandığı “*İnsanın ve insanla ilgili kaygıların unutulma ya da arkaplanda kalma tehlikesi oluşur*” (2). “*İnsanı merkeze alan ve onun ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık sistemi kurgusunun nasıl oluşturulabileceğine yanıt arama kaygısı*” ancak sağlık politikalarını da içeren makro düzey belirleyenlerin dikkate alınmasıyla mümkün olabilir. Bu bilimsel gerçekliğin farkında olmayan, ‘politize olurum!’ kaygısıyla gözünü kapatmayı tercih eden ya da ideolojisini yanlışladığı için dikkate almayan Tıp Etiği uzmanlarının işlerini iyi yaptıklarını, mesleklerinin gereğini yerine getirdiklerini söylemek doğal olarak güç olacaktır.

Güven’in yazısında yer alan “*Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarının ana eksenleri*”ni sınıflamaya yönelik analiz, bilimsel öncüllerin doğruluğu açısından başka hatalar da içermektedir. Bunlardan biri, “*Türkiye’deki tıp etiği sorunlarına yaklaşımları belirleyen iki eksen den biri*” olarak tanımlanan “*makro eksen*”in sadece makro düzey politikalara odaklandığı saptamasıdır. Bu maddi bir hatadır; ileri sürüldüğünün aksine, “*makro eksen*” sadece makro düzeyi dikkate almaz; böyle bir bakış elbette indirgemeci olurdu.⁶ Bu anlamıyla bir “*makro eksen*”in var olduğundan söz etmek de hatalı bir sınıflama yapılmasına neden olur. Yukarıdaki bölümde belirtildiği üzere, esas olarak ayırım ya da sınıflama, makro düzeydeki etmenlerin ve bunların içinde sağlık politikalarının sağlığın belirleyenleri arasında olduğu, dolayısıyla da etik sorunlarının oluşumu üzerinde etkisi bulunduğu bilgisini argüman ve analizlerinde kullanıp kullanmama ölçütü üzerinden yapıldığında gerçekliğe karşılık gelecektir. Dolayısıyla “*makro eksen*” yerine ‘bütünlüklü yaklaşım’ adlandırması daha uygun olur. Aynı maddi hata, yazarın “*Anglo-Amerikan Biyomedikal Etik*” (AABE) olarak adlandırdığı sınıflamanın temel sorununu hatalı analiz etmesine yol açmaktadır. AABE yaklaşımının “*sahici olamamasının*” nedenleri arasında yazarın da saptadığı ithal kavramların hukuk ve etik açısından ülkemize uyarlanmasındaki ve yaşama geçirilmesinde sıkıntıların bulunduğu doğrudur. Ancak AABE yaklaşımının “*sahici olamaması*” sorunu temel olarak, “*Türkiye’deki hukuk öğretilerinin kıta Avrupası hukukunu temel alması*”na ya da birey özerkliğinin ülkemiz koşullarında nasıl yaşama geçirilebileceği üzerine kafa yormamasına değil, yazarın da belirttiği üzere “*temelini liberal siyaset felsefesinden ve bu felsefenin ürettiği düşüncelerden alan*” AABE yaklaşımının, kendisiyle iç-tutarlı olarak, sağlığın sosyal belirleyenlerinin, sağlık politikalarının, ülkemiz örneğinde sağlığın ticarileşmesinin etik sorunları üzerindeki etkisini görmezden gelmesine bağlıdır.

“*Makro eksen*”in “*tıbbi paternalizm geleneğine itiraz etmediği*”, “*hekimin hastayı karar verici bir özne olarak görememesinin yarattığı sorunları önemsemediği*”, “*hastaların konumunu ihmal ettiği*” saptamaları maddi hataları örnekleyen başka ifadelerdir. Yazarın bu saptamalarını desteklemek üzere belirttiği “*İlk eksen*de

