

CANKURTARAN SANDALI

ADALET İLKESİ

*Batan gemiden son anda kurtulanlarla birlikte geminin cankurtaran sandalının içindesiniz. Birlikte olduğunuz kişiler ve siz boğulan yüzlerce yolcudan geriye kalan bir avuç insansınız. Siz başarılı **bir hekim ve virologsunuz**, yolculuk sırasında AIDS hastalığının tedavisini keşfetmiş bulunuyorsunuz.*

*Sizi kurtararak sandala binmenizi sağlayan, alkolik olduğu ve bu nedenle KC sirozuna tutulduğu her halinden belli olan **yehova şahidi bir gemi görevlisi**, ancak sandalda elektronik cihazlar, küçük motorlar ve gemicilik konusunda bilgisi olan tek kişi de o. Şu anda da sandalın henüz çalışmaya başlamamış motoruyla uğraşiyor.*

*Gemi görevlisinin yanında geminin bağlı bulunduğu **firmanın milyarder sahibi** bulunuyor. Bu kişi mafya ile olan ilişkileri ve küçük erkek çocuklara düşkünlüğü ile tanınıyor.*

*Firma sahibinin yanında **uyuşturucu bağımlısı** 37 haftalık hamile **kızı** yatıyor. Hekim olarak siz onun doğumuna yardım ediyorsunuz ve doğan bebeğin **Down sendromlu** olduğunu anlıyorsunuz. Ancak **bebeğin** başka bir sağlık sorunu bulunmuyor.*

*Sandalda ayrıca battanitiesine sarılmış, **kan kanserinin son döneminde** olan bir **kız çocuğu** ile köpeği bulunuyor. Kız ve tüm ailesi, onun son dileğini yerine getirmek için bu geziye çıkmışlar ve gemi işletmesi onlara bu yolculuğu bedava yapma şansı tanımış. Şu anda küçük kızın ailesindeki herkes ölmüş bulunuyor. **Küçük köpekse** gemi patlayıp batmadan önce havlayarak yolcuları uyarmış, sandaldakiler bir anlamda yaşamlarını onun bu erken uyarısına borçlular.*

*Sandalın bir başka yolcusu **dünyaca ünlü bir tenor**, bir gece önce tüm yolcuları sesiyle büyüleyen tenor ne yazık ki hastalık düzeyinde şişman, bu nedenle sandal onun bulunduğu tarafa yatıyor.*

*Son olarak da sandalda **dünyaca ünlü bir misyoner hanım** var. Tüm insanlık onun fakir ve kötü durumdaki insanlar için yaptığı fedakarlıkları takdir ediyor.*

Her ne kadar sandal çok yüklüyse de yeterince gıda ve su var. Gemi görevlisi birazdan motoru çalıştırabileceğini, radyonun da yarına dek tamir edilebileceğini bildiriyor.

Tam bu sırada siz kolunuzda, iki gün önce üzerinde çalışmakta olduğunuz, çok bulaşıcı, öldürücü ve yumurtlama süresi çok kısa olan bir virüsle bulaştığınızı gösteren bir deri belirtisi farkediyorsunuz. Sandaldakilerin tümüne hastalığın bulaştığını anlıyorsunuz. Uygun tedavisi yapılmazsa bu hastalık kısa zamanda tüm sandaldakileri öldürebilir.

Siz basit bir tedavi yöntemi keşfetmiş durumdasınız. Bu yöntem o kadar basit ki onu bu sandalda bile uygulayabilirsiniz. Ancak serum hazırlamak için birisinin kendisini feda etmesi gerekiyor. Çünkü serum elde edeceğiniz memeli canlıya öldürücü bir madde vermeniz

gerekiyor. Üstelik elinizdeki malzeme yalnızca dört kişiye yetecek kadar serum hazırlamanıza olanak veriyor.

Bu kötü haberi sandaldaki arkadaşlarınıza verdiğinizde, alkolik gemi görevlisi kendisinin bir yehova şahidi olduğunu, kurban olarak seçilmeyi kabul ettiğini, serumdan da istemediğini bildiriyor. Ancak ötekiler bunu kabul etmiyorlar, çünkü onun bilgisi olmaksızın içinde buldukları durumdan kurtulma şanslarının olmayacağını düşünüyorlar. Hatta istemese bile onun ilk tedavi edilmesi gereken kişi olduğunu ve zorla tedavi edilmesi gerektiğini savunuyorlar. Gemi görevlisi ise böyle bir durumda kendisini sandaldan atacağını, çünkü inancına göre eğer serumu alırsa ilahi bağışlamadan yararlanamayacağını söylüyor. Bu arada alkol çekilme belirtileri göstermeye başlıyor.

Misyoner bayan kendisini kurban olarak sunuyor, ancak siz bu önerinin de tartışmaya açık olduğunu düşünüyorsunuz. Kanserli kızın ya da küçük köpeğin seçilmesi konusunda öneriler de var. Bu arada anne uyuşturucu krizine giriyor, bebeği ise benzer bir krizin eşiğinde.

Gemi işletmesinin sahibi size, kendisini ve kızını kurtardığınız takdirde tüm araştırmalarınıza yetecek maddi desteği sağlayacağını, aksi takdirde adamlarını sizi öldürmeleri için göndereceğini bildiriyor. Ayrıca sandalın, yiyeceğin ve tıbbi malzemenin sahibinin kendisi olduğunu vurguluyor.

