

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**HEKİM TİPOLOJİLERİ BAĞLAMINDA GELENEKSEL VE MODERN TIP
AYRIMININ SORUNSALLAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
DUYGU SARIMURATOĞLU**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. VEFA SAYGIN ÖĞÜTLE**

**OCAK, 2018
MUĞLA**

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

HEKİM TİPOLOJİLERİ BAĞLAMINDA GELENEKSEL VE MODERN TIP AYRIMININ SORUNSALLAŞTIRILMASI

HAZIRLAYAN
DUYGU SARIMURATOĞLU

Sosyal Bilimler Enstitüsünce
Tezli Yüksek Lisans
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 30.03.2018
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 06.03.2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Vefa Saygın ÖĞÜTLE
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Gökçen ERTUĞRUL
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Meral TİMURTURKAN

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Mehmet MARANGOZ

OCAK, 2018
MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 31/01/2018 tarih ve 823/5 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Sosyoloji Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Duygu Sarımuratoğlu'nun "Hekim Tipolojileri Bağlamında Geleneksel ve Modern Tıp Ayrımının Sorunsallaştırılması" adlı tezini incelemiş ve aday 06/03/2018 tarihinde saat 15:30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60. dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul edildiğine aybıldığı ile karar verildi.

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. VEFA SAYGIN ÖĞÜTLE

Üye

Üye

YRD. DOÇ. DR. GÖKÇEN ERTUĞRUL

YRD. DOÇ. DR. MERAL TİMURTURKAN

YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hekim Tipolojileri Bağlamında Geleneksel ve Modern Tıp Ayrımının Sorunsallaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06/03/2018

DUYGU SARIMURATOĞLU



YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU****YAZARIN****Soyadı : SARIMURATOĞLU****Adı : DUYGU****Referans No : 10096391****TEZİN ADI****Türkçe : HEKİM TİPOLOJİLERİ BAĞLAMINDA GELENEKSEL VE MODERN TIP AYRIMININ SORUNSALLAŞTIRILMASI****Y. Dil : PROBLEMATIZING THE DISTINCTION OF TRADITIONAL AND MODERN MEDICINE IN THE CONTEXT OF PHYSICIAN TYPOLOGIES****TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans****Doktora****Sanatta****Yeterlilik****X****O****O****TEZİN KABUL EDİLDİĞİ****Üniversite : MUĞLA ÜNİVERSİTESİ****Fakülte : EDEBİYAT FAKÜLTESİ****Enstitü : SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ****Diğer Kuruluşlar :****Tarih :****TEZ YAYINLANMIŞSA****Yayımlayan :****Basım Yeri :****Basım Tarihi :****ISBN :****TEZ YÖNETİCİSİNİN****Soyadı, Adı : ÖĞÜTLE, VEFA SAYGIN****Ünvanı : DOÇ. DR.**

TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI: 174

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Geleneksel Tıp Karşısındaki Stratejiler
2. Uzmanlaşma ve Modern Hekim
3. Rasyonel Davranış ve Etik Pozisyon

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. Geleneksel-Modern Tıp
2. Onkoloji
3. Uzmanlaşma
4. Tıp Etiği
5. Rasyonelleşme

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

1. Traditional-Modern Medicine
2. Oncology
3. Specialization
4. Medical Ethics
5. Rationalize

1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum

2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir

3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :

Tarih : 30/03/2018

ÖZET

Kanıtı dayalı tıp mottosunu benimsemiş olan modern ve uzman onkolog hekimlerin, özellikle de insanın ölüm ile yaşam arasında sıkışıp kaldığı kanser gibi bir hastalıkla mücadele ettiği kritik bir süreçte, hasta ile kurdukları ucu açık ilişki de hesaba katıldığında tıptaki diğer branşlarda görev yapmakta olan hekimlere nazaran daha farklı bir duruş sergileyecekleri öngörülmüştür. Buradan yola çıkarak varmak istediğim hedef doğrultusunda bu çalışmanın amacı, onkolog hekimlerin geleneksel tıbbı ya da kendi cümleleriyle ifade edecek olursam, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine nasıl baktıklarını, onu nasıl algıladıklarını anlamak olmuştur. Bu kapsamda Ege Bölgesi'nde ulaşılabildiğim on onkolog hekimle derinlemesine görüşme tekniği kullanarak görüştim.

Ortaya çıkan veriler ışığında, hekimlerin geleneksel tıp karşısında iki farklı strateji yürüttükleri anlaşılmıştır. Bunlardan ilki onu tamamen reddetmek, ikincisi ise geleneksel olanı kendi bağlamından kopartarak modern kozmolojiye eklemektir. Bu izlekte, Weber'in tipolojileri bağlamında reddeden hekimlere, "rasyonel"; geleneksel tıbbın varlığını kabul eden hekimlere ise "karizmatik" hekimler denmiştir. Lakin çalışmanın başında da ön görüldüğü üzere, sahada bu iki saf tipin ayrışmadığı yani aralarında mutlak bir ayırım olmadığı ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, geleneksel tıp karşısındaki tutumlar ile etik pozisyonlar arasında bir süreklilik bulunmadığı söylenebilir.

Sonuç itibarıyla görüştüğüm tüm hekimler "rasyonel" hekimlerdir fakat sahada rasyonel davranışın bağlamı değişmekte ve hekimlerden bir kısmı biçimsel rasyonaliteye, bir kısmı da tözel rasyonaliteye atıf yapmaktadır. Bu da ideal tiplerin mantığı gereği tutarlı olduğunu ama insanların öyle olmadıklarını bize göstermektedir. Sosyal norm kavramı bunu anlamamız konusunda yardımcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel-Modern Tıp, Onkoloji, Uzmanlaşma, Tıp Etiği, Rasyonelleşme.

ABSTRACT

Compared to the doctors who are currently working in other branches of the profession, modern and specialist oncologists, who have adopted the evidence-based medicine motto, are expected to exhibit a different stance because they have fought a disease such as cancer trapped between death and life. From this point of view, the goal of this study is to understand how oncologists look at the traditional medicine (or, in their words, the complementary and alternative therapies). In this context, I have interviewed ten oncologists I can reach in the Aegean region using an in-depth interview technique.

In the light of the emerging data, it has been understood that physicians have conducted two different strategies in relation to the traditional medicine. The first is to reject it altogether and the second is to remove it from its context and add it to the modern cosmology.

In this way, whereas the physicians who refuse the existence of traditional medicine are rational; the doctors who accepted it are called charismatic doctors. As it was foreseen at the beginning of the study, it was revealed that these two ideal types did not separate in practice, in which there was no absolute distinction between them. In addition, there is no continuity between attitudes towards traditional medicine and ethical positions.

As a result, all the physicians I have interviewed are “rational” physicians, but the context of rational behaviour is changed and some of the physicians refer to formal rationality and others to substantial rationality. This suggests that ideal-types are logically consistent, but people are not. The social norm concept helps us to understand this.

Key words: Traditional-Modern Medicine, Oncology, Specialization, Medical Ethics, Rationalization.

ÖNSÖZ

İnsanların modern tıba karşı yaşadığı güven problemi, beni bu çalışmaya yönlendiren temel sebeplerden bir tanesiydi. Bunu takip eden süreçte yakından tanıdığım bir kişinin yaşadığı bir sağlık sorunundan dolayı hastaneye gitmesi, hastanede fazla büyütülecek bir şeyinin olmadığı söylenip birkaç ilaç verilip eve yollanmasının ardından birkaç ay sonra kendisine kanser teşhisi konulması, mamafih tomografinin aylar sonrasına verilmesi yüzünden geç teşhis sebebiyle o kişinin ameliyat olamaması da adeta bu konudaki negatif izleniminin katlanarak büyümesine sebep olmuştu –nitekim çalışmamı sürdürdüğüm süreçte kendisi vefat etti. Şüphesiz ki bunun ardından gelen sorum ise şu oldu; hastalandığımızda hekimlere güvenemeyeceksek kime güveneceğiz? İnsanlar hastalandıklarında kendilerini çaresiz hissederler ve ilk önce yakın çevrelerine gidip danışmalar bile –ki bu bazı çok ciddi durumlarda farklılaşabilir– hastalık geçmediği takdirde hekime başvururlar. Hekimin önerdiği tedavinin işe yarayıp yaramaması bir tarafa tıbbi uygulamanın hastada yaratacağı olumsuz sonuç olarak ifadesini bulan malpraktis¹ sorunu modern tıba karşı duyulan güven problemini daha da artırmaktadır. Tıba duyulan bu güvensizlik, hekimlerin aldıkları tıp eğitiminin ne derece geçerli ya da güvenilir olduğuna dair soru işaretlerini barındırırken aynı zamanda insanları alternatif tıp ya da geleneksel tıp olarak adlandırabileceğimiz başka alanlara yönlendirmektedir.

Illich temel olarak, tıp kurumunun sağlığı iyileştirmekten ziyade kötüleştirdiğini ve hatta bizi daha da hasta ettiğini savunmaktadır. Buna göre, tıptaki ilerlemeler bizim düşündüğümüzün aksine sağlığımız üzerinde bir tehdit oluşturmaktadır (Illich, 2011: 11). Koruyucu ya da önleyici tıp dediğimizde ise akla gelen en önemli meselelerden ikisi sosyal kontrol ve tıbbi söylemlerdir. Fakat hasta eden bir sistemin ne derece

¹Akademik çevrelerde malpraktis terimi, hukuk sisteminin özel bir alanını adlandırmanın ötesinde, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan olumsuz sonuçları betimlemek amacıyla da kullanılmaktadır. Bu bağlamda ihmal, dikkatsizlik, bilgisizlik, beceri eksikliği ve hasta bakımında yetersizlik sonucunda ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları “tıbbi malpraktis” kapsamında değerlendirilmekte ve terime daha geniş bir alan yüklenerek, hekimin mevcut şartlarda makul olan hizmet ve bakımı başaramaması, meslekte tecrübeli bir hekimin aynı şartlar altında sergileyebileceği performansı gösterememesi, normal uygulamanın gereklerinden sapması ve standartlarını düşürmesi, bundan bir zararın doğmuş olması olarak tanımlanabilmektedir.

<http://www.avrupahukuk.com/malpraktis-yanlis-tedavi-ve-hekimin-sorumlulugu-davaları/>, Son Erişim Tarihi: 08.03.2016

hastalıklardan koruyabileceğinin şüpheli olmasının yanı sıra tıbbi söylemler de esasen güçlerini insanlara hastalıklara karşı savunmasız olduklarını kabul ettirmelerinden almaktadırlar.

Kritik sınırların ötesinde büyümüş, profesyonel ve doktora dayalı bir sağlık koruma sistemi üç nedenden dolayı hasta edicidir: Potansiyel yararlarından daha ağır basan klinik zararlar verir; toplumu sağlıksız kılan koşulların üstünü örtse de onları arttırmaktan başka bir şey yapamaz; bireyin kendi kendini iyileştirme ve çevresini biçimlendirme gücünü saptırma ve elinden alma eğilimindedir. Çağdaş tıp sistemi katlanılabilir sınırları aşmıştır. Toplum sağlığı metodolojisindeki medikal ve paramedikal tekel, bilimsel başarının insanın değil, sanayinin gelişimini güçlendirecek biçimde yanlış kullanımına net bir örnektir. Böyle bir tıp, toplumdan rahatsız ve bıkkın insanları hasta, güçsüz ve teknik onarım gerektiren kişiler olduklarına ikna etmeye yarayan bir araçtır yalnızca. (Illich, 2011: 16)

Illich'e göre tıbbın bir anlamı yoktur. Tıp, içi boşaltılmış bir bilimdir ve sadece teknik bilgiler üzerinden birtakım uygulamaları hayata geçirme gayesini üstlenmiştir. Eskiden daha yoğun olarak görülen ve duyulan, yayılması önlenmeye çalışılan bulaşıcı hastalıklar bugün yerini korunmaya çalışılan sağlık projesine bırakmıştır. Bu durum, insanların hayatlarının tıpla daha da iç içe geçmesine tabiri caizse yaşamın tıbbileştirilmesine yol açmıştır. Kısacası, sağlık bu şekilde gasp edilmektedir.

Günümüzde özneye verilen önem azalmaktadır. Bu düşüncenin altında yatan sebepler, insan müdahalesinin etkisiz ve sorunlu olduğudur. İnsan müdahalesi bu tarz olumsuz özellikleri içerdiği için önlem alma ilkesi ortaya çıkmıştır. Toplumun benimsediği risk takıntısı, önlem alma ilkesini kolaylıkla içine almıştır (Furedi, 2014: 232). Öte yandan, modern tıba karşı yaşadığımız güvensizlik ama bir o kadar ona ihtiyacımızın olması durumu birbiriyle çatışmaktadır. Modern tıba karşı duyulan şüphe ve güvensizliğin yanı sıra özneye verilen önemin de azalmasından yola çıkarak benim merakımı cezbeden asıl mevzu, rasyonelleşme ve etik sorunsalı ile ilişkisi içerisinde modern tıbbın geleneksel tedavi pratiklerine nasıl baktığı oldu. Bu merakın etkisi ve danışman hocam Doç. Dr. Vefa Saygın Öğütle'nin yol gösterici tavrı ile birlikte bana birçok hususta yardımcı olmasıyla tez konum şekillendi. Dolayısıyla, tez sürecimde bilgisi ve tecrübesi ile her zaman yanımda olduğu ve ufkumu açtığı için kendisine çok teşekkür ediyorum. Bu süreçteki diğer yardımcıları ise şüphesiz ki araştırmama katılmaya gönüllü olan onkolog hekimlerimizdi. Tabii ki görüşmek istediklerimin hepsiyle farklı sebeplerden ötürü görüşmemiş ya da görüştüğüm

kişilerin bazılarında bile zamanın kısıtlılığı vb. nedenlerle yeterli verim alamamış olabilirim ama yeterli zamanları olmamasına rağmen katılımlarından ötürü hepsine müteşekkirim. Öte yandan, alandaki görüşmeci bulma zorluğu nedeniyle epey şehirlerarası yol kat ettiğim gerçeğine dayanarak, bu süreçte beni hiçbir şekilde yalnız bırakmayan ve bıkmadan usanmadan, gitmem gereken yerlere ulaşmama vasıta olan özellikle annem Ayşe Sarımuratoğlu'na ve tabii ki ailemin geri kalanına çok teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ..... i

GİRİŞ 1

1. BÖLÜM: HEKİMLER VE FORMELLEŞME

1.1. Rasyonelleşme Etiğe Karşı mı? 11

1.2. Geleneksel-Modern Tıp İkiliği..... 31

1.3. Tıpta Uzmanlaşma ve “Klinik” 38

1.4. Max Weber Bağlamında Hekim Tipolojileri 45

2. BÖLÜM: RASYONELLEŞME VE ETİK İKİLEMİNDE ONKOLOGLARIN ÖZGÜNLÜKLERİ

2.1. Sahanın Sunumu ve Tasviri..... 51

2.2. Onkolog Olmak..... 64

2.2.1. Öznel Deneyim 64

2.2.2. Çalışma Koşulları 65

2.2.3. Güven-Otorite Tesisi 74

2.3. Geleneksel Tıp Karşısında Modern Hekim 83

2.3.1. Stratejiler 83

2.3.2. Pratik Etik Meseleler 118

2.3.3. Kritik-Varoluşsal Etik Meseleler 142

SONUÇ..... 153

KAYNAKÇA 161

EKLER 167

GİRİŞ

Geleneksel tıbbın modern tıp karşısındaki konumlanışını onkolog hekimlerin bakışından anlamak için çaba gösterdiğim bu çalışmanın ismi, *Hekim Tipolojileri Bağlamında Geleneksel ve Modern Tıp Ayrımının Sorunsallaştırılması* olmuştur. Sağlık, hem failler arası (hekim-hasta) ilişkileri barındırması hem de kurumsal düzlemde bir işleyişe sahip olması açısından toplumsal bir olgudur. Bu çalışma ise hasta-hekim arasındaki ilişki yahut sağlık kurumunun topluma etkisinden ziyade yapı içinde eyleyen faillerin –elbette ki hekimler özelinde– ne denli uzmanlaşmış olduklarını geleneksel tıbbı bakışlarından yola çıkarak anlama uğraşısıdır. Bundan ötürü, tıpta uzmanlaşma, rasyonelleşme, hekim tipolojileri söz konusu çalışmamda önemli rol oynayan anahtar kavramlardır. Bunun yanı sıra, hekimlerin etik meselelere bakışı da onların rasyonelleşme düzlemindeki konumlanışlarına ilave bir tartışma olarak eklenmiş ve en nihayetinde rasyonelleşme-etik tartışması bağlamına oturmuştur.

Sağlık, toplumsal bir olgudur fakat bir kategori olarak sağlığın, bizatihi sosyolojinin sorunsallaştırdığı bir mesele haline gelmesinin tarihi çok da eskilere dayanmamaktadır. Bununla birlikte sosyoloji biliminin formel anlamda kurucuları olarak bilinen Comte, Durkheim, Marx ve Weber'in de doğrudan bu alan hakkında yazılmış metinleri bulunmamaktadır. Bu nedenden ötürü, tıp sosyolojisinin görünürde geç geliştiğinden bahsedilmektedir. Lakin bu sava istisna teşkil eden tek çalışmanın Durkheim'ın intihar araştırması olduğu söylenebilir. Bu çalışmada, Durkheim'ın amacı intihar eyleminin toplumsal yönlerini ortaya çıkartarak, sosyolojinin psikolojik kabullerden öte bağımsız, psikolojiden azade bir alan-bilim olduğunu ispatlamak olmuştur. Bu nedenle, burada Durkheim'ın intihar çalışmasının içeriğinden bahsetmek de yersiz olacaktır. Parsons'ı bunun dışında bırakarak söylersek, sağlık sosyolojisinin 1960'lara kadar önemli bir gelişme kaydetmediği görülmektedir (Turner, 2011: 15). Fakat gelişme kaydetmemesi demek hiçbir şekilde var olmadığı anlamına da gelmemektedir. Elbette ki sağlığın toplumsal yönünün vurgulanması noktasında da bir tarihsellikten söz edilebilmektedir. Bu bağlamda sağlık sosyolojisinin de bir anlamda gelişmesine öncülük eden, sosyolojiden önce

sağlığın salt nicel bir mesele olmadığını öne sürmesi bakımından sağlığı kültürel bir olgu olarak inceleyen başka bir alana bakmamız gerekmektedir.

Sağlık, beşeri bilimler açısından bakarsak ilk olarak antropoloji –özel olarak sosyal antropoloji hatta onun da bir kolu olan tıbbi antropoloji– tarafından ele alınıp incelenmiştir. 1920’lerde etnologlar, ilksel toplumlarda yaptıkları çalışmalarda, toplumların sağlığı algılamada ve bu bağlamda hastalık konusunda yürüttükleri uygulamalarda farklılık gösterdiklerini gözlemlemişlerdir. Yani tek bir ilksel tıbbin değil de birden çok ilksel tıp uygulamasının olması durumu, sosyal antropolojinin söz konusu meseleyle ilgilenmesine ön ayak olmuştur. Bu işin pratik yani uygulama aşamasında rol oynayan tıpçıların ise işin sosyo-kültürel boyutuna ilgi göstermeleri 1920’lerden yaklaşık otuz yıl sonraya rastlamaktadır. Bunun sebebi de hastalığa yol açan tek şeyin mikrop vb. olduğunun ya da hastalığı yok etmek için yapılması gereken şeyin mikrobu öldürmek vb. olduğunun bilgisi dışında, hastalığa yol açan sosyal etkenlerin de farkına varılmasıdır (Elmacı, 2013: 44-45).

Sağlığın da sosyal bir olgu olduğunun farkına varılmasının altında yatan sebep, esasen farklı sağlık-hastalık anlayışlarıdır ve bu bağlamda söz konusu anlayışların toplumlara ya da kültürlere bağlı olarak değişen halleridir. Bunu daha iyi açıklayabilmek için çeşitli kültürlerdeki hastalık algılarına bakmak yararlı olacaktır.

Örneğin, Afrika kültüründe hastalıklar üç grupta düşünülmektedir:

- Her zaman görülen hastalıklar; Bu hastalıklar ev ilaçları ile iyileştirilmeye çalışılır.
- Avrupa hastalıkları; Batının modern ilaçlarına cevap veren hastalıklar.
- Afrika hastalıkları; Batı dünyasının ilaçlarına cevap vermeyen, geleneksel tedavi sistemleri ile iyileşebilen hastalıklar. (Elmacı, 2013: 47)

Bu örnekte görüldüğü üzere, Afrika kültüründe hastalıklar türlerine göre üç grupta toplanmıştır. Dolayısıyla, bu örnekten de anlaşılabilceği gibi, söz konusu kültürde hastalık denilen olgu, tek bir kavramla açıklanamayacak nitelikte bir anlamı ihtiva etmektedir. Kızılderili bir halk olan Navaho’larda ise hastalık, görünen doğa ile görünmeyen doğa arasındaki dengenin bozulması ile karakterize olmuştur. Burada görünen doğanın kapsamı içine mikrop, bakteri vb. giriyorken, görünmeyen doğanın kapsamı içine büyü, nazar vb. girmektedir (Elmacı, 2013: 48). Sonuç olarak, hastalık modern tıpta olduğu gibi tek bir nedene bağlanmamakta ve buna ek olarak, hastalığın tedavi süreci de tek bir sistem üzerinden düşünülmemektedir. Tüm bunlar bize

hastalık-sağlık algısının salt biyolojik ve fiziksel nedenlere indirgenmediğini göstermektedir.

Buraya kadar sağlığın kültürel bir yönü de olduğuna dair nüveleri biriktirip, günümüze kadar getiren antropoloji biliminin sağlık-hastalık kavrayışlarına dair bize sunduğu bakış açısından bahsettim. Sosyolojik bir olgu olarak sağlık ise esasen hastalık-sağlık algısının toplumsal yönünü baz alarak kaynaklarda yer etmeye başlamasına karşılık, sosyoloji literatüründe farklı bir şekilde gelişme göstermiştir.

Sosyolojinin tıpla ilişki içindeki sözde muğlak konumu geleneksel olarak bir 'tıpta-sosyoloji' ve 'tıp sosyolojisi' dikotomisi çerçevesinde ifade edilir. Bu dikotomik ayırmada tıpta-sosyoloji tıbbi değerler ve mesleki ihtiyaçların egemenliğinde tanımlanırken, tıp sosyolojisi (ve ya sağlık ve hastalık sosyolojisi) geleneksel olarak bir uzman meslek olarak tıbbın doğasıyla ilgilenmiştir ve bu ilgi "rahatsızlık konusunda doktorun perspektifi"nden "hastaların kendi durumları hakkındaki görüşleri"ne yönelmeyi temsil eder. Tıp sosyolojisinin odağını doktorların yetiştirilmesi, eğitimleri, doktorlar, yardımcı sağlık görevlileri ve hastaların rollerindeki gelişmeler, tıbbi ve sağlıkla ilgili mesleklerin uzmanlaşması oluşturmuştur. (Turner, 2011: 10)

Tıp Sosyolojisi, tıbbın sağlıkla ilgili çıkmazlarına bir çözüm arayışı olarak şekillenmiş olsa da Sağlık Sosyolojisi doğrudan sosyoloji içindeki bir araştırma alanıdır. Tıp kökenli araştırmacılar, sosyoloji kuramlarından faydalanarak hastalık ve sağlık olgularını incelerken, esasında Sağlık Sosyolojisinin incelediği alan ile örtüşmektedirler (Cirhinlioğlu, 2014: 13).

Sosyolojide sağlığın spesifik bir alt alan olarak şekillenmesinde Parsons'ın sosyal sistem analizinin içinde geçen hasta-rolü kavramsallaştırması önemli bir yere sahiptir. Parsons'ın sağlık sosyolojisinde böyle önemli bir yer edinmesinin sebebi, hastalığın köken olarak organizmanın bizatihi içinde bulunduğu durumdan kaynaklandığını öne sürse de, bunun sadece söz konusu durumla ilgili olmadığını belirtmesinden ileri gelmektedir. Yani bu noktada insanın hem fiziki çevresi hem de psikolojik ve sosyokültürel çevresi işin içine girmektedir. Dolayısıyla bu da sağlık algısının kapsamını genişletmiştir. Temelde bir sosyal sistem analizi yapan ve meseleye işlevselci bir perspektiften bakan Parsons'a göre hasta rolü, sistemin işleyişine sekte vuran bir duruma işaret etmektedir.

Hastalık-rolü dört bileşen temelinde tanımlanabilir. İlki, hastalık-rolünün bazı toplumsal yükümlülüklerin, örneğin, işle ve aileyle bağlantılı görevlerin yerine getirilmemesini meşrulaştırmasıdır. Buradaki düşünce, hasta bir

kişinin iyileşmek için evde dinlenmesi gerektiğidir. Hastalık rolünün ikinci özelliği, hasta kişinin tıbbi durumu nedeniyle sorumluluklarından muaf tutulmasıdır; buradaki kabul, onların bir uzmanın yardımı ve desteği olmadan iyileşemeyecekleridir. Üçüncü bileşen, kişinin iyileşmekle yükümlü olduğudur; hastalık durumu nedeniyle toplumsal rollerini yerine getirmemenin bir temeli olarak hastalığın meşruluğu ancak hastanın ehliyetli bir doktorun uzman tavsiyeleriyle işbirliği içinde iyileşme yükümlülüğünü kesinlikle yerine getirmesine bağlıdır. Bu yüzden, hastalık-rolünün dördüncü bileşeni, kişinin eğitilmiş bir hekimden ehliyetli bir sağlık hizmeti almaya çalışacağı beklentisidir. (Turner, 2011: 50)

Parsons, insanlar için hastalığın istenmeyen bir durum olduğunu, bu bağlamda da hasta olan kişinin mutlaka iyileşmek istediğini varsayarak hareket etmiştir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına bir miktar katı yaklaşmıştır. DSÖ'nün sağlık tanımında, tıbbi modelin sağlık tanımına ek olarak kişinin kendi sağlığı hakkındaki öznel yargısı da tanımın kapsamına dâhil edilmiş olsa da Parsons, bahsi geçen öznel yargının bir anlamı olmadığını belirtmiştir (Parsons, 2001: 100-101). Parsons'ın bunu kabul etmesi karar birimi olarak sadece uzman hekimi atamak anlamına gelmektedir. Bu da bir yerde hastayı sistemin dışı olarak konumlandırmaktır. Parsons, sağlık tanımının içini bu şekilde doldurduğu için buradan yola çıkarak, sosyal kontrol ve dolayısıyla egemen beklentilere uygunluk kavramları da onun düşüncelerini destekleyen mekanizmalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Parsons topluma işlevselci bir perspektiften baktığı için tıbbi, kapitalizmin bir parçası olarak değil de toplumsal bir hizmet olarak görmüştür yani ona göre hekimler, hasta insanların topluma geri dönmesine aracı olan kimselerdir (Turner, 2011: 50).

Tıp, insanı nesne olarak ele alır ve nesnelerin düzenlenmesiyle ilintili olarak sosyal kontrol işlevini yürütür. Hasta olan insan, egemen beklentilere uygun olarak bir an önce iyileşmelidir ki o toplum içerisinde yürüttüğü göreve ya da işlerlik gösterdiği alana geri dönebilsin, amaç budur. Yani hekim, hastayı ne olursa olsun iyileştirmek zorundadır çünkü Parsons, hem sağlığın olumlu, hastalığın ise olumsuz olarak değerlendirilmesi gerektiğini evrensel bir gerçek olarak kabul etmiş hem de uzman bir meslek olarak hekimliğin içini doldururken, onun pasif kalmasını değil, eylem halinde bulunması gerektiğini düşünmüştür. Parsons, bunu profesyonel ideoloji temelinde açıklamıştır, bu da uzmanlaşma ile doğrudan bağlantılıdır (Parsons, 2001: 103-104). Eylem halinde bulunması gereken hekim, iyileşmemiz için elinden geleni

sonuna kadar yapmak mecburiyetindedir, fakat burada hastanın fikri sorulmaz çünkü tıp ya da uzman hekim hayatın yaşanmaya değer olup olmadığını sorgulamaz. Yaşam süremize de biz değil, hekim karar vermektedir ve yine bu hususta da hastaya söz hakkı tanınmamaktadır.

Sağlığın bugün bildiğimiz ve tanık olduğumuz halinin karşımıza gelme sürecinde yaşadığı başkalaşım öyküsünün başlangıcında halk sağlığı olgusu vardır. Halk sağlığı, hızlı sanayileşmenin ve aslında kapitalizmin neden olduğu toplumsal ve sosyal problemlere karşı oluşan tepkiler ile şekillenmiştir. 1800'lü yılların başında "Miasma" teorisi egemen iken aynı yüzyılın sonlarında "Germ" teorisi egemen olmuştur. Çevreyi temiz tutup hastalıklara engel olmayı amaçlayan "Miasma" teorisinden sonra "Germ" teorisi odağını mikroplara çevirmiştir. Bu da halk sağlığının bilimsel olarak gelişmesiyle amma velakin etkinlik alanının da daralmasıyla sonuçlanmıştır. Yeni paradigma ile hekimliğin bir meslek olmasına giden yolun da önü açılmıştır (Soyer, 2004: 19, 28-29, 31). Nihayetinde karar verici bir makam hatta kontrol mekanizması olarak şekillenen tıp ya da sosyal tıp, Foucault'ya göre hiç masum değildir.