⁶ Bütünlüklü yaklaşımın makro düzeyin de dikkate alınması gerekliliği üzerine vurgusunu açmak için bir alıntı yararlı olabilir: “Makro ve mezzo düzeyin mikro düzey ile ilişkisini, onu nasıl belirlediğini görmeyen çözümler, etik sorunlarını kaçınılmaz olarak hasta-hekim ilişkisi içinde inceliyor ve önerileri mikro düzeyle, bireysel erdemlere vurgu ile, eğitimle sınırlı kalıyor. Değer harcanmasına ya da değerlerin çatışmasına yol açan durumların sağlık politikaları ile ilişkisi dikkate alınmadığında olağandışı / dramatik durumlar normalleşiyor, verili koşullar değişmez fizik yasalarının sonucu olarak algılanıyor ve sunuluyor. Meşhur “2 hasta - 1 yoğun bakım yatağı” gibi olgu çalışmalarında, “Neden 1 yatak var?”, “Kaynaklar gerçekten sınırlı mı?” gibi sorular sorulmuyor örneğin. Politikahlak bağlantısını “Bizim işimiz Tıp Etiği; sağlık politikalarıyla ilgilenmek değil!” diyerek Tıp Etiği dışında bırakmaya çalışmak, ne yazık ki statükonun devamına hizmet ediyor. Sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiğinden, finanse edildiğinden ve sunulduğundan bihaber olmak, sağlık politikalarının sorunlarla ilişkisini görmezden gelmek, sadece bu yaklaşımlara sahip kişileri değil, bu yaklaşımlara sahip kişilerin temsil ettiği alanı da erozyona uğrattıyor. Üstelik bu yaklaşımın ilgilendiği biricik alan olan mikro düzeyde de çözüm üretmesi zor; çünkü sağlık politikalarının etkisini dikkate almadan ne aydınlatılmış hasta onamı, ne ötanazi, ne de organ aktarımı yaşamla bağdaşan biçimde tartışılabilir.” – Civaner M. Tıp Etiği nereye? Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014;1(1):4-12.

sıklıkla vurgu yapılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile aynı dönemde çıkan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün paternalist bir içeriğe sahip olması” biçimindeki akıl yürütmesi ise hem bilgisel öncüllerdeki hatalara hem de klasik bir düşünme hatasına örnek oluşturmaktadır. Sözü edilen iki düzenlemeden Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13 Ocak 1960, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ise 12 Ocak 1961 tarihlidir. Bugünden bakınca iki düzenlemenin tarihinin birbirine yakın olması onların “aynı dönemde çıktığı”nı göstermez; özellikle de ikisinin arasında Türkiye tarihindeki dönemler açısından önemi yadsınamayacak 27 Mayıs 1960 askeri darbesinin bulunduğu göz önüne alındığında böyle yüzeysel genellemeler yapılamayacağı görülecektir. “Makro eksen”in Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nü savunduğu düşüncesi de maddi hata içermektedir: Gerçekte, etik sorunlarına bütünlüklü yaklaşım, iddia edilen aksine, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün kaleme alındığı zamanın tıp ve değerler anlayışını değil, -yazarın “büyük ölçüde ilk eksenin tartışmalarına odaklanan bir yapı” olarak adlandırdığı Türk Tabipleri Birliği'nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda da yer aldığı üzere- birey özerkliğine saygı gösterme ilkesini sahiplenmektedir.^f Yazarın savındaki düşünme hatası ise bir *post hoc, ergo propter hoc* örneğidir; A yasal düzenlemesinin paternalist içeriğe sahip olması, onunla “aynı dönemde” çıkarılan B yasal düzenlemesinin paternalist içeriğe sahip olduğunu göstermeyeceği gibi, B yasal düzenlemesine “vurgu yapan” kişilerin paternalist yaklaşıma sahip olduklarını da kanıtlamaz. Öte yandan, yazarın savındaki doğru bilgi, Tıp Etiği'nde bütünlüklü yaklaşımı benimseyenlerin, Türkiye Cumhuriyeti tarihinin yüz aklarından biri olan ‘sağlık ocakları’ örgütlenmesini yaşama geçirmek, nüfus temelli, ödeme gücüne göre değil gereksinime göre, ekip anlayışıyla, gezici hizmetle, basamaklı hizmetle, toplum katılımını hedefleyerek, sağlık hizmetlerini bütüncül sunarak vermek üzere yapılandırılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'a “vurgu yaptıkları”, bu yasanın ruhundaki kamucu, eşitlikçi, sağlık hakkını önceleyen anlayışı savdukları bilgisidir. Yazarın mantığıyla düşünüldüğünde bu düzenleme de paternalisttir ve dolayısıyla yazarca savunulmamaktadır. Bu durumda yazarın nasıl bir sağlık sistemini savunduğu, hangi örgütlenme, finansman ve sunum modelinde tıp etiği sorunlarının engelleneceğini / daha az oluşacağını düşündüğü, örneğin bugün sağlık hizmetlerini ticarileştiren ‘Sağlıkta Dönüşüm’ politikaları karşısındaki pozisyonunu, hizmetlerin ödeme gücüne göre sunulması fenomenini hangi adalet yaklaşımıyla değerlendirdiği, sağlığın bir tür piyasaya dönüşmesine benimsediği etik yaklaşımından doğru nasıl baktığı, bu tür politika değerlendirmelerinin “politik orientasyona göre değerlendirme yapmak” olup olmayacağı gibi soruların yanıtları açıkta kalmaktadır. Bu eksiklik yazarın genel olarak sınıflama girişimini gerekçelendirmek açısından kaçırılmış bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