Tenor pek sesini çıkarmıyor ve kimin seçileceğini düşünüyor. Küçük köpek kızın elinden kurtuluyor, gelip elinizi yalıyor. Hava bir fırtınanın yaklaştığını bildirir biçimde kararıyor ve yağmur yağmaya başlıyor.

Denizde iki köpekbalığı sandala doğru yaklaşıyor. Tenor, Lucia di Lammermoor'un mezarlık sahnesinden Edgar'ın "Tu che a Dio" ariasına başlıyor.

- Hekim Olarak Siz Serum Elde Etmek İçin Kimi Kullandınız?
- Elde Ettiğiniz Serumla Hangi Dört Kişi Kıyıya Ulaştı?
- Neden?

.....

Etik ve biyoetik eğitiminde vaka/olgu çözümlenmeleri sık kullanılan bir eğitim yöntemidir. Etik karar verme süreci, bir problem çözme sürecidir aynı zamanda. Etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların verecekleri kararlar ait oldukları toplumun; ahlaksal, dini, sosyal, kültürel, hukuki yapısı, ülkelerin sağlık politikaları ve gelenekselleşmiş hekim tutumlarından da etkilenebilmektedir. Hekimin kendi kültürel değerleri de çeşitli etik ikilemler karşısındaki tutumlarını etkileyebilir. Kişisel değerleri ve geleneksel kişisel kimliği, profesyonel/etik değerlerinin önüne geçebilir ve kararlarında etkin rol oynayabilir.

Tıpta sınırlı kaynakların adil dağıtımında "adalet" ilkesini hayata geçirme sorumluluğu olan, yani sınırlı sağlık kaynaklarını adil ve efektif kullanma sorumluluğu olan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının, "klinik etik kararlar" alırken, çoğu zaman içine düştükleri çıkmazları

tartışabilmek için kurgulanmış olan bu “eğitim amaçlı kurgu vaka” ile ilgili, her gün özellikle değişik fakültelerde lisans eğitimi yapan çok sayıda öğrenciden sayısız mesajlar alıyorum.

Hepsi de doğru yanıtın ne olduğunu soruyorlar, benim yanıtlarımı merak ediyorlar. Keşke elimizde bu sorunun çözümü için, alışkın olduğumuz üzere çoktan seçmeli cevap şıklarımız olsaydı ve sizler bu 5 şık içerisinde birisini, kolayca bulabilseydiniz. Ama görüldüğü gibi yaşamdaki ve mesleki kararlarımızı alırken ya da klinik etik kararlar verirken işletilen süreçte, etik ikilemlerin çözümünde, matematikteki gibi, 2x2: 4 etmiyor.

Etik eğitiminde olgu çözümlenmesi yaparken, olguda ortaya konan sorunun tek bir doğru çözümü olmayabilir, genellikle de olmaz. Fakat bu ahlaki olarak haklı çıkarılmamış veya zayıf şekilde gerekçelendirilmiş yanıtların da kabul edilebilir olduğu anlamına gelmez. Burada amaç, ikilemi ortaya koymak, çatışan değerleri fark etmek ve farklı seçim olanakları içerisinde yapılan seçimi etik olarak haklı çıkartabilmek yani etik gerekçelendirme yapabilmektir.

Bu vakada amaç ise, cevaplardan çok sorulara odaklanabilmek ve tercihlerimize ya da seçimlerimize yol gösterici olan değerlerin “kişisel değerlerimiz/karakter özelliklerimiz” mi yoksa “profesyonel değerlerimiz” mi olduğunun farkına varabilmektir. Diğer taraftan vakaya konu olan her bir ahlaki öznenin özellikleri ve içinde bulunduğu durum, “adil dağıtım mekanizmasının” işlerliğinde nereye oturuyor, bunu görmek de önemlidir.

Kuşkusuz sağlık profesyonelleri olarak hepinizin değişik kimlikleriniz var; cinsiyet kimliği, inançsal kimlik, etnik kimlik, politik kimlik... Ancak hastalarınız ile ilişkinizde profesyonel kimliğimizin, profesyonel ve etik değerlerinizin hepsinin önünde yer alması gerektiğini ve hastanıza profesyonel kimliğinizin gereğini yerine getirecek şekilde muamele etmeniz gerektiğini unutmamanız önemlidir. Bu bağlamda öncelikle yararlı olmak, zarar vermemek, bilgilendirmek, özerkliğine ve mahremiyetine saygı göstermek, sınırlı tıbbi kaynakları adil kullanmak, sır saklamak... gibi etik ilkeleri hayata geçirmek önemlidir.