[B]ir 'bilimsel' bilgiler yapısı oluşturmaları doktorlara 19. yüzyıl sonlarında büyük bir saygınlık ve nüfuz sağlamıştır. Foucault'nun *Kliniğin Doğuşu*'nda tıbbi güç olarak adlandırdığı klinik tetkik (*gaze*) tıpçıların gerçekliği tanımlamada ve bu nedenle sapkınlık ve toplumsal düzensizliği saptamada önemli ölçüde güç uygulayabilmelerini sağlamıştır. Foucault'nun Batıda rasyonalite tarihinde toplumsal gerçekçiliğin bekçileri olarak rahiplerin yerini tıpçılar ve polisin aldığı vurgulanır. (...) Foucault'ya göre, Batılı toplum (devlet, polis gücü, meslek birlikleri ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla) giderek belirli bir düzen içine sokulmuş, bilimin gündelik hayata uygulanmasıyla giderek daha fazla aklın standartlarının egemenliği altına girmiştir. O neticede giderek tekbiçimli ve standart bir toplum haline gelmiştir, zira (esasen tıp tarafından tanımlandığı şekliyle) 'normal'den uzak düşünceler ve hayat tarzlarını hoş göremeyiz ve görmeyeceğiz. Devlet aygıtı ve onun yerel birimleri bu standartlaşmanın en küçük kısmını sağlar. Foucault bu düzenleme ilkesini panoptizmin yarattığı şeyi tecrit toplumu olarak adlandırır. Özetle, tıp insanların tıbbi rejimler aracılığıyla ahlaki olarak düzenlendikleri büyük ve kapsamlı bir sistemin parçasıdır. (Turner, 2011: 21, 23)

Patolojik anatomi çalışmalarının yapılmasına eşlik eden süreçte, ilk olarak savaşlarda cerrahlığı ve berberliği aynı anda yürüten tıp emekçilerinin –ki bunlara beden emekçileri de denilmektedir– berberlerden ayrılması ve bundan sonra da tıpçıların uzmanlık eğitimleri için belirli bir eğitim programının oluşturulması fikri ortaya

çıkmiştir. Tıbbın rasyonelleşmesinin ilk nüveleri de bunun altında yatmaktadır. Bu şekilde tıba belirli standartlar gelmiş ve tıp kendisinin tek egemen formu olarak modern tıbbi ilan etmiştir. Böylesi bir epistemolojik kopuş da modern tıp ile geleneksel tıp ayrımının sorunsallaştırılmasını gerekli kılmıştır.

İnsan, herhangi bir rahatsızlık hissetmediğinde sağlıklı olduğunu ya da her şeyin yolunda olduğunu düşünür. Oysaki herhangi bir rahatsızlık hissetmemek, hastaneye gidip tahlil yaptırdığımızda, tahlil sonuçlarımızın olumlu çıkacağı anlamına gelmez, fakat şöyle bir gerçek de vardır ki insanlar bir rahatsızlık hissetmedikleri müddetçe hekime başvurma gibi bir yönelim içine de girmeyebilmektedirler –düzenli olarak sağlık kontrolü yani ‘check-up’ yaptıranları bunun dışında tutmak gerektiğini düşünüyorum–. Bunun haricinde, herhangi bir rahatsızlığımızı –örneğin, baş ağrısı gibi–, hastalık ya da bir hastalık belirtisi olarak sınıflandırmak da tamamen kişinin kendisine ait bir karar mekanizmasının yani kendi sağlık algısının süzgecinden geçmektedir. Elbette ki söz konusu karar mekanizmasını oluşturan süreçleri de toplumsal olandan azade olarak düşünmek imkânsızdır. Bu nedenle, genel olarak baktığımızda sağlığın tanımı, negatif açıdan hastalığın olmaması, işlevsel olarak günlük faaliyetleri yerine getirebilme kapasitesi, pozitif olarak da sağlık açısından iyilik halidir (Cirhinlioğlu, 2014: 22).

Hastalık kavramına bakışın tarihi tabii ki çağımızın güncel bakışı ile sınırlandırılmaz. Hastalık kavramına yani aslında hastalıklara neyin sebep olduğuna dair görüşler, günümüze farklı aşamalardan geçerek gelmiştir. Bu tarihsel şemadaki ilk görüş tek nedenli açıklamalardır. Tek nedenli açıklamalar, hasta olan kimsenin bir günah işlediği ya da kötü bir davranışta bulunduğu savından yola çıkmıştır. Buna göre, hastalık örneğin, günah sonucu tanrı tarafından verilen ceza olarak düşünülmektedir. O zamana hâkim olan bedenin kutsallığı tezi de –yani ruh/beden bütünlüğü– vücudun açılması, ameliyat yapılması gibi faaliyetlere engel olmuştur. Bu bağlamda insan vücudunun biyolojik yapısının incelenmesi de gecikmiştir (Baloğlu, 2006: 17). Bedenin kutsallığı tezi aynı zamanda din-tıp çatışmasının da bir ayağını oluşturmaktadır. Ortaçağ tıp pratiği Grek bilimine yani Hipokratçı tıba dayanmaktadır ve bu tıbbın hastalığa karşı tutumu sekülerdir. Tek nedenli açıklamaların hastalığa ruhani bir perspektiften bakmasına karşılık Hipokratçı tıp

hastalığa din dışı bir bakışı getirmiştir (Turner, 2011: 38). Hastalık kavramının tarihsel arka planındaki ikinci görüşte Kartezyenci düşünce çok önemli bir rol oynamıştır. Locker, bunu şu şekilde ifade etmiştir:

Bu felsefe akımına göre, vücut ve ruh birbirinden bağımsızdır. Bu düşünce yaygın olarak benimsendiğinde, hastalıkların mikrobiyolojik kökenlerinin incelenmesi için, uygun bir ortam sağlanmış oldu. Vücut kendi içinde işleyen kuralları olan bir bütün olarak düşünölmeye başlandı. Bunun sonucunda 19. yüzyılın ikinci yarısında mikropların hastalıkların nedenleri oldukları keşfedilebilmişti. (...) Locker, bu aşamadan sonra yapılan çalışmaların yavaş yavaş laboratuvar çalışmalarına doğru kaydığını belirtiyor. (Cirhinlioğlu, 2014: 25)

Günahtan hastalığa geçişin bu aşamasında Kartezyenci felsefenin ruh/beden bütünlüğünü parçalamasına ek olarak bir de anatomi dersleri vardır. Patolojik anatominin yapılmaya başlanması klinik tıbbın önündeki engelleri kaldırmış ve bu da bedenın incelenmesi konusundaki mistik perdeyi aralamıştır. Patolojik anatominin ortaya çıkışı salt insan bedeninin kutsallığı tezini yıkmakla kalmamıştır öyle ki söz konusu mesele, gün geçtikte bilim niteliği kazanan hekimliğin uzman meslek olarak da görülmesiyle yakın ilişki içindedir. Savaş ve askeri yaralanmalar modern cerrahinin gelişiminde büyük rol oynamıştır ve cerrah aslında bir düşün işi yapmaktan çok beden emekçisi olarak görölmüştür. Savaşlarda bu kimselerin berber-cerrah olarak hizmet ettiklerini görmüştük. Nitekim patolojik anatominin ortaya çıkması ile birlikte cerrahlık da berberlikten ayrı bir konum kazanmış ve buna bağlı olarak hekimlere verilmesi gereken bir uzman meslek eğitimi sorunsalı ortaya çıkmıştır. Bağımsızlığını ilan eden ve uzmanlaşan hekimlerin yeni görevi ise aldıkları eğitimi de kullanarak bedenleri kontrol altında tutmaktır. Bunun örneği ise yapılan resmi anatomi uygulamalarında görölmektedir. Resmi anatomi uygulamaları suçluların üzerinde yapılmıştır ve bu suçluyu cezalandırmak olarak dikte edilmiştir çünkü halkın gözü önünde suçluların vücutlarının içleri açılmış, vücutlar parçalara ayrılmıştır. Dolayısıyla tıp, hukuk ve dinin yaptırımlarını uygulamak için aslında bir nevi korkutucu olması planlanmış bir araç niteliğinde kullanılmıştır (Turner, 2011: 39-40, 44).

İnsanın içinde bulunduğu toplumsal koşullar, toplumsal uzam ve toplumsal cinsiyeti sağlığı üzerinde doğrudan etkide bulunmaktadır. Çağımızda hizmet sektörünün gittikçe önem kazanmasıyla birlikte iş yerlerindeki ofislerinde sürekli oturmak

zorunda olan bireylerin buna bağlı olarak muzdarip oldukları boyun ve sırt ağrılarını buna örnek olarak verilebilir. Bu ağrılar köken olarak mikrobik değildir ve bizatihi bireyin içinde bulunduğu toplumsal koşullar söz konusu ağrılara sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra, hastalıklara neden olan faktörlerin anlaşılması bağlamında bahsi geçen tek nedenli ve holistik bakış açılarının daha ayrıntılı ve belki de daha anlaşılır bir açıklamasını biyo-medikal ve biyo-kültürel modeller vermiştir. Biyo-medikal model, modernitenin felsefi söylemine denk düşmektedir. Söz konusu modele göre, insan vücudu bir makinedir ve hastalığın nedeni, insan vücudunun içinde aranmalıdır. Daha önce, günah kavramı ile birlikte anılan hastalık kavramı, biyo-medikal modele göre “savaşılması gereken seküler bir düşman”dır. Biyo-kültürel modelde ise postmodernitenin felsefi söylemini görmek mümkündür çünkü bahsi geçen modele göre, tek bir gerçek yoktur, hastaların hastalıklarına ilişkin kendi öznel deneyimleri ya da hikâyeleri yani kısacası bizatihi olarak kendilerinin ne yaşadıkları önemlidir. Bu modelde, hastalık tek bir nedenle açıklanamamakta ve sosyo-kültürel çevrenin etkisi ön plana çıkartılmaktadır (Nazlı, 2008: 6-8).

Her halükarda geleneksel tıbbın binlerce yıllık geçmişine karşın, modern tıbbın geçmişi o kadar da eskilere dayanmamaktadır lakin bugün modern tıp, teknolojik gelişmeleri de kendisine eklemleyerek, geleneksel tıbbın kat be kat önüne geçmiş görünmektedir. Buna karşın, geleneksel tıp ise doğallık, zarar vermeme, yan etkileri yok etme gibi söylemler ile kendisini ön plana çıkarmaya çalışmakta ve bu bağlamda ‘popüler’ olma iddiası taşımaktadır. Fakat popüler olmak da bir şekilde piyasaya eklenmek anlamına geldiğinden ve bu da geleneksel tıbbın maddiyat uğruna kötüye kullanımı sonucunu doğurduğu için bu durum, geleneksel tedavi pratiklerini uygulamak isteyen kişiler açısından büyük tehlike arz etmektedir.

Kanser, türüne göre değişebilse de tedavisi çok zor ya da çoğu zaman mümkün olmayan bir hastalıktır. Dolayısıyla, herhangi bir kişi bu hastalığa yakalandığı zaman, büyük bir çaresizliğe düşebilmektedir. Bu nedenle, onkoloji bölümüne gelen hastaların içine düştükleri vaziyetten ileri gelen çaresizlikten ötürü çeşitli yollara başvurma ihtimallerinin arttığı gözlenmektedir, bahsi geçen yollardan birisi de elbette ki geleneksel tedavi ya da tamamlayıcı ve alternatif diyebileceğimiz tedavi pratikleridir. Yapılan çalışmalar da onkoloji bölümüne gelen kanser hastalarının

çeşitli nedenlerle geleneksel tedavi pratiklerini uyguladığını ya da uygulamayı düşündüğünü göstermektedir (Güngörmüş ve Kıyak, 2012; Kav vd., 2008; Özçelik ve Fadiloğlu, 2009; Özçelik ve Toprak, 2015; Uğurluer vd., 2007; Yavuz vd., 2007). Hastalar, geleneksel tedavi pratiklerini uygulamaya çoğunlukla olumlu bakan taraf iken, hekimler genellikle bunun karşısında bulunan taraf olarak görünmektedir lakin çalışmamdan çıkan sonuca bakılarak görüleceği üzere, bu hususta farklı düşüncelere sahip olan hekimler de bulunmaktadır.

Sonuç itibarıyla tıbbın uzmanlaşması ve tıbbın sosyal kontrol mekanizması haline gelmesi birbirini takip eden süreçlerdir diyebilirim. Bunu daha iyi açıklamak adına, uzun olmasına karşın Turner'ın (2011: 156) şu cümlelerini doğrudan aktarmamın yerinde olduğunu düşünüyorum:

Tıp sosyolojisinde bu uzman meslekler perspektifi, tıbbi işbölümünde özellikle gücün rolünü vurgulayan ve tıp mesleğinin tekelci gücünün yakın ve ilişkili meslekleri sürekli olarak yarı-uzman veya sağlık hizmetleri statüsünde tutarak kendine bağımlı kıldığına işaret eden Freidson'ın geliştirdiği bir 'toplumsal kapanma' anlayışı üzerine inşa edilmiştir. Marksist yazarlar daha sonra uzmanların egemenliğinin kapitalizm için temel önemde olduğunu ve meslekî yapıların devletin himayesi altında kapitalist bir sistemin ekonomik ve siyasal işleyişine katkıda bulduklarını öne süren bu güç perspektifini benimsediler. Uzman meslek grupları, yeni orta sınıfın diğer üyeleri gibi, işçi sınıfı idaresi ve gözetimine katkıda bulunarak kapitalist koşullarda üretimi meşrulaştırmaya hizmet etmişlerdir. (...) Bu meslekler devletin kanatları altında kapitalist sınıf lehine kontrol sağlarlar; bu toplumsal düzenleme biçimi tıbbî egemenliktir. (...) Doktorun hastalarına hastalıklarıyla ilgili görünüşte tarafsız tavsiyeleri gerçekte incelikli, ancak gerçek bir ataerkil kontroldür.

Hekimin karşısına gelen hasta, en nihayetinde çaresizdir yahut ne yapacağını bilememektedir ve hastalığı ile kendi başına mücadele etmeye muktedir değildir. Bu koşullar altında, belki de tek ve en büyük yardımcılarında birisinin hekim olduğu aşikârdır. Dolayısıyla, böyle bir durum mevzu bahirken karşısındaki uzman hekimin söylediklerine kulak veren hasta birey (söz konusu kişinin eğitim seviyesi yahut algılama kapasitesinden azade olarak söylüyorum), hekimin talimatlarının belki hepsini olmasa da bir kısmını yerine getirmek isteyecek ya da bu konuda bir uğraş sergileyecektir (ya da hiçbir şey yapmayacak ve/veya hastalığın türüne bağlı olarak ölümü bekleyecektir). Daha çok denetim, gözetim ve kontrol gerektiren rasyonalitede hastanın bir şey yapmayıp ölümü beklemesi görmezden gelinemeyecek bir eylemdir. O yüzden, hekim bunu engellemelidir. Hekimin ve genellersek de tıbbın sosyal

kontrol aracı olması da buradan kaynaklanmaktadır. Modern tıbbın gündelik yaşantımızdaki güçlü egemenliği, modern kozmolojinin egemenliğinden ileri gelmektedir. Modern kozmolojiyi bilim belirlediği için, modern tıbbın dışına çıkan, bilimin de dışına çıkmış sayılır ve reddedilir. Lakin bu tartışma, geleneksel tıp pratiklerinin uygulanması meselesine geldiğinde çetrefilli bir hal almaktadır. Bunun bir tarafında, sağlık otoriteleri, bir tarafında hekimler, diğer bir tarafında ise hastalar yer almaktadır. Esasında bu tartışmada sağlık otoriteleri hem hekimlerin hem de hastaların konumlanışlarını belirlemektedir ama şüphesiz ki hekim ve hasta da bu ilişkide değişmez bir role sahiptir. Modern kozmolojide geleneksel olanın yeri yoktur, buna tıp açısından bakacak olursak, modern tıpta geleneksel tıbbın yeri yoktur. Fakat hekim ile hasta arasındaki ortak deneyim alanına girdiğimizde bu durum nasıl işlemektedir? Yaptığım araştırmada bunun cevabını hekimler açısından bulmaya ve meseleyi rasyonalite-etik ikiliği temelinde anlamlandırmaya çalıştım.

Çalışmam toplamda üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümün başlığı, “Hekimler ve Formelleşme”dir. Söz konusu ana başlık ve onun alt başlıklarında genel olarak, rasyonelleşme ile etiğin bir arada nasıl var olabildiği ya da olamadığı; tıp eğitimi, tıp etiği, uzmanlaşma kavramları çerçevesinde tartışılmıştır. Buna ilaveten, Weber’in ideal tip analizi bağlamında hekimlerin rasyonelleşme düzleminde nasıl bir konum aldıkları tipoloji kavramına atıfla, saf tiplerin sahada nasıl bir görüngü arz edebileceklerine dair bir arka plan sunulmuştur.

İkinci bölümde ise çalışmanın en can alıcı ve önemli kısmı olan saha kısmı yer almaktadır. Burada görüşme formunda* yer alan sorulardan da yola çıkarak tematik başlıklar oluşturulmuştur. Bu bölümde, görüşmelerden yapılan alıntılara çokça yer verilmiş, onlara birtakım yorumlar da eklenerek bir tartışma ortamı yaratılmaya çalışılmış ve sonuç için uygun zemin hazırlanmıştır.

Çalışmayı oluşturan son kısım sonuç kısmıdır. Sonuç kısmında da saha çalışmasından elde edilen veriler, literatür taramasından elde edilen bilgilerle harmanlanıp yorumlanmış ve rasyonalite-etik tartışması yapılarak, bu araştırmadan sonra yapılacak çalışmalar için tezimin yararlı bir kaynak olması amaçlanmıştır.

* Bkz. EK 1

1. BÖLÜM

HEKİMLER VE FORMELLEŞME

Hekimler, tarihsel süreç dâhilinde baktığımızda bugün buldukları konuma belirli aşamalardan geçerek gelmişlerdir. Geleneksel tıp hekimliği ile başlayan bu süreç, insanın üstünde deney yapılabilmesi mümkün bir ‘nesne’ haline gelmesi ve tarama teknolojilerinin de gelişimiyle birlikte bugünkü modern tıp dediğimiz aşamaya ulaşmıştır. Lakin modern tıp kendisini geleneksel tıptan azade bir bilim olarak inşa etme ya da o şekilde görme eğilimindedir. Bu durum, geleneksel tıbbın insana bütüncül, modern tıbbın formel bakmasından da anlaşılır.

Modern tıpta uzmanlaşma vardır, hekimler belirli bir süre standart dersleri ortak görürler ve sonrasında uzmanlaşmak istedikleri dala doğru yönelirler. Bununla ilintili olarak, modern tıp için vücudun her bir parçası ayrı incelenmelidir. Buna karşın geleneksel tıpta ise böyle bir uzmanlaşma yoktur ve olamaz da çünkü geleneksel tıp için beden ile ruh bütündür. Fakat bu, geleneksel tıbbın da kendine göre bir yöntemi ya da bilgi stoku olmadığını göstermez. Geleneksel tıpta sözel bilgiyi el alma ve ocak kültürü vardır. Modern tıp eğitimi akademilerde verilmektedir. Akademiler ise bürokrasinin işlediği, formelleşmiş yerlerdir ve akademide yetişen hekimler buradaki bilgi stokunu edinmektedirler. Bu nedenle, insanı nesne gibi gören rasyonel hekim ile söz konusu hekimin meslek hayatını sürdürdüğü süreçte tıbbi etik ve mesleğin etik kodları sorunsalları ile ne şekillerde karşılaştığına bakmak gerekir.

1.1. Rasyonelleşme Etiğe Karşı mı?

Eğitim, toplumsal bir kurumdur ve akla gelen ilk işlevlerinden birisi de istendik davranış kazandırmaktır. Günümüzde söz konusu istendik davranış, performativite ölçütüne göre meşrulaştırılmaktadır. Artık eğitimde ideal kazandırmak değil, vasıf kazandırmak ön plandadır. Üniversiteler yaptıkları çalışmalar ile değil de bölümlerinde kaç tane profesör kaç tane doçent vb. olduğu ile ve hatta üniversitelerine öğrenci çekebilme yetenekleri ile övünmektedir. Rasyonel bilgiye ulaşma isteği araçsal hale geldiğinden ötürü, bilgi de amaç olma halini yitirmekte ve sadece işlevsel olduğunda değer kazanmaktadır. Performativite temelli eğitimden geçen profesyonelleşmiş öğrenci de organize bilgiler stokunu “neye yarıyor”,

“satılabilir mi”, “etkili mi” soruları üçgeninde değerlendirip kale almakta ya da almamaktadır (Lyotard, 2014: 93-94, 98-99).

İktidara bağımlı hale gelen yüksek öğretim kurumları, sistem için vasıflı eleman yetiştirme istekleri doğrultusunda ideoloji ile de haşır neşir olmaktadır ki zaten istendik davranış kazandırmak eylemi ile ideoloji kavramı arasında su sızmaz bir ilişki vardır. İktidarlar, benimsedikleri ideoloji yahut ideolojiler doğrultusunda eğitim aracılığıyla kendilerine uygun, onlara karşı çıkmayacak nesiller yetiştirmeyi amaçlarlar, bu yüzden eğitime çok önem verirler. Dolayısıyla, toplumda egemen olan eğitim anlayışı şüphesiz ki kendisini tıp eğitiminde de hissettirecektir.

Tıp eğitimi ideolojisinin ilk uğrağında, dinsel tıp ve akılcı tıp ayrışması vardır. Dinsel tıpta hastalıklar, işlenen bir günahın ya da günahların karşılığında tanrıdan gelen ceza olarak görülür. Akılcı yaklaşımda ise hastalıkların kaynağı olarak, doğal nedenlere işaret edilmiştir. Dinsel yaklaşımın egemen olduğu dönem ile bugün arasında pek de bir fark yok gibidir çünkü iki tıp anlayışı da bugün, sapkın olanı tanımlamaya çalışmaktadır. Felsefe ve bilim dinin, tıp ve tıp eğitimindeki etkisini azaltmış olsa bile hala değişmeyen şey, tıbbın günümüzde de sapkın tanımlama uğraşısıdır. 17. yüzyılda devreye giren Kartezyen felsefe ve öne çıkan rasyonalizm, dinin, tıbbın üzerindeki etkisini azaltmış ve aslında insana dair bakışı değiştirmişlerdir. Bunlarla birlikte, o zamana kadar süregelmiş bir inanış olan, insan-ruh birliği düşüncesine yeni bir yaklaşım gelişmiştir. Örneğin, Descartes madde ile ruhun birbirinden tamamen farklı şeyler olduğunu, birbirlerini etkileyemeyeceklerini söylemiştir. İnsan ile ruh birbirinden ayrılınca otomatikman insan da bir madde olması sebebiyle, araştırılabilir olma özelliği kazanmıştır. Kısacası, artık insan üzerinde de deney yapılabilecektir (Soyer, 2005: 12-13).

Felsefe diliyle aktarırsa, nesneleştirme ve indirgemecilik, bilimsel tıbbın gelişiminin ön koşullarıdır. Nesneleştirme, vücudun inceleme yapmak için, bilimin bir nesnesine dönüş(türül)mesidir. İndirgemecilik ise, vücut-nesne ikilisinin, bir bütünü oluşturan parçalar olarak analiz edilmesidir. Bu yaklaşım, geleneksel düşünce sisteminden radikal bir kopuşu işaret etmektedir. Aristo ve benzeri yaklaşıma sahip olanlar, hastalığı, kişinin bütünlüğünün bozulması olarak görürken, çözümünü de bu bozulan bütünlüğün yapılmasında buluyorlardı. İşte yeni “hastalık” yaklaşımı ya da bilimi, bu tümlük/bütünlük’ü parçalayarak işe başladı. İlk olarak bütünlük ruh, madde ve akıl olarak bölündü. Descartes’den sonra ruh dışlandı. Akıl, psikolojinin alanına bırakıldı. Tıp da kendi asıl uğraş alanına kavuştu: vücut. Descartes

ile birlikte, bilimsel çalışmanın tek uygun nesnesi vücut oluyordu. (...) Bu gelişmelerin tıbbı bir olumlu, bir de bugüne kadar yansıyan olumsuz etkisi oldu. Olumlu yan, bilimin dinin dogmalarını azaltması, tıbbın laikleştirilmesidir. Buradan yola çıkılarak, birçok hastalığın nedeni bulunmuştur. Tam bu noktada bir de olumsuzluk taşınmıştır. Tıbbı, insana, insanın bir organına, bir dokusuna ya da hücresine indirgeyen biyolojik tıp modeli. Tıbbı vücut organlarında/dokularında/hücrelerinde mikroorganizma aramak, tedaviyi de bu mikroorganizmaları yok etmek olarak gören tıp, doğal olarak eğitim sürecinin en temel bileşeni olarak bu bilgiyi gördü. (Soyer, 2005: 13-14)

Modern tıp, bilimsel gelişmelerin sonucu olarak ortaya çıkmış ve bugün bulunduğu noktaya gelmiştir. Bilim yapmak pozitivist anlamda düşünüldüğünde, deney yapmak demektir. Bunun için de deney yapmak istenilen şey her ne ise öncelikle nesneleştirilmelidir. Tıp dediğimizde ise tıbbın nesnesi, esasen özne olan insandır. İnsanı bir nesne olarak düşünmek ve bu doğrultuda davranmak ise karşımıza farklı bir tablo çıkarmaktadır. Diğer taraftan insana nesne gibi yaklaşmak etik problemleri de beraberinde getirmektedir. Vücudun makine olarak görülmesiyle birlikte, bahsi geçen makinenin her parçasıyla ayrı ilgilenilmesi de şart olmuştur. Tıp eğitimine uzmanlaşmayı getiren dönüm noktalarından bir tanesi de budur.

Tıpta dinin etkisinin azalmasının sebebi, sadece Katolik Kilisesine karşı yapılan reform hareketi değildir. Bunun yanı sıra ona eşlik eden başka gelişmeler de patlak vermiştir. Örneğin, 14. yüzyılda gerçekleşen veba salgınına karşı kilisenin çaresiz kalması, halkın kiliseye olan güvenini sarsmıştır. Bu durumun bir iktidar boşluğuna doğru gideceğini düşünen İngiltere Kralı 8. Henry, kilisenin egemenliğindeki sağlık sistemini kendi bünyesine dâhil etmiştir. Böylece tarihte tıbbın kurumsallaşması adına ilk adım da atılmış olur. Kral, Kraliyet Hekimler Kolejinin kurarak, hem sağlık uygulamalarını hem de eğitimini kendi tekeline geçirmiştir. Fakat kurumsallaşma, birtakım ayrımları da beraberinde getirmiştir. Öncelikle bahsi geçen koleje gitmeyen, orada eğitim almayan kişilerin hekim olması yasaklanmıştır, böylelikle yoksulların sağlık hizmeti alması sekteye uğramıştır. O zamana değin yoksulların sağlığı ile ilgilenenler, bizim tabirimizle ‘el almış’ ya da ustalarından vs. görerek öğrenmiş kimselerdi ve bu kişiler çoğunlukla kadınlardan² oluşmaktaydı. Fakat hekimlik

² Bu noktada büyücü/cadı avları da önem taşır çünkü ortaçağdaki sağlık pratisyenleri bahsi geçen büyücülerdi ve onların da çoğu kadındı. Büyücüler ya da şifa veren kadınlar, kilisenin aksine kendilerine derman bulmak için gelenlere hastalıklarını kabullenmelerini söylemeleriyle değil, onunla mücadele edebilmeleri adına çeşitli yollar sunabilmeleriyle öne çıkmaktaydılar. Şifa dağıtan

mesleği, sadece zenginlerin ve erkeklerin hakkı olarak görülmüş, dolayısıyla da kadınlar bu oyunun dışına itilmişlerdir. 19. yüzyılın Amerika'sında ise ayrımcılık hususunda yine değişen bir şey olmamış, hatta toplumsal cinsiyet konusundaki ayrımcılığa bir de ırk ayrımcılığı ilâştirilip ayırım, iyice derinleştirilmiş ve kriterlere 'beyaz' erkek kategorisi de eklenmiştir (Soyer, 2005: 14, 17). 1907'de Amerikan Tabipler Birliği, Carnegie'den tıp fakültelerinde bir araştırma yapmasını istemiş ve araştırma sonucu ortaya Flexner raporu çıkmıştır. Rapordan çıkan sonuçlar ise hekimlik mesleği için zahiri olarak bilimi itici bir güç addederken, söz konusu bilim uğraşısını sadece beyaz ırka ve belirli bir maddi sermayeye sahip sınıfa aitmiş gibi göstermesi açısından ilgi çekicidir. 1910'da tamamlanan raporun sonuçları şöyledir:

Çok sayıda doktor var. Bu sonuç, hekim olmayı güçleştiren bir dizi öneri ile birleştirildi. Burada yine "bilim"e gidildi: Zenciler sadece zenci hastalara bakabilmeli, onların okullarının çoğu kapatılmalı. Sonuç 1: zenciler dışarı! Kadın hekime talep yok, var olan üç kadın okulu kapatılmalı. Sonuç 2: kadınlar dışarı! İlki John Hopkins'te yaptırılan laboratuvarlara sahip olmayan tıp fakülteleri eğitim veremez, bunlar kapatılmalı. Bu olanaklara sahip fakültelerde sadece parasını verenler okuyabilmeli. Sonuç 3: yoksullar dışarı! Böylece Flexner Raporu, hekimliğin (ve de tıp eğitiminin) beyaz, orta sınıf-zengin, erkeklerden ibaret küçük bir kliğin elinde toplanmasının yolunu açtı (Soyer, 2005: 17).

Buraya kadar tıp eğitimindeki ideolojilerden ve tıbbın kurumsallaşma sürecinin nasıl başladığından bahsettim. Bugün gelinen noktada, maalesef ki tıbbın endüstriyel ideolojilerden ve dolayısıyla insanı makine gibi gören biyotıp anlayışından uzaklaştığını, en sonunda sosyal tıbbı var edebildiğimizi söylemekten çok uzağız. Günümüzde sağlık sistemi iyice kapitalist sisteme bulanmış ve piyasa ilişkilerine gömülmüş bir vaziyettedir. Öyle ki sağlık hizmetlerinin 'iyi' olup olmadığı performansa, diğer hekimler yahut hastanelerle ne derece rekabet edilebildiğine, verimliliğe, kârlılığa göre ölçüp değerlendirilmektedir.

Hekim olmadan önce alınan eğitim için de benzer kaygılar söz konusudur çünkü sağlığın piyasalaşmasına akademik kapitalizm de eşlik etmektedir. Her şeyin niceliksel verilerle belirlenmesi durumu, tıp eğitimine de yansımıştır. Örneğin,

büyücüler, özellikle de Katolik kilisesi için tehlike arz ediyorlardı çünkü doğum kontrolü için ilaç verebiliyor ve kilisenin öğretilerinin tersine hastalık karşısında pasif değil, araştırmacı ve aktif bir duruş sergiliyorlardı. Buna günümüzde "ilksel bilim" olarak bakılabilir ama o zamanın koşullarına göre değerlendirildiğinde şifa verenin yaptığı büyü'nün "çağının bilimi" olarak görülmesi mümkündür (Ehrenreich ve English, 1992: 16, 25, 27).