“Makro eksenin sorunlu konularının örneği” olarak ‘Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü’ isimli kitabın arka kapağından alıntı yapılması, yazarın düşüncesinin, bilgisel öncüllerindeki hatalar nedeniyle savrulmasına başka bir örnektir. Bu ve yukarıda örnekleri verilen benzeri saptamalar, onları doğrulayacak herhangi bir kaynak gösterilmediğinden ya da alıntıya yer verilmediğinden yazarın da girişte belirttiği gibi “özel değerlendirmeler” olarak düşünülebilir. Esasen bu anlamda, yazarın saptamalarına kaynak göstermemiş olmasını doğal kabul etmek gerekir; çünkü saptamaları gerçeklikle örtüşmemektedir. Bir kişinin bir konudaki özel değerlendirmeleri kişisel deneyimlerine, gözlemlerine, anekdotal bilgilere dayanabilir. Fakat; a) ‘Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarını eksenlerini sınıflama’ iddiasıyla yola çıkan ve sosyoloji ve etik analizleri içeren bir yazıda sadece özel değerlendirmelerin ve anekdotal bilgilerin kullanılması kabul edilebilir sınırların dışında kalır, b) Yazar yazısının girişinde özel değerlendirmelerde bulunacağını belirtmiş, ancak iyi gerekçelendirilmemiş genellemeler içeren özel yorumlarını gerçeklik bilgisi gibi sunmuş, bilgiyi malumata indirgeyerek değersizleştirmiştir. Böylesi bir tutum ya kötü bir düşünme

^f 1998 tarihli metin, ülkemizde aydınlatılmış hasta onamına hekimin mesleki bir yükümlülüğü olarak yer veren ilk düzenlemedir.

pratiğine işaret eder (*Ignoratio Elenchi / Non sequitur*) ya da ideolojiktir. Yazarın ifadesiyle “*köklü bir felsefi kuram olan Marksist düşüncenin*” ve bu kuramın çok çeşitli, hatta birbiriyle çelişkili olabilen yorumlarının Tıp Etiği’ne yansımaları ve Türkiye’deki izdüşümleri üzerine yapılacak eleştirel değerlendirmelerin, başta ‘ideoloji’ kavramının kullanımı olmak üzere daha özenli olması, savların altının somut referans ve örneklerle doldurulabiliyor olması gerekir. Aksi takdirde toplumdaki yüzeysel gündelik yorumların ötesinde derinlikli ve haklı çıkarılabilen değerlendirmeler yapmak güç olacaktır.

Türkiye’de Tıp Etiği alanında hangi yaklaşımların benimsendiğini düşünsel olarak haritalamak, bu yaklaşımların güçlü ve zayıf yönlerini analiz etmek değerli bir girişimdir. Bununla birlikte yazarın bilgisel öncüllerindeki maddi hatalar analiz ve sınıflamasında önemli sorunlara yol açmış, bu yönüyle sağlam argüman kurmasını engellemiştir. Bu yazıda belirtilen bilgilerin dikkate alınması, sağlığı ticarileştiren politikalar gibi önemli etik sorunları doğuran etmenlerin doğru konumlandırılması ve örneğin Türkiye’de giderek yayılmakta olan inanç temelli anlayışlar ile liberal yaklaşımların da dahil edilmesi ile bu anlamda önemli bir katkı sağlanacaktır diye düşünüyorum.