Bir diğer tehlike, bu profesyonelliğin, çifte standartizasyon durumuna yol açabilirliğidir. Nitekim örneğin Nazi doktorlarının psikolojisi üzerine detaylı bir çalışma yapan Robert Jay Lifton’a göre, Nazi doktorları, tıbbi ölümler ve deneylerde yer alabiliyorlardı, çünkü bir çifte standart içinde bulunuyorlardı. Nazi kişilikleri, iyi eş, iyi baba, iyi hekim, dindar ve etik değerlere sahip bilim adamı kişiliklerine ağır basıyordu. Yani politik kimlikleri diğer tüm kimliklerinin (hekim kimliği/mesleki/profesyonel kimlik) önünde yer almaktaydı. Yaşamayı ve çalışabilmeyi böylesi kötü bir ortamda sürdürmeyi olanaklı kılan bu çifte standartlık, Auschwitz gibi kurumlarda herkes tarafından paylaşılan psikolojik bir süreç oldu. Lifton, doktorların ve aslında bütün mesleklerin çifte standartlık için özel bir kapasiteleri olduğunu da ileri sürmektedir. Tıp öğrencileri buna, anatomi derslerinde, kendileri ile inceledikleri kadavralar arasında bir mesafe oluşturmayı öğrenirken başlamaktadırlar. Dil, çifte standart sürecinde çok kullanılır. Yahudiler, Auschwitz’de asla “öldürülmemiştir”, sadece “seçilmiştir”. Benzer biçimde, tıp araştırmacıları laboratuvar hayvanlarını öldürmekten çok, onları feda ederler (sacrifiye ederler).

Sandalımıza geri dönecek olursak; gördüğümüz gibi bu sandal her ne kadar “cankurtaran sandalı” olarak tanımlanmış olsa da, aslında bir “felaket sandalı”dır. Burada sandalın ve içindeki yolcuların vaka kurgusuna dayalı olarak onları çevreleyen koşullar kadar, her birisi hakkında özellikle verilmiş olan kimi özellikleri de, biyotıp etiğinin tartışmalı pek çok konusuna işaret etmektedir aslında. Özerkliğe saygı ilkesi, yehova şahitleri özelinde inanç sistemlerinin tedavi sürecine yansımaları durumu, zorla tedavi/zorla müdahale, down sendromlu bebekler özelinde prenatal tanı testleri sonrası fetusa müdahale ve bu bağlamda anne ve fetus hakları, yaşamın son döneminde alınan kararlar- kanser, terminal dönem hastalıkları, yoğun bakım ünitelerindeki ölümcül hastalıklar, ilerleyen nörodejeneratif hastalıklar, bazı geriatik hastalıklar gibi yaşamın son dönemindeki hastalar karşısında hekimlerin karşı karşıya kaldıkları etik ikilemler-, obez tenor özelinde kişinin yaşam biçimi ve seçimleri sonucu ortaya çıkan hastalıkların tedavisi konusu ve geri ödeme sistemlerinin bu duruma yaklaşımı sorunsalı, hayvan deneklerin araştırma amaçlı kullanımının koşulları-4 R kuralı...

Sağlık gereksinimleri ve istekleri sınırsızdır, dünya üzerindeki tüm sağlık bakım sistemleri de bazı sınırlılıklarla karşılaşabilirler. Penisilin, insülin, diyaliz, kardiyak nakiller ve boş yoğun bakım yatağı gibi tıbbi kaynaklar ve malzemeler bunlara örnek verilebilir. Peki bu durumda bu sınırlı kaynaklar nasıl dağıtılacaktır? Bu kararlar özellikle yaşamı tehdit eden bir hastalığın olduğu ancak kaynakların yetersiz olduğu bir durumda, çok daha zor verilmektedir. Peki, bu durumda her iki bireyin de hayatta kalmasını sağlayamıyorsak, o zaman hayatta kalacak bireyi nasıl seçeceğiz?

ADALET

Bu vaka özelinde tartışılmasını istediğimiz adalet kavramı ile ilgili olarak da, “adalet nedir?” sorusunun değerler felsefesinin en eski sorularından birisi olduğunu ve cevabının da çok kolay olmadığını söylememiz lazım. Bir çok kaynak metinde, “Adalet nedir?” sorusuna temellendirilebilir bir yanıt verilebilmesi için, öncelikle “Adaletsizlik nedir?” sorusunun yanıtlanması gerektiği de ifade edilmektedir. “Adaletsizlik” temel insan hakları isteminin ve onun ilkelerinin doğduğu yerdir. Adaletsizlik durumundan türettiğimiz bu istek ya da ilkeler “adalet” düşüncesini kavramlaştırmamızı olanaklı kılar. Çünkü “adalet” ve “adaletsizlik” iki karşıt terim olduğu halde, iki karşıt kavramı anlatmazlar. “Adaletsizlik” terimi bir durumu, “adalet” ise bir düşünceyi (insan tasarımı), genel bir istemi ya da bir üst ilkeyi dile getirmektedir. Adalet ilkesi bu noktada benzer koşullardaki kişilere eşit biçimde davranılması gerektiğini öngören ilkedir. Burada anahtar rolü oynayan, kişilerin hangi durumlarda ahlaki açıdan benzer Kabul edileceğinin belirlenmesi durumudur. Sağlık hizmeti açısından bu durum, sağlık hizmetinin dağılımının ihtiyaç temelinde yapılması gerektiği şeklinde yorumlanır. Her ne kadar ihtiyaç, göreceli bir kavram olan toplum esenliği doğrultusunda belirlenebilecek olsa da, sağlık hizmeti genellikle tıbbi ihtiyaç temelinde dağıtılır. Tıbbi esenlik; ölümün önlenmesi, hastalığın tedavi edilmesi, çekilen sıkıntının hafifletilmesi ve sağlığın korunması gibi farklı yaklaşımları içerir. Toplumsal faydacı bakış açısına sahip kişi,

toplam yararı en üst düzeye çıkarmak için **QALY** (Quality-Adjusted Life Years: Kalite Faktörü İle Düzeltmiş Yaşam Süresi) birimini kullanırken, adalet ilkesini öncelikleyen bir kişi QALY'lerin dağılımının mümkün olduğu kadar eşit biçimde olmasını sağlamaya çalışacaktır.