Sağlık Bilimleri Enstitüleri, doktora öğrencilerinin tezlerinde niceliksel bir araştırma olması gerektiğini düşündükleri için Tıp Etiği konusunda çalışanlara gereksiz gözüyle bakılabilmektedir. Akademide verilen dersler açısından baktığımızda, eski adı Deontoloji olan Tıp Etiği dersleri, YÖK kararıyla “Tıp Tarihi ve Etik” ismini almıştır (Civaner, 2014: 5). Bu da garip bir duruma sebep olmuştur çünkü sanki etik, tartışılması gereken bir mesele olmaktan çıkıp, salt tarihselliği içinde nasıl hallere bürünmüştür gibisinden bir içerik kazanmıştır ya da buna indirgenmiştir. Öte yandan bana kalırsa, ikisinin birleşmesinin başka bir dezavantajı da etiğin vakalar üzerinden tartışılması gereğinin karşısında tıp tarihinin, motomot bir mesele olmasıdır yani tıbbın tarihsel gelişimini anlatmak ile meslek etiğini ve etik ilkeleri tartışmak birbirinden çok farklıdır. Diğer taraftan Tıp Etiği derslerinin içeriğini bir yana bıraktığımızda, başka büyük bir problem ile karşı karşıya kalıyoruz. Söz konusu büyük problem, akademik kapitalizmdir. Civaner, birkaç yazardan daha yararlanarak bu durumu şu şekilde dile getirmeye çalışmıştır:

Özelleştirme politikaları sağlık hizmetlerinin yanı sıra akademide de sarsıcı/kökten dönüştürücü etki yaratıyor. A. Humboldt’un kamu kaynaklarıyla finanse edilen, toplum yararını gözetken, kişilerin kendilerini tanınmasını ve geliştirmesini amaçlayan üniversite modeli, piyasa yaklaşımının egemenliği ile “girişimci üniversite” olmaya zorlanıyor. Odabaşı’ya göre girişimci üniversite üç alana odaklanmalıdır: Geleceğin girişimcilerini yetiştirmek, üniversitede olan her uzmanlık dalında girişimci ruhunu, kültürünü geliştirmek ve üniversitenin bizzat kendisi ve üyelerini girişimci olabilecek hale getirebilmek. Böylesi bir üniversite modelinde R. Merton’un 20. yüzyılın başında tanımladığı bilimin normatif değerlerinin geçerli olmadığını, artık ‘pazar-odaklı post-akademik bilim’den söz edilebileceğini söyleyen J. Ziman, bilimin “ussal AR-GE’nin itici gücü, tüm ekonomi için bir tekno-bilim motoru” olmaya zorlandığını saptıyor. (...) “Pazar-benzeri çabalar”ında başarılı olan ve üniversitelere daha fazla rant getirenler, A.A. Dikmen’in deyişiyle “yeni seçkinler” olarak ayrışıyor: “Ortaya çıkan bu yeni seçkinler, üniversitelerin biçimlendirilmesi ve yönetimlere daha fazla egemen olmaktadır. Bu durum, etik var oluş biçiminin yeniden kurgulanmasına ve bölümlerin varlık nedenlerini yeniden düzenlenmesine yol açmaktadır.” Akademi ontolojik ve epistemolojik olarak değiştirilince, doğal olarak etik’i de değişiyor. “Akademik kapitalizm” ile üniversite, şirketlerle ilişkiye girmenin ötesinde, artık kendisi şirketleşiyor. Dolayısıyla da şirket gibi davranmak ahlaki kabul edilmeye başlanıyor. Akademide “bilim ahlakı”nın yerini “iş ahlakı”nın alması, akademisyenliğin ahlaki değerlerinin ekonomik çıkarların dayattığı yeni ahlaki değerlerle ikamesi, tüm disiplinleri olduğu gibi Tıp Etiği’ni de etkileyecek kuşkusuz (Civaner, 2015: 8).

Sanayileşme sonrası, tıbbın formelleşme sürecinin izlendiği dönemde geleceğin iyi hekimlerini değil de, geleceğin girişimcilerini yetiştirmeyi hedefleyen bir üniversite modelinin oluşturulması bizi çok da şaşırtmamış olmalıydı. Bir parça daha şaşırtıcı olan husus, etik değerlerin anlamını yitirmesi ve söz konusu değerlerin kapitalist sistem ‘bağlamında’ değerlendirmeye alınmasıdır. Weber’in rasyonel bürokrasinin son durağı olan bireyin demir kafes içine hapsedilmesi mevzusuna yönelik yaptığı eleştiriden yola çıkarsak, söz konusu demir kafesin failer üstündeki baskısını artırdığı söylenebilir. Bu meseleye akademi özelinde baktığımızda ise en yüksek verimlilik derecesini isteyen bürokrasinin akademinin hücrelerine kadar işlediği ve etkisini iyice derinleştirdiği, bunun yanı sıra sürekliliğini sağlamak ve kendisine meydan okuyabilecek ya da onu kökten yok edebilecek herhangi bir mercii bırakmamak adına her bir uzmanlık alanında girişimci ruhunu ve ona ait kültürü geliştirmeyi hedeflediği görülmektedir. Bu kültürle harmanlanmış bir eğitimden geçen hekim, hastasını insandan ziyade araştırması gereken bir nesne gibi görecektir. Dolayısıyla bu argümanların ışığında, akademik etiğin akademideki bilim anlayışı değiştiği için değiştiğini söylemek yerinde olacaktır. Rasyonel bürokrasinin akademik anlamdaki eleştirisinin uç noktasında ise karşımıza biyotıp çıkmaktadır. Biyotıp, tabiri caizse hayatımızın her alanına müdahil olmuş durumdadır. Genom araştırmalarını buna örnek olarak verebiliriz. Genom araştırmalarının bilime eklemlenmesi ve popüler olmaları ile insanları tedavi etme amacı bir nebze de olsa kenara itilmiştir çünkü artık post-human üretilmeye çalışılmaktadır. Post-human bütünsel anlamda, insan denen canlının şu andaki versiyonundan fiziksel ve hatta belki de psikolojik olarak daha gelişmiş bir oluşum olarak tasvir edilmektedir. Post-human, biyokapitale sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik olarak da bağlı olmak zorunda kalacaktır çünkü o, sistem için risk oluşturmaması amacıyla davranışlarını düzenlemesine yarayacak “ahlaklılık hapı” ile düzene sokulacak ve böylelikle sisteme aykırı bir davranışta bulunamayacaktır. Bu şekilde sistem, sürekliliğini post-human dişlisi sayesinde koruyacaktır. Genom bilgileri, insanların gelecekte yakalanabilecekleri hastalıklar hakkında ipucu vermektedir ve insan, geçmişten bugüne değin toplanan genom bilgileri vasıtasıyla, ilaç şirketlerinin ve onunla bağlantılı başka şirketlerin bilgi havuzunda ve bundan ötürü de onların denetimi altındadır. İlaç şirketleri, o ipuçlarından faydalanarak, gelecekteki tüketici

profillerine uygun ilaçlar üretecek ve bu yolla post-human'a gelecek vaat ettiğini öne sürerek onları insanın en temel içgüdüleri olan hayatta kalma güdüsü üzerinden sınavacak ve kontrol altında tutacaktır (Civaner, 2014: 10-11; Rajan, 2012: 187).

Tıbbın kurumsallaşma sürecini takip eden gelişmeler ve aslında tıbbın kurumsallaşmasına eşlik etmiş olan süreç, formelleşme ile yakından ilgilidir hatta onunla doğrudan bağlantılıdır diyebiliriz.

Çin'de ve İslam'da, yüzeysel olarak, her tür yüksekokulumuza, üniversitelerimize, hatta akademilerimize benzeyenlerin olduğunu görebiliriz. Fakat bilimde ussal ve sistematik uzmanlık alanları, bir alana dair verilen uzmanlık eğitimleri, günümüz medeniyetine egemen anlayışa yakın anlamda sadece Batı'da vardı; daha da önemlisi, bu çağdaş Batı devletinin ve ekonomisinin dayanakları olan bürokratlar için de geçerlidir. Bu bürokratların öncüllerine başka yerlerde rastlamamız mümkündür ama Batı'da olduğu kadar, toplumsal düzen için böylesine önemli olmalarına başka yerde rastlanamaz. (...) [U]ssallık, temelde teknik olarak karar verme durumunda olan öğelerin *hesaplanabilir olma ihtimaline* bağlıdır. Bu aslında ussallığın, Batı bilimlerinin özelliklerine, özellikle matematik, deneysel ve ussal temeller üzerine kurulan doğa bilimlerine bağlı olduğu demektir. (Weber, 2011a: 7, 16-17)

Öte yandan, insanın mesleki yaşamı aslında bir çeşit erdem sınavıdır, bu erdem ise Püriten ahlakından gelen asketik erdemdir. Bu da uzmanlaşma meselesi ile doğrudan ilintilidir. İnsan yani uzman emekçi, mesleğini –ki Püriten ahlakına göre, tek bir meslek olması daha iyidir–, o mesleğin ritüelleri doğrultusunda takip ederken bir bilince ulaşmaktadır ve bu sayede o mesleğin getirdiği kutsanmışlığa erişmektedir (Weber, 2011a: 232).

Dünyanın büyübozumu, araç-amaç rasyonalitesi doğrultusunda yaptığımız eylemler ve modern dünyada mesleğin ne anlama geldiği konuları, Weber'in sorunsallaştırdığı temel meselelerdendir. Tıpta uzmanlaşma sürecinde, tıbbın pozitif bir anlam kazanması bağlamında tıp eğitiminin önemli bir yer işgal ettiği düşünülürse muhakkak ki burada Weber'in *Meslek Olarak Bilim* yazısı önem kazanmaktadır. Söz konusu yazıda, bilimin meslek olarak kategorize edilmesi ve bununla doğrudan ilintili olarak üniversitelerin nasıl bürokratik bir araca dönüştüğü anlatılmıştır. Weber de bu bağlamda meslek olarak bilimi seçmeye karar vermişsek geleceğimiz nasıl olmalıdır sorusunu sormuştur. Bu konuda Almanya ve Amerika'daki üniversitelerin akademik kariyer alanındaki yönelimlerini karşılaştırmıştır. Almanya'da bir gencin

akademik kariyeri doçent yardımcılığıyla başlamaktadır, bu süreç gencin ilgi alanıyla ilgili bir kitap hazırlayıp ardından da bir sınav verip kürsüye girmesiyle işlemektedir. Almanya’da yardımcı doçent para almaz çünkü ondan belli bir maddi varlığının olması beklenir, bu da uzun bir teknik eğitimin alınması adına önem taşımaktadır. Dolayısıyla bahsi geçen durum bürokrasi ile doğrudan bağlantılıdır. Öğrenci girdiği derslerden para almamaktadır ama ders vereceği konuları kendisi belirlemektedir, oysa ABD’de de akademik kariyer Almanya’daki durumun tersine, öğrencinin asistan olarak işe alınmasıyla başlamaktadır, bürokratik sistem sebebiyle burada asistan, işe başlar başlamaz para almaktadır. Amerikan sisteminde bu bürokratik yapının eseri olarak, öğrencinin akademik kariyere adım attığı anda bir güvenceye de sahip olduğu görülmektedir ama bu sadece parasal yani yaşamını devam ettirmesi için bir güvencedir. Parasal güvencenin yanı sıra Amerika’da genç akademisyenlerden derslerine çok sayıda öğrenci çekmeleri beklenir ama Almanya’da böyle bir sayı çokluğunun sağlanması beklenmez (Weber, 2011b: 215-217).

Weber, iki üniversite geleneği arasındaki farkların gittikçe yok olduğunu gözlemlemiştir çünkü Alman üniversitelerinin fen bilimlerinde Amerikan üniversiteleri doğrultusunda geliştiğini ve bu şekilde de tıp ve doğa bilimleri enstitülerinin kendi ifadesiyle “devlet kapitalizmi” işletmeleri haline geldiğini söylemiştir (Weber, 2011b: 218). Yani artık Alman üniversitesindeki bir doçent de Amerikan üniversitesindeki bir asistan kadar sallantılı bir konumdadır ve ancak beklentileri karşılayabildiği ölçüde hâlihazırda kazandığı konumu devam ettirme hakkına sahip olabilecektir. Bana göre, buradaki temel mesele beklentilerin nasıl belirlendiğidir. Sonuçta her insan kişisel birtakım özelliklere sahiptir ve içlerinden bazıları gerçekten de bilgisini aktarma yeteneğine sahip olmayabilir. Bu insanlar derslerine çok kişiyi çekmeyi başaramayabilirler ve bunun sonucunda, beklentileri karşılayamadıkları için aslında çok iyi araştırmacı olan bu bilim insanları akademik kariyerin dışında bırakılabilmektedir. Onları sistemin dışına iten şey, araçsal akıl olmaktadır çünkü bir kişinin yeterli olup olmamasını, derse gelen insan sayısı yani nicelik belirlemektedir. Bunu denetleme işi, kişinin niteliğine değil, sayıların hâkimiyetine devredilmiştir.

Weber, sadece meslek olarak bilimin ne ifade ettiğini değil, daha geniş bir bakış açısıyla bilimin değerini sorgulamıştır. Bunu anlamak için de geçmişle bugün arasında karşılaştırmalar yapmıştır. Ona göre, bilimin değeri onun taşıdığı anlamda yatmaktadır. Bilimin anlamı açısından geçmiş ve günümüz arasında büyük fark vardır, çünkü geçmişte bilim gerçek doğaya gidişte bir köprü iken –kavramı bularak gerçeği kavramak, deneyimleri deney vasıtasıyla güvenilir kılmak– günümüzde insanın doğaya dönebilmek için bilimin entelektüalizminden arınması gerekmektedir. Bilimin ve kutsal yani doğal olanın değerler sistemi, birbirinden uzak ve zıt iki kutup olarak karşımıza çıkmaktadır çünkü ilahi olana inanmak bir bakıma bilimden arınmak onu göz ardı etmek anlamına gelmektedir. Fakat esasen bilimin dinden beklediği; bir süreç kutsallık karıştırılmadan açıklanabiliyorsa, o sürecin bilimsel açıklamasını dini mertebelerin kabul etmesidir. Aslında bu karşılaştırma “yaşamımızı nasıl düzenlemeliyiz?” sorusundan doğmuştur. Bilimin temel bir varsayımı da bilimsel çalışmaların sonuçlarının bilinmeye değer ve önemli olduğunu söylemektedir, bunu temel bir varsayım olarak kabul etmek doğru olmayabilir çünkü yoruma açıktır, anlam açısından bakarsak –sadece araç olarak değil– gerçekten de bilinmesi değerli midir? Eğer bilimsel sonuçlar yaşamımızı nasıl düzenleyeceğimiz konusuna cevap vermekten uzaksa ne ölçüde değerli olabilirler? Bilim bizi teknik konuda bilgilerle donatsa da ne yapacağımız ve nasıl yaşayacağımız konusunda bir cevap veremediği için anlamdan yoksun görünmektedir ama zaten günümüz için baktığımızda bilimin pek de böyle bir amacı yok gibidir. Weber, bu duruma tıp örneğiyle açıklık getirmiştir: Tıbbın görevi temel olarak insan hayatını kurtarmaktır ve bu her durum için geçerlidir. Bir hasta hayattan kurtulmak için yalvarsa bile bunun bir yararı olmayacaktır çünkü tıp o hastayı elindeki teknik araçlarla hayatta tutabileceği kadar tutmak zorundadır. Hastanın çektiği acı bunun yanında pek de önemli değildir. Sonuç itibarıyla tıp ben bu hastayı nasıl daha uzun yaşatabilirim sorusunu sorar ama hayat yaşamaya değer midir sorusunu sormaz. Weber’e göre, sadece tıp değil hukuk, tarih, kültür bilimleri gibi bilimler de anlam arayışından uzaktır (Weber, 2011b: 236-237).

Öte yandan MacIntyre, etik dilinin tarihsel olarak sürekli değiştiğinden söz etmektedir. Dolayısıyla bu durum, ortak bir etik anlayışından bahsetmeyi güçleştirmektedir. MacIntyre bunu, fragman metaforunu kullanarak açıklar,

fragmanlar ahlak ve ahlaka dair söylemlerin şimdiki haline benzemektedir. Kısacası, ahlak alanındaki söylemler karmaşa içindedir. Bunu MacIntyre'nin (2001: 14, 15, 17) kendi sözleriyle aktarırsam,

Hiç kimse ya da hemen hemen hiç kimse yaptığı şeyin aslında herhangi bir şekilde doğa bilimi olmadığını farkında değildir. Çünkü yaptıkları ve söyledikleri her şey belli birtakım tutarlılık ve uygunluk kurallarına uymaktadır ve yapmakta oldukları şeyleri anlamlandırabilmek için ihtiyaç duyulan bu bağlamlar belki de bir daha asla bulunamayacak şekilde kaybedilmiş durumdadır. (...) Kurgusal sözde-bilim-adamları ve gerçek felsefenin barındığı bu hayali dünyayı kurgulamakla neyi amaçlamaktayım? Geliştirmek istediğim tez şudur: İçinde yaşadığımız fiili dünyada ahlak dili, betimlemeye çalıştığımız hayali dünyada doğa bilimlerinin dili ne halde ise o haldedir; yani ciddi karmaşa içindedir. Eğer bu görüş doğru ise, ahlak alanında günümüzde sahip olduklarımız, belirli bir kavramsal çerçevenin fragmanlarıdır; kendilerine belirli bir anlam ve önem kazandıran bağlamlarını artık yitirmiş bulunan bölük pörçük parçalarıdır; aslında sahip olduğumuz şey ahlakın kendisi değil, suretidir. (...) Bir ahlak anlayışı yerini bir diğerine bırakır; onyedinci yüzyıl Püritanizmi yerini onsekizinci yüzyıl hazcılığına, onsekizinci yüzyıl hazcılığı yerini Victoria dönemi çalışma etiğine bırakır ve bu böyle devam eder.

Buradan yola çıkılarak ve MacIntyre'nin geliştirmek istediği tez bağlamında şu söylenebilir ki; günümüzde ahlak alanındaki söylemler karmaşa içindedir ve ahlakın rasyonel bir temeli olduğu reddedilmektedir. Günümüzde sıkça tartışılan bir mesele olan kürtajın cinayet olduğu ya da olmadığı üzerine farklı yorumlar yapılabilir ve bu farklı yorumların hepsi farklı gerekçelere dayandırılabilir. Bu yorumlar bir noktada uzlaşamazlar ve herkesin görüşüne saygılı olmak da bizi bir sonuca götürmemektedir. Ahlaksal yargılar kişilere, belirli bir tutum veya beğeniye bağlıdır diyen günümüzde kabul gören çağdaş ahlaksal söylem duyguculuktur. Duyguculuk, görüş ayrılıklarını dile getirir, bu da MacIntyre'yi fikir birliği sağlayacak rasyonel bir yol olmadığı düşüncesine götürür. Duyguculuk göreceliği savunur ve her değer yargısına belirli bir açıklama getirme iddiasını taşır. Bu durum ahlaksal olan bütün görüş ayrılıklarını rasyonel olarak sonsuz temellendirme şansına sahip olduğumuz gibi mümkün olmayan bir durumu ortaya çıkarır (MacIntyre, 2001: 29).

Duygucu toplumda araç-amaç ilişkisi ortadan kalkar, insanları amaç değil araç olarak görmeye başlarız ve diğer insanları ikna etmenin yolu gerekçelerimizi akla dayandırmak değil karşımızdakinin duygularını etkilemek olur. Günümüzün ahlak anlayışının duyguculuk olduğu, bunun görecelik üzerinden temellenmesinin ortak bir

ahlak anlayışını doğurmayacağı ve bunun sakıncaları olduğu konusunda MacIntyre'a katılıyorum. Duyguculukta amacı ve değeri belirleyen şeyin rasyonel bir temeli yoktur, burada kişinin kendi tercihi rol oynar. MacIntyre, Weber'i duygucu olmakla eleştirmiştir ve eleştirisini Weber'in düşüncelerine işaret ederek "değerleri yaratan insanların verdiği kararlardır, amaç sorunu değer sorunudur, değerler söz konusu olduğunda akıl dilsizdir" üzerinden yapmıştır (MacIntyre, 2001: 49). Amaç sorunu değer sorunuysa amaçları değerler belirler. Değerler değişkendir öyleyse amaç da değişkendir. Bu durumda ortak bir amaç var olamayacaksa "olması gereken nedir?" sorusunun cevabı bulunamamaktadır.

Ele aldığım konu gereği tabii ki burada tüm mesleklerin etik ilkelerinden değil, tıp etiğinden bahsedeceğim. Tıp etiği, daha önce deontoloji olarak anılırken, günümüzde biyoetik kavramına doğru evrilmiştir ama ben biyoetik belki güncel bir kavram olsa da literatürde daha çok bu haline rastladığım için tıp etiği kavramını kullanacağım. Tıp etiği, hekimlerin üniversite eğitimleri esnasında aldıkları bir ders olmakla birlikte, hasta bakmaya başladıkları andan itibaren sahip çıkmaları ve uymaları gereken belirli ilkeleri kapsayan, meslek etiğine verilen isimdir, o yüzden öncelikle Yıldırım ve Kadioğlu'nun (2007: 78-79), tıp etiği tanımına, kapsamına ve temel ilkelerine dair söylediklerine yer vermek istiyorum.

[T]ıp etiği tıbbi eylemi düzenleyen kurullarla ve tıba özgü değerler dünyası ile ilgilenir. Tıbbi eylemler çerçevesinde neyin "iyi" neyin "kötü" olduğu, mutlak "iyi"nin ve "kötü"nin olup olmayacağı onun temel sorunlarıdır. Tıp etiğinin tıbbın gündelik yaşamında ortaya çıkışı sadece değer sorunlarıyla karşılaşma durumları ile sınırlı değildir. Her tıbbi eylemin kendince bir etik boyutu vardır; etik bilincine ve duyarlılığa sahip olmak bu boyutu gözden kaçırmayıp değerlendirmeye almayı sağlamaktadır. (...) Dünya genelinde ve ülkemizde hem klinisyenler hem de akademik etik çalışması yapanlar arasında yüksek oranda benimsenen dört ilkeli şemada yarar sağlama, özerk olma ve başkalarının özerkliğine saygı gösterme, zarar vermeme, adil olma yer almaktadır. Yaşama saygı duyma, aydınlatma ve onam alma, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, özgecilik, ayrımcılıktan kaçınma, ihtisasa saygı duyma, dayanışma da hemen akla gelen tıp etiği ilkeleridir.

Tıbbın pratik olarak uygulanması için görüldüğü üzere belirli ilkeler oluşturulmuştur ve bahsi geçmiş olan ilkelerin içleri de boş değildir, şüphesiz ki hepsi hem bizatihi hekim için hem de hastanın selameti açısından anlamlıdır. Öte yandan hekimlerin de insan olduğunu ve insanların birtakım kişisel hırsılara sahip olabileceğini

unutmamakta fayda vardır. Zira sağlık piyasasında etiğin mümkün olup olmayacağı ile ilgili tartışmalar da söz konusudur. Bunu anlamak açısından Civaner'in *Toplumsal Sözleşmenin Çözülüşü: Sağlık Piyasasında Etik*³ yazısına bakmanın gerekli olduğunu düşünüyorum. Söz konusu yazıda, birisi muhtemelen akademide tıp etiği derslerine giren, ötekisi ise faal anlamda hekim olarak çalışan iki hekim arasındaki diyaloglara yer verilmiştir. Diyaloga bütünsel anlamda baktığımda, bana göre verilmek istenen ana fikir, temel olarak sağlık hizmetinin kapitalist sistemin içine gömülmesidir. O yüzden, diyalog öncelikle eski deontolojinin kalmadığından dert yanan hekimin feryadı ile başlamıştır. Tıp etiği derslerine girdiğini tahmin ettiğim diğer hekim ise, eski tıp etiğinin kalmadığını çünkü sağlık hizmetlerinin dönüştüğünü artık sağlık hizmetinin içine sağlıkla ilgisi olmayan performans, rekabet, verimlilik, kârlılık, maliyet, etkinlik gibi kavramların girdiğini söylemiştir (Civaner, 2013: 91, 97). Hekim, hastasına hizmet sağlamakla ve yardım etmekle yükümlüdür fakat günümüzde hasta, müşteri gibi düşünüldüğü ve o şekilde görüldüğü için sağlıktaki bu algı değişimi, hastaneleri hasta bakılan yer olmaktan çıkartıp, içinde para alışverişinin döndüğü birer merkez haline getirmiştir.

Hastalar için en fazla öne çıkarılan hak, seçme hakkı olmuştur; hekimini seçme hakkı. Fakat hastalara en gerekli olan hakkın bu olup olmayacağı tartışılmalıdır. Örneğin, aydınlatılmış onam gereği hastalığımla ilgili uygulanacak tedavi hususunda hekimim tarafından en ince ayrıntısına kadar bilgilendirilmem gerekirken, hekim tıbbi jargonla konuştuğunda bir şey anlamayabilirim. Ya da hekim bana yapmam

³ K: Ben hekimlik mesleğinin artık neredeyse yapılamaz hale geldiğini düşünüyorum. Sistem değişiyor. Mesleki bağımsızlığımı kaybediyorum. Bir taraftan geri ödeme sistemi bastırıyor şunu yazamazsın bunu yapamazsın diye, diğer taraftan hastalar, idareciler, hukukçular... Bir de etikçiler çıktı, dedim ya... Kimsenin ahlak hocasına ihtiyacı yok esasen; ben bugüne kadar iyiye kötüye kendim karar verdim, mesleğimin gereği neyse onu yaptım. Açıkçası sizden beklentim deontoloji konusunda eğitim vermeniz. Kuralları bildiğimiz zaman, iyi yapmak isteyen iyi yapar zaten...

E:Söylediğiniz her zaman geçerli olmayabilir... Eylemimizi belirleyen her zaman irademiz midir? Eylemlerimizi kaçınılmaz olarak içinde bulunduğumuz koşulların sınırlılığı yahut olanaklılığı içinde gerçekleştirebiliriz. Tarihi zorunlulukla ve rastlantıyla açıklıyoruz. Zaten o yüzden tarihteki insan eylemlerini içinde buldukları koşulları, kendilerine açık olanakları dikkate alarak yargılamak gerekir demiyor muyuz?

K: Evet tabii...

E: Hekimlikte de böyle. Kendiniz söylediniz. Başka bir sistemde çalışıyorsunuz artık. Sağlık hizmetleri piyasalaştırılıyor, hizmetler bir piyasa türü olarak tanımlanıyor. Metafor değil; düpedüz pazar malı oluyor her şey. Bilinçli politik tercihlerle üretim biçimi ve ilişkileri değiştiriliyor, sağlık politikaları gereksinime göre değil, karlılığa göre biçimlendiriliyor. Devlet hizmet sunumundan çekiliyor, sigorta kapsamındaki geri ödemeleri ise en ucuzu üzerinden yapıp giderleri en aza indirmekten başka bir şey düşünmüyor (Civaner, 2013: 92-93).

gereken şeylerle ilgili bilgi vermek yerine, o gün oraya stajyer olarak gelmiş bir öğrenci ile benim durumum hakkında konuşarak beni olayın dışına itebilir. Dolayısıyla, sözde bir aydınlatılmış onam söz konusu olabilmektedir. Beni bu şekilde herhangi bir araştırma nesnesi olarak gören birisine nasıl güvenebilirim? Ortada büyük bir güven sorunu⁴ vardır ve bunda sadece hekimlerin değil, ilaç şirketlerinin ve elbette ki sağlık politikalarının büyük payı olduğu da yadsınamaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim alternatif tıp tam da burada devreye giriyor gibi görünmektedir.

Güven sorununa neden olan diğer büyük problem de “aşırı teşhis” meselesidir. Günümüzde aşırı teşhis, tabiri caizse oldukça sık rastlanılan bir durum haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri artık hizmet etme amacından çıkmış ve hastaneler bir nevi alışveriş merkezine dönüşmüştür. Örneğin, öyle çok da büyük bir sıkıntımız olmadığı halde tedbir olsun diye hastaneye kontrole gittiğimizde bir anda göğsümüzde bir kitle olduğunu öğrenebiliriz ve kitle belirli bir sınırın üstünde olduğu için bizden biyopsi istenebilir. Bunun gibi durumlar sıkça yaşanmasına rağmen kimse belirlenmiş olan o sınırın neye göre belirlendiğini sormamaktadır. Tıbbi teşhis

⁴ E: (...) Sorunun esası toplumsal sözleşmenin çözülüyor oluşu... Toplum bu mesleği ötekilerden ayrıcalıklı bir yere koymanın, belli bir toplumsal konum, gelir düzeyi, saygınlık sağlama ve kendi bedenine dokunma, müdahalede bulunma, sırlarını öğrenme gibi haklar tanımının karşılığında hekimden sürekli, gereksinimiyle uyumlu ve yetkin bir hizmet bekler. Hekimden kendisi için en iyisini yapmasını bekler. Bunu varsayarak, buna inanarak hekime gideriz; aksi türlü güvenmediğimiz kişiye kendimizi teslim etmeyiz. Hekim ise toplumun oluşturduğu kurumlarda standart bir eğitim alır ve sonuçta belli bir mesleğin çok özel bilgisine sahip olur. Bu bilgi ve beceriye sahip olmak ona ahlaki bir yükümlülük getirir: Hizmet sunmak... (...)

K: [H]ekim toplumsal sözleşme ile toplumun kendisine sağlama güvencesi verdiği şeyleri bir bir kaybediyor. Mesleğin toplumsal konumu değersizleşiyor, iş güvencesini hatta can güvencesini kaybediyor, geliri ciddi biçimde azalıyor. Öte taraftan mesleki bağımsızlığı elinden alınıyor, yazacağı ilaca, tetkike sınırlama getiriliyor, uygun gördüğü malzemeyi kullanamıyor ama her türlü zararın doğrudan sorumlusu ilan ediliyor. Bir de üstüne hastasına eskisi gibi dokunamıyor; onamı düzgün almadıysa vay haline... Karşısında hakkını arayan, şikayet eden, tazminat davası açan, ceza yağdıran, hatta vurup öldüren bir hasta-hasta yakını-idareci-hukukçu cephesi görmeye başlıyor. O da yaptığı işi iyiden iyiye “parça başı” görmeye başlıyor, işini kendi açısından en güvenli biçimde yapıp kenara çekiliyor. Bütün bunlar hekimin toplumla yaptığı sözleşmeyle bağlılığını zayıflatıyor haklı olarak...