b. Değersel öncüller açısından

Ahlak felsefesi özelinde, en az bir değersel öncül içermek durumunda olan argümanların sağlamlığı, bilgisel öncüllerinin doğruluğunun yanı sıra, değersel öncüllerinin belli değerleri koruyup korumadığı üzerinden değerlendirilir. Eğer argümanın bilgisel öncülleri doğru, değersel öncülleri ise korunması gereken değerleri koruyor ise, o argüman sağlamdır. Böyle bir argüman “*eleştirel sorgulamaya karşı ayakta kalabilecek ve etik çatışmaların çözülmesini olanaklı kılacak*” biçimde ifade edildiğinde ikna edici olacaktır (26). Yazının önceki bölümünde bilgisel öncüllerin sağlık alanında hangi bilimsel bilgilerle uyumlu olması gerektiği örneklenmişti. Bu bölümde ise Tıp Etiği alanında ileri sürülen argümanların / tıbbi uygulamaların neden olduğu değer sorunları karşısında iyi eylem’in ne olduğuna ilişkin savunuların hangi değerleri koruması gerektiği gereklendirilmektedir.⁵

Kişi hangi değerleri benimseyeceğini nasıl seçer? Bu soruya her koşulda geçerli olacak bir formülle yanıt üretmek olanaklı görünmese de, kişinin değerlerinin ailesi, etkileşim içinde olduğu kişiler, yaşam deneyimleri, eğitimi, tüm kültürel, politik ve ekonomik koşullarıyla birlikte çevresi ve kendi çabalarının etkisiyle edinildiği ve geliştirildiği söylenebilir. Tıp Etiği alanında çalışan kişiler, Tıp Etiği alanında benimseyeceği etik yaklaşımını nasıl seçer? Büyük olasılıkla bu soruya da oldukça karmaşık / çok etkenli bir yanıt verilebilir. Kişisel değerlerinin, dünya görüşünün, insan ve toplumun bir bireyi olarak değer sorunları karşısında kendisini konumlandığı yerin mutlaka etkisi olacaktır. Kişinin aldığı eğitimin, özellikle Tıp Etiği alanında aldığı formal ve informal eğitimin niteliğinin de etkisi olacağı düşünülebilir. Bununla birlikte, bu yazıda, Tıp Etiği alanında üretilen argümanlarda sözü edilen kişisel özelliklerin / değerlerin kullanılmaması gerektiği, bunun yerine, söz konusu olan insan yaşamı ve sağlığı ile ona müdahil olan toplumsal bir kurum olarak tıp olduğundan, argümanların belli değerleri koruması gerektiği, Tıp Etiği uzmanının, benimsediği etik yaklaşımından bağımsız olarak bu değerleri gözetmesi gerektiği, kendi yaklaşımı bu değerleri korumuyorsa yaklaşımını revize etmesi, hatta gereğinde terk etmesi gerektiği ileri sürülmektedir.

Tıp Etiği argümanlarında korunması gereken değerler, sağlığın anlamından / insan ve toplum yaşamındaki

⁵ Vurgulamak yararlı olabilir: Bu soruya dört ilke’li bir yanıt vermek, açıktır ki değer ile ilke farkını gözetmez, ayrıca o ilkelerin kaynaklandığı değerlerden söz edilmediğinde bu tür altı boş ezberler “neden?” sorusu karşısında ayakta kalamaz.

öneminden kaynak alır. Mutluluk, yaşama sevinci, var oluşu anlamlandırma, doğayla ve toplumla bütünleşme, toplum içinde diğer bireylerle birlikte potansiyelini keşfetme, kullanma ve artırma, yaratarak / üretmek var olma, yabancılaşmadan kurtulma, güçlüklerle baş etme, kendini tanıma, ifade etme, özgürlük, katkı verme, dayanışma, kardeşlik, eşitlik, hakkaniyet – hakkın yerini bulması ve sevme anlamında *kendini gerçekleştirmenin* birey ve toplum için en yüksek iyi'yi oluşturacağı göz önüne alınırsa, kendini gerçekleştirmenin ancak;