Adaletin en yaygın görünümü "eşitlik" biçiminde olmaktadır. **Dağıtıcı** ve **denkleştirici** adalet biçimleri eşitlik temeline dayanmaktadır. Toplumsal yaşamın tüm yarar ve yükünün herkesin yeteneklerine, gereksinimlerine ve özelliklerine göre dağıtılmasını öngören "dağıtıcı adalet" ile zarara uğrayanın karşı karşıya kaldığı haksızlığın giderilmesini öngören "denkleştirici adalet" biçimleri özünde bir eşitliği sağlamaya yöneliktir.

Adalet kavramının "bölüştürücü, dağıtıcı" (İng. "distributive") ve "denkleştirici, düzeltici" (İng. "commutative") olmak üzere iki ayrı yönden değerlendirilmesi gerektiğini ilk olarak ortaya koyan Aristoteles olmuştur. Dağıtıcı (bölüştürücü) adalet herkesin yeteneğine ve toplum içindeki durumuna göre, payına düşeni almasını öngörür. Toplumsal yükümlülük ve kazanımların bireysel nitelik ve konumları doğrultusunda etik değerlere uygun biçimde kişilere dağıtımını öngören bir anlayış biçimidir. Bu anlamda dağıtıcı adaletin sağlanması, bireylerin oluşturdukları güven, ortaya koydukları çaba, karşılıklarına çıkan şans ögesi gibi bireysel özelliklerle ilişkili olarak gerçekleştirilebilmektedir.

Sağlık alanında "adalet ilkesi" bireylerin toplumsal ve tıbbi olanaklardan adil olarak yararlanmalarını öngörür. Uygulamadaki sorun, sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynakların nasıl paylaşılacağı, dürüstçe paylaşırabilmek için uygun ve kesin ölçütler olup olmadığıdır. Örneğin, tıbbi araç ve olanakların tüm toplum kesimine adil ve dürüstçe dağıtılması, bu ilkenin gereklerine uygun biçimde davranmakla gerçekleştirilebilir. Ancak burada da "herkese eşit ve "gereksinimi olanlar arasında eşit" uygulamaya yönelik sorunlar çıkar ortaya. "Adalet" bireyin isteklerini başkalarının istekleri ile karşılaştırıp haksızlığa fırsat vermeyecek bir sonuca ulaşmaya çalışırken, "dağıtıcı adalet" sıklıkla bireysel niteliklerin birbirleriyle karşılaştırılmasını gerekli kılar; yaş, satın alma gücü, cinsiyet... gibi.

Evet, bir etik yargıya ulaşırken söz konusu insanların eşit oldukları, "toplumun kendilerine verdiği hakların tamamına sahip olmaları gerektiği" düşünülmelidir. Ancak burada eşitlik kavramı değerlendirilirken "herkese eşit" (İng. "equality") ile "gereksinimi olanlar arasında eşit" (İng. "equity") kavramları arasındaki farka da dikkat edilmesinde yarar bulunmaktadır.

VAKA ÖZELİNDE TARTIŞILMASI İSTENEN BİYOETİK TEMALAR

Şimdi sandalımızda kurtarılmayı bekleyen her bir kişinin özelinde tartışılmasını istediğimiz konu ve kavramlara dikkat çekelim;

Yehova şahidi gemi görevlisi; aynı zamanda alkolik ve alkole bağlı sirozu var. Serumunu inancı nedeniyle ret ediyor ve serum elde etmek için kendisini de feda edebileceğini söylüyor. Sandalda bulunan diğer yolcular ise, onun gerekirse "zorla tedavi" edilmesi gerektiğini savunuyorlar. Burada, yehova şahidleri özelinde tedaviyi ret etme durumu, özerklik, tıpta

“zorla tedavi”yi haklı çıkarabildiğimiz durumların- psikotik hastaların akut dönemi, bazı geriatrik durumlar, dirençli tbc vakaları...- tartışılması istenmektedir.

Hastanın dini taahhütlerinin, sağlık profesyoneli ve sağlık kuruluşunun iyileştirme taahhütleriyle çatışması durumunda; iki ahlaki kural çatışmaktadır:

- Yaşamı tehdit eden durumu, uygun tıbbi teknolojilerin kullanılmasıyla, tıbben kontrol edilebilecek bir hastanın, ölüm riskine atılması ahlaken kabul edilemez.
- Kendine uygulanacak tedaviyi reddeden ve yeterliği tam olan birinin bu isteğine saygı göstermemek ahlaken kabul edilemez.