E: Tabii bu çok kötü... Hekim mesleğinin var oluş amacının, iddiasının, topluma verdiği güvencenin hizmet sunmak olduğunu unutuyor. Hasta-hekim ilişkisinde dezavantajlı konumda olanın hasta olduğunu unutuyor, hasta ile eşit konumda görüyor kendisini. “Madem o hekim seçiyor, ben de hasta seçerim” diyor örneğin... Diğer taraftan, hasta da hekimine güvenmiyor türlü nedenle. İlaç şirketlerinin bin türlü dalaveresini görüyor güvenmiyor, özel hastaneye gittiğinde yazılan tetkiklerin bolluğunu görüyor güvenmiyor, devlete gidince performans sistemini görüyor güvenmiyor, profesörün muayenehanesini, gazete köşe yazısını görüyor güvenmiyor... Bir taraftan modern tıba yapılan “post” modern saldırılarla zihni bulandırılıyor, “bak ne güzel, seçersin” hikâyesiyle kandırılıyor... Hem zaten “köpekbalığı kıkırdağı kansere iyi geliyor”, daha doğrusu “kansere iyi gelen köpekbalığı kıkırdağı”... Onca ot, yağ, solüsyon vs. işe yaramasa Bakanlık izin vermezdi televizyonlarda anlatılmasına? (Civaner, 2013: 95-96).

teknolojileri geliştikçe, artık vücudumuzun içinde olup biten şeyleri daha yakından bilmeyi istemeye meyilli olduk ve onda neler olup bittiğini öğrendikçe yaşam süremizi uzatmak amacıyla herhangi bir hastalığa yakalanma riskimizi en aza indirgeyebilmek umuduyla hastanelere başvuruyorduk. Uzmanlaşmanın hem nedeni hem de sonucu olan bu durum, sınırın ne olduğuna dair kapsamı gün geçtikçe değiştirmekte ve hatta genişletmektedir (Welch vd., 2013: 23). Bu da bizi belirsizliğe götürmekte ve tıbbi tetkiklere hangi noktada güvenebileceğimize yönelik soru işaretlerini beraberinde getirmektedir. Örnek vermek gerekirse,

Diyabet sınırını belirleyen kurulun başkanı, Aventis Eczacılık, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Novartis, Merck ve Pfizer firmalarının ücretli danışmanıydı – bu firmaların hepsi diyabet ilaçları üretmektedir. Son yüksek kan basıncı rehberlerinin on bir yazarından dokuzu yüksek kan basıncı üreten ilaç şirketlerine bir şekilde mali bakımdan bağlıydı – maaşlı danışman, ödeme yapılan konuşmacı veya bağış alan olarak. Benzer şekilde kolesterol sınırını aşağıya çeken dokuz uzmandan sekizi, kolesterol ilaçları üreten ilaç firmalarının ücretli danışmanıydı. Ve osteoporoz için ilk sınır Uluslararası Osteoporoz Vakfı – tavsiye kurulu otuz bir ilaç ve tıbbi donanım şirketinden oluşan bir örgüt – ile Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturduğu ortaklaşa bir kurul tarafından belirlendi. Allah için bu uzmanların çoğu yaptıkları işe inanan, kendilerine teşhis konmasından fayda görecekti kimseyi kaçırmamak için ellerinden yapan insanlar olabilirler. Fakat gerçek şu ki, masanın üzerinde duran çok fazla para, onları faydayı abartmaya ve aşırı teşhisin zararlarını görmezden gelmeye yöneltilmiş olabilir. Bu kararlar, bu kararlardan kazanç elde eden şirketler tarafından lekelenmelerine izin verecek kadar çok sayıda insanı etkilemektedir. (Welch vd., 2013: 23)

Öyleyse, neyin normal olarak tanımlanacağını tam olarak kestiremediğimiz durumlarda ve aslında genel anlamda her şey için teşhis araçlarının bizim için karar vermesine izin vermemiz mi gerekiyor? Diyelim ki tiroit bezimizde bir kitle tespit edildi ve kitle normalde olması gerekenden büyük olduğu için biyopsi yapılması istendi, gerekçe olarak da %5'inin kötü huylu çıktığı söylendi. Hangisini tercih ederdimiz; gitmek mi gitmemek mi? Tıp etiğinin temel ilkelerinden olan zarar vermeme ilkesi, biyopsi sonucu temiz çıktığı durumda ahlaki bir değer taşımaya devam etmekte midir? Yoksa hekimin biyopsiyi sadece bize yardım etmek amacıyla önerdiğini mi düşünmeliyiz?

Beden ve ruh bütünlüğünün parçalanmasıyla birlikte insan üzerinde de deney yapılmasının meşrulaşması ve uzmanlaşma gereği vücudun her bir parçasıyla ayrı şekilde ilgilenilmesi zorunluluğu sonucu insana nesne olarak yaklaşılması birtakım

etik problemlerin doğmasına sebebiyet vermiştir. Daha önce de değindiğim gibi, hastanın müşteri gibi düşünülmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, hekimlere güven sorunu bağlamında aşırı teşhis gibi mevzular söz konusu problemlerden bazılarıdır. Fakat bu etik problemler daha çok hekim ve hastanın bizatihi aktörü olduğu meseleleri kapsamaktadır. Bundan sonra görüleceği üzere, hekimlerin aktörü olduğu ama hâlihazırda onları aşan (varoluşsal ve politik ayağı olan) daha geniş etik meselelere yani ötanazi ve kök hücre meselelerine gireceğim.

Ahlaki iyi veya kötü, yapılacak eylemin sağlık piyasasında para edip etmediğine göre belirleniyorsa rasyonelleşmenin uç noktada bir görünümünü arz eden ötanazi meselesini, etik ve sosyal anlamda nasıl ele almamız gerekir? Hekimin amacı daha önce de belirtmiş olduğum gibi, hastasına yardım etmektir ama bu yardımın nasıl olacağı ya da olması gerektiği hususunda bir uzlaşma yoktur. Dolayısıyla, ötanazi konusu da tartışmaya son derece açık, sonuçları yahut nedenleri noktasında ortaklaşa bir yargıya varılamayacak denli karmaşıktır. Neden tartışmalıdır sorusunun cevabı, yaşamın kutsallığı tezine dayanmaktadır, buna göre insan hayatına asla başkası tarafından son verilemez, verildiği takdirde bu eylemin cezalandırılması elzemdir. Fakat insanın yaşamının kendine ait olması ve bu yüzden onun üstünde karar verebilme yetkisinin de yine ona ait olması, kafamızda ötanazi ile ilgili birtakım soru işaretlerinin oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca, yaşamın kutsallığı tezini savunanlara, yaşama hakkı varsa neden ölme hakkı da olmasın diye bir soru da yöneltilebilmektedir. Öte yandan böyle dediğimizde, neden ölmek isteyelim ki gibi bir soru ile de karşılaşmamız muhtemeldir. Bu durumu İnceoğlu (1999: 17), şu şekilde ifade etmiştir:

Ölme hakkı ve ötanazi tartışmasının yoğunlaşmasının bir diğer nedeni ise, yirminci yüzyıl insanının kendi yaşamı, diğer bir deyişle yaşam hakkı ile ilgilenmesi kadar kendi ölümü, ölme hakkı ile de ilgilenmesidir. Bu insan artık, yaşamı üzerinde söz sahibi olduğu kadar, ölümü üzerinde de söz sahibi olmak istemektedir; makinalara bağlı ya da başkalarının bakımına muhtaç ve acılı bir ölüm sürecini yaşamak için gereken güce sahip olamayabilmektedir. Yirminci yüzyılda, bireyseliğin gelişimi ve kendi kaderini belirleme, diğer bir deyişle, özerkliğin en önemli değer olması ile insan nerede, nasıl ve ne zaman öleceği konusunda karar vermek istemekte ve bunu bir hak olarak savunmaktadır.

Ölümcül bir hastalığa yakalanabiliriz ve çektiğimiz katlanılması zor ıstıraptan ötürü ölmeyi isteyebiliriz ama acaba daha da acı çekmeden ölme isteğimizi gerçekleştirebilir miyiz? Bir insanı öldürdüğümüz zaman, onu yaşayacağı, güzel ya da değil, günlerden alıkoyduğumuz, kısacası yapacağı şeyleri engellediğimiz için suçlu oluruz ama hasta yatağında kurtulma ümidi olmayan bir hastayı ötanazi ile nazik bir şekilde aşırı dozda bir zehir vererek ya da iyileşmesini değil, sadece nefes almasını sağlayan tedaviyi keserek ölümünü hızlandırdığımızda neden suçlu oluruz? Öldürmek ahlaki açıdan kesinlikle kötü bir şeydir, fakat bağlamında yani şartları hesaba katarak düşündüğümüzde bazı istisnaları göz ardı ettiğimiz farkına varırız. Öncelikle, ötanazi yapılan kişinin kurban olmadığına akıldan çıkarılmaması gerekmektedir ki zaten ötanaziyi cana kast etmekten ayıran şey, olaya ölmekte olan kişinin açısından bakılmasıdır. Bunu önce de belirtmişim, hekimin temel görevi, hastasına yardım etmektir yani onu tedavi etmektir. Söz konusu görev şu ikisinden birisini yapmalıdır; ya hastanın fiziksel veya psikolojik acılarını dindirmelidir ya da onu iyileştirmelidir ama “hekim ikisini de yapamıyorsa ne yapmalıdır” sorusunun cevabı verilememektedir (Kuyurtar, 2007a: 116-119).

Kant, ötanaziye insanın bireysel otonomisi ile çeliştiğini düşündüğü için karşı çıkmıştır. Ona göre, insanın yaşamına son verme isteği irrasyoneldir. Yaşamımıza son verme isteğimizin, bireysel otonomimizin ürünü olduğu düşünsek de aslında bu istek, gelecekte gerçekleştirebileceğimiz her şeyi yok etme durumunu içinde barındırdığı için insanın bireysel otonomisi ile çelişkiye düşmektedir. İnsan acıdan kurtulmak için ölmek ister fakat bu amaç için kullanacağı araç, kendi bedeni olacaktır. Bedenin yaşamsal faaliyetlerine son vererek acıdan kurtulacaktır ama bu durum, kendisini nesne konumuna indirgemesine neden olacaktır. Kant’a göre, insanın kendisini şey yani nesne olarak görmesi, özsaygıdan yoksun olması anlamına geleceğinden, insan ölümü isteme yetkisine sahip olamaz. Yine de bu meseleye başka bir açıdan da bakmak mümkündür çünkü insanın ölmeyi istemesi özsaygısına bağlanarak iki şekilde değerlendirilebilmektedir. İlk olarak, insanın ötanaziyi istemesi –istemli ötanaziden bahsediyorum–, bizatihi kendisine duyduğu saygıdan ötürü, ilerde hastalığı sebebiyle kontrolünü kaybedip yapacağı davranışlardan sakınmak istemesi, ikinci olarak da hastalığının daha da ilerlemesi durumunda bilincini kaybetmesi ve bu bağlamda, ötanazi kararını kendisi yerine başkalarının

vermesini istememesinden sebep olabilir. Bu durumda Kant'ın iddiasının tersine, insan tam da bireysel otonomisini kullanarak karar verdiği için ortaya çelişki yaratacak bir problem çıkmamaktadır (Kuyurtar, 2007a: 127-128).

Elbette ki ötanazi pratiğinin hiçbir şekilde kabul edilmemesinin gerektiğini öne süren argümanlar, sağlık piyasasına eklenmiş ve eklenmekte olan hastanelerin işine gelecektir çünkü düz mantıkla düşünersek, örneğin, bitkisel hayattaki bir hasta ne kadar makinelere bağlı şekilde hayatta kalmaya devam ederse, hastane bundan o kadar çok para kazanacaktır. Bunun dışında, kaygan eğim argümanına göre, ötanazi bazı durumlarda uygulanabilir bir uygulama olsa dahi uygulanmamalıdır.

(...) Joseph V. Sullivan şöyle bir akıl yürütmeye bulunur: Evli bir çiftin belli bir durumda boşanmaları doğru olabilir. Ama yine de biz bu boşanmayı kabul etmemeliyiz. Zira boşanmanın istisnai bir durumda haklı kabulü bile, genel olarak boşanmanın yanlışlığının anlamını yitirmesine neden olabilir. Bunun gibi, belli bir durumda olan bir hastanın ötanazi edilmesi de doğru olabilir. Ama bu durumda bile ötanazi kabul edilmemelidir. Çünkü böylesi bir kabul, insan yaşamının kozmik düzende içsel bir değerinin olduğuna ilişkin anlayışın zamanla zayıflamasına ve ortadan kalkmasına neden olabilir. Kaygan eğim argümanının bir diğer vurgusu da, ötanazi uygulamasının sağlık hizmetlerinin özünü oluşturan veya sağlık hizmetlerinin varlık nedeni olan ilkenin ortadan kalkmasına neden olabileceği iddiasına dayanır. Bu ilke şudur: Hekim söz konusu hastalığı iyileştirmek veya kabul edilebilir bir duruma getirmek için mümkün olan bütün araçları kullanmalıdır. Hekimlerin temel amaçlarının hastanın hayatta kalmasını sağlamak olduğunu kabul ettiğimizde, bir yaşamın yitip gitmesi onlar için bilgilerine ve yeteneklerine bir meydan okuma, onların bu bilgi ve becerilerine bir saldırı anlamına gelmelidir. Ötanazi uygulaması ise bu durumu değiştirir ve her ümitsiz gibi görünen vakalarda, hekimlerin hastayı kurtarmak için yeterince çaba göstermemelerinin yanı sıra; toplumun hastalara bakışında ve sağlık hizmetlerinde insan yaşamına duyulan saygının azalması gibi bir sonuca neden olabilir. (Kuyurtar, 2007b: 156)

İnsan, sadece acısına dayanarak değil, durumunun ümitsiz olduğunu düşündüğü için ölümünü erkene almaya karar verebilir. Sonuçta nihai son ölüm ise ve gerçekten çok acı çekiyorsak zaten bizim geleceğe dair bir planımız kalmamıştır ve şimdi ya da sonra ölmeye kendimiz karar verebiliriz. Kaldı ki burada intihar gibi bir durum söz konusu değildir, ölümcül bir hastalığımızın olduğu kesindir. İnsanların yaşama dair algıları bu noktada önem taşımaktadır. Örneğin, “üç gün yatak dördüncü gün toprak” deyişi, Türk kültüründe vardır. Söz konusu deyişte, ölümler fazla acı çekmemeyi istemek kast edilmektedir. Yine bizim kültürümüzde, ölmekte olan bir insan için de buna benzer şekilde “Allah çektirmesin” denilebilmektedir. Kısacası, ölüm gerçeği

karşısında elimizin kolumuzun bağlı olduğunu biliyor olmamıza karşılık, mesele ölüm vaktine geldiğinde kafamız karışmaktadır. Boşanma olgusunu her ne olursa olsun kabul etmememiz gerektiği, dünyada bazı insanların boşandığı gerçeğini değiştirmemektedir. Ötanaziyi reddetmek de ölüm gerçeğini değiştirmez ve bazı hastaların kendileri için bunu istemeleri ötanazinin kötü bir şey olduğunu göstermez. Belki de bu noktada önemli olan, eylemliliği yahut eylemsizliği yönlendiren istekler ve niyetlerdir.

Ölümcül hastalığı olan birisi ötanazi talep ettiğinde, eğer hekim bunu kabul ederse, hekimin önünde iki seçenek vardır; aktif ötanazi ve pasif ötanazi. Aktif ötanazide hastaya nazik bir şekilde öldürücü dozda bir zehir verilmektedir, pasif ötanazide ise hastayı tedavi etmeyen sadece onun yaşam süresini uzatan müdahalelere son verilmektedir. İkisine dair iki görüş vardır, bunlardan ilki ikisinin de ahlaki zeminlerinin aynı olduğunu ileri sürerken, ikincisi aktif ötanazide hekimin tabiri caizse katil olduğunu iddia etmektedir (Kuyurtar, 2014: 50, 53). Fakat bunlar, girişimci bir kimliğe yakışmayacak hareketler olacağı için profesyonelleşen hekimin aktif ve pasif ötanazi ayrımının neresinde kalacağı sorusunu sormanın mevcut koşullarda saçma olacağı kanaatindeyim. Sonuç olarak bugün, yaşam süremize biz değil, uzman hekim karar vermektedir. Hekimin ne derece işinin ehli olduğu, hastayı hayatta tutabildiği sürenin uzunluğuna bağlı olarak değerlendirilmektedir. Amaç, çalışmamda bürokrasi, girişimcilik, profesyonelleşme gibi kavramların yanında sürekli geçen, en yüksek verimlilik derecesine ulaşmaktır.

Ötanazi, yaşamın sonlanması ya da sonlandırılmasını temsil ediyorsa, onun karşısında yaşamın başlangıcını ya da o süreyi uzatmayı temsil eden ve hatta kusursuz bir insan ırkı yaratmaya odaklı öjeni konusunu da içinde barındıran bir diğer varoluşsal etik mesele olarak kök hücre çalışmaları yer almaktadır. “Kök hücre, farklılaşabilme özelliğine sahip, (teoride) sonsuz bölünme yeteneği olan, farklı organ ve doku hücrelerine dönüşmemiş yani özelleşmemiş hücredir.” (Şener, 2012: 54) Kök hücrenin bahsi geçen özellikleri onu tıp dünyasının vazgeçilmez odak noktalarından biri ve aynı zamanda yine o özelliklerden kaynaklanan durumlardan ötürü benim de inceleme alanıma giren etik bir mesele haline getirmiştir.

Kök hücrelerin elde edilme kaynaklarını ikiye ayırmak mümkündür; bunlardan ilki yetişkin kök hücrelerdir, ikincisi ise embriyonik kök hücrelerdir.

Kök hücre üzerindeki tartışmaların yoğunlaştığı alan embriyonik kök hücrelerdir. Bu durum embriyonun konumunun ne olduğu ve insan olmanın başlangıç aşamasının embriyonun hangi noktasında başladığı sorusunun cevaplandırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle son yıllarda hızla gelişen regenerasyon (ya da hayat bilimi) olarak adlandırılan bu alanın etik, teolojik ve hukuksal boyutu üzerindeki çalışmalar devam etmektedir. İnsanlığın tüm geleceğini etkileyecek nitelikteki gelişmeler disiplinler arası çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır. (Bilgin, 2011: 132-133)

Etik, teolojik ve hukuksal tartışmaların hedefinde olan kök hücre meselesinin sadece üç boyutlu değil, aynı zamanda sosyolojik, psikolojik ve kültürel boyutlarının da tartışılmasının gerekli olduğunu söylememin yerinde olduğu kanaatindeyim. Zira yetişkin kök hücrelerin kaynaklarından biri de kordon kanıdır ve hasta bir çocuk için uygun doku grubu taşıyan kardeşin dünyaya gelmesini sağlamak adına tüpte dölleme işlemi uygulanmaktadır, bu noktada embriyolar arasında doku grubu uygun olan seçilmekte diğerine ise yaşam şansı tanınmamaktadır (Bilgin, 2011: 134). Dolayısıyla bu durum, hem etik ama aynı zamanda da sosyolojik ve psikolojik bir problemi beraberinde getirmektedir çünkü hasta çocuk için bir kardeş dünyaya getirmek başlı başına bir sorun teşkil etmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan soru işaretlerini şu şekilde sıralayabilirim: İlk bu çocuk gerçekten istenilen bir çocuk mudur yoksa istenilmek zorunda kalan bir çocuk mudur? İkincisi, bu durum ailede ileride bir psikolojik probleme yol açabilir mi? Üçüncüsü, bu çocuğun dünyaya geliş sebebinin kardeşini 'kurtarmak' ve bu yolda bir araç olarak kullanılma amacı taşınması, onun kendini toplumda var etmesi hususunda bir problem yaratacak mıdır? Kullanım şekline bağlı olarak hem olumlu hem de olumsuz yönleri gözetilen ve hesaba katılan kök hücre çalışmaları, çözümsüz olarak addedilen hastalıklara deva olması umudu bakımından bir yandan yüceltilirken, öte yandan insanın kobay olarak kullanılması bağlamında eleştiri oklarını kendisine çekmiştir.

Kök hücre elde etme kaynaklarından en avantajlı olan embriyonik kök hücrelerin bu araştırmalar sırasında elde edilebilmesi için embriyonun yaşamına son verilmesi gerekmektedir. Bu durum ise gerek tıp etiği açısından ve gerekse de teolojik açılardan insan olmanın hangi aşamada başladığı problemini ortaya çıkarmaktadır. (...) Bu farklı görüşler üç başlık altında toplanabilir: embriyonun her aşamada değerli olduğu görüşü,

embriyonun hiçbir değeri yoktur görüşü, embriyonun geliştikçe (aşamalı olarak) değerlendiği görüşü. (Bilgin, 2011: 137, 138, 140, 143)

Doğum kontrol haplarının kullanılmasının toplum tarafından hor görülmemesi –bunu kültürel bağlamından azade olarak söylüyorum– ya da bunun herhangi bir yasal sürece tabi tutulmaması, gebeliğin 10. haftasına kadar kürtaj yaptırılmasının yasal olması genel kanının ‘embriyonun aşamalı olarak değerlendiği görüşüne’ sahip olduğu yndedir. Fakat 10. haftadan sonra anne ya da bebekte herhangi bir sıkıntı olmaması durumunda, kürtaj hem yasal hem de etik değildir. Yine de anneye bir zararı olması yahut bebekte bir sakatlık olması halinde o sreden sonra da kürtaj yapılması yasaldır. Bunun da tabii etik yönü tartışmaya açıktır. Öjeni ise kök hücre çalışmalarının uç noktasını temsil ediyor gibi gözükmektedir. Öjeni yani soyu arındırma,

Bir canlı türü olarak insanın, özellikle seçilmiş üreme yoluyla, kalıtımsal özelliklerini geliştirmenin yollarını araştıran bilimdir. (...) Soyu arındırma terimi, pozitif ve negatif soyu arındırma olmak üzere iki alt kümeyi kapsamaktadır. Pozitif soyu arındırma istenen bir özelliğin arttırılmasına yönelik çabaları, negatif soyu arındırma ise istenmeyen bir özelliğin ortadan kaldırılmasına yönelik etkinliği anlatır. HUGO (Human Genome Project) bu düşünce eğiliminin son ürünlerinden biridir. Tüm DNA dizilimini ortaya koyarak hatalı genetik yapıya sahip bireylerin ayırt edilebileceği, tedavi edilebileceği düşüncesi ile ortaya konulan proje bir nevi negatif soyu arındırma projesidir. (Oğuz vd., 2005: 220)

Soyu arındırma ya da öjeni meselesinin negatif bir boyutunun olduğu apaçık ortadadır. Buradan yola çıkan Jürgen Habermas, öjeni meselesini ve söz konusu meselenin hayatımızı nasıl etkilediğini eleştirel bir bakış açısıyla incelemiştir. Eski zamanlardaki hali ile kıyasladığımızda insan dediğimiz canlı, günümüzde elindeki ile yetinmemekte ve hep daha fazlasını istemektedir lakin isteklerinin nasıl sonuçlar yaratabileceğini çoğu zaman düşünmemektedir. İnsanın önünde artık müdahale edebileceği ve hatta belirleyebileceği bir gelecek durmaktadır, bu gelecek de insanın ta kendisidir. Dolayısıyla, yavaş yavaş var olmak ile var olacak olanı belirlemek arasındaki sınır belirsizleşmekte ve iki kavram birbirinin içine geçmektedir (Habermas, 2003: 19). Böylelikle insan, bir çeşit fayda-maliyet hesaplamasına girmekte ya da kendini böyle bir hesabın içinde bulmakta ve dolayısıyla kendisini kendi iradesiyle ya da kendi iradesi olmaksızın arasallaştırmaktadır. Bu noktada, kendi iradesi olmadan araçsallaştırılan özne, doğmamış olan insandır. Buna rnek

olarak, tüp bebek uygulaması sırasında embriyoların genetik testi yapıldıktan sonra yalnızca sağlıklı olanların seçilip anneye transfer edilmesi işlemini verebilirim çünkü burada doğacak olan canlının hangisi olacağına, onun sağlıklı olup olmadığını belirleyen özne karar vermektedir. Bu durumda, doğacak olan canlının bu hususla ilgili hiçbir söz hakkı bulunmamaktadır (Habermas, 2003: 33). Öte yandan, bu etkinlik esnasında ve bunun sonucunda insan kendisini olduğundan daha farklı bir konuma koymaktadır. Habermas'ın bu konu ile ilgili öngörüsü şu şekildedir: “*Türümüzün kendi kendini dönüştürmesi* artık yakın bir gelecekte gerçekleşecek gibi görünmektedir. Nitekim, bu gelişmeyi betimlemek üzere ‘evrimin eş aktörü’ ve hatta ‘Tanrı olmak’ gibi metaforlara başvurulmaktadır” (Habermas, 2003: 35). Biyoteknoloji aracılığıyla, laboratuvar ortamındaki özne, karşısındaki özneyi nesne yerine koymaktan ziyade artık onu kendisinin ürünü ya da kendi yaratıcılığının bir eseri olarak görmektedir. Buradaki asıl problem ise, genetik olarak müdahale edilen bir kişinin, öz algısının kendi içinde ve toplum içinde nasıl zuhur edeceğidir.

1.2. Geleneksel-Modern Tıp İkiliği

Öncelikle şunu belirtmem gerekiyor ki, bu çalışmada, geleneksel tıp terimini, literatürde geçen alternatif ve tamamlayıcı tıp tedavilerini kapsayacak bir şekilde kullandım. Zira söz konusu iki terimin geleneksel tıba ait olduğunu iddia etmenin yanlış olmadığını düşünüyorum. Halk hekimliği anlamına da gelen geleneksel tıp,

[A]ynı zamanda “yerel tıp” (ethnomedicine) veya “halk tababeti/sağaltmacılığı” (folk medicine) olarak da anılmakta; sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi ve uygulamaların kuşaktan kuşağa aktarılmasıyla oluşan, her aktarımıyla birlikte “yeniden üretilen” sözlü sağlık bilgisini nitelendirir. Geleneksel halk tıbbında şifa, genel olarak hastanın yalnız bedenini değil ruhunu da iyileştirmeye dayanmaktadır. Sağlığı bir bütün olarak düşünerek, “bedenin iyileşmesini öncelikle ruhun iyileşmesine bağlayan” anlayış, kökleri Şamanizm’de karşılık bulan “sağaltıcı”, şifa veren “Şaman”ın (medizinman/medicine-man), tedavi anlayışını da ifade etmektedir. (Ersoy, 2014: 186)

Geleneksel tıpta, modern tıpta olduğu gibi beden ile ruh ayrı olarak düşünülmemektedir. Kartezyen felsefenin öncülüğünde ayrılmış olan ruh-beden bütünlüğü, geleneksel anlayışta bir bütündür ve hastalık Tanrı’dan gelen bir ceza

görülmekte yahut Çin örneğinde⁵ vücut, büyü ve şeytanın istilasına maruz kaldığı için hastalığın ortaya çıktığı düşünülmektedir (Turner, 2011: 105). Geleneksel tıp ile ilgili bilgiler nesilden nesile hem sözlü bir şekilde hem de küçüklerin büyükler uygularken görmesi ile aktarılmaktadır. Kaplan'ın (2010: 84-85) kuşaklar arası karşılaştırmalı çalışmasında bununla ilgili çok yerinde bir örnek⁶ vardır. Ev tedavisi yahut evsel çareler olarak da bilinen geleneksel yöntemlerin oluşumunda, sihir ve büyü'nün çok büyük etkisi olmuştur denilebilir. Bunun için çok fazla eskilere gitmeden Türk halk hekimliği ile ilgili Osmanlı üzerinden bir örnek verilebilir:

Osmanlı'da hasta tedavisi için başvuru ebeler ve tabipler dışında, daha çok halk arasında bilinen ve yaptıkları işlere göre ad alan şahıslar da bulunur: Bunlar, kırbacılar, alazcılar, kelci kadınlar, korku damarına basıcılar, kurşun dökücüler, parpıcılar, karışmış faniler, dalakçılar, sarılık ve dil altı kesenler, hunnak teşbihi verenler, ısıtma bağlayıcılar adlarını alırlar. Bu şahısların uyguladığı pek çok yöntem, Orta Asya'daki şamanlar tarafından da uygulanmıştır. Mesela, kırbacıların uygulamalarında bu izlere rastlanır. Kırba olmak, karnı şişen ve ishal olan çocuklar için kullanılır; bunları iyileştirenlere de kırbacı denir. Bunlar makas, tarak, koyun çene kemiği, kül ve kurtçuk kullanırlar. Kırbacılar, gelen hastanın rahatsızlığının cinsine göre, önce onu yatırır, karnını açar, dua okuyarak azar azar kül döker. (...) Bu şekilde yapılan halk hekimliği uygulamalarında din ve büyü'nün yan yana bulunduğu dikkati çeker. “[K]ırbacı” örneğinde, tamamen İslam dışı inanışlara dayalı uygulamaların yanında İslam'a dayandırılan Hz. Eyüp sağlık duası da edilir. (Kaya, 2001: 89)

Geleneksel tıbbı, bağlamında yani içinde geliştiği kültüre bakarak anlamak gerekmektedir çünkü geleneksel tıp, kültürel bir üründür. Geleneksel tıbbi pratikler, kuşaktan kuşağa aktarılarak oluşmuş bilgi stoklarıdır. Onlara sağlık konusunda uygulanmaya konulan, bir çeşit gündelik hayat pratikleri de diyebiliriz. Dolayısıyla kültürel oldukları için bizatihi olarak, içinde yetiştiği söz konusu toplumda yaşayan insanların pratiklerinin toplamından oluşmuşlardır. Hekimlik, modern tıp ile sınırlı değildir ve geleneksel tıbbın bu şekilde deneme-yanılma yöntemi ile oluşmuş olması

⁵ Çin'de vücudun istilasını simgeleyen hastalık düşüncesi, toplumun büyü ve şeytanın istilasından kurtulması için kullanılan mızrak ve keskin araçlar ile şekillenerek akupunktur pratiğinde cisimleşmiştir (Turner, 2011: 105).