- insanlık onuruna değer verilmesi, bu anlamda bireylerin kişilik haklarına, özerkliğine ve özel yaşamına saygı gösterilmesi,
- bireyin toplum içinde karar ve denetim mekanizmalarına demokratik katılımının sağlanması,
- eşitsizlikler ve sömürünün ortadan kaldırılarak temel gereksinimlerinin sağlanması ve böylece gereksinimlerini karşılama kaygısının / kavgasının yaşamın temel amacına dönüşmesinin önlenmesi,
- bireyleri birlikte öğrenmeye, keşfetmeye, gelişmeye teşvik edecek ortamın / olanakların yaratılması

ile olanaklı olacağı kabul edilecektir. Sağlıklı olmanın bu koşulların gerçekleşmesi için gerekli temel koşullardan biri olduğu açıktır. Andrija Stampar'ın deyişiyle “Sağlık daha iyi ve daha mutlu bir hayatın yaratılmasında bir etmen olmalıdır” (27). Sağlık ise yazının önceki bölümünde belirtildiği üzere çeşitli etmenlerle belirlenmektedir. Yine Stampar'ın Dünya Sağlık Örgütü anayasasında yazdığı tanımla “sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali”dir. Bu tanımın ilk bakışta olanaksız bir düzeye karşılık geldiği düşünülebilir; ancak tanımın esprisi, sağlığın sadece sağlık hizmetleri ile değil, diğer pek çok etmen tarafından belirlendiğine ve bugün Amerika Birleşik Devletleri örneğinde görüldüğü üzere en sofistike ve pahalı tedavi edici sağlık hizmetlerinin uygulanmasının birey ve toplumun sağlıklı olmasına yetmeyeceğine yapılan vurgudur. Nitekim kaynakların ve üretilenlerin eşitsiz dağıldığı günümüz dünyasında denkleştirici bir adalet anlayışıyla insanlığın ortak bir değeri olarak tanımlanan ve herkes için var olduğu kabul edilen sağlık hakkı da bu çoklu belirlenimi dikkate almakta, sağlığın tüm belirleyenlerine ilişkin en iyi olanaklara kavuşma hakkını ifade etmektedir:

“Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için yeterli yaşam standartlarına sahip olmaya hakkı vardır. Bu hak; beslenme, giyim, konut, sağlık hizmetleri ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminden dışındaki koşullardan kaynaklanan geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını kapsar.” – İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi m.25

Sağlık hakkının bileşenlerinden biri, her bireyin gereksindiği sağlık hizmetine erişmesi hakkıdır. Sağlık hizmetinin gereksinime göre ve etkin biçimde sunulması ise, ancak kamucu ve sağlığa bütüncül yaklaşan bir anlayışla mümkündür (5). Bu nedenlerle artık tıbbın varoluş amacı, sadece ağrı dindirmek / tedavi etmek değil; sağlık hizmetini koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutlarıyla, kişiye saygıyla ve gereksinime göre sunmak ve böylece kişinin kendisini gerçekleştirmesinin koşullarından birini sağlamaktır. Tıbbın bu yeni / genişletilmiş amacı geleneksel değerlerine ve onlardan kaynaklanan mesleki yükümlülüklerine yenilerini ekler. Birincil görev olarak insanın yaşamı ve sağlığına saygı ve özen gösterme yükümlülüğü, insanın kişilik ve onurunu da kapsayacak biçimde genişlemiştir. Bununla bağlantılı olarak bireyin kendi yaşamı ve sağlığıyla kararlara katılım hakkına saygı gösterme ödevi de doğar. Ayrıca hekimin artık; sağlık eğitimi vermek, akılcı ilaç ve tıbbi teknoloji kullanımı ilkelerini uygulamak, hak ihlallerini bildirmek ve sağlıkla ilgili hakların yaşama geçirilmesini savunmak, kaynak dağıtımını belirleyen makro