Sonucu ne olursa olsun yeterliği olan bir hastanın, aydınlatılmış onam süreci tam ve yeterli olarak işletildiği durumda-bilgilendirme, verilen bilgiyi alıp tam olarak anladığından emin olma, özgür olma, kararını bildirme- **tedavi retlerine saygı** gösterilmek zorundadır. Hastaların kendilerine sunulan ümit verici tedavileri reddettiği pek çok durum vardır. Hastalar tedavilerin sonuçlarından endişelenebilirler, maliyetine değmeyeceğini düşünebilirler, doktora güvenemeyebilirler, ölmek isteyebilirler ya da yahova şahidlerinde olduğu gibi dini gerekçeleri de olabilir.

Vakadaki gemi görevlisi ile ilgili olarak, birazdan obez tenor/ “Pavarotti” 😊 vakasında da tartışılmasını istediğim aynı konu, yani “hastalık yaratıcı etkisi bilinen davranışları” benimsemiş olan kişilerin, bu tutumlarının sorumluluğunu taşımaları gereği, tedavi kararlarına ya da sınırlı kaynakların dağıtımında öncelik/sonralık kararlarına etki eder mi, etmeli mi sorularının da yanıtlanması beklenmektedir.

Firmanın milyarder sahibi; “mafya ile olan ilişkileri ve küçük erkek çocuklara düşkünlüğü ile tanınıyor” ifadesi ile, kaynak kullanımına karar verecek kişi ya da kurulun üyelerinin ahlaki duruşlarına bir olta atılmaya çalışılıyor; böylece hastaların ahlaki konumları, cinsel tercihleri, cinsiyetleri, etnisiteleri, politik tercihleri ya da inançsal kimliklerinin, karar verici için önemi sorgulanmaya çalışılıyor.

Aynı zamanda sınırlı kaynakların sahibi kim sorusu da, kaynak dağıtımını etkiler mi? Kaynağın sahibi olan kişi nasıl dağıtılacağına karar verme konusunda hak sahibi midir? sorularının yanıt bulması beklenir.

Firmanın milyarder sahibinin uyuşturucu bağımlısı kızı, doğum yapar ve bebek down sendromlu doğar. Bağımlılık yapan madde kullanımı ve bunun sonucunda ortaya çıkan tıbbi sorunlar karşısında hekim tutumu da, bu vaka özelinde tartışılabilir.

Down sendromlu bebek özelinde; engelli yeni doğanlara dair etik sorunlar, yaşam hakkı, prenatal testler, bu testlerin sonuçlarına dayalı **abortus kararları**, **boşuna tedavi** durumlarının tartışılması önemlidir. Yenidoğan alanının uzmanları günümüzde “ne yapabileceklerini” değil, “ne yapmaları gerektiği”ni tartışır olmuşlardır.

Down sendromlu bebek özelinde; engelli yeni doğanlara dair tartışılması gereken bir diğer nokta, engelli ve engelsiz bebeklerin ailelerinde hayat kurtarıcı tedaviye yönelik keskin bir tutum farkı varsa, bunun ardında ne gibi saiklerin olabileceği ve bebeğin en üstün çıkarının, bu saikler arasında nerede durduğudur. Bu tür durumlarda hasta adına kim konuşur? Ya da bir hasta kendi adına konuşamazsa ne olur? Ya yenidoğan? Çocuk? Alzheimer hastası? Temel eleştiri, hukuk ve yasalar tıbbi tedavi kararlarını almaya başladığında ya da buna izin verildiğinde, kafa karışıklıklarının giderilemeyeceği yönündedir. Öncelikle, insan hakları konusunda kamuoyunda bir bilinçlendirme ortaya koymadan yasa koymanın bir anlamı olmayacağı aşikardır. İkinci sorun, teknolojinin konuştuğu durumda ne olacağı sorunudur. Örneğin, ileride hekime bir bilgisayar programı aşama aşama; entübe etme, sondayı takma, monitörü devreye sokma gibi işlemleri birer talimat ile bildirdiğinde, bu durumun sonunun nereye varacağına endişe vericidir cevabıdır. Üçüncü olasılık, teologların ya da dini liderlerin karar vermesidir. Fakat burada da karşılaşılan sorular şunlar olabilir: Hangi dinin mensubu? Hekim hangi dinden? Devlet hangi dini tanıyor? Hasta hangi dine mensup? Hangi din daha doğru? Bir diğer alternatif ise toplumun karar vermesidir fakat burada da toplumun her zaman doğru kararlar almadığını hatırlamak gerekir. Hekim karar verdiğinde ise hekimin hata yapma ihtimali, korkuları, malpraktis endişesi, onun da rehberliğe ve korumaya olan ihtiyacı göz önünde bulundurulmalıdır. Ailenin karar verdiği durumlarda ise yetersiz bilgilendirmeden dolayı hatalı karar alma, dinsel önyargıların karar almayı engellemesi, ailenin patolojik ya da istismarcı olabileceği endişesi gündeme gelmektedir. Nihayetinde, Biyoetik komite kararlarının en etkin çözüm olduğu, bu şekilde hem sorumluluğun paylaşılması/dağıtılması, hem daha nesnel kararlar alınabilmenin mümkün olması, hem de farklı bakış açılarını bir araya getirebilmek avantajı kıymetli görülmektedir.