⁶ Çalışmanın “Evsel Çareler” bölümünde araştırma öznelerinden birisi, kendisine annesinin uyguladığı bir tedavi yöntemini kendi çocuğuna da uygulamıştır. “Mesela ben 6 aylıken boğmaca olmuşum sonra ilkokuldaydım ve bu yüzden hep öksürürdüm. Annem gazeteyi göğsüme koyardı. Üzerine karabiber ve kolonya dökerdi. Gazeteyi de delerdi, onun üstüne sıcak havlu koyardı. Ben o gece yatardım, sabah hiçbir şeyim kalmazdı. Şurup bile içmezdim. Annem bunları uygulardı. Ben ondan öğrendim. Mesela annemin bademcikleri şişerdi, ayvayı ikiye keserdi ısıtırdı ve boğazının iki tarafına koyup sarardı. Ben bunu uygulamadım. Ama gazeteyi oğluma uyguladım, küçükken çok öksürürdü. Biraz yandı ama dayandı. Boğmaca olmuştu. Doktora da götürdüm ama.” (İkinci kuşak, Türkay, 45).

onun bir sistemi olmadığı anlamına da gelmemektedir. Geleneksel tıp, modern tıptaki gibi formel anlamda bir eğitimden ve uzmanlaşmadan yoksun olsa da onda tecrübe ederek öğrenme ve ‘el alma’⁷ ritüeli vardır. Anadolu’daki ocak geleneği buna örnek olarak verilebilir (Kaplan, 2010: 33). Geleneksel tıp, inançlar ve tecrübe temeli üzerine kurulmuşken, modern tıp, bilimsel deneyler yaparak neden-sonuç ilişkileri üzerinden yola çıkmış ve kendisini nedensellik bağı üzerine yerleştirmiştir. Modern tıpta deneyleri uzman kişiler yapar ve hekimlik de yine onların işidir. Geleneksel tıpta ise daha önce bir şekilde yaşanmış, tecrübe edilmiş ampirik temelli bilgiler kuşaktan kuşağa aktarılmakta ve bilginin pratiğe dökülmesi işi, ailesinde daha önce halk hekimliği yapmış olup kendisi de o genleri ve yetenekleri taşıyan kişilere verilmektedir (Kaplan, 2010: 33; Özsan, 2001: 77; Tekin, 2007: 48; Türkdoğan, 2006: 72).

Tarihsel olarak bakıldığında, geleneksel-modern tıp tartışmalarında kadının her zaman “geleneksel olan”la ilişkilendirildiği gözlenmektedir. Buna karşıt olarak, tıbbın kurumsallaşması olarak ifade edilen “modern tıp”, ataerkil bir yapı içinde kendini göstermektedir. Bu durumun tıbbın “otoriter” tavrına da yansıdığı pek çok araştırmacı tarafından vurgulanmakta, sağaltma simgelerinin aynı zamanda güç/iktidar simgeleri olduğu da belirtilmektedir. Geleneksel-modern tıp tartışmaları bu yönüyle “toplumsal cinsiyet” ve “ataerkillik” bağlamında değerlendirilebilir. Modern tıbbın “erkek”, geleneksel tıbbın “kadın” üzerinden aktarıldığı yönündeki düşünceler, günümüzde kadın hareketi ve feminizm tartışmaları içinde yer bulmaktadır. (Kaplan, 2010: 4)

Bu durumda, tıbbın profesyonelleşme ile birlikte ataerkil bir yapıya büründüğü ortaya çıkmaktadır. Kadın, hastalananları evsel çareler ile evin içinde iyileştirmeye çalışırken, modern tıbbın ortaya çıkışı ile tıp uğraşısı, erkeklerin hâkimiyetine girmiştir. Nasıl ki kadının yaptığı bir iş, sadece erkek onayladığı zaman kabul görüyorsa, bugün geleneksel tıp ile modern tıp arasında da buna benzer bir ilişki söz

⁷ El alma şu şekilde olmaktadır: “Ocaklar, hastalıkları tedavi etme yöntemlerinde çoğunlukla büyüsel yöntemler kullanırlar. Bu işlemler; bağlama, düğümleme, kesme, eritme, yakma, sallama, ağırlı bölgeye cansız bir varlığın tatbiki, çakma, toprak üzerine yatma sureti ile hastalığı toprağa nakletme gibi uygulamalardır. Büyüsel işlemlerin yanı sıra bazı hastalıkların tedavisinde bitkilerden de yararlanan ocaklar vardır. Bu ocak aileler sahip oldukları tedavi etme yeteneğini kendilerinden önce bu işi yapan baba veya anasından kan yolu ile alırlar; yani ocaklı olmak ailevi bir yetenektir. Bu yetenek genellikle babadan oğula, anadan da kız evlada eğitim gerekmeden geçer. Ancak bu kesin bir kural değildir. “Ocaklı”, akrabası olmayan, kabiliyetli gördüğü çocuğu küçükken yanına alarak yetiştirir ve daha sonra da “el verme” merasimi ile hastalık tedavi etme gücünü çırağına devreder. (...) Becerilerini devrettikleri bu kişilere “el almış” denir. Bu el alma töreni çok değişik biçimlerde gerçekleştirilir. Bazıları “el verirken” elini öptürür, ağzına tükürür, eline tükürür ve onu yalattır veya elinden su içerir. El verme ve el alma olayı, ya kadınlar arasında ya da erkekler arasında olur. Hiçbir zaman bir kadın bir erkeğe, erkek de bir kadına el veremez.” Ayrıntı için bkz. Kaplan, 2010: 41.

konusudur. Geleneksel tıbbın varlığı ya da iyileştirici olabilecek uygulamaları ancak modern tıp kabul ederse onaylanmaktadır (Kaplan, 2010: 37). Modern tıp, geleneksel tıbbı desteklemediği sürece geleneksel tıp, rasyonel bir temele sahip olamayacaktır (her ne kadar geleneksel tıp, karşı taraftan böyle bir şeyi talep etmiyor olsa da). Modern tıbbın kendisi dışındaki bütün bilgileri dışlayarak –Antik Yunan’da erkekler dışındaki herkesin köle sayılmasına benzer şekilde– üstten bakan bir tavırla, geleneksel tıbbın kapsadığı bütün bilgi türlerine ‘diğerleri’ olarak nitelendirmesi ayrıca oryantalist bir bakış açısı gibi de görünmektedir. Öte yandan, geleneksel iyileştirici ile modern hekim arasında da belirgin farklar vardır. İlk olarak, modern hekimin eğitim gördüğünü, halk hekiminin ise bildiklerini görerek yahut sözlü bir şekilde öğrendiğini söyleyebiliriz. İkinci olarak, modern hekim hastanın çektiği acıya bağlı olarak yaşadığı çaresizlikten politik bir güç kazanmaktadır çünkü o kabul etmek istemese bile sistemin insanıdır, her şey ağzından çıkacak iki kelimeye bakmaktadır. Geleneksel sağaltıcı ise iyileştirici olma vasfı sayesinde sadece içinde yaşadığı toplumda belirli bir statüye sahip olabilmektedir (Kaplan, 2010: 38).

Geleneksel tıbbın eski zamanlarda olduğu gibi çaresizlikten ya da parasızlıktan ötürü kullanıldığı anlayışı etkisini yitirmiş gibi görünmektedir. Geleneksel tıbbın tercih edilmiş nedenlerinden birisi, doğal olması sebebiyle zarar vermemesidir. Tahmin edileceği üzere, modern tıp kimyasal olmak ile ilişkilendirilmektedir (Kaplan, 2010: 49). İlaçların prospektüslerinde yazan yan etkiler ve hekimlerin çoğunlukla amiyane tabirle kesmeye biçmeye odaklanmaları da modern tıbbın zarar verici yönleri olarak görülmektedir. Öte yandan hekimlerin bir hastalık ile ilgili farklı görüşleri⁸ paylaşımları da modern tıba karşı duyulan güvensizlik hissini körüklemektedir. Nasıl çok sıradan olmayan bir davada iki farklı hâkim farklı kararlar verebiliyorsa, çok sıradan olmayan bir vaka için de buna benzer şekilde iki farklı hekim farklı kararlar verebilmektedir. Din, hukuk ve tıp aslında bu açıdan çok benzemektedirler. Öte yandan geleneksel tıp, hastaneye hemen ulaşamadığı acil durumlarda yahut

⁸ Kaplan’ın (2010: 50) çalışmasında geçen, araştırmacının araştırma öznesi ile yaptığı görüşmeden bir alıntı ile buna örnek vermek istiyorum: “Bir doktor arkadaşımız kendini geçmiş zaman tıbbi bilgileriyle sınırlandırmıştı. İleriye yönelik bilgilere açık değildi. Böyle doktorlar var. Biz bu tıp doktorlara güvenmiyoruz. Çünkü oğlumun ayağı kırıldı ve film çekti dedi ki bir şeyi yok. Dedik ki MR çekirtmeyecek misiniz? Doktorun bize dediği lafa bak: “eskiden MR mı vardı!” Özel doktora gidince anladık kırık olduğunu çünkü filmde görünmezmiş. Tabii bu doktorun bakış açısıyla ilgili bir şey olmamalı. Doktordan doktora değişebilen bir tıp olamaz, olmamalı! (İkinci kuşak, Ceyda, 57).”

küçük rahatsızlıklar olduğunda kurtarıcıdır, yerine göre zararsız ve doğaldır (Kaplan, 2010: 51). Kaplan'ın (2010: 70) çalışmasını gerçekleştirdiği kadınların geleneksel tıbbi tanımlama şekillerinin de önemli olduğunu düşünüyorum. Onlar geleneksel tıbbi bilimsellik vurgusu yapmışlardır. Muhtemelen modern tıbbin karşısında geleneksel tıbbin geçersiz olduğunu savunan birisi, bunun sebebini merak edecektir. Modern tıbbin bilimsellik iddiasını temellendirmeleri ile geleneksel tıbbin uygulayıcıları olan söz konusu kadınların bilimsellik iddialarını temellendirmeleri arasında farklar vardır. Modern tıp, kendisinin bilimsel olduğunu deneye ve neden-sonuç ilişkisi üzerinden nedensellik bağına dayandırarak öne sürerken, geleneksel tıbbin da bilimsel olduğu "herkesin uyguladığı, sonuç aldığı ve denenmiş" kavramları üzerinden öne sürülmektedir. Yine geleneksel tıbbin güvenilirliği de o kavramlara dayandırılmaktadır.

Geleneksel tıp denildiğinde akla esasen, modern tıp uygulamalarının dışında kalan tüm sağaltıcı pratikler gelmektedir ve modern tıbbin gösterdiği gelişime karşın bugün, insanlar hala iyileşmek için geleneksel tıbbi başvurumaktadırlar. Sanıldığı gibi aksine sadece köylerde değil kentlerde hatta salt gelişmemiş toplumlarda değil, gelişmiş toplumlarda da geleneksel tıbbin tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Bununla ilgili yapılmış çalışmalardan elde edilmiş veriler de mevcuttur. Örnek vermek gerekirse, "TAT yani Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp kullanımı son yıllarda gelişmekte olan ve endüstrileşmiş birçok ülkede düzenli bir şekilde artmıştır. Gelişmiş ülkelerde TAT kullanımı; Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48,2, Fransa'da %49,3, Kanada'da %70,4 iken, gelişmekte olan ülkelerde ise Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır" (Özçelik ve Toprak, 2015: 49). Görüldüğü üzere, gelişmemiş ülkelerde zaten uygulanmakta olan geleneksel tıbbi pratiklere, gelişmiş ülkelerde de yönelim vardır. Bunun birçok sebebi olabilmektedir ama başı çeken nedenlerden birisi, tedavi edilemeyen kanser türlerinden birine yakalanan bir insanın yaşadığı çaresizlikten ötürü geleneksel tıbbi başvurusudur (Özsan, 2001: 79). Geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmak, eskiden insanın eğitim seviyesinin düşüklüğü ile ilişkilendirilirken Özçelik ve Toprak'ın (2015: 55) yaptıkları çalışmada, bunun tersi bir durum ortaya çıkmıştır. Köylük yerler, çaresizlik, cahillik gibi kavramlarla bütünleştirilen geleneksel tıp ile gelir ve eğitim seviyesi arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu da artık

geleneksel tıp yöntemlerinin köyden kente taşındığı yani bilimsel olandan uzak olmadığının bir miktar benimsendiği anlamına gelmektedir. İnsanları geleneksel tedavi yöntemlerine yönelten etkenlerden bir tanesi de şüphesiz ki artık insanın ve dolayısıyla sağlığının bir meta olarak görüldüğünün farkına varılmasıdır. Sınırların yok olduğu dünyamızda sağlık, tam anlamıyla bir sektör olmuştur ve söz konusu sektörde hastalık kavramından çok sağlık kavramı üzerinde durulmaktadır. Bu kavram, özellikle öne çıkartılmaktadır çünkü biyoiktidar, bizi bedenlerimiz üzerinden de kontrol etmek istemektedir. Öyle ki insanlar boğaz ağrısı ile gittikleri bir hastaneden tiroit bezinde iki santimlik kitle teşhisi sonucu biyopsi istemiyle çıkabilmektedirler. Aşırı teşhis, modern tıbbın bizi karşı karşıya getirdiği en önemli problemlerden birisidir. Öte yandan sektörleşmenin diğer ayağında da ilaç firmaları vardır. İlaç firmaları, hasta profillerine göre ilaç üretmekte ve onları piyasaya sürmektedirler, böylelikle de kârlarına kâr katmaktadırlar (Tekin, 2007: 50).

Hem geleneksel tıbbın hem de modern tıbbın kapsamından bahsettikten sonra ikisi arasındaki ikili durumun sebepleri üzerinde durmak istiyorum. Sorumuz şudur: Geleneksel tıp, modern tıbbı reddetmezken, modern tıp neden geleneksel tıba karşı bir duruş sergilemektedir? Batı modernizminin getirdiği bilim anlayışının metodolojisi deney, gözlem ve ölçmeye dayanmaktadır. Batı modernizminin söz konusu bilim anlayışı, sadece kendi içinden çıkan alanlara ve onların uzmanlaşmasına izin vermiş, buna ek olarak kendisi dışındaki bilgi türlerini reddederek bunlara karşı katı bir tutum sergilemiştir (Ersoy, 2014: 183). Bu durum tabii ki sadece geleneksel tıbbı değil, tüm bilgi türlerini etkilemiştir. Örneğin, o dönemde sosyoloji de kendisini ispat etmek için pozitivist bir anlayışı benimsemiştir fakat daha sonra Weber gibi sosyal bilimlerin temelini anlama ve yorumlamaya dayanması gerektiğini düşünen düşünürler buna karşı çıkmışlardır. Böylelikle yorumlayıcı anlama yöntemi, insanın eylemlerine bir anlam atfeder ve sonrasında bunu tarihsel-kültürel bağlamında anlamaya çalışır. Modern tıbbın da insana ya da hastalıklara salt pozitivist açıdan bakması, kültürel olanı gözden kaçırmaya sebep olmuştur.

Modern tıp biyolojiye gereğinden fazla önem vermekte, sağlık ve hastalığın psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerini göz ardı etmektedir. Oysa günümüzde en önemli sağlık sorunlarının temel nedeni, insani biyolojik ve genetik

etkenlerden çok insan davranışlarına ve yaşam tarzlarına bağlı nedenlerdir. Modern tıp hastalıklara odaklanmıştır; her ne kadar uluslararası bildirgelerde çeşitli defalar vurgulanmış olsa da şu andaki uygulama biçimi ile sağlık alanı ve sağlığın geliştirilmesi, modern tıbbın önceliklerinden değildir. Modern tıbbın hem diğer tıplar içinde hem de gündelik yaşamımızda çok güçlü bir egemenliği vardır. Kendisi içinde tanımlanmayan durumları ve rahatsızlıkları yok sayar. Hastanın kişisel arzuları ya da kararlarına da gereken önem verilmez. Modern tıbbın dışına çıkan, bilimin de dışına çıkmış sayılır ve reddedilir. (Elmacı, 2013: 58-59)

Öte yandan modern tıbbın geleneksel tıbbın önüne geçmesinin esas sebebi, ölüm oranlarını azaltmasında aranmamalıdır. Modern tıbbın özünde var olan üç merkezi değer onun kapitalizm ile birlikte evrilmesine olanak sağlamıştır. Bunlardan ilki aktivizmdir. Pozitivist düşünce de hesaba katıldığında insanlar sürekli doğayı manipüle etme çabasıdadır. Modern hekimler de sürekli olarak hastalıklar ile savaşmaktadırlar. Bir şeyleri durmadan kontrol etme çabasında olmaları açısından modern kapitalizm ile modern tıp anlaşmışlardır. İkincisi, modern tıbbın esasını oluşturan mikrop teorisinin gelişimi ve formel anlamda tıp eğitimi görmemiş bütün kişileri hekimlikten dışlayan Flexnerci tıp anlayışı ile gelişen tıbbın her şeyi kendi sahasına katma isteğidir. Tıbbın hastalıktan ziyade sağlık ile ilgilenmesi de bununla ilgilidir, artık yaşam tıbbileştirilmiştir. Bu sayede sadece beden değil, yaşam da kontrol edilmektedir ya da bedenler üzerinden yaşamlar kontrol edilmektedir de diyebiliriz. Kısacası, tıp emperyalist bir kimliğe bürünmüştür. Üçüncüsü, modern tıp da tıpkı modern düşüncede olduğu gibi devamlı ilerleme ve gelişme fikrini benimsemiştir (Kızılcılık, 1995: 36; 1996: 71). Tüm bunlardan yola çıkarak alternatif tıp, geleneksel tıbbın kapsüllere aktarımının hikâyesi olmuştur diyebiliriz. Yani geleneksel tıp kendisini, modern dünyada bir şekilde var etmeye çabalamaktadır ama bunun gerçekleştiğini pek sanmıyorum çünkü insanların modern tıptan kaçıp sığındığı bir alan olarak geleneksel tıp, kapitalist sistem içinde çeşitli şekillerde yeniden üretilmektedir.

Modern tıbbın uygulanma pratikleri, tıp kurumunun kapitalizm ile ilişkisi ve hastalıklardan kâr etmeyi yaşam gayesi haline getirmesi modern tıbbın toplumun tüm alanlarını etkilemesi ile sonuçlanmıştır (Kızılcılık, 1996: 73). Peki, her şeye rağmen geleneksel tıp, modern tıbbın karşısında nasıl tutunmaktadır? Aslında hem tutunmaktadır hem de tutunamamaktadır diyebiliriz. Geleneksel tıbbın alternatif tıp olarak adlandırılışı, düşünsel anlamda tutunamayışının en büyük göstergelerinden

biridir. Modern tıba güvenmeyenler için alternatif tıp, yeni bir adres olarak gösterilmektedir oysaki geleneksel tedavinin alternatif tedaviye dönüşmesindeki etkenlerden birisi de yine modern tıbbı tamamen etkisi altına almış olan kapitalist sistemdir.

Bitkisel ilaçlar, ABD’de 5 milyar dolar, dünya genelinde ise 50 milyar dolarlık yıllık ticaret hacmine erişmiştir. 1998 yılında JAMA (Journal of the American Medical Association) dergisinde yayımlanan bir makalede ABD’de CAM (Complementary and Alternative Medicine) hekimlerine yıllık hasta başvuru sayısının 600 milyon olduğu ve bu rakamın ortodoks tedaviye başvuran hasta sayısından daha fazla olduğu ve bu tedavilere 27 milyar dolar harcandığı bildirilmektedir. Böylesine büyük bir ticaret hacmi doğal olarak sorunları da birlikte getirmektedir. Yeterli denetim bulunmaması nedeniyle bu pazardan daha büyük pay almak isteyen üreticiler “dolaylı reklam kampanyaları” ile giderek artan kitlelerin ilgisini çekmektedir. Hatta uluslararası dev ilaç firmaları bile fitoterapötiklere olan bu talebi kazanç haline dönüştürmek üzere kendilerine bağlı fabrika ve dağıtım tesisleri kurmaktadır. (Yeşilada, 2002: 224)

1.3. Tıpta Uzmanlaşma ve “Klinik”

Tıpta uzmanlaşma ya da profesyonelleşme sürecini genel anlamda, tıbbın kendisini geleneksel tıptan ayırıp tarihselliğini yadsıyarak, tek başına bir bilim dalı olarak göstermesi ya da inşa etmesi şeklinde düşünebiliriz. Bu süreçte değişmeyen tek şey ise bir tarafın yani tıbbi bilgiye sahip olanın, öteki tarafı yani tıbbi bilgiye sahip olmayı iyileştirmek amacıyla tedavi etmek suretiyle hekimlik görevini icra etmesidir. Dolayısıyla, sadece görünen kelime anlamlarıyla hasta, hasta olarak ve hekim de hekim olarak kalmıştır. Modern tıbbın uygulayıcısı olan hekim, üç yüz yıllık bir geçmişi sahiplenirken, geleneksel tıbbın uygulayıcısı ise neredeyse insanlığın var oluşundan beri uygulanan tüm tedavi yöntemlerini benimsemiştir. Bu bağlamda ortodoks tıbbı uygulayan hekim, günümüzün profesyoneldir. Diğer taraftan, geleneksel tıbbın uygulayıcısı ise profesyonel hekimin gözünde insanları kandırmaya çalışan bir vafsa sahiptir. Bu iki uç arasında, ortada kalan kesim ise hastalar yani Bourdieu’nun deyişiyle hariçtekiler olmaktadır. Bourdieu, hariçtekiler deyişini, kapalı bir topluluğun bilgisine uzak olan kişileri işaret etmek amacıyla kullanmıştır. Burada bilgi sahibi olanlar profesyonellerdir, profesyonellerin bilgisinden dışarı tutulanlar ise hariçtekilerdir. Bu kişiler, profesyonel olmamaları sebebi ile belirli bir alanın tarihsel bilgisine sahip olmamakla birlikte

profesyonellerin ilgi alanına giren şeylerden kendilerini uzak tutanlar yahut o bilgiden uzakta tutulanlardır (Bourdieu, 2016: 218).

Hipokrat Yemini'nin tıp anlayışı, tıbbi kurallar ve uygulamalarda profesyonelliğin evrimine dair ilk adımları atmıştır. O zamana dek hastalık Tanrı/Tanrılardan gelen bir ceza ya da milletler ve kültürler arası farklılıkların hesaba katılması suretiyle herhangi bir dinsel sistemin tanımladığı bir olgu olarak görülürken, Hipokrat ile birlikte hastalık algısı, seküler bir bakış açısı kazanmıştır. Hipokrat, hekimleri doğaüstü kavramların hâkimiyetinden uzaklaştırmış ve onlara yeni bir ufuk açmıştır. Hastalığı denge unsuru ile açıklayan Hipokrat, hastalıklara somut bir neden sunmuştur. Bahsi geçen somut neden, dengedir. Hastalıkların nedeni, bahsi geçen dengenin bozulmasıdır (Sezgin, 2011: 41). Bunu takip eden süreçte değişen hastalık anlayışı, modern tıbbi bugün bulunduğu konuma gelmesinde önemli bir rol oynamıştır.

Modern tıbbın, belki de doğası gereği ezoterik olduğunu söylemenin yerinde olacağı kanaatindeyim –hasta, hekimin odasına gittiğinde hekimin tıbbi terimlerle hastayı kendince aydınlatmaya çalışması buna örnek olarak düşünülebilir–. Geleneksel tıp ise buna karşıt olarak konumlanmış gibidir yani egzoteriktir. “Falanca bitkisini on dakika kaynattıktan sonra içtiğinizde falanca hastalığa iyi gelecektir” ifadesi gündelik dilde kullanılagelen, anlaşılması kolay bir cümledir. Fakat buna karşılık, hastaneye gittiğinizde hekiminiz sizinle konuşurken çok daha farklı bir dil kullanmaktadır, bunun üstüne bazen siz sormadığınız takdirde reçeteye yazdığı ilacın ne işe yaradığını bile size söylememektedir. 18. yüzyılın sonuna kadar tıp, sapkın tanımlamaktan çok, insanın sıhhatiyle ilgilenmiştir fakat 19. yüzyılda tıp, alanını hem sağlıklı hem hasta hem de model insan tanımlarını kapsayacak şekilde genişletmiştir. Yani sağlıklı, hasta ve normal olan insanın bilgisini sadece tıp verecektir. Yine 18. yüzyılın sonuna değin sıhhatle kurulan ilişki, insanın kendi kendisini tedavi edebilme imkânını içermiştir ama 19. yüzyılda tıp, normal olanın tanımını yapmaya çalıştığı için artık hasta, hekimden başkası tarafından tedavi edilemeyecektir (Foucault, 2014: 59-60). Geleneksel tıpta uzmanlık, uzmanlaşma ve sektörleşme yoktur. Buna karşılık modern tıpta hem uzmanlık hem uzmanlaşma hem de sektörleşme vardır. Modern tıp, bilimsel yani pozitif temellere dayandığını iddia ederek, insan hayatının

hokkabazlara emanet edilmemesi gerektiğini savunur ve bu nedenle, insanların onlarla ilgili her türlü kararı verebilecek yetkiye sahip olan yargıç-hekime gitmesi gerektiğini söyler. Bu sayede, dolandırıcılığın da önüne geçilmesi sağlanacağı için, sadece sağlık değil kanunlar da korunmuş olur. Dolayısıyla, sağlık hizmeti bir çeşit gözetim aracı haline gelmiştir (Foucault, 2014: 67).

Bunlardan yola çıkarak aslında temel amacım şu soruların cevaplarını aramaktı; ne oldu da tıp bugünkü haline geldi, onu dönüştüren ne oldu? Bahsi geçen soruların cevapları, Foucault'nun *Kliniğin Doğuşu* adlı eserinde doğrudan verilmemiş olsa da dolaylı biçimde verilmiştir. Foucault, kliniğe modern tıbbın inşasına imkân sağlayan temel olarak bakmıştır çünkü klinik, bir yerde, tıba pozitif bir anlam atfetmenin yolunu sağlamış ve bu sayede onu formel anlamda öğretilir kılması bağlamında uzmanlaştırmıştır;

Klinik, bir bilginin külliyatından daha önce, beşeriyetin kendisiyle olan evrensel ilişkisidir: Tıp için mutlak bir başarı çağı. Düşüş, mahremiyet ve yazının ortaya çıkmasıyla, kısaca bu bilginin imtiyazlı bir grup arasında paylaşılması ve Bakış ile Söz arasındaki engelsiz, sınırsız ve doğrudan ilişkinin kopmasıyla başlar. Bilinen, artık başkalarına iletilmemekte ve ancak bilginin ezoterikliğinden bir kez geçtikten sonra pratik kullanıma aktarılmaktadır (Foucault, 2014: 81-82).

Yani kliniğin ortaya çıkışından sonra sıradan bir insanın tıbbi bilgiye ulaşımı engellenmiştir. Bu bağlamda tıbbi bilgi, öğrenilmesi gereken bilgi konumuna girmiştir. Söz konusu bilgiyi öğrendikten sonra bilgiyi pratiğe geçirme aşamasında ise hastalığı taşıyan kişi yani vaka devreye girmiştir. Hekim, tıbbi bilgiye sahip olduğu için imtiyazlı bir gruba dâhil olmakla birlikte sahip olduğu bilginin avantajına ek olarak, insanların karşısında ceket iliklediği bir statüye erişmiştir.

Kliniklerde semptomlar ve vakalar gözlenmiştir. Burada bakış, acı çeken bedenin üzerine odaklanmıştır. Hasta, adeta bir matematik problemi gibi görülmüş, ona bir şifrenin ipucu olarak bakılmıştır. Dolayısıyla hekim, hastanın derdine deva bulmaktan ziyade, üstünde birtakım şeyleri deneyimleyerek “doğru” olana ulaşmaya çalışmaktadır. Kısacası, klinik, bir çeşit hasta inceleme laboratuvarıdır demenin yanlış olmayacağını düşünüyorum.

Kliniğin tarihsel bir gerçeklik halinde zuhur edişi, mevcut olan yeniden düzenlemeler sistemiyle özdeşleştirilmelidir. Bu yeni yapı, 18. yüzyılda kendine özgü bir tarz ve bir dil bilgisiyle hekimle hastanın diyalogunu başlatan “neyiniz var?” sorusunun yerine, kliniğin işleyişini ve yekpare söylevine dair ilkeyi içeriyor olduğunu fark ettiğimiz “nereniz ağrıyor?” sorusunu yerleştiren küçük, kesin ve tüketimden uzak olan değişimle izah etmiştir. Tabii artık, gösterenin gösterilenle olan tüm tıbbi deneyinin bütün düzeylerinde sil baştan düzenlenir: Gösteren semptomlarla gösterilen hastalık arasında, tanımlayanla tanımlanan arasında, ağrıyla belirtisi olduğu şey arasında, lezyonla belirtisine işaret ettiği hastalık arasında, vb. o kliniğin önemi; fark edilebilir şeylerin söylevin rahatsız edici etkisinden uzakta bakışın sessiz gözlemi, kesintisizce övülen ampirizmi, gösteriştten azade alçakgönüllü ilgisi ve dikkati nedeniyle değil, sadece klinik söylevine de değil, gerçek önemini hastalık hakkında derinlerdeki yeniden yapılanma olgusuna borçludur. (Foucault, 2014: 18)

“Neyiniz var” sorusu, “nereniz ağrıyor” sorusundan daha genel bir sorudur. İkinci soruda hastadan, vücudun belirli bir bölümünü belirtmesi istenmektedir ve bu durum, bize uzmanlaşmanın ilk göstergelerinden birisini sunmaktadır. Tıp, yeniden düzenlenmekte ve kurumsallaşmaktadır. Öyleyse klinik, tıbbın salt pratiğe dökümünden daha fazlasıdır. Klinik, gerçek hayatın bir çeşit simülasyonudur çünkü klinikte gözetim, düzenleme ve hayatlarımıza müdahale söz konusudur (Foucault, 2014: 139).

18. yüzyılda klinik, bir çeşit uygulama öğretim yeridir. Daha önce denenmiş şeyleri hekim adayları da denemekte ve uygulayarak öğrenmektedirler. Hatta öyle ki yaptıkları yanlışların öğrenme hususunda daha yararlı olacağı iddia edilmektedir. Söz konusu insan olunca yapılan hatanın sonucunun ne olabileceğine dair düşünceler korkutucu olsa da bir dönem böyle bir düşünüşün hâkim olduğu görülmektedir. Kliniğin bilimsel bilginin gelişiminde önemli bir rol oynadığı kabul edilmekle birlikte, bilimsel bilgiye yaptığı asıl katkının, keşif hareketini özgürleştirilmesi ile olduğu belirtilmiştir (Foucault, 2014: 88-91). 19. yüzyılda sözel yolla mevcut bilgilerin kendini türettiği ve hastalar üzerinde bu bilgilerin gözlendiği kliniğin aksine, hastanelerde bilginin bir amaç olarak yeniden düzenlenmesi ve hastanelerin okul işlevi görmesi ön plana çıkarılmıştır. Aslında hastane, kliniğin düzenlenmesinin yeni adı olmuştur (Foucault, 2014: 98).