politikaların gereksinime göre şekillenmesini savunmak, bu anlamda sağlık hizmetlerini ticarileştirerek ödeme gücüne göre ‘sunan’ politikalara karşı çıkmak gibi toplumsal yükümlülükleri vardır. Tıbbın genişleyen varoluş amacına paralel olarak, Tıp Etiği uzmanlarının kuracakları argümanlarda ve yapacakları etik analizlerinde bu değerlerin ve yükümlülüklerin gözetiliyor olması gerekir. Oluşturulan normatif önerilerin ya da değerlendirilen eylemlerin; ayırım yapmamak, acil durumlarda yardım etmek, mesleki gizliliği korumak gibi geleneksel yükümlülüklerle uymanın yanı sıra, kişilik ve onura saygı göstermek, kaynakların gereksinime göre dağıtılmasını savunan bir adalet anlayışını sahiplenmek, piyasalaştırılmış sağlık hizmetlerinde kâr ölçütlü uygulamalara karşı hakları ve mesleki değerleri koruyan bir tutum almak gibi yükümlülükleri de dikkate alıyor olması gerekmektedir. Tıbbi ölçüt kullanmaksızın sadece cinsiyete dayalı yapılan ayırmacılık hiçbir koşulda, hiçbir etik yaklaşımınca haklı çıkarılamayacağı gibi^h, insan onuruna saygıyı, gereksinime göre kaynak dağıtımını, mesleki değerleri yozlaştıran bireysel ve politik etmenlere karşı duruşu içermeyen değerlendirmeler de sağlam Tıp Etiği argümanlarında yer bulamaz.

Güven’in yazısı, bilgisel öncüllerindeki maddi hataların yanı sıra, korunması gereken değerleri korumuyor olmak anlamında da sağlam olmayan argümanlara örnek verilebilir (2). Yazar alternatif bir “*eksen*” olarak *vicdan* kavramı etrafında yeni bir yaklaşım oluşturulabileceğini ileri sürmektedir. Her ne kadar *vicdan* kavramıyla ne kastedildiğinin açık olmadığı ve hangi etik kuramlarına dayandırılabilirliğini belirlemenin kolay olmadığı teslim edilmişse de, sözü edilenin, örneğin, “*kişisel değerleri ile bağdaşmayan uygulamaların bir parçası olmayı reddetme*”yi de içeren “*bireysel ve toplumsal ölçekte insan merkezli bir yaklaşım*” olduğu belirtilmektedir. Oysa *vicdan* kavramı Tıp Etiği argümanlarında iki nedenle kullanılmamalıdır. Bunlardan ilki, kişisel değerlerin son derece değişken ve dolayısıyla kişiler arasında birbirleriyle çelişkili olabilmesidir. Bu nedenle doğal olarak -yazarın da belirttiği gibi- *vicdan* kavramının açık bir tanımı yapılamaz. Böyle bir kavramı normatif önermelerin temeline yerleştirmek, kaçınılmaz olarak ayırmacılığa kapı açacaktır. Nitekim inanç temelli değerlerin tıp alanına sokulmaya başlaması süreci içinde giderek artan biçimde dillendirilen ‘*vicdani ret*’ kavramı, tam da yazarın önerdiği biçimde gerekçelendirilmekte, örneğin dini değerleriyle uyumsuz olduğu için gebeliği sonlandırmayan, hatta karşı cinsten hastaları muayene etmeyen hekimlerle karşılaşılabilir. Bu bakımdan yazarın önerisi -“*kişisel değerleri ile bağdaşmayan uygulamaların bir parçası olmayı reddetme*” ifadesini sağlık çalışanlarını kast ederek kullanıyorsa-, temel mesleki değerlerden ‘ayırım yapmama’yı korumayan bir tutuma karşılık gelebilir; özenle ve şiddetle kaçınılması gerekir. İkincisi insan merkezli ve hümanist yaklaşımların kaygılarını taşıyabilmek için mutlakçı olmak gerekir; çünkü bu yaklaşımlar mutlakçıdır. Ancak *vicdan* kavramını argümanları gerekçelendirmek için kullanmak kaçınılmaz olarak göreci bir pozisyon doğuracaktır. Tıp Etiği bağlamında böyle bir yaklaşım insan merkezli değil, aksine, temel hak ve yükümlülükleri göz ardı ettiği için insana karşı bir pozisyon tarifler. Bu nedenlerle değersel öncülü *vicdan* kavramını kullanacak argümanlar sağlam olmayacaktır.