Obez tenor; kişinin yaşam biçimi ve seçimleri sonucu ortaya çıkan hastalıkların (sigara içmek, alkol kullanmak, aşırı yemek gibi alışkanlıklar ve yaşam biçimleri, kişinin belirli hastalıklara eğilimli olmasına yol açar) tedavisi konusunda, tıbbi kaynakların dağıtımında gereksinimi olanlar arasında buna bağlı bir ayırım gözetilip gözetilmeyeceği sorusunun tartışılması içindir.

Geçmişte sağlıklı olma fırsatı olup da bunu değerlendirmemiş olanların (diğer kişilerle eşit düzeyde tıbbi ihtiyacı olsa bile) diğerleriyle aynı düzeyde tıbbi hizmet talep edemeyeceğini ileri süren görüşlere göre; örneğin alkol bağımlılığı nedeniyle KC nakline ihtiyacı olan kişinin talebi, KC yetmezliğinin diğer nedenlerinin söz konusu olduğu hastaların talebiyle aynı konumda değildir. Eğer sağlık açısından riskli bir davranış, kişi tarafından gönüllü olarak benimsenmişse- ki bu oldukça tartışmalı bir varsayımdır- bu durumda bu görüşü savunanlar, sağlıksız davranışlarının sonucunda tıbbi hizmete ihtiyaç duyanların, böyle bir talepte bulunma hakkının, diğerlerinden daha az olduğunu iddia etmektedirler.

Hastalık yaratıcı etkisi bilinen davranışları benimsemiş kişilerin, bu tutumlarının sorumluluğunu taşımaları gerektiği, **öz sayrılık** nedeniyle ortaya çıkan maddi ve manevi bedelin topluma yüklenemeyeceği savına karşılık, insanların insani olanaklar bağlamında yer alan; suç olarak tanımlanmayan davranışlarından ötürü ayrımcılığa uğratılmayacakları,

böyle bir ayrımcılık girişiminin ahlâksal açıdan haklı çıkarılamayacağı savı ileri sürülmektedir. Özellikle belirli bir davranışla belirli bir hastalık arasında bilimsel açıdan kesin bir neden-sonuç ilişkisi kurulmadığında, öz sayrılık savını ileri sürmek ve buna dayanarak karar vermek haklı çıkarılması olanaksız bir değerlendirme gibi görünmektedir. Örneğin, aktarıma uygun bir karaciğerin alkolik sirozlu bir hastaya mı, doğuştan karaciğer yetmezliği olan bir çocuğa mı aktarılacağı sorusu, bu konuyla ilgili bir sorudur.

Sağlık Kaynaklarının Dağıtımında ve Tedavi Seçiminde Kullanılan Araçlar

1. QALY (Quality-Adjusted Life Years: Kalite Faktörü İle Düzeltilmiş Yaşam Süresi)

Sağlıkla ilgili yapılan müdahalelerin, bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ve kazanılan kaliteli her yaşam yılına karşılık gelir.

Buradaki fikir; kaynakların doğru kullanılmasının, daha fazla yarar sağlanması için gerekli olduğu varsayımdır. Dolayısıyla ilke olarak, belirli bir kaynağın kullanılması sonucu ortaya çıkan faydanın miktarı şu şekilde ölçülebilir:

- bundan faydalanan insanların sayısı,
- tedavi sayesinde bireylerin fazladan yaşayacakları süre,
- tedavi sayesinde sağlanan yaşam kalitesi (ağrının azalması, özürlü olmaktan kurtulmak vs.)

Kaliteye dayandırılan yaşam süresinde (Quality-Adjusted Life Years-QALY) temel fikir, kaynakların doğru kullanılmasının, daha fazla yarar sağlanması için gerekli olduğu varsayımına dayanır. Dolayısıyla ilke olarak, belirli bir kaynağın kullanılması sonucu ortaya çıkan yararın miktarı şu şekilde ölçülebilir: bundan yararlanan insanların sayısı, tedavi sayesinde bireylerin fazladan yaşayacakları süre, tedavi sayesinde sağlanan yaşam kalitesi. Bir ilke olarak kaliteye dayandırılan yaşam süresinin kullanılması triaja oranla daha radikal görünmektedir.

Temel olarak, tıbbi tedavi ihtiyacı olan herkes bunu hak etmektedir. Söz konusu ihtiyaçlar, büyüklük ve aciliyet açısından değiştiğinden, bazılarının hakları diğerlerine göre daha güçlüdür. Bu durum, triajda yapıldığı gibi, daha acil tedavi için tercihte bulunulmasını ya da belirli bir alana daha fazla kaynak aktarılmasını haklı çıkarmakla birlikte, kaynakların belirli bir alandan tamamen esirgenmesini ya da belirli kişilerin tamamen hariç tutulmasını haklı göstermez.

2. DALY's (Disability Adjusted Life Years)

Erken ölümler nedeniyle kaybedilen yaşam yılları ile özürlü olarak geçirilen yılların bileşik indeksidir. Bir DALY sağlıklı yaşamdan kaybedilmiş bir yıla eşittir.