Günümüzde klinik, tamamıyla hastanenin bünyesine alınmıştır ve hastanenin herhangi bir birimini ifade etmek için kullanılabilirdiği gibi, araştırılması gereken bir

vakayı –klinik vaka– belli etmek adına da kullanılabilmektedir. Hastane ise genel anlamda bütün sağlık hizmetlerinin gerçekleştirildiği yerdir. 19. yüzyılda pratik yapma işi sağlık görevlilerine, klinik öğrenimi ise hekimlere ayrılmıştır. Yani tıbbi bilgi, kliniğin içinden çıkan bir şey olmuştur. Yine o dönemde, yoksulluğundan dolayı hastaneden yardım bekleyen kişilerin nasıl klinik gözlem nesnesine dönüştürülebileceği tartışılmıştır çünkü yoksul kişi, ancak başkalarını iyileştirme bilgisine katkı sağlarsa tedavi olma şansına sahip olacaktır. Bundan zararlı çıkan kesim ise tabii ki zenginler ya da hekimler değil, hariçtekiler olmuştur. Değiş-tokuş ilkesi uyarınca zenginler, yoksullara yaptıkları yardımların karşılığını almışlardır, hekimler de bilgilerine bilgi katmışlar ama acıya katlanan sadece yoksullar olmuştur (Foucault, 2014: 114-117).

Tıp, yaşamın anlamını sorgulamaz ve aslında belki tam da bu vazgeçiş tıbbi bugün geldiği noktaya getirmiştir. Daha doğrusu tıbbi ‘modern’ yapan bu olmuştur. Henüz 19. yüzyıla geçmeden önce tıp, görece kesinliği olmayan bir bilgi türüdür ve modern tıbbın geleneksel olandan görece kopuşu tıbbın deneyin gelmesi ile gerçekleşmiştir.

Eski, özellikle 18. yüzyılda hassas olunan bir temaya göre tıp, kesin olmayan bir bilgi türüdür. Tıp sanatıyla süredurum halindeki şeylerin bilgisi arasındaki geleneksel karşıtlığın dayanakları, yakın tarih aracılığıyla güçlendirilmiştir. (...) Bilimin ilgi eksikliğinin ve konulara ilişkin karmaşıklığın belirtisi olan belirsizlik: Tıbbın konjonktüre verili karakterinde, bu aşırı yetersizlikle bu fazla aşırı zenginlik arasındaki ilişki dışında nesnel temel yoktur. Son yıllarındaki 18. yüzyıl, mevcut kusurunun arasından pozitif bir bilgi unsuru üretti. Laplace döneminde, onun ya da benzer bir düşünce akımının etkisiyle, yalıtılabilir derecelerdeki bir dizi kesinliğin toplamının titizlikle hesaplanabileceğini, dolayısıyla da analitik olarak belirsizliğin tedavi edilebilir olduğunu keşfetti. Böylece anlamını geleneksel matematik bilgi karşıtlığından türeten bu düzensiz ve negatif kavram, kendini teknik hesaplama etkisine uygun gelen pozitif bir kavrama dönüştürebilecekti (Foucault, 2014: 130).

Semptomlardan yola çıkarak hastalıkları sınıflandırmak, belirli belirtileri ortaya çıkma sıklıklarından yola çıkarak, hesaplanabilir olma ilkesine dayandırmak ve oradan genelleştirmelere gitmek istatistik yapmaya benzemektedir. Kısacası, tıp sayılarla ilişki kurmaya başladıktan sonra gittikçe ‘modern bir bilim’ olma özelliği kazanmıştır diyebiliriz. Esasen bakışın yerini alan dokunma metaforu ile klinik, patolojik anatomi için hazırlanmıştır. Nitekim Foucault’ya göre Batı tıp tarihindeki

büyük kopuş cesedi de deney nesnesi, yani kadavra haline getiren o anda gerçekleşmiştir (Foucault, 2014: 159, 187).

Tıbbın bilim haline gelmesini sağlayan nedenlerden birisinin, sayılarla yakın ilişki kurması yani hesaplanabilir olma özelliği kazanması olduğunu belirtmişim. Rasyonelleşen dünyada yani aslında modern dünyada nicelik, niteliğin yerini almaktadır. Bu da uzmanlaşma ya da profesyonelleşme ile doğrudan bağlantılıdır. Weber'e göre de bilimin en önemli sorunlarından birisi uzmanlaşmadır. Bilimin uzmanlaşması, bir bilim insanının gerçekten yetkin olduğunu belirleyen ölçütün onun kendi alanında sahibi olduğu bilgi oranı haline gelmesi anlamına gelmektedir. Bu da aslında bilimle uğraşan kişiyi sınırlamakta, hem de anlamsal bir daralmaya yol açmaktadır. Oysa Weber için bilim laboratuvarlarda ya da istatistiksel dosyalama sistemlerinde gerçekleştirilen bir hesaplama işi değil, insanın gönlü ve ruhuyla yaptığı bir iştir çünkü bir fikir zorla değil içten çıkmaktadır. Yani aslında bir hesaplama önce hesapların, amaçlarının ve sonuçlarının düşünülmesinin gerektiğini söylemiştir. Kısacası bilimle uğraşan kişi, hesap yapmadan önce kendisini düşünmeye adanmalıdır ve ancak böyle bir kişi onun tabiriyle "kişilik" sahibidir. Weber düşünme eylemine dehâsal bir özellik yüklemiştir ve esinin de ancak bu eylem sonucu ortaya çıkabileceğini söylemiştir, bu açıdan bakmaya devam ederek bilimsel açıdan değerli sonuçların da sanat da olduğu gibi esinden kaynaklandığını belirtmiştir (Weber, 2011b: 224-226).

Weber kişilerin sonu olmayan bilim uğraşısına neden kendilerini adadıkları sorusuna bazı cevaplar getirmiştir. İlk cevap teknik amaçlarla ilgilidir yani burada söz konusu olan pratik eylemlerimizi bilimsel deneyimlere göre yönlendirmektir ki tam da burada rasyonel akıl etkindir çünkü bilimsel deneyimler pratik eylemleri yönlendirmek için araca dönüşmüştür. Bilime teknik amaçlarla kendini adayan insan, bilime yönelik teknolojinin de oluşmasını sağlayan insandır. İlerleyen bilim ve kendini ona adayan insan odağında anlaşılması gereken aslında bilimsel ilerlemenin "entelektüalist rasyonalizasyon" sürecinin bir parçası olduğudur. Weber bu süreç için "tramvay" örneğini vermiştir. Buna göre, tramvaya binen kişi fizikçi değilse aracın nasıl harekete geçtiğini bilmez çünkü bu konuda uzmanlaşmamıştır; gelgelelim bilmesi de gerekmez, sonuç olarak bizim bu konudaki uzmanlara işlerini en iyi

yapanlar onlar olduğu için “güvenmemiz” yeterlidir (Weber 2011b: 227-229). Dolayısıyla entelektüalizasyonun artması bilginin genişlediği anlamına gelmez aksine kişilerin sahip olduğu bilgi parçalarından söz etmek daha doğru olacaktır ama insan yine de istediği her bilgiye ulaşma yetkisine sahiptir. Bu yetkiye sahip olsa bile uzman kişi gerçekten onlara ulaşmayı isteyecek midir? Bana göre, bilgi parçaları varsa burada insanların bölünmüşlüğünden söz etmek doğru olacaktır çünkü kendi uzmanlık alanımız dışında diğer bilgiler bize anlamsız gelecektir, anlamsız geliyorsa muhtemelen onlara ulaşma isteği de kalmayacaktır. Bilimsel ilerleme teknik amaçlarla teknik araçların üretilmesi anlamına geliyorsa, teknik araçlarla her şeyin halledilebileceği kanısı da entelektüalizasyon sürecinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır yani aslında “amaç-araç” rasyonalitesi “araç-araç” rasyonalitesine dönüşmüştür. Bilimde anlamsal değil fakat salt pratik ve teknik ilerlemeye değer atfedildiği için bilim, dünyayı hesaplayarak denetleme aracı haline gelmiştir ve bu da dünyanın büyüünün bozulmasına katkı sunmak anlamına gelmektedir. Öyleyse meslek olarak bilim de bunun bir parçasıdır.

Weber’e (2011b: 249) göre; bugün bilim yani bilgi arayışı anlamdan kopmuştur ve uzmanlığı sağlayacak olan özel disiplinlere ayrılmış bir meslek olmuştur. Bu bir bütünlük içinde değildir ve çoğumuzun kaderi de aslında bu bölünmüşlük için de kalmaktır. Sonuç itibarıyla meslek, bürokratik örgütlenmenin içindedir ve araçsal rasyonalitenin bir parçasıdır. Bürokrasi işleyiş sistemi sebebiyle kapitalizmle karşılıklı etkileşim içindedir ve bundan dolayı da bilimin merkezi olan üniversiteler bürokrasinin ve kapitalizmin egemenliğindedir. Bürokratik idarenin temeli bilgiye ve uzmanlaşmaya dayanmaktadır ve gene bu teknik açıdan uzmanlaşmanın sağlanması için özel sınavlardan geçilmesi gerekmektedir çünkü bürokrasinin temelinde seçim değil tayin vardır. Tayin işini yükseköğretim kurumları yaparak, teknik uzmanlaşmayı da üniversiteler sağlayarak bürokrasiye hizmet etmektedirler. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi bizi aldığımız puan doğrultusunda kendisi seçip yerleştirmektedir. Aldığımız puan da Weber’in şans meselesini akla getirmektedir çünkü tayinlerde yetenekten ziyade şans önemli rol oynamaktadır.

Son olarak hastane, uzmanlaşmış tıbbi bilginin kurumsallaşmış halidir, içinde çeşitli uzmanlıklara ait bölümler bulunur ama hastanenin sadece hekim kadrosu değil, idari

kadrosu da vardır. Kısacası, hastane içinde bürokratik süreçlerin işlediği bir yerdir. Öte yandan hastane, modern toplumda araçsal rasyonalitenin ileri bir safhasını gözler önüne sermektedir çünkü hastane, meslek örgütlenmesinin olduğu, tıbbi gücü temsil eden ve hastaları normalleştirmeye, onları gözetleyip kontrol etmeye çalışması bakımından Foucault'nun deyişiyle panoptik bir alandır. Hastane, içinde bir sürü uzman olması ve söz konusu uzmanların görevlerini düzgün şekilde yerine getirmede hastane işleyişinin istikrarının bozulabileceği anlamında bürokratik bir kurumdur. Fakat hekim, mesleki özerkliğini öne sürdüğü zaman bürokratik sistemden ayrılma lüksüne sahip olabilmektedir, yine de bu demek değildir ki hekim bir şekilde belki bürokratik işleyişten değil de, profesyonelleşme sürecinden etkilenmesin. Sonuçta hekim, bir şekilde hastanenin bünyesine girmiştir, sistem ile çatışma yaşayabilir ama nihai kararın kimden yana çıkacağı da belli olmaz diye düşünüyorum. Modern hastane, tıbbın rasyonelleşmesini sağlayan toplumsal bir araçtır (Turner, 2011: 181, 183-185). Bu nedenle içinde toplumsal olarak incelenebilecek birçok fenomen barındırmaktadır.

1.4. Max Weber Bağlamında Hekim Tipolojileri

Hekimlerin aldıkları tıp eğitimi ve uzmanlaşma süreci bağlamında tıbbi algılarının tıbbi pratikleri uygulama şekillerine yansımaları, burada bahsedeceğim hekim tipolojilerini şekillendirecek unsurlardandır. Fakat bundan önce Weber'in eylem üzerine düşüncelerinden yola çıkarak, eylem ve rasyonalite tiplerinden bahsedeceğim. Bu sayede araştırmamın başlığında da geçmiş olan hekim tipolojilerini oluşturmak adına bir izlek oluşturmuş olacağım.

Weber, bireylerin davranışlarına değil, yaptıkları anlamlı eylemlere odaklanmıştır. Her insan belirli davranışlarda bulunmaktadır ama Weber'in ilgilendiği konu, insanların bilinç sürecinden geçirecek ortaya koydukları öznel anlamlara sahip olan eylemlerdir. Bu bağlamda Weber, dört tane ideal eylem tipi sunmuştur; duygusal eylem, geleneksel eylem, değer-rasyonel eylem ve araçsal-rasyonel eylem. Bunları bu şekilde sunmuş olsa da herhangi bir eylemin, söz konusu ideal tiplerden birisine illa ki tamamen uyması şeklinde bir şart da koşmamıştır (Ritzer ve Stepnisky, 2013: 26-28).

Daha önce de sıkça bahsettiğim rasyonelleşme kuramı ise rasyonalite tipolojisine dayanmaktadır. Burada da dört tane tip vardır ama benim çalışma konum bağlamında düşündüğümde, aralarından en öne çıkanlar; tözel rasyonalite ve biçimsel rasyonalitedir. Tözel rasyonalitede eylem, bağlamına göre rasyonellik kazanmaktadır. Yani örneğin, köylük yerde ağaçtan düştükten sonra ayağın kırılması durumunda kırıkçıya gitmek, modern tıbbı inanan bir hekim için saçma gelse de, geleneksel tıbbı ya da o kişinin elinin gerçekten şifalı olduğuna inanan birisi için gayet normal olacaktır. Biçimsel rasyonalite ise modern hekimin eylemini anlamlandırma biçimini tanımlamaktadır. Biçimsel rasyonalitede kurallar, düzenlemeler ve kanunlar vardır. Bunun en bilinen örneği modern bürokrasidir. Hastane de gördüğümüz üzere modern bürokrasinin işleyişine güzel bir örnektir. Dolayısıyla, bürokrasiye uyan hekim, ona uymanın en kolay yol olduğunu düşünecek ve buna göre hareket ederek, kendisinin sahip olduğu bilgi türünün ve uyguladığı kuralların dışındaki her şeyi dışlayan bir tutum sergileyecektir (Ritzer ve Stepnisky, 2013: 29). Davranışın rasyonelleşmesi bağlamında, eylem giderek değer-rasyondan araçsal-rasyonele doğru kaymaktadır. Değer, anlamını kaybetmektedir çünkü kapitalist toplumda ya da düzende, amaca ulaşmak için sergilenecek davranışlar birer araca dönüşmektedir (Weber, 2011c: 57). Kapitalist sistemin ve rasyonelleşmenin ortaya çıkmasında Protestan ahlakı önemli rol oynamıştır. Kalvinizm'deki Protestan ahlakı, bir insanın cennete gidebilmek için mesleğinde başarı elde etmesini öğütlemiş ve bunu teşvik etmiştir. Bunu “ne kadar servet elde edersen cennette de o kadar güzel bir yer kazanırsın” şeklinde özetleyebiliriz. Çok çalışmak Tanrı'nın buyruğu olduğuna göre, fazla hırsın kimseye zararı olmayacaktır, dolayısıyla içleri de rahattır çünkü onlar etik olarak yanlış bir şey yapmamaktadırlar –çalışmam ile ilişkilendirerek gitmeye çalıştığım için bağlantı kurduğum yerleri ekleyerek devam ediyorum–. Modern hekim de Protestanlığı benimsemiş insanlara benzer şekilde, niteliğini ya da değerini umursamadan “yaşam süresini uzatmak benim işimdir” düşüncesi ile ahlaken doğru şeyi yaptığını inarak kendisini rahatlatmaktadır. Kalvinist ruh, kapitalist ruha dönüştüğünde “para kazan ve biriktir” mottosu yerini, “para kazan, tüket” mottosuna bırakmıştır (Ritzer ve Stepnisky, 2013: 30-31). Dolayısıyla, modern hekim de hastalarına ilaç yazarken ilaç firmalarının elde ettiği

kâr ile fazla ilgilenmeyecektir çünkü önemli olan tüketimdir. En nihayetinde tüketim olmadan sistem işlemeye devam edemeyecektir.

Weber'in en meşhur ideal tiplerinden biri bürokrasidir. İdeal tip bir bürokrasi şu özelliklere sahiptir: 1. Bir dizi resmi görev, pozisyona sahip olanların kurallara tabi olduğu makamlara dönüşür. 2. Her makamın özel bir yetkinlik alanı vardır. 3. Her makamın gerçekleştirilmesi gereken belli görevleri, bunları gerçekleştirecek otoriteleri ve işin yapılmasını zorlayacak araçları vardır. 4. Makamlar hiyerarşik biçimde düzenlenmiştir. 5. İnsanlar her makamın teknik niteliklerini yerine getirebilmek için teknik eğitimden geçerler. 6. Bu pozisyona sahip kişiler, işi gerçekleştirebilmek için gereken şeyleri kullanırlar fakat onlara sahip olmazlar. 7. Pozisyon bir örgütün parçasıdır ve onunla görevli olan kişiye mal edilmez. 8. Bürokraside yapılan her iş (kararlar, kurallar) yazıya dökülür. (...) Bu ideal tip, diğer ideal tipler gibi hiçbir yerde aynen bu şekilde var olmaz. Bunu yaratırken Weber, Batı'da yaratılan modern bürokrasiyi düşünüyordu. Fakat orada bile hiçbir örgüt yukarıdaki özelliklerin tamamına sahip değildir. (Ritzer ve Stepnisky, 2013: 35-35)

Şimdi modern hekim ile bürokrasi arasındaki ilişkiyi ortaya çıkartabileceğimizi düşünüyorum. Öncelikle, hastane bürokrasinin her şekilde işlediği bir yerdir. Bundan ötürü, o hastaneye bağlı olan hekimlerin de oyunu kurallarına göre oynamaları gerekmektedir. Hastane alanlara ayrılmıştır ve alanlara ayrılmada hekimler açısından düşündüğümüzde uzmanlaşma etkili olmaktadır. Hastanenin bir de idari bölümü vardır yani hastane sadece hekimlerin tekelinde işlememektedir. Hekimlerin sahip olduğu unvanlar, onların sadece kendi alanlarında söz sahibi olma derecelerini yani otoritelerini değil, aynı zamanda tercih edilirlüklerini de etkilemektedir. Hekimin bulunduğu konuma gelmesi için yıllar süren teknik bir eğitimden geçmesi gerekmiştir, bu sayede uzmanlaşmıştır ve diğer bilgi türlerini reddetme hakkını edinmiştir. Hekimin kendi muayenehanesi yoksa ve hekim, hastanede çalışıyorsa hastasını muayene etmesine ya da ameliyat etmesine yarayan araç gereçlerin hiçbiri ona ait değildir, onun sadece onları kullanabilme yetkisi vardır. Weber'in ideal tiplerinden olan bürokrasi ile uyuşmayan bir nokta olarak, örneğin hekim o bürokratik örgütün bir parçası olsa dahi, bir hata yaptığı takdirde, malpraktis davası doğrudan hastaneye açılabilir bile bunun faturası hekime kesilebilmektedir. Son olarak, genel anlamda ülkemizde sağlık sisteminde yapılan bütün uygulamalar artık yazıya değil, bilgisayar belleklerine işlenmektedir. Devlete bağlı sağlık kurumları söz konusu olduğunda, daha önce gittiğinizden farklı bir kuruluşa gitmiş olsanız bile en

son hangi hastalığı geçirdiğiniz, hangi ilaçları kullandığınız sistem üzerinden görülebilmektedir. Bu şekilde, kontrol devam etmektedir.

Günümüzde çoğu hekim, geleneksel tıbbı işe yaramayan uygulamalar topluluğu ve birkaç şarlatanın safsatası şeklinde bakmaktadır ama dünyanın geleneksel tedavi yöntemlerine doğru yöneldiği de ortadadır. Ayrıca geleneksel tıbbi yöntemleri öneren hekimlerin varlığı da bilinmektedir. Rasyonelleşmenin egemenliğini ilan ettiği modern dünyada, geleneksel tıbbi öneren hekimlerin varlığını neye bağlamamız gerekmektedir? Bu sorudan yola çıkarak geleneksel tıp ile modern tıp arasında bahsi geçen epistemolojik kopuşun gerçekten gerçekleşip gerçekleşmediğini sorgulamamız gerekir diye düşünüyorum. Yani modern tıbbın kendisini sadece üç yüz yıllık bir oluş gibi gösteren bakışından vazgeçtiği söylenebilir mi? Bu hususta, hekimler arasında bir uzlaşma olduğunu düşünmemekle birlikte otorite tiplerine dayanarak, geleneksel tıbbi yöntemleri öneren modern hekimleri tipolojik olarak “karizmatik hekim” şeklinde sınıflandırabileceğimizi düşünüyorum. Bu durumda, bürokratik sisteme ve dolayısıyla kapitalizme tamamıyla uyum sağlamış olan hekim ise “rasyonel hekim” olacaktır. Lakin hem karizmatik hekim hem de rasyonel hekim elbette ki tam olarak saf ideal tip ile aynı özellikleri taşımayacaktır. Nitekim Weber, ideal tipin gerçekliğe giden yolda araştırmacıya sadece rehberlik ettiğini ifade eder.

Mezkur soyut insanın atıfta bulunduğu tipte piyasa-koşullu ilişkilerin bir ölçüde gerçeklikte var olduğunun keşfedildiği ya da böyle farz edildiği yerde, biz bu ilişkinin *karakteristik* özelliklerini, bir *ideal-tipe* atıfla, pragmatik olarak *sarih* ve *anlaşılır* hâle getirebiliriz. Bu işlem, açıklayıcı amaçların yanısıra keşifsel amaçlar açısından da vazgeçilmez olabilir. İdeal-tipik kavram, *araştırma* içerisinde isnatta bulunma becerimizi geliştirmemize yardım edecektir. (...) Bu zihinsel inşayı, kavramsal saflığa sahip şekliyle, gerçekliğin herhangi bir yerinde empirik olarak bulmak mümkün değildir. Bu bir *ütopya*dır (Weber, 2012: 117-118).

Kalberg (2017: 168) ise Weber'den yola çıkarak ideal tipi şu şekilde tanımlar: “İdeal tip, ‘gerçekliği yakalamak’tan ziyade kalıplaşmış eylemi belgeleyen mantıksal bir inşa olarak, gerçekliğin bir parçasının kıyaslanabileceği ve ölçülebileceği kesin referans noktaları ve kılavuzluk edici yönelimsel kurallar tesis eder.” Dolayısıyla, saf ideal tiplere gerçek hayatta rastlamamız neredeyse imkânsızdır ve benim araştırmamda da iki tip arasında mutlak bir ayrım yoktur. Yaşadığımız dünya düzeninde değiş-tokuş ilişkilerini yok sayarak geçinmek mümkün değildir. Sağlık

sistemine güven açısından bunalımlı bir dönemden geçtiğimiz ön kabulü ile yola çıkarsak, karizmatik hekim bürokrasi karşısında kendi doğrularını savunan ve ilaç şirketlerine karşı tavırlı biraz hatta belki de oldukça idealist bir ideal tip olacaktır (Weber, 2011b: 352-353). Karizmatik otorite geçmişi yani kendinden önceki uygulamaları reddetmektedir fakat modern tıp eğitimi almış bir kişinin geçmişini reddedip reddedemeyeceği de tartışmaya açıktır (Scaff, 2008: 71). Geleneksel tıpta böyle bir reddediş yoktur, hatta bunun aksine o, hem geçmişi hem de geleceği sahiplenmektedir. Bu açıdan yenilikçi olması bakımından farklı bir karizmatik özelliği kazandığını da söyleyebiliriz. Nitekim sahada bu ideal tiplerle nasıl ve ne şekilde karşılaşıldığını göreceğiz. Geleneksel tıbbın kabulünün ancak modern tıp isterse olması ve alternatif tıp ismi altında pazarlanmaya çalışılması da kapitalist sistemin onu rasyonelleştirme çabası olarak görülebilir. Bunun dışında bitkilerin içeriklerini araştıran Fitoterapi de son dönemin –en azından yurtdışında– revaçta olan uzmanlık programlarından. Fakat Türkiye’de sadece Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hekimler için Fitoterapi uzmanlık programı bulunmaktadır. Bu program, geleneksel tıbbın uzmanlaştırılmaya çalışıldığına işaret eden bir gösterge olsa da, sanki hekimlerin geleneksel tıba yakınlaşmaması adına özel bir çaba göstermek isterlermiş gibi, bu programa katılmak için LES şartı koymuşlardır. Uzmanlığı kanıtlamak için belirli sınavlara tabii tutmak da rasyonelleşmenin göstergelerinden biridir. Bana kalırsa, her şey birbirinin içine girmiş gibi görünmektedir. Bu araştırma ile durumun ne boyutta olduğunu görmeyi planladım.

2. BÖLÜM

RASYONELLEŞME VE ETİK İKİLEMİNDE ONKOLOGLARIN ÖZGÜNLÜKLERİ

Vücudun makine olarak görülmesini takip eden süreçte her parçayla ayrı şekilde ilgilenilmesini gerekli kılan uzmanlaşmanın tıbbi da etkilemesi neticesinde kanser hastalığı da tıbbın içerisinde ayrılmış ve kendinde araştırılması gereken bir alan (onkoloji) olmuştur. Şüphesiz ki insan, var oluşundan beri ölüm ile yüz yüzedir fakat insanın ölüme bakışı yüzyıllar içinde farklılıklar göstermiştir. Modern ölüm, modern insana göre, kendisinin başına yanlışlıkla gelen bir şeydir ve bu nedenle modern insan, ölümden kaçmaya çalışır (Sağır, 2014: 72). Onkologlar ise ölüm ile sürekli karşı karşıyadır ve modern insanın ölümden kaçmaya çalışmasına karşın onların bu zıt duruşları, onları onkoloji dışındaki diğer branşlara nazaran hasta ile daha derin ilişkiler kurmaya, ölüm ve varoluş meseleleri ile ilgili de daha derin düşünmeye itmektedir.

Teşhis sürecinden sonraki tedavi aşamasında onkologların bağlı olduğu birtakım kılavuzlar vardır ve bu kılavuzlara göre hareket etmeleri gerekmektedir. Fakat hasta-hekim ilişkisi tek taraflı bir ilişki olmadığı için, tedavi süreci sadece bahsi geçen kılavuzlardaki gibi işlemeyebilmektedir. Hasta, hekime geleneksel tedavi pratiklerini kullanmak istediğini ya da bu konuda hekimin şahsi fikirlerini öğrenmek istediğini söyleyebilir. Bu noktada geleneksel tedavi pratikleri karşısında onkolog hekimin konumu, ona başvuran hastanın anjin olmasını teşhis etmesi durumunda ıhlamur ya da ada çayı gibi sıcak içecekler tüketmesini tavsiye eden bir kulak burun boğaz hekiminden çok farklıdır. Zira onkolog, bu denli ölüm ile iç içe olan bir hastalığa yakalanmış bir insanın tedavisinde çok dikkatli olmalı ve kılavuzların dışına çıkmamalıdır. Fakat hastalığın geç teşhis edildiği vakalarda yahut hastalığın nüksetmesi ve metastaz yapma ihtimalinin olduğu durumlarda modern tıbbın yetersiz kalabildiği anlar olabilmektedir. Bu nedenlerle, geleneksel tıba karşı modern hekimin duruşu, bilhassa onkoloji özelinde ciddi bir sorunsal olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1. Sahanın Sunumu ve Tasviri

Sahanın Sunumu

Araştırmamın problemiğinin kafamdaki oluşum aşamasında, çalışmam için kullanacağım yöntemsel model konusunda kendi içimde birtakım çatışmalar yaşadım. Fakat nihai olarak, niteliksel bir çalışma olması konusunda karar kıldım çünkü temelde algılara ilişkin verileri ortaya çıkartmak istediğim için niteliksel çalışmanın bu araştırmanın problemiğini anlamaya ve çözümlmeye daha uygun olduğu kanısına vardım.

Tezimin saha çalışmasında kullandığım örnekleme yöntemi, amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan, kartopu oldu. Bahsi geçen modelin ayrıntılı açıklaması Yıldırım ve Şimşek'in *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (2011: 108) isimli kitabında yapılmıştır. Kartopu örnekleme yöntemini seçme nedenim, araştırma problemime ilişkin zengin bilgi kaynağı olabilecek bireyleri saptamamın ve böylelikle onlara bir nebze de olsa daha kolay ulaşabileceğimin mümkün olduğunu düşünmemdir. Aslında sahaya çıkarken beni tam olarak neyin beklediğini bilemiyordum çünkü hekimlerin diğer onkologlara ulaşmam konusunda bana ne kadar yardımcı olabilecekleri hususunda şüphelerim ve çekincelerim vardı ama ilk görüşmemi gerçekleştirdikten sonra işlerin korktuğum gibi gitmediğini gördüm. Bu konuda özellikle de H1'in yardımseverliğine müteşekkirim. Araştırma örnekleminin içerisine sadece Onkoloji Anabilim dalındaki hekimleri dâhil ettim ve bu doğrultuda 6 erkek ve 4 kadın onkolog ile görüştim. Spesifik olarak onkologları seçmemin sebebi, kanser hastalığının çoğu zaman kesin bir tedavisinin olmaması ve bu nedenle bu hastalık grubunda ölüm riskinin daha fazla olması nedeniyle, söz konusu hekimlerin geleneksel yöntemlere daha açık olmasıdır. Kısacası, bu alan kritik bir alandır ve modern tıbbın çaresiz kaldığı durumlarda, hasta kendi isteğiyle yahut belki de hekimin önerisiyle geleneksel tedaviye yönelebilmektedir.

Araştırmamdaki veri toplama tekniği, derinlemesine mülakat olmuştur. Bu sayede, hekimlerin araştırma sorunsalına dair düşüncelerini öğrenmeye ve anlamaya çalıştım. Örnekleme katacağım hekimleri seçme konusunda ise şöyle bir yol izledim; öncelikle bana yakın olan yerden yani Muğla'dan başladım ve bu doğrultuda

özellikle de görüştüğüm onkologların tanıdığı meslektaşlarına ulaşmaya çalışıp, görece uzak illere doğru genişleyerek, Ege Bölgesi'nde ulaşabildiğim on tane onkologla görüştim. Bu kapsamda, görüşme yapmak için Muğla dışında gittiğim iller; Aydın, Denizli ve İzmir oldu. Muğla'da üç, Aydın'da dört, Denizli'de bir, İzmir'de iki onkologla görüştim. Esasında Denizli'de üç onkolog ile görüşebilirdim ama randevu ayarladığım onkologlardan birisi ile hekimin anneannesi safra kesesi ameliyatı geçirdiği için görüşemedik. Öteki ile de hekimin kendisini aramama ve mesaj atmama rağmen bana dönmediği için görüşemedik, aslında Denizli'deki hekim ile görüşme gerçekleştirdiğim gün o da hastanedeydi ama anladığım kadarıyla görüşmek istemedi. Bekleme odasında beklerken, o hekim ile ilgili hastaların konuşmalarına kulak misafiri oldum ve onunla ilgili genç yaşta profesör olduğunu ama hastalarıyla çok az iletişim kurduğunu öğrendim. Bunun dışında, özel hastanede çalışan bir arkadaşım vasıtasıyla, yani dolaylı yoldan ulaşabildiğim bir hekim daha vardı ama o da önce özel hastanenin yönetiminin buna izin vermeyeceğini öne sürerek görüşmeyi pek istemedi. Daha sonra arkadaşım yönetime çıkarak görüşme yapmamızın sorun olup olmayacağını sormuş, yönetim sorun olmayacağını söylemiş, onlar da bunu hekime iletmişler. Lakin hekim, o aralar yoğun olduğunu, telefon numaramın nasılsa onlarda olduğunu ve benimle kendisinin uygun olduğu bir zamanda iletişime geçebileceğini söylemiş. O hekimi yaklaşık 1 ay kadar bekledim ama geri dönmedi, ben de bunun üzerine son görüşmemi yapmak üzere H1'den yardım isteyerek başka bir hekime ulaştım.