Sonuç olarak

Tıp Etiği sorunları özellikle ülkemizde can yakıcı düzeyde. Kişisel değerleriyle, inançlarıyla çeliştiği için bebeklerini aşılatmayı reddeden ana babalar, karşı cinsten hastaya dokunmayı reddeden hekimler, sadece maliyeti ölçüt alan bu nedenle de tıbbi malzemelerin en ucuzunu / sınırlı miktarda ödeyerek insanların yaşamını tehlikeye atan bir geri ödeme sistemi, hizmet kaynaklı zarar olasılığını artıran performans dayalı ödeme sistemi, gereksinilen sağlık hizmetlerine erişimi azaltan katkı payları, yeterli bilimsel bilgi olmadan yönetmelikle yasal hale getirilen alternatif tıp uygulamaları gibi pek çok sorun alanı bulunuyor. İnsanların

^h Böyle bir şey elbette iç-tutarlı biçimde savunulabilir; çünkü felsefenin bir dalı olarak Etik alanında belli bir gerekçeye dayanılarak herhangi bir sav ileri sürülebilir. Fakat önemli olan bu savın haklı çıkarılabilesidir; diğer deyişle, yazıda belirtildiği gibi, savunulan argümanın sadece iç-tutarlı olması değil, aynı zamanda sağlam olması gerekmektedir.

yaşam ve sağlıklarını tehdit eden bu sorunlar karşısında, yükselen gericilik ve sağlığı ticarileştirme politikaları karşısında Tıp Etiği uzmanının pozisyon alma yükümlülüğü var. Bu noktada ‘nasıl?’ sorusu doğal olarak önem kazanıyor. Bu işin altı doldurulmayan ‘dört ilke’yle, vicdan gibi görelî gerekçelere yaslanarak ya da inanca dayalı değerlerle yapılamayacağı açık.

Yaman Örs’ün keyfiliğe, ‘ne söylesen olur’ anlayışına, yeterince gerekçelendirilmeden savlar üretilmesine tepki duyarak söylediği bir sözünü anımsıyorum: “*Etik yapmanın da bir etiği olmalı!*” Bu yazıda, benzer bir kaygıdan da yola çıkarak; kurulacak Tıp Etiği argümanlarında ve yapılacak analizlerde bilimsel bilginin dikkate alınması ve belli değerlerin korunması gerektiğini ileri sürdüm. Tıp Etiği alanında söz söyleyen, normatif sav üreten, ürettikleriyle politikaları dolayısıyla da insanların yaşamlarını ve sağlıklarını etkileme potansiyeli olan herkesin, hangi etik yaklaşımını benimliyor olursa olsun; sağlık politikaları da içinde olmak üzere sağlığın her belirleyenin etik sorunları üzerindeki etkisini dikkate almak, insanın kişiliğini ve onurunu gözetmek, kaynakların gereksinime göre dağıtılmasını savunan bir adalet anlayışını sahiplenmek, kişisel değerleri değil sağlığın insan ve toplum için anlamından, *kendini gerçekleştirme* kavramından, tıbbın var oluş amacından kaynak alan hak ve değerleri kullanmak, sağlam argüman kurmak, eklettik olmamak, göreci olmamak yükümlülükleri bulunmaktadır. Elbette her Tıp Etiği uzmanı farklı bir etik yaklaşımını benimseyebilir. Fakat eğer, kendi yaklaşımından kalkarak kurduğu argüman, örneğin hekimlerin hastaları arasında tıbbi ölçüt kullanmadan ayırım yapabilecekleri savını üretebiliyorsa, bu durumda yaklaşımını revize etmesi gerekecektir. Bu mümkündür; çünkü kuram-değer-ilke-kural ilişkisi tek yönlü değil diyalektiktir. Dolayısıyla; insan onurunu gözetmeyen, örneğin insana bireysel özelliklerinden dolayı ayrımcılık uygulanabileceğini ileri süren bir yaklaşımı savunanlar, bu sava nasıl ulaştığını geriye dönük analiz etmeli, sağlam olmayan gerekçeleri tahkim etmeye çalışmalı, bu mümkün değilse o yaklaşımı terk etmelidir. Böylece; ilgili bilimsel bilgileri dikkate almayan, söz konusu değerleri sahiplenmeyen yaklaşımların ahlaki iyi’yi bulmaya yardımcı olamayacaklarını, aksine insanların yaşam ve sağlıkları için risk oluşturduklarını, bu nedenlerle de terk edilmeleri gerektiğini ileri sürüyorum. Bu ifadenin keskinliği mutlakçı bir yaklaşım için doğal karşılanmalı ve yazıda ileri sürülen sav da benzer yöntemle; iç-tutarlı olup olmadığına, bilgisel öncüllerinin doğruluğuna, değersel öncüllerinin ise korunması gereken değerleri koruyup korumadığına bakarak değerlendirilmeli. Bu yöntemin dışında, *ad hominem* ile, olgusal bilgileri yok sayarak ya da ideolojik yanılsamalarla yapılacak değerlendirmeleri dikkate almak için elbette bir neden bulunmuyor. Yazıda ileri sürülen savın iç-tutarsız olduğunun, kullanılan bilgilerin yanlış, dikkate alınan değerlerin ‘değersiz’ olduğunun gösterilmesi doğal olarak onu geçersiz kılacaktır. Fakat aksi durumda, ileri sürülen savın kabul edilmesi gerekecektir.