Önceliği Belirlemede 13 temel değer aşağıdaki gibidir;

- Koruma
- Yaşam kalitesi
- Maliyet etkililik
- Fonksiyon yeteneği
- Eşitlik
- Tedavinin etkililiği
- Faydalanan kişi sayısı (incelenen hastalık/durumdan etkilenen kişi ve tedaviden yararlanan kişi sayısı)
- Akıl sağlığı ve madde bağımlılığı
- Kişisel tercih
- Toplumsal destek
- Toplum üzerindeki etki (örneğin enfeksiyon hastalıkları)
- Yaşam süresi
- Kişisel sorumluluk/ öz sayrılık (ya da kişinin yaşam tarzının örneğin sigara içmesinin hastalıktan sorumlu olma derecesi)

3. Triaaj

Triaaj İlkesi, hekimlerin ya da diğer tıp elemanlarının, tedavi edilecek kişileri üç gruba ayırmasını gerektirir: (a) Tedavi edilmese bile iyileşebilecek olanlar, (b) Tedavi edilse bile ölecek olanlar, (c) Tedavinin yaşam-ölüm (ya da özürlü olma ile normal olma) farkı yaratacağı kişiler. Öncelik, zaman kaldığı takdirde birinci ve ikinci gruba müdahale edilmek üzere üçüncü gruba verilir.

Triaajı, acil durumlarda ya da çok özel ve kısıtlı bir kaynağın tahsisinde uygulamak adil olsa da, "istisnasız herkese" uygulamanın adil olmadığı düşünülebilir. Bu, bir örnekle açıklanırsa daha iyi anlaşılacaktır. Bir hekimin, diyelim ki rahatsızlık veren ancak tehlike arz etmeyen bir cilt sorununu tedavi ettiğini varsayalım. Bu esnada, dışarıda aşırı kan kaybından ölmek üzere olan bir kaza kurbanının olduğu haber verilir. Hekim, hastasına beklemesini söyler ve acil vakayla uğraşmaya başlar. Hekim için, cilt hastalığını tedavi etmeyi, müdahale etmesi gereken daha acil vakalar olduğu için reddetmesi doğru ya da adildir. Oysa ki, bir kamu sağlık sisteminin, acil vakalar yüzünden acil olmayan vakaların tümünü geri çevirmesi de doğru ve adil değildir.

Triaj, sadece acil durumlara ilişkin bir ilke olmakla birlikte, bir sağlık sisteminin tümüyle organize edilmesini ya da hekimlerin zamanlarını nasıl tahsis edeceklerine karar vermelerini - en acil vakalara öncelik vermek başka, sadece onlara yoğunlaşmak ise başka bir şeydir-sağlamaya yarayacak adil bir ilke gibi görünmemektedir.

4. Adil Aktif Dönem Argümanı

Normal bir yaşam süresine erişmiş bir kişinin, önünde daha gideceği bir yol bulunan bir kişiye nazaran sınırlı kaynaklar üzerinde daha az hakkı olduğu, dolayısıyla da gerekli olduğunda gençlerin, “yaşamlarını tüketmiş” kişilere üstün tutulmasının adil olduğu düşüncesidir.

Bazıları, yaşamak isteyen tüm insanların ihtiyaçlarının karşılanmasına hakları olduğunu ve dolayısıyla, eğer hepsi için olamıyorsa da, insanları “önce gelen hizmeti önce alır” yaklaşımıyla kabul etmenin, bazılarının daha fazla hakları olduğunu varsaymaktan daha adil olacağını da düşünmektedir.

SINIRLI KAYNAKLARIN HASTALARA DAĞITIMI

Örneğin; biliyer atrezi nedeniyle ölmek üzere olan bir çocuğa ilk normal karaciğerini verme fırsatının, sağlıklı bir karaciğere sahip olup da alkole bağlı son dönem karaciğer yetmezliği oluşan bir kişiye verilmesinden daha adil olduğunu düşünür müsünüz?

Önceliklerin belirlenmesinde iki temel yaklaşım dikkate alınır:

- Utilitarian yaklaşım: sosyal yararlılığa ve hastanın maksimum yararına odaklanır.
- Egalitarian yaklaşım: kişilerin eşit değerine ve fırsat eşitliğine odaklanır.

Sınırlı kaynakların dağılımında öncelikle sistem belirli bir potansiyel havuzunu belirlemek için prosedürlere ve kriterlere ihtiyaç duyar. Örn: kalp nakli için uygun hastalar gibi.

İkinci olarak; son seçimin yapılması için belirli prosedürler ve kriterler geliştirilir. Örn: kalp nakli olacak olan birey için seçilen belirli kalp.

Diğer bir kriter ise ulaşılabilecek maksimum başarının sağlanmasıdır. Sınırlı bir tıbbi kaynak sadece yararlılık şansı yüksek olan hastalar için dağıtılmalıdır, çünkü aksi halde sınırlı kaynaklar boşa harcanmış olacaktır

Hastaların son seçimindeki önerilen standartlar bazen başlangıçtaki potansiyel seçimlerin yapılmasından daha tartışmalı da olabilmektedir.