Pilot çalışmam, H1 ile gerçekleşti. Bu görüşmenin ardından danışman hocamla görüştük ve sorularda içerik olarak değil, sadece biçimsel olarak birkaç değişiklik yaptıktan sonra H1 ile yaptığım görüşmeyi örnekleme katmaya karar verdik. Görüşme formumun en başında da belirtmiş olduğum gibi, görüştüğüm kişilere "Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri benim ve tez danışmanım dışında kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını rapora dökerken görüştüğüm bireylerin isimlerini de kesinlikle bu raporda yansıtmayacağım." sözünü verdiğim için kimliklerini açığa çıkarmadan onlardan bahsetmek istiyorum.

H1; 42 yaşında erkek. Unvanı; Yardımcı Doçent. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 7 bin lira. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. Kendini geliştirmeye çalışan bir insana benziyordu ki Moleküler Biyoloji Genetikte yüksek lisansa başlamasının bunun bir göstergesi olduğunu düşünüyorum. H1, kliniğe sırt çantasıyla geldi, saçları kulaklarına kadar gelebilecek uzunlukta ve saç başı biraz dağılmıştı. Bir sınava hazırlandığını söyledi, yorgun görünüyordu. Gömlek ve pantolon giymeyi tercih etmişti ama geldikten hemen sonra beyaz önlüğünü de giymişti. Kendisiyle özel olmayan hastanenin kampüsünün içinde ama hastanenin ana bölümünden ayrı bir yerde bulunan Onkoloji Kliniğindeki odasında görüştük. Görüşmemiz kapı açık şekilde gerçekleşti. Görüşmemiz sırasında bir hasta geldi. Kibar bir şekilde onunla daha sonra görüşeceğini söyledi. Annesi öğretmenmiş, babasından bahsetmemeyi seçti. Anladığım kadarıyla, çocukluk yılları maddi açıdan pek de rahat geçmemiş ama yine de meslek olarak gelirinin iyi olmasından ziyade insanları sevdiği ve onlara yardım etmek istediği için hekim olmayı seçtiğini belirtti.

H1, kendisini pozitif bilimci olarak tanımlamakta ve geleneksel tıbbi kabul etmemekte. Bunun yerine, tamamlayıcı tıp denilmesini uygun bulmakta. Tamamlayıcı tıbbi kullandığını belirtti. H1'in ses tonu yumuşaktı. Yardımsever ve nazik bir insan gibi görünüyordu. Hastalarına karşı tavırlarının da o şekilde olduğunu gözlemledim. Yorgun görünmesine rağmen zaman ayırıp sorularımı samimiyetle yanıtladığına inanıyorum.

H2; 42 yaşında erkek. Unvanı; Doçent. Özel hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 10 bin lira. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. Ön görüşme yaptığım tek hekim bu oldu, ben görüşme yapmak için gittiğimi zannediyordum ama oraya gittiğimde kendisi görüşme formuna bakmak için beni çağırdığını, daha sonra müsait olduğu bir zamanda gelmem gerektiğini söylediğinde biraz şaşırdım. Hatta "*öğrenci gelip hocanın kapısında bekler, sen de sabahtan gel akşama kadar bekle*" diyerek kendince espri yaptı. Ön görüşme yaptığımızda hekimin bana bir hasta gibi yaklaştığını gözlemledim. Önündeki kâğıda sanki bir hastalığın belirtilerini yazarmışçasına görüşme formumda yer alan, ona sormak istediğim şeylerden bazılarını, araştırma konumun neyle ilgili olduğunu yazdı. Ön görüşmeden yaklaşık

bir hafta sonra müsait bir zamanında gittim ve kendisiyle özel bir hastanenin yeni açılmış olan Onkoloji Birimindeki odasında görüşme gerçekleştirdik. Kafasında bir sürü düşünce varmış gibi görünen ve hızlı konuşan bir insandı. Mavi renkte cerrahi takım giymeyi tercih etmişti. Görüşmek için gittiğim gün de aslında çok uygun değilmiş, arabası servisteymiş ve kapanma saatine kadar gidip alması gerekiyormuş bu yüzden çok az vaktinin olduğunu söyledi. Dolayısıyla, ben de stres oldum ama öyle ya da böyle on beş dakika içerisinde görüşmeyi yaptık. Görüşme umduğumdan kısa sürmüş olsa da araştırmam açısından verimli sonuçlar alabildiğimi düşünüyorum. H2'nin çocukken ekonomik durumu çok kötüymüş ki bundan fazla bahsetmek istemedi. Annesi ev hanımı, babası ise işçiymiş. Tıbbi seçme nedeni lisede çok başarılı olunca herkesin tıba gitmesini teşvik etmesinden ötürüymüş. Bu noktada H1 ile H2 arasında bir ayrım olduğunu görebiliyoruz. H1'in de ekonomik durumunun fazla iyi olmamasına rağmen insanlara yardım etmek için tıbbi seçmiş olduğunu göz önünde bulundurursak, H2 öğrencilik hayatı başarılı olduğu için tıbbi seçtiğini söylemiştir. Dolayısıyla burada, H1'de daha refleksif bir düşünüş varken, H2'de bunun yerini daha pratik bir düşünüşün aldığını görmekteyiz. Burada belirleyici olan unsurun, anne-baba meslekleri olduğu söylenebilir çünkü H1'in annesi öğretmenken, H2'nin annesinin ev hanımı, babasının ise işçi olduğu görülmektedir. H2, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamakta, sadece gıda takviyesi olsun diye zerdeçal ve bazı vitamin desteklerini öneriyor.

H3; 50 yaşında erkek. Unvanı; Profesör. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 20-25 bin civarı. Hacettepe Tıp Fakültesi mezunu. O gün, gömlek ve pantolon giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlük de vardı. Kendisiyle özel olmayan hastanenin kampüsünde yer alan bir binada kendine ait olan odada görüşme gerçekleştirdik. İçeride doktora öğrencisi olduğu için epey beklemek zorunda kaldım. Hatta bu nedenle, aynı hastanede görüşeceğim diğer hekim ile ayarladığımız saat de aksamış oldu. H3 ile yaptığım görüşme, en uzun süren görüşmem oldu. 1 saat kadar sürdüğünü söyleyebilirim. Yardımcı olmak istediği çok belliydi, konuşurken beni de konuşmanın içine katmaya çabaladığı oldu yani görüşmemizi sohbete çevirmeye çalıştı. Görüşmemiz esnasında telefonu çaldı, arayan kişiye “şu anda röportaj yapıyorum, daha sonra konuşalım” dedi. Bu hekimin babası memur, annesi ise ev

hanımıymış. Yine de ekonomik anlamda çok ciddi sıkıntılar yaşadıklarını söyledi çünkü babası aldığı maaşın bir kısmını ailesine gönderiyormuş. H3'ü hekim olmaya iten sebepleri sorduğumda hekimliğin çocukluktan bilinçaltına yerleşen bir şey olduğunu ve hekim olup fakirlere bakma isteğinden bahsetmiştir. Bu durum, gelişmiş bir sağduyunun ve belki de aile tarafından söz konusu mesleğin övüldüğünü göstermektedir. Hekim, yaşı ilerledikçe değişik şeylere ilgi duymuştur ama ailenin ve çevrenin de desteğiyle ilk ve tek tercih olarak tıbbı yazmıştır. Bunda hem kendisinin hem de çevresinin maddi kaygıları başat rol oynamış gibi görünüyor çünkü tek tercih yaparak tıp fakültesine giren bir insan, tesadüfen tıp kazanmış olamaz diye düşünüyorum. Bu hekim ile yaptığım görüşmede en dikkat çeken unsurlardan biri kurduğu şu cümle oldu:

Bu uzmanlık düzeyini bitiren devlet hastanesindeki bir uzmanım şu anda on beş bin lira ve üzerinde para kazanabiliyor, bir. İkincisi, özel sektöre geçtiğinde şu anda özel sektörde hiçbir akademik titri olmayan yani doçent profesör olmayan bir uzman, minimum kırk bin lira kazanıyor, aylık.

H3'ün söylediği bu cümle, hem H2'nin hem H9'un –ki ikisi de özel hastanede çalışmaktadır– aylık gelir verisini yalanlamaktadır (belki döner sermaye gibi ek ödemeler ile çıplak maaş arasında da fark olabilir) ama tabii ki benim derdim, kimin doğru söyleyip söylemediğini bulmak değil topladığım verileri yorumlamaktır. Lakin şayet H3'ün verisi doğruysa, özel ile özel olmayan hastane arasında ciddi bir gelir yahut kazanç ayrımının olduğu görülmektedir. H3, geleneksel tıp uygulamalarına başvurmuyor ama başvurursam çok para kazanabilirdim diyor. Öte yandan H3'ün bilimin keşfetmediği bir şeyin kalmadığını iddia etmesine karşılık, geleneksel tıptan bir fayda sağlansa onu uygulayabileceği görülüyor.

H4; 48 yaşında erkek. Unvanı; Profesör. Özel olmayan hastanede, H3 ile aynı birimde çalışıyor. Aylık geliri, 10 bin liranın üstünde. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. Bu hekimin konuşma hızı yavaştı ama çok sessiz konuşuyordu. O gün, gömlek ve pantolon giymeyi tercih etmişti, gözlüklüydü. Kendisiyle katıldığı bir toplantıdan sonra özel olmayan hastane kampüsünün içinde, odasının bulunduğu binaya yakın bir kafeteryada görüşmeyi gerçekleştirdik. Hem H4'ün sessiz konuşmasından hem de dış seslerden ötürü bu görüşmeyi yazıya geçirirken oldukça zorlandım ve epey çaba harcadım. Ailesi öğretmenmiş, ekonomik açıdan durumları

göreceli olarak diğer insanlara göre daha iyiymiş lakin kardeşi de tıpta okuduğu için biraz zorlanmışlar. Bu hekim de mühendis olmak istemiş ama anne ve babasının etkisiyle tıba yönelmiş. Söz konusu görüşmede en dikkat çekici noktalardan birinin, H4'ün yaptığı “hekimliğin ruhu” vurgusu olduğunu düşünüyorum. H4, hekimliğin ruhunun öldüğünü düşündüğünü söyledi. İleride bu söz ile ne kast ettiğini değerlendirecek olsam da, burada kısaca kendisinin anlatmak istediğini şu şekilde açıklayabilirim; performans sistemi ile hekimlik mesleği sadece niceliksel boyutu ile ele alınmak zorunda bırakılmakta ve bu durum da hekimleri maddiyat bazlı düşünmeye zorlamaktadır. Esasında H4, ameliyata girmeye karar vermeyi ya da vermemeyi, alacakları performans puanına göre değerlendiren hekimlerin hastaya puan olarak bakmasını ve bu bağlamda da buna sebep sağlık otoritelerini eleştirmektedir. H4, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tedavi uygulamalarına başvurmuyor ve hatta onları saçma sapan olarak değerlendiriyor. Görüşmemiz bittikten sonra bana meme kanserinin geç evresinde gelen yahut geleneksel tıp kullanan hastaların göğüslerinin fotoğraflarını gösterdi, fotoğraflar ürkütücü görünüyordu. Sanırım bu şekilde, geleneksel tıbbın yanlış kullanımında ne tür sonuçlar doğurabileceğini kanıtlamaya çalıştı.

H5; 38 yaşında kadın. Unvanı; Uzman. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 9 ila 10 bin lira arasında değişiyor. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. Annesi bankada müdür yardımcısı, babası ise bir fabrika metalürji mühendisi olarak çalışıyormuş. Ekonomik durumlarının iyi olduğunu ve çocukluğunun da iyi geçtiğini söyledi. O gün, bluz ve pantolon giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlüğü de vardı. Saçları kısaydı. Kendisiyle özel olmayan hastanenin ana bölümünden ayrı bir konumda bulunan Onkoloji Kliniğindeki odasında görüştük. H5'in tıbbi tercih etmesindeki en büyük etken, annesi; başka bir etken ise bahsi geçen mesleğin o zamanlar sahip olduğu itibarmış. H5 ile görüşme formundaki 9. soruda (Bu meslekteki performans değerlendirilmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?) geçen “performans” kavramı ile ilgili bir anlaşmazlık yaşadık. Hekim bu kavramı, fiziki performans mı yoksa çalışma performansı mı diye sorguladı. Ben açıklamaya çalıştım ama sanırım yetersiz kaldı, o yüzden soruyu iki türlü de açıkladı. H5 ile görüşmemizdeki en dikkat çeken noktalardan birisinin; 19. soruya (Tıpla ilgili uzmanlık dallarını bütünsel anlamda düşündüğünüzde, tıp öğrencilerinin tıp etiği

alanında uzmanlaşmaları konusunda ne düşünüyorsunuz?) verdiği cevapta olduğunu düşünüyorum. Söz konusu cevap: “...[Z]aten fakülteden çıktıktan sonra ömrümüzün büyük bir kısmında zaten bu ne yapmak istiyorsanız o konuda çok vakit harcayarak gidiyorsunuz ama mesela fakülteden mezun olduktan sonra kimse dönüp de deontoloji ya da tıp etiğine dönüp bakmaz. O yüzden bunu öğreneceğimiz yer fakültedir diye düşünüyorum.” Yani H5, etik meselesinin sadece fakültede öğrenilmesinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Bu bağlamda, söz konusu meseleye pratik bir anlam yüklediği açıktır. H5, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır ama geleneksel tedavi yöntemlerinin belki tamamlayıcı olabileceğini düşünmektedir. Onun için önemli olan nokta, geleneksel tedavi yöntemlerinin kendi tedavisini sekteye uğratmaması ve hastaya bir zarar vermemesi olarak karşımızı çıkmaktadır.

H6; 39 yaşında kadın. Unvanı; Uzman. Özel olmayan hastanede, H5 ile aynı birimde çalışıyor. Hatta odaları yan yana ve sanırım birbirlerine iş arkadaşı olmanın ötesinde de bir yakınlıkları var. Aylık geliri, 14 bin lira. Ankara Tıp Fakültesi mezunu. Annesi de babası da öğretmen. Ekonomik durumlarının orta halli, iyi olduğunu söyledi ve çocukluğunun güzel geçtiğini belirtti. O gün, gömlek ve pantolon giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlüğü de vardı. Saçları uzundu ama saçlarını atkuyruğu yapmıştı. Kendisiyle özel olmayan hastanenin ana bölümünden ayrı bir konumda bulunan Onkoloji Kliniğindeki odasında görüştük. Bu hekimin tıp okumak istemesinin sebebi, doktorları sevmesi ve hastanelere özenmesiymiş, hekim olmak çocukluk hayalimiş. H6, geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamakta, buna gerekçe olarak da geleneksel tedavi yöntemleri ile ilgili çalışmaların olmamasını göstermektedir.

H7; 42 yaşında kadın. Unvanı; Doçent. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 8 bin civarı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. O gün, bluz ve uzun bir etek giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlüğü de vardı, gözlüklüydü. Saçları uzun, dalgalıydı ve saçlarını açık bırakmıştı. Kendisiyle özel olmayan hastanenin ana kampüsünden ayrı bir konumda bulunan Onkoloji Kliniğindeki odasında görüştük. Görüşmeye başladığımız ilk zamanlarda durgun bir hali vardı, belki yorgundu. Sonradan kendine gelmeye başladı. Görüştüğümüz esnada odasında hep klasik müzik

çaldı. Odasında bitki bulunduran tek hekim olduğunu söyleyebilirim, masasının arkasında birkaç tane saksı vardı. Annesi öğretmen, babası ise avukatmış. Annesi de babası da çalıştığı için çocukluğunun iyi geçtiğini belirtti. H7, tıbbi seçmesini iki nedene bağladı; bunlardan ilki çevrenin yönlendirmesi, ikincisi ise başarılı bir öğrenci olmasıydı. Bu hekim de kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır lakin geleneksel tedavi pratiklerinin etkili olabileceğini düşündüğü zamanlar ve kişiler bulunmaktadır. Fakat bunları uygulamak için tıbbi onkolog olmak ve bu işin eğitiminin alınmasının gerektiğini düşünmektedir. Öte yandan reiki, yoga gibi geleneksel tıp olarak değerlendirdiği uygulamalara kendi hayatında başvurduğunu da dile getirmiştir.

H8; 40 yaşında erkek. Unvanı; Uzman. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 12 bin civarı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. O gün, gömlek ve pantolon giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlüğü de vardı. Kendisiyle özel olmayan hastanenin birkaç bölümünden birinde bulunan odasında görüştük. Odası, kemoterapi ünitesinin karşısında bulunuyordu. Ailesinin çiftçi olduğunu ve orta gelirli bir ailede büyüdüğünü söyledi. H8, tıbbi seçmesini iki nedene bağladı; bunlardan ilki iyi bir gelirin olması, ikincisi ise mesleğin toplumdaki saygınlığıydı. H8 de aslında geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır ama tedavi olup olmadığı konusunda şüpheli olmakla birlikte, hastalarında görülen bir yan etki için hastalarının el ve ayaklarına kına yakmalarını önermektedir.

H9; 39 yaşında kadın. Unvanı; Doçent. Özel hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 8 bin lira. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. O gün, bluz ve dizlerine kadar gelen bir kalem etek giymeyi tercih etmişti, üstünde beyaz önlüğü de vardı. Kendisiyle özel hastanedeki odasında görüştük. Orta halli bir ailede büyüdüğünü, babasının asker olduğunu ve çocukluğunu iyi hatırladığını söyledi. H9, kendisinden 9-10 yaş büyük ablasını örnek aldığını ve o hekim olduğu için kendisinin de hekim olmayı tercih ettiğini belirtti. H9, geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır ama örneğin, akupunkturun ağrı tedavisinde kullanılabileceğini, fitoterapinin ise fazla kanıtının olmadığını söylemiştir. Bunun yanı sıra 17. soruya (Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak size hasta talebi olarak geliyor mu? Geldiği zaman, nasıl bir tepki verirsiniz?) karşılık kendisinin şöyle bir ifadesi de olmuştur: “*Bir iki de hani*

güvendiğimiz hani böyle hoca gibi hani onlardan da isterseniz görüş alın diyorum onkoloji hocası olup da kemoterapiyi yadsımayıp yanında bu tür tedavileri kullanan hocalar var. Onlara hani istiyorsanız gidebilirsiniz diyorum.”

Görüşme sonunda hekimlere bazı sorular sorma ihtiyacı hissetmişim. “Fitoterapi uygulayan onkolog var mı, varsa kim” sorusu bunlardan birisiydi. Onkologlar bu sorumu üstü kapalı bir şekilde geçiştirmeyi tercih ettiler. Sanırım bunun sebebi, ya söz konusu hekimleri şarlatan kabul etmeleri idi ya da o hekimlerin uyguladıkları tedaviye şüpheyle yaklaşmalarıydı. Bu hekimin, onları hoca olarak kabul etmesinin, uyguladıkları tedaviye olumlu yaklaşmasından ötürü olduğunu düşünüyorum. Bu görüşmem de H2 ile olan görüşmem gibi 15 dakika civarında sürdü. Fazla konuşmak istememelerinin, içinde buldukları kurumdan dolayı olduğunu düşünüyorum.

H10; 40 yaşında erkek. Unvanı; Uzman. Özel olmayan hastanede çalışıyor. Aylık geliri, 10 bin lira. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. O gün, tişört ve pantolon giymeyi tercih etmişti, beyaz önlük giymemişti, hava çok sıcak olduğu için giymemiş olma ihtimali yüksek diye düşünüyorum. Kendisiyle özel olmayan hastanedeki odasında görüştük. Orta halli bir ailede büyüdüğünü, tek memur maaşıyla geçindiklerini ama rahat bir çocukluk geçirdiğini söyledi. H10, annesinin isteğiyle tıp yazdığını belirtti ve tıp okumasını biraz da tesadüf olarak yorumlamakta. Bu hekim, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır ama şöyle bir ifadesi de olmuştur: *“Ben başvurmuyorum. Şöyle yani bazen öneride bulunduğum oluyor hani o da nasıl? İlaçla çaresiz kaldığım durumlar için akupunktur olsun onun dışında başka işte inançla ilgili olsun veya işte bu hacamat uygulamaları süllük uygulamaları hani bunlar için böyle önerdiğim hasta oldu ama çok nadir.”* Yani geleneksel tıbbı kendi uygulamamaktadır lakin söz konusu pratiklere tamamen karşıt bir duruşu da yoktur. Bunun yanı sıra, geleneksel tıp uygulamalarına belki çok geniş anlamda olmasa da kendi kişisel hayatında da yer vermektedir.

Hazırladığım görüşme formu, dört temel kısımdan oluşmaktadır. Bu kısımlardan ilki; “kimlik bilgileri”, ikincisi; “hekim olmak”, üçüncüsü; “geleneksel-modern tıp ikiliği”, dördüncüsü ise “tıp etiği”. Görüşme formu, toplamda 23 soru içermektedir; ilk kısım hariç diğer kısımlarda her soru, kendi içerisinde sondasını barındırmaktadır.

Bunun dışında görüşme formu ile ilgili belirtmem gereken husus, “geleneksel-modern tıp ikiliği” kısmındaki 13. sorudan 17. soruya kadar, 12. soru (Kendi tedavi pratiğinizde geleneksel tıp uygulamalarına başvurur musunuz?) ile bağlantılı olarak “Başvururum diyenler” ve “Başvurmam diyenler” şeklinde bir ayırım yapmış olmamdır. Görüşme formundaki açık uçlu soruları hazırlarken doğrudan araştırma sorularından yararlandığım bir kaynak olmadı, bunun yerine yaptığım literatür taramasındaki kavramlardan yararlanarak sorularımı kendim oluşturdum.

Gittiğim hastaneler elbette ki gerek içsel gerek dışsal olarak ve hem de oraya başvuran hastalar açısından farklılık göstermekteydi. Bu nedenle, orada hekimleri beklemek için bulunduğum süreçte mümkün olduğunca etnografik gözlem yapmaya çalıştım. Bu etnografik gözlemlerde, Onkoloji Kliniklerindeki bekleme salonlarındaki hastaların etkileşimlerini ve yüz ifadelerini gözlemledim.

Sonuç olarak, yaptığım görüşmeler neticesinde elde ettiğim veriler ve buna ek olarak veri toplama tekniğime yardımcı olması amacıyla yaptığım etnografik gözlemlerden topladığım destek veriler ışığında, formelleşme sürecinin hekimleri nasıl etkilediğini ve bu bağlamda hekim tipolojilerinin varlığından söz edilip edilemeyeceğini, ayrıca bahsi geçen süreç ile geleneksel-modern tıp ikiliği arasında nasıl bir bağ olabileceğini anlamaya çalıştım.

Mekânsal Tasvir

Bu kısımda da özel ve özel olmayan hastane şeklinde bir ayırım yapacağım. İlk, özel hastanelerin daha aydınlık olduğunu söylemenin mümkün olduğu kanaatindeyim. Özel hastanede çalışan iki hekimle görüşebildim ve bu bağlamda bahsi geçen hastanelerin genel olarak daha temiz görüldüğünü –bunu öyle olduğunu bildiğim yahut temizlik aşamasına şahit olduğum için değil, görüntü itibarıyla söylüyorum–, aydınlatma ve klima sistemlerinin özel olmayan hastanelere göre, görece daha iyi olduğunu söyleyebilirim. Özellikle de şehir popülasyonunun artışı oranında, “özel” kelimesi kendini gerek biçimsel gerek anlamsal olarak daha da fazla hissettiriyor, hem hastanenin büyüklüğü hem de hastanedeki yapılanma daha farklı bir hal alıyor. Örneğin, popülasyonu daha fazla olan şehirde gittiğim özel hastanede, diğer gittiğim özel hastanedekine göre sekreterler için ayrılmış bölüm daha büyüktü

ve galiba bu büyüklük ile bağlantılı olarak orada hekim ile öteki yani hasta arasındaki ayırım hem yok gibi hem de uçurum kadardı. Orada da her zaman olduğu gibi epey beklemek zorunda kaldım, hastalar içeriye genelde aileleriyle birlikte yani en az bir ya da iki yakınlarıyla birlikte giriyorlardı. Daha sonradan görüştüğüm hekimden (H9) öğrendiğime göre, o gün kanser teşhisi konup, bunu ilk defa öğrenmeye gelen birkaç tane hastayla görüşmüş ve bu nedenle o kadar beklemek zorunda kalmışım. Ben oradayken beş kişilik bir aile topyekûn içeriye girmişti, sonra içeriden çıktılar. Hepsinin içeriden çıktığını zannettim ve kapıyı çalıp hekime geldiğimi haber vermek istedim. Masanın olduğu bölümün arkasında duran sekreteri bir anda “böyle giremezsiniz, böyle yapamazsınız” diye bağırmaya başladı. Kendimi anlatmaya bile vakit bulamadım çünkü sürekli lafımı kesti. Dolayısıyla, orada beklemeye devam ettim. Ne vakitten sonra hekimle görüşebildim, lakin özel hastanelere has bir durum olup olmadığı tam olarak anlayamasam da daha önceki özel hastanede yaptığım görüşme gibi bu da on beş dakika sürdü. Yaptığım iki görüşmede de cevaplar fazla detaylı değildi. Popülasyonu az olan ildeki özel hastanedeki Onkoloji Birimi, hastanenin kuruluş tarihinden daha sonra açılan bir yer ve hastanenin ana binasının hemen yanında yer almakta. H2'nin odasının önünde ayrı bir sekreter masası bulunmakla birlikte, H2'nin ayrıca özel sekreteri de bulunmakta ve özel sekreteri H2'nin odasında görev yapmakta. Öte yandan, özel hastanede çalışan hekimlerin odalarının özel olmayan hastanede çalışan hekimlerin odalarına göre daha büyük olduğunu söylemek mümkün.

Özel olmayan hastanelerde, özellikle de H8'in çalıştığı hastanede çok kasvetli bir ortam olduğunu söyleyebilirim. H1'in görev yaptığı yer, hastaneden ayrı bir Onkoloji Kliniği idi ve odasının hemen karşısında kemoterapi ünitesi yer almaktaydı fakat daha sonra hastaneye başka bir iş için gittiğimde kendisinin hastanenin ana binasında da odasının olduğunu gördüm. H1'in Onkoloji Kliniği'ndeki odasında bir masa, masanın üstünde de bir bilgisayar vardı. Bu odada uyumaya müsait bir kanepenin olması dikkatimi çekmişti, hatta kimi zaman hekimin eve gidemeyip orada uyuduğunu düşünmüştüm. Onkoloji Kliniği'nin soğuk olduğunu ve üşüdüğümü hatırlıyorum. H1'in Onkoloji Kliniği'ndeki odasının hemen karşısında Kemoterapi ünitesi yer almaktaydı. H1'i beklerken oraya 70-75 yaşlarında bir erkek gelmişti ve

orada bulunduğu müddetçe ağzını açıp tek bir kelime bile etmedi, hatta girişin biraz ilerisinde masası bulunan sekreterle bile konuşmadı diyebilirim.

H3 ve H4'ün görev yaptığı özel olmayan hastanedeki odaları, hastanenin ana binasının hemen karşısındaydı. H3'ün odasına uzun bir koridordan geçip girmiştim, odası aydınlıktı ama hastaların beklediği koridorun fazlasıyla aydınlık olduğunu söyleyemem. Hastanenin bu bölümü çok sessizdi. Hastanenin kemoterapi ünitesi Onkologların odalarına uzak bir yerdeydi. Önce yanlışlıkla oraya gitmiştim sonra hastanedeki görevlilere sorarak hekimin odasını bulabildim. Bunun yanı sıra Onkoloji Kliniği denilen yer, hastanenin ana binasında yer almaktaydı. H3'ün odasında bir masa, masanın üstünde de bilgisayar vardı, son derece sade bir odaydı. H4 ile kampüsün içindeki kafeteryada konuştuğumuz için onun odası ile ilgili söyleyebileceğim bir şey yok. Kemoterapi ünitesi çok büyüktü ve orada bir sekreter masası bulunuyordu ama bunun dışında H3 ile H4'ün odalarında sekreter yoktu.

H5 ve H6'nın görev yaptığı özel olmayan hastanedeki Onkoloji Kliniği, hastanenin ana binasından ayrı bir yerde yer almaktaydı. H5 ve H6'nın odaları yan yanaydı. Odalarının hemen karşısında bekleme salonu yer alıyordu ve burası da karanlıktı ama hekimlerin odaları aydınlıktı –böylelikle hekim ile ilgili, karanlıktan aydınlığa yani sanki hastalık durumundan çıkıp sağlığını tekrar kazanmaya geçişin umudu gibi bir izlenim veriyor olabilirler–. İkisinin de odalarında kendi özel sekreterleri vardı. Odaları fazla büyük değildi ama küçük de değildi, masalarında bilgisayarları vardı. Hastalar arasında iletişim yoktu, bekleme salonu oldukça sessizdi.

H7'nin görev yaptığı özel olmayan hastanedeki Onkoloji Kliniği, hastanenin ana binasından ayrı bir yerde fakat kampüs girişinin hemen solundaki modern görünlü bir yapıda yer almaktaydı. Lakin yapının içine girdikten sonra aynı modern görüntünün devam ettiğini söylememin mümkün olmadığı kanaatindeyim. H7'nin çalışma arkadaşları ile odası aynı koridorda yan yana bulunmaktaydı. Buradaki bekleme salonu iki ayrı bölüm şeklindeydi. Bir otomatik kapı ile ayrılmış içerideki kısım vardı, bir de odaların karşısında yani koridorda bulunan bekleme yeri vardı. Ben önce içeride bekledim, daha sonra H7'nin odasının karşısındaki yere geçmiştim. Bu hastanede koridordaki bekleme yeri aydınlıktı çünkü koridorun bir duvarında hep pencereler vardı ama bahsettiğim öteki bekleme yeri buraya göre karanlıktı

diyebilirim. H7'nin odasında diğer hekimlerin aksine, bir sürü bitki olması dikkatimi çekmişti. Onun da masasında bir bilgisayar vardı ama özel sekreteri yoktu ya da belki ben göremedim. Otomatik kapıdan geçerek gidilen bekleme salonunun hemen sol başında sekreterlerin durduğu bir masa yer almaktaydı. Buradaki hastalar birbirleriyle fazla iletişime geçmiyorlardı ama hem genç olup hem de kanser hastası olduğunu anladığım kişilerin stresli olduklarını sezebildim.

H8'in görev yaptığı özel olmayan hastane birkaç binadan oluşmaktaydı ve Onkolog olan H8'in odası, bu binaların bir tanesinde, kemoterapi ünitesinin hemen karşısında bulunmaktaydı. Hastane, Onkoloji için ayrı bir birim oluşturmamış ve H8'i Dahiliye bölümünün hekimi olarak göstermekte. H8'in odasında da bir masa ve masanın üstünde bir bilgisayar vardı. Hastanede birçok pencere olmasına karşın, özellikle de hastaların hekimin odasına çağrılmak için beklediği yer çok karanlıktı ama hekimin odası o kadar karanlık değildi. Odası öteki hekimlerin odalarına göre daha küçüktü. H8'in sekreteri odanın hemen önünde bulunan, ona ayrılmış küçük bir bölümde çalışıyordu. Buradaki hastalar, yakınları hariç kimseyle konuşmuyorlardı hatta özellikle de yaşlı hastalar yakınlarıyla bile fazla iletişime geçmiyorlardı, hayattan bezmiş bir halleri vardı.

H10'un görev yaptığı özel olmayan hastanede, H10'un odası hastanenin ana binasında yer almaktaydı. Odasında bir masa ve masasının üstünde bir bilgisayar vardı. Söz konusu hastanede, Onkoloji Kliniği olarak ayrı bir yer yoktu ve sanırım bundan ötürü hekim beklediğim yer çok sessiz değildi ama bunun sebebi beklediğim yerin yemekhaneye yakınlığı da olabilir. Kanser hastası olduğunu anladığım kişiler sessizdi, belki konuşmaya bile halleri yoktu. Özel olmayan hastanelerin ortak özelliği gibi görünen, bekleme yerinin karanlık olması burada da söz konusuydu. H10'un özel sekreteri yoktu ya da belki ben göremedim. Daha önce hiçbir hastanenin çevresinde görmediğim bir durum olarak, bu hastanenin hemen yakınında bulunan metal çöp konteynerlerinin ağzına kadar dolu vaziyette olması bir tarafa, çöplerin sağa sola taşmış durumda olmasını sadece burada gözlemledim. Bunların dışında ek bilgi olarak, özel sekreteri olan bütün hekimlerin sekreterlerinin kadın olması dikkatimi çeken unsurlardan biri olmuştur.

2.2. Onkolog Olmak

2.2.1. Öznel Deneyim

Bu bölümde, onkologları hekim olmaya iten sebepleri, onkologların öznel olarak hekim olmayı nasıl konumlandıklarını, yine onkologlar açısından hastaların onlara neden güvendiklerini inceleyeceğim.

Görüştüğüm kişilerin tıp fakültesine yönelme sebeplerinde, ilk olarak aile ve özellikle de anne etkisi ve bununla ilişkili olarak mesleğin sahip olduğu itibar –ki bana kalırsa bu, annelerin çocuklarının hekim olmasını istemelerinde başat rol oynayan sebeplerden bir tanesidir–, ağır basmaktadır. Bu husus ile ilgili hekimler şöyle ifadeler kullanmıştır:

Aklımda yoktu ben Elektronik Mühendisi olmak istiyordum. Annem ve babamın etkisi ağırlıklı oldu. (H4)

Beni hekim olmaya iten annem oldu. (...) [T]ıp fakültesini tercih etmemdeki en büyük etken yüzde altmış-altmış beşlerde annemdir. Yüzde otuz-otuz beşlerde de bu mesleğin sahip olduğu, o zamanlar sahip olduğu itibardı. (H5)

Yani bu biraz tesadüf ama ailem oldu hani tercihlerimde annem için yani tıp fakültesi yazmıştım. (H10)

Bundan sonra ise çevrenin olumlu tepkileri ya da yönlendirmesi, insanlara yardım etme isteği, hekimleri sevme onlara özenme ya da ailesindeki bir hekimlik öyküsü, başarılı öğrencilik hayatı ve iyi bir gelir getirmesi gelmektedir.

Şimdi şöyle söyleyeyim. Aslında hayatımın değişik dönemlerinde değişik mesleklere ilgi duydum. Çocukluğumdan bilinçaltıma yerleşen bir şey var, işte ileride doktor olacağım fakirlere bakacağım falan diyordum. Hayat o kadar basit değil. Üniversite sınavlarına gireceğim yıllarda mühendisliğe ilgi duyuyordum çünkü belli bir yaratıcılığım söz konusu. Özellikle çeşitli şeyler geliştirebilen bir insanım. Mühendisliğe o yüzden daha yatkınım. Maket yapımına daha yatkın bir insanım ama ailem ilk tercih tıp yazmamı istedi. Bunun üzerine tek tercih ve ilk tercih yazdım. Dolayısıyla tesadüfen tıp fakültesine girdim. Kazandıktan sonra da toplumun olumlu tepkileri nedeniyle devam etmeyi düşündüm ve artık bu şeye girdim hani kaybedecek vaktim yok diye devam ettim ve oldukça da başarılı oldum. (H3)

Neden hekim oldum? Aslında ilkokul ve ortaokulda astronot olmak istiyordum ama daha sonra lisede gördüm ki hani ülkenin şartları astronot olmaya çok şey değil. Daha sonra herhangi bir yönlendirme olmaksızın lisede kendim seçtim eğitim almayı. İnsanları sevdiğim için insanlara yardımcı olmayı istediğim için seçtim, başka bir nedeni yok. (H1)

Doktorları seviyordum hastaneleri yani özeniyordum o şekilde başladı. (H6)

Valla en çok ablam oldu. Ablam benim benden dokuz-on yaş büyük. O tıp fakültesini kazanınca onu çok böyle o hep benim idolümdü. O yüzden ben de çok hekim olmak istedim. Böyle bir yönelme oldu yani hekim olmamdaki etken. (H9)

Yani şeyde lisede çok başarılı olunca sayısalcı olunca herkes tıba gidiyordu biz de oraya gittik. (H2)

Yani net bir şey söyleyemeyeceğim ama çevremın yönlendirmesi büyük ihtimalle. Kendi içimden de tabii iki seçenek var gibiydi, ya hukuk ya tıp. Başarılı bir öğrenciydim. Ben tıbbı tercih ettim. (H7)

Ya işte bir iyi gelirim olsun diye seçtim, ikincisi de saygın olduğunu bu saygınlığı işte toplumdaki saygınlığından dolayı seçtim. Bu iki neden. (H8)

İyi bir geliri olsun diye tıp fakültesini tercih eden H8'in annesi ve babası çiftçilik yapmıştır ya da yapmaktadır, bunun dışında iyi bir geliri olsun diye tıbbi tercih ettiğini söyleyen bir hekim olmamıştır. Hekimlerin aylık gelirleri unvanlarına göre farklılaşmakla birlikte, 7 bin lira ile 25 bin lira arasında değişim göstermektedir. Lakin H3'ün özel sektörde çalışan hekimlerin gelir aralığı olarak dile getirdiği rakamlar, özel hastanede görev yapmakta olan hekimlerin belirttiği aylık gelir ifadesinden farklı olduğu için kafa karıştırıcı bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır.

Mesleğin sahip olduğu itibar, diğer etkenlere kıyasla, ailelerin çocuklarını yönlendirmesinde baskın çıkmaktadır. Nitekim buna uygun olarak TÜİK'in yaptığı Mesleki İtibar Araştırmasında tıp doktoru olmak; cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi farklılıkları gözetmeksizin mesleki itibar skalasındaki sıralamada birinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2014). Öte yandan, öğretmen, avukat, mühendis gibi modernist mesleklerin taşıyıcısı olan anne ya da babaya sahip olan hekimlere bilim duygusu aşılınmış gibi görünmektedir ki H1, H4, H5, H6 ve H7'de bunu görebilmekteyiz.

2.2.2. Çalışma Koşulları

Bu başlık altında, hekimlerin performans değerlendirilmesi konusundaki düşünceleri, özelleşme ile birlikte gelen piyasalaşmanın hekimleri etkileri ve bununla ilintili olarak hekimler açısından tıbbın dönüşümünden bahsetmenin mümkün olup olmadığını inceleyeceğim. İlkini şunu söyleyebilirim ki; görüştüğüm hekimlerin neredeyse hiçbiri performans değerlendirilmesini tam olarak doğru bulmamaktadır. Tam olarak doğru bulmamaktan kastım, performans değerlendirilmesinin olması

gerektiğini düşünse de bunun uygulama ölçütünün yanlış olduğunu düşünen hekimlerin de olmasıdır. Hekimlerin yanıtlarından alıntılar yaparak devam etmek istiyorum.

*Kötü bir sistem. Yani hekimi hekime düşman eden defansif tıbbi * artıran belki aşırı şeyi teşhisi hani bazı şeylerde kitlelerde ya da diğer bazı hastalıklarda artıran etik dışı bir durum. (H1)*

Sağlık hizmetlerinin, niteliğinden ziyade niceliği ile ölçüldüğü günümüz sağlık sisteminin durumu ile H1'in söyledikleri çakışmaktadır hatta H1, aşırı teşhisi de performans değerlendirilmesi ile ilişkilendirmiştir. Öte yandan, performans değerlendirilmesi H2'nin aklına psikolojik yorgunluğu getirmiştir.

Ağır bir bölüm, ağır bir bölüm, baya ne derler? Psikolojik yorgunluk sendromu mu deniyor? Psikolojik... Tükenmişlik sendromu aynen. Tükenmişlik sendromunun en sık görüldüğü branşlardan bir tanesiyiz çünkü hep ölümlerle uğraşıyoruz hep hastaların kaç yıl yaşayacağı ne kadar yaşayacağı bunlarla uğraşıyoruz. Bazen saçlarımız bembeyaz oluyor bunları düşünmekten sıkıntılı. Sonuç olarak tıp bölümleri içerisinde strese ziyade ölümlerle iç içe yaşadığımız bir branş olduğu için hastaların psikolojik stresi baskısı bizde de aynısı oluyor ve stres bozukluğu sendromu yaşıyoruz açıkçası. Piyasa, piyasalaşma piyasalaşmadaki sorun şu oluyor. Yönetimi ve hastayı mutlu etmede daha fazla çaba gösterme. Bu oluyor. Yoksa onkoloji hastalarına bütün onkologlar çok güzel yaklaşıyorlar gerçekten. Hastayla bir aile ilişkisi kurmuş gibi oluyoruz. Belki diğer üniversitelerde devlette çok fazla hasta olduğu için bu ilişki zayıf olabiliyor ama özellerde bu ilişki biraz daha fazla çünkü yönetim ve hasta kaybının önüne geçmek için olabildiğinden daha ilgili olmak zorundasın. (H2)

Psikolojik yorgunluk ya da tükenmişlik sendromunun yanı sıra özel hastanede çalışan H2'nin yönetimi ve hastayı belki de gereğinden fazla memnun etme çabası, piyasalaşma ve elbette ki performans değerlendirilmesi ile ilgilidir. Fakat kendisi bunu esasında stresini arttıran bir faktör olarak öne çıkarmamış ve özel hastanede çalışıyor olması sebebiyle hastaları ile daha sağlam bir ilişki kurabildiğini dile getirmiştir. Gerçi hastalar ile ne kadar fazla ilişki kurulursa, onlar hayatlarını kaybettiklerinde yaşanan acı, ilişkinin niteliği bağlamında daha fazla olacaktır ve bu ikisi arasında bir çelişki olduğu da açıktır. H3 ise H1 ve H2'nin aksine performans değerlendirilmesini çok yönlü bir şekilde ele almaya çalışmış ve performans değerlendirilmesinin uygulanıp uygulanmamasından ziyade nasıl uygulandığına ya da uygulanması gerektiğine dikkat çekmiştir.

* Defansif Tıp: Hekimin, hastanın tanı ve tedavisine değil, kendi güvenliğine odaklanmasıdır.

Şimdi bu meslekte performans değerlendirilmesi... Şimdi performans değerlendirilmesi bütün dünyada yapılıyor. Bütün dünyada yapılıyor ama performansı ne gözle değerlendiriyorsun? Burada neyin performansını değerlendiriyorsun? Şimdi ben bizim mesleğimizin doktorluk, bizim mesleğimizin yönlerini bir ele alalım. Bir el becerisi vesaire gibi sanatsal yönü var mesela cerrahlarda daha ağırlıklı olan. Dahiliyecilerde de biraz daha ağır olabilecek olan bilimsel yönü var yani bir bilim adamlığı yönü var. Bir şifacılık yönü var hastayı tedavi etmeyle ilgili, mesleki yönü var. Bir ticari yönü var yani bunu para kazanma aracı olarak kullanmak. (...) Başka ne yönü vardır? Öğretmenlik yönü vardır. Çünkü bir de ben misal bir üniversite profesörü olarak yaptığım bir şey de öğrenci yetiştirmek. (...) Performans... Ne şekilde performans? Şimdi sadece hasta bakmaya bağlı performans bu devlet hastanelerinde olabilir. Ancak bu noktada suüstimalin önlenmesi gerekiyor. Şimdi doktorlara yeterince deontoloji dersi yani mesleki ahlak dersi veriliyor mu acaba? Yani belki en çok verilen gruptan biridir ama yeterince veriliyor mu? (...) Bu meslekteki ahlak, çok önemli bir noktadır ve her meslekte doktorlukta insan sağlığıyla daha fazla oynandığı için daha da önemli olabilir. O yüzden, bu performansı düzenlerken dikkatli bir düzenleme yapılması gerekiyor. Şimdi siz kalkıp da bir kişinin günde muayene edebileceği hasta sayısı belliyken bir hastayı en az dahiliyede yirmi dakika onkolojide yarım saat ayırmak lazım. Siz bunu düşünmeyip de iki dakikada bir hastaya bakacak şekilde performans uygulamasını sürdürürseniz o zaman ister istemez zaten kişiyi yanlışta sevk ediyor olabilirsiniz. Üniversitelerde kalkıp da öğrenci yetiştiren insanlara sadece hasta bakmak üzerinden maaş verirsiniz bu sefer öğrencilerin yetiştirilmeleri ister istemez ihmal edilebilir ve bunun sakıncalarını toplum çeker illaki. Onun için performans sisteminin doğru kurgulandığında doğru olduğunu düşünüyorum. Her şey ticari. Her şey ticari. Hiç kimse şu anda toplumda benim gördüğüm kadarıyla hangi meslek olursa olsun hangi mevki olursa olsun çıkarı olmadan hiç kimse bir insana iyilik yapmıyor. Çok az iyi insan gördüm açıkçası hayatımda. Karşılıksız iyilik yapan çok az iyi insan tanıyorum öyle söyleyeyim size. (...) İnsan yapısı biraz sıkıntılıdır yani insan, kendi menfaatlerine göre hareket eder. Bir adaya insanları aç karnına bırakıp da bir yemek paylaşımına zorladığınızda neler olduğunu görebiliyorsunuz. Sörvayvır (Survivor) diye bir program var, seyredenlere hakaret ediyorlar ama bence herkesin izlemesi lazım oraya kariyerli insanlar gidiyor ve neye dönüşüyorlar? (...) (H3)

H3, insan doğasının ahlaki açıdan yoksun olduğunu dile getirmiş ve insanın çıkarıcılığını vurgulamıştır. Bunun yanı sıra, performans değerlendirilmesi sebebiyle insan hayatı ile oynandığını bizzat dile getirmiştir, bunu da meslek ahlakı yani deontoloji ile bağdaştırmıştır. H4 ise performans değerlendirilmesinin hekimliğin ruhunu öldürdüğünden bahsetmiştir. Hatta ‘hekimliğin ruhunun ölmesi’ deyişi, o kadar ilgimi çekti ki görüşmemizin sonlarına doğru kendisinden bu kavramı biraz daha açmasını istedim. Alıntıda iki sorunun birleştirilmiş hali yer almaktadır.

Ben hekimliğin ruhunu öldürdüğünü düşünüyorum. Yani işi hasta bazlı yaklaşımdan puan ve para bazlı yaklaşıma doğru çekti. Bir yandan da ne

kadar ekmek o kadar köfte durumuna getirdi. Bu da hekim davranışlarını genel olarak değiştirdi ister istemez doğal olarak. Tabii amaçları farklı olabilir. Herkesi aktif çalıştırmak açısından etkili olmuş olabilir ama gereksiz ve aşırı işlerin olmasını da sağladı. Çok olumlu... Şu haliyle çok olumlu gittiğini düşünmüyorum. Eskiden bazı kişiler çok çalışmazdı kenarda otururdu. Bazı kişiler işi alır vicdani etiği konusunu öne sürer, sakın ölçülerde işi götürmeye çalışırlardı. İş para boyutuna dönüştürüldü performansla. Hasta geldiği zaman, hekim... Hekimler de bir insan. Geçinmek zorundalar, çocukları var. Çocukları okullara gidiyor. İş parasal boyuta getirdiğimiz zaman, bu parasal düzenlemeyi ayarlayan sağlık otoriteleri. Bir doğuma verilen parayla zarar ediyor mesela kadın doğumcular. Anlatabiliyor muyum? Bunu belirleyen kadın doğumcu değil. Sege (SGK diyecekti sanırım) mesela sağlık otoritesi ve bu da gelir girdi hesabına göre yaptığı bir şey ve bunun sonucunda hastalıklara karşı, emeğe karşı verilen ücret uygulama puanla hekimin beklentisi uyuşmayabiliyor. Bu durumda da farklı davranış değişiklikleri ortaya çıkıyor. Çok zorlu bir ameliyat yapmaktansa daha kolay bir ameliyat yapıp puanı daha yüksek bir ameliyatla hani puanları tutmaya çalışabiliyorlar. Hasta, bir hasta gözünden ziyade bir puan gözüne dönmüş durumda. Kâr-zarar hesabı yapılıyor. Kullandığımız malzemeler, ilaçlar hasta yatış çıkışlarındaki gelir gider hesapları hekimden soruluyor. Zarar ve kimi zaman hekim sorguluyor. Bu da yaptıkları işleri gözden geçirmelerine neden oluyor. Yoğun bakımda bir hasta var, Albümini düşük. Albümin verince segeka (SGK) parayı ödemiyor. Niye ödemediği belli değil. Şimdi ödemediği için hastane zarar ediyor. Yoğun bakımda Albümini düşük bir hastaya hekim, Albümin vereyim mi vermeyeyim mi kaygısına giriyor. Şu ana kadar olmadı, veriyoruz. Zarar ettiğimizi bile bile veriyoruz. Ama bunu ayarlayan hekim değil. Ama bunun bu sonuçlarından zarar gören hem hastaneler hem hekim davranışları. Yani dokuz saatlik bir ameliyatın puanı iki bin ise... Tamam mı? Bu ameliyattan sonra doktorun fış çıkıyorsa ve sürekli bu ameliyat zorlayıcı bu ameliyatı yapmak da yoruyor hekimi. Onun yerine yarım saat süren ama puanı iki yüz elli olan daha düşük işlemlere de yönelebilir. İsteklerini yerine getirir. Bu da zorlu spesifik iş yapan hekimlerin azalmasını ve bilgi birikimlerini de başkalarıyla paylaşmalarına engel olur. (H4)

Anlaşılabacağı üzere, performansı belirleyen mercii ya da otorite, meseleye salt nicel açıdan bakmaktadır ve H4'e göre bu durum, hekimin performansının yüksek olduğunu gösterse de hekimin performans uğruna daha fazla yorulmasına sebebiyet verebilecek işleri daha fazla yüklenmesiyle sonuçlanmaktadır. Ayrıca söz konusu durum, hekimi etik kaygısının dışına çıkarmakta ve kendi ile hasta arasında bir tercih yapmak zorunda bırakmaktadır. Dolayısıyla hekimler, bürokrasinin kurallarına uygun şekilde çok çalışmaya ve *hesaplanabilir olma ihtimaline* maruz bırakılmakta ama çok çalışmanın sonuçlarına da katlanmaya itilmektedir –bu gerek fiziksel zorluklar gerek hukuki süreçler olsun hepsi için geçerli olabilir (BİMER'e* şikâyet edilmek gibi). Meselenin başka bir tarafı da özel sektör ile eş anlamlı kabul edilen

* Başbakanlık İletişim Merkezi

kapitalizm kavramının, özel olmayanın içine de işlemedir yani hekimler özel olmayan hastanelerde çalışsalar bile devlet kapitalizmi tarafından yönlendirilmektedirler. Kısacası bu bağlamda, devletin piyasalaştığını, yani piyasa mantığıyla işlemeye başladığını söylemek de mümkündür.

H5 ile performansın değerlendirilmesi hususunda, bunu kimin ya da neyin değerlendireceğin konusunda bir anlaşmazlık yaşadık. Esasında anlaşmazlıktan ziyade, kendisinin performansın çok yönlü olarak değerlendirilebileceğini belirtti ve benim neyi kast ettiğimi anlayamadığını söyledi.

Bu performans dediğimiz, bizim bildiğimiz maddi anlamdaki performans mı yoksa çalışma performansı mı? Şimdi fiziki performans çok harcamak zorunda kalmıyoruz açıkçası ama duygusal performansımız oldukça yüksek oluyor çünkü nasıl anlatayım? Şimdi bunu değerlendirecek olan üç mercii olabilir. Bir ben, bu konuda hani kendi performansımı kendim değerlendirme konusunda bir sıkıntı görmüyorum. İkincisi hasta ve hasta yakınları olabilir performansımı değerlendirebilecek olan. Onların da benim iş yapma şeklimle bağlantılı olarak performansıyla ilgili kötü bir değerlendirme yaptıklarını zannetmiyorum. Üçüncüsü de sizin idari amiriniz olabilir işte. Başhekiminiz olabilir bir üniversitedeyse hocanız olabilir. Hani şimdiye kadar onlarla ilgili de bir sorun yaşamadım ama soru buysa... Bizim anladığımız performans sistemi, maddiyata dökülen performans sistemi. Günde kaç hasta baktığınız... Bir cerrahsanız kaç ameliyat yaptığınız, ameliyat başına kaç puan aldığınız ve bunlar doğrultusunda size ödenen, devlet tarafından ödenen maaş. Bunu doğru bulmuyorum. Çünkü bu nitelikten çok niceliği getiriyor. Bir cerrah için daha hayat kurtarıcı cerrahi değil de daha günlük daha kısa süreli daha fazla puan toplayabileceği ve sonuçta daha fazla para alabileceği ameliyatlara yapmaya kayabiliyor. Dahili branşlarda bu da şu şekilde olabiliyor mesela bizim için çok mümkün değil belki onkoloji için ama mesela normal bir dahiliye hekimi olarak kalsaydım daha fazla para alabilmek için günde daha fazla hasta bakmak zorunda kalabilirdim. Bu da sizin kalitenizi verdiğiniz hizmeti azaltır. Doğru bulmadığım bir şey. (H5)

H5, H4 gibi performans sisteminin hekimi nitelikten çok niceliğe önem vermeye ittiğini ve performans sistemi uğruna hekimlerin sadece puan için daha az zamanlarını alan ve onları daha az yorabilecek ameliyatlara yönelebildiklerinden bahsetmiştir. H5 de aslında ne kadar çok iş, o kadar az kalite demek istemiştir. Bütün hekimlerin cümlelerinde açıkça ya da cümlelerin alt metninde 'hekimler de insan, onlar da yoruluyor, onların da duyguları var' vurgusunu görebiliyoruz. H5, bu söylediklerine ek olarak tıbbın dönüştüğünü ve bu dönüşümün sebebinin tıbbın ticarileşmesi olduğunu da belirtmiştir.

H6, tıbbın bazı dallarında (Romatoloji* gibi) hasta yoğunluğunun daha az olduğunu ve performans değerlendirilmesi nedeniyle, bu dallarda görev yapmakta olan hekimlere haksızlık edildiğini, hekimlerin sabit bir ücrete sahip olmasını ama çalışmayan hekime de yaptırım uygulanması gerektiğini düşünmektedir. En nihayetinde, H6 da hekimlerin performanslarına göre değerlendirilmesini uygun bulmamaktadır. Buna ilaveten, piyasalaşmanın tıba etkisinin olduğunu da dile getirmiştir.

H7'nin performans değerlendirilmesi konusundaki düşünceleri şu şekilde olmuştur: “Çok uygun olduğunu düşünmüyorum ya onkolojide bunun yapılmaması gerektiğini düşünüyorum.”. Bunun yanı sıra, piyasalaşmanın tıba etkisi hususundaki sözleri de dikkat çekicidir;

Mesela şöyle söyleyeyim. İstanbul özellikle İstanbul'da özel sektöre kayış çok fazla çünkü onkolog ihtiyacı çok fazla. Hasta sayısı çok artıyor. Artı böyle olunca da özel sektör bunu çok daha iyi değerlendiriyor. Hani periferide o kadar değil ama insanların çoğu şu anda özel üniversitelerde özel hastanelerde üniversite olduğu için hani özel sektörde daha çok çalışıyorlar. Arada biraz tabii farklı yönden adaletsizlikler olabiliyor, maaş ve şey açısından. Ama yine de üniversite, gerçek üniversite hastanelerinin oturmuş her yönüyle her birimin çalıştığı çünkü biz multidisipliner çalışıyoruz. Yani birçok bölümle işbirliği yapmamız gerekiyor. Sonuçta her şey için hastadan para alan bir yerde, bir onkolojide çok zor olacağını düşünüyorum ben yani özel sektörde. Tamam kemoterapiden radyoterapiden para alınmıyor ama diğer bölümlerde yapılacak her tetkiklerden bildiğim kadarıyla ücret alınabiliyor. O yüzden hani hasta açısından çok daha zor yani o yüzden devlet sektörü ve devlet üniversiteleri bu konuda bu hastalara çok daha iyi hizmet sunabiliyor diye düşünüyorum. (H7)

Özel sektör, hasta sayısının artmasını ya da rahatlıkla şu şekilde ifade edebilirim; kanser hastalığının yaygın hale gelmesini kendisi için fırsata çevirmiştir. Son zamanlarda özel hastaneler gittikçe artmakta ve hatta söz konusu özel hastanelerin artışına paralel olarak, o hastanelerin isimlerinin başına eklenen ‘üniversite’ ibaresi de artış göstermektedir. Sağlık hizmetlerine yüklenmek istenen girişimci ruh çerçevesinden baktığımızda bunun tesadüf eseri olduğunu düşünmüyorum. Girişimci ruh kendine bir de akademik bir unvan takmıştır ve bu sayede, güvenilirliğini arttırmaya ve daha fazla hastayı kendisine çekmeyi amaçlamaktadır.

* Romatoloji, iç hastalıkları bölümünün bir yan dalı olarak romatizmal hastalıkların, özellikle de iltihaplı romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi için hizmet vermektedir.

Performans değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünen H8 ise sözlerine devam ederken kendisiyle çelişmiş olmakla birlikte, performans değerlendirilmesinin gerekliliğine “günde elli hasta bakan bir hekimle yirmi hasta bakan hekim aynı parayı almamalı” diyerek gerekçe göstermiştir. Lakin sonrasında “on hastaya bakan hekim iyi bir tedavi uyguluyorsa bu durumda nasıl bir ölçüt olacak” diye sorduğumda: “İşte onu ölçecek bir sistem yok şu an için. Eğer onu ölçebilecek bir sistem olursa ona da ayrı bir performans ücreti getirilebilir belki de. Yani şu anki sistem özünde doğru ama uygulamada yanlış.” dedi. Bahsi geçen sistemin hekimlerde kaygıya sebep olduğunu, aldıkları ücretin yarısından fazlasının performansları ile ilintili olduğunu ve onları fazlasıyla kötü etkilediğini dile getirdi. Bu bağlamda, H8 de tıbbın ticarileştiğini düşünmekte ama bundan önce yer verdiğim hekimlere göre performans değerlendirilmesi hususunda bir miktar daha ılımlı görünmekte.

Özel hastanede çalışan H9, hasta sayısı ile para kazanmanın hekimi zorlayan bir süreç olduğundan bahsetti. Ona göre, performans değerlendirilmesinin hekimleri zorlayan bir süreç olmasının sebepleri ise şu şekildedir:

Çok hasta bakmak iyi hasta bakmayı gerektirmiyor, tersini hatta yani hasta bakamıyorsanız çok hasta bakarsanız. Hele onkolojide bizim bir hastamız diğer normal bölümlerin dört hastasına bedel, yani o yüzden çok uzun sürüyor tanı zaten çok edici bir tanı. Psikolojik olarak bir travma yaratıyor hastada yakınlarında, bunları hani anlatmak bile çok vakit alıyor. Yanlış buluyorum yani performansla hekimlere para verilmesini maalesef çok yanlış. Özelleşmeyle birlikte hekimler fakirleştirildi. Hekimler fakirleştirildi. Özel sektördeki özel hastane sahipleri ve gene hani büyük başlar kazanıyor benim kanım. Muayenehaneyi yasakladı ama onun alternatifi iyi bir yöntem getirmedi yani biz küçük emekçiyiz. Hiç şimdi küçük emekçi kazanamıyor. Küçük emekçi doktor özel hastaneye mahkûm bırakılıyor ya da devlet hastanesinde çok zor koşullarda çalışıyor. O kazanamıyor, daha üst kesim kazanıyor ve hastalardan az mı para çıkıyor? Hayır, çok para çıkıyor. Yani şu andaki liberal dünyada küçükler eziliyor, büyükler kazanıyor. (H9)

H9 her ne kadar özel hastanede çalışsa da ve aylık gelirini sekiz bin lira olarak ifade etmiş olsa da “küçük emekçi” bir doktor olarak kazandığı paranın azlığından şikâyet etmiştir. Öte yandan, H3’ün şu ifadeleri bunun doğru olmayabileceğini göstermektedir:

(...) Şöyle söyleyeyim bugün benimle birlikte aynı kariyer seviyesine gelmiş profesör olmuş, üniversiteden ayrılmış bir arkadaşım özel hastanelerde çoğu

üniversite adı aldı bunların şimdi ama aslında üniversite niteliğinde pek değiller. Ya da özel hastanelerde, özel büyük kurumlarda aylık yüz-iki yüz bin bandında gelir kazanıyorlar. Yani en düşük elli bin bandı bir profesörün özel sektör şeyi ama üniversitede olmamın sebebi, ders