Tıp Etiği argümanlarında kullanılması gereken bilgiler ve değerler üzerine yapılacak tartışmalar değerlidir; mutlaka geliştirilebilecek yönleri olan bu yazının tartışmalara katkısı olmasını umuyorum.

Kaynaklar

1. Civaner M. Tıp Etiği nereye? Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014;1(1):4-12.
2. Güven T. Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarının ana eksenleri ve sorunları: Eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014;1(1):13-24.
3. The Oxford Companion to Philosophy. Ed. Honderich T. Oxford University Press: New York; 1995. s.47-8.
4. Hart N. The social and economic environment and human health. İçinde: Oxford Textbook of Public Health. Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS eds. Oxford: Oxford University Press; 1997.

5. Fişek N.H. Halk Sağlığı'na Giriş. Hacettepe Üniversitesi: Ankara; 1983.
6. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005;71(1):83-96.
7. Maynard A. Privatisation: an exercise in ambiguity and ideology. *Br J Gen Pract* 2012;62(597):174-5.
8. Tuan T, Dung VT, Neu I, Dibley MJ. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. *Health Policy* 2005;20(5):319-27.
9. Ravindran TK. Privatisation in reproductive health services in Pakistan: three case studies. *Reprod Health Matters* 2010;18(36):13-24.
10. Alvarez LS, Salmon JW, Swartzman D. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv* 2011;41(2):355-70.
11. Naylor CD. Private medicine and the privatisation of health care in South Africa. *Soc Sci Med* 1988;27(11):1153-70.
12. Villa S, Kane N. Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: implications for universal health coverage. *Value Health* 2013;16(1 Suppl):S24-33.
13. Waitzkin H, Jasso-Aguilar R, Iriart C. Privatization of health services in less developed countries: an empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. *Int J Health Serv* 2007;37(2):205-27.
14. Aksan HA, Ergin I, Ocek Z. The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences. *BMC Health Serv Res* 2010;10:300.
15. Fins JJ. Commercialism in the clinic: finding balance in medical professionalism. *Camb Q Healthc Ethics* no. 2007;16(4):425-32; discussion 439-42.
16. Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *Lancet* 1999;354(9193):1889-92.
17. Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy* 2004;67(3):309-22.
18. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health Policy* 2000;51(2):67-85.
19. Price M. The consequences of health service privatisation for equality and equity in health care in South Africa. *Soc Sci Med* 1988;27(7):703-16.
20. Naylor CD. Private medicine and the privatisation of health care in South Africa. *Soc Sci Med* 1988;27(11):1153-70.
21. McCoy D. Commercialisation is bad for public health. *BMJ* 2012;344:e149.
22. Churchill LR. The hegemony of money: commercialism and professionalism in American medicine. *Camb Q Healthc Ethics* 2007;16(4):407-14; discussion 439-42.
23. Ugalde A, Homedes N. [Neoliberal health sector reforms in Latin America: unprepared managers and unhappy workers]. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17 (3):202-9.

24. McCoy D. Commercialisation is bad for public health. BMJ 2012;344:e149.
25. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. N Engl J Med 1997;336(11):769-74.
26. Curtler HM. Ethical Argument. Oxford University Press: New York; 2004. s.89.
27. Akalın A. Toplumcu Tıbbı Giriş. Yazılama Yayınevi: İstanbul; 2013. s.228.