Literatür tartışmasız dayanak olarak tıbbi yararlılığın, tıbbi kaynakların dağılımına karar vermede rol alması gerektiğini öne sürmektedir. Eğer organ nakillerinde olduğu gibi kaynak yeniden kullanılabilir değilse en çok dikkat edilmesi gereken konu kaynakların gereksiz harcanmasından kaçınmaktır. Bunun yanında bazı durumlarda tıbbi yararlılık ve tedavide maksimum başarının sağlanması da çatışabilir. Örn: yoğun bakımlarda tıbbi olarak acil

durumda olan hastaların yaşamını kurtarmaya çalışırken, daha fazla insanı kurtarabilecek kaynaklar uygunsuz kullanılabilir.

Bu durumda en hasta olan bireye öncelik vermek ya da daha acil durumda olan bir bireye öncelik vermek adaletsiz görülebilir, çünkü sınırlı kaynaklar kötüye kullanılmış olabilir.

Peki ilk gelen ilk hizmeti almalı mıdır? Önceliği vardır. Ancak bu durumda dikkat edilmesi gereken bu durum çok acil midir ya da uygulama yapıldıktan sonra başarı şansı artacak mıdır? Örn: Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde ekstrakorporal membran oksijenasyonuna bağlı olan bir yeni doğan bulunmaktadır. Ve bu cihaz gerçekten çok sınırlı bir kaynaktır. Bu cihazı kullanabilecek birey sayısı da azdır. Bu durumda kötü prognozu olan bir bebekten bu cihazın çekilmesi ve daha iyi bir prognozu olan bir bebeğe verilmesi tartışılmıştır.

Diğer bir yaklaşım ise sosyal yararlılıktır. Örn: II.Dünya savaşında penisilin kaynakları sınırlıyken savaş yaralarının iyileştirilmesinden çok Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların (CYBH) tedavisi için kullanılmıştır. Ordunun gerekçesi ise şudur: CYBH nedeniyle sıkıntı yaşayan askerler savaşa çok daha kolay tekrar katılabilmektedirler.

Sağlık bakımının dağıtılmasında triaj da yukarda söz ettiğimiz gibi, önceliklerin belirlenmesinde kullanılan bir kriterdir. Savaşlarda, toplumsal felaketlerde ve acil servisler de sıklıkla bu yöntem kullanılmaktadır. Hastalar ihtiyaçlarına göre ayrılmaktadır. Burada amaç ulaşılabilen tıbbi kaynakları olabildiğince etkin ve faydalı kullanabilmektir. Örnek verecek olursak; bir salgın durumunda, tedavileri ve bakımı sürdürebilmek için öncelikli olarak doktorların ve hemşirelerin aşılınması adaletsiz bir yaklaşım değildir. Bu gibi durumlarda öncelikle toplumunun maksimum yararı düşünülmelidir.

SONUÇ YERİNE

Görüldüğü gibi “Cankurtaran Sandalı” vakası beraberinde biyoetiğin pek çok tartışmalı konusunu temel başlıklarıyla gündemimize taşıdı. Kuşkusuz sizler her bir alt başlıkla ilgili ileri okumalar yapabilirsiniz.

Diğer taraftan yalnızca tıbbi konularla sınırlı düşünmediğimizde ve günümüz dünyasına etik duyarlılıkla baktığımızda; toplumların kendi içlerinde çekişmelerinin arttığını, insani değerlerin göz ardı edildiğini bu bağlamda yalnızca çıkarlara uygun hareket edilmeye başlandığını, devletlerin kendi çıkarları ve planları doğrultusunda başka devletlere müdahalelerini ve son olarak çevre sorunlarının giderek arttığını görmekteyiz.

Bahsedilen bu sorunların temelinde ise insan ihtiyaçlarının karşılanması, bu ihtiyaçların nasıl temin edileceği ve nasıl kullanılacağına yattığını gözlemleyebiliriz. İnsan ihtiyaçları insanlık tarihi boyunca belli sorunlara neden olmuştur fakat günümüz dünyasında bu ihtiyaçların yarattığı sorunlar dünyayı yaşanmaz hale getirmek üzeredir. Çünkü günümüzde insan ihtiyacının yalnızca temel ihtiyaçlar ile sınırlı olmadığını kapitalist sistemle birlikte insan ihtiyaçlarının da doğrudan tüketme güdüsü ile birlikte arttığını görmekteyiz.

Bu tüketme tutkusu insanların daha fazla çalışıp daha çok kazanma isteğine, bu istek ise insanların kendi çıkarları uğruna diğer insanları bir araç olarak görmesine yol açtı. Yine bu tüketme arzusunu doyumak için devletler diğer devletlerin kaynaklarına ulaşmaya ve onları sömürmeye çalıştı. Son olarak bu tüketme arzusu doğayı tahrip etti ve insan doğaya egosantrik bakışıyla, onu yok etme eşiğine getirdi.

Doğanın tahrip edilmesi, tüketen insan için ve tüketim toplumunun en büyük paradoksunu oluşturmaktadır. Çünkü insan tükettikçe doğayı yok etmekte, doğayı yok ettikçe de ihtiyaçlarını karşılaması giderek imkansızlaşmaktadır. Bu nedenle ekosantrik bir bakış ile biyoetik çalışmalarını yürütmek zorunlu görünmektedir.

Önerilen referans verme şekli:

Büken NÖ. Cankurtaran Sandalı, Adalet İlkesi. Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUBAM). Erişim: <http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/egitim/merkezbiyoetikegitimmateryalleri.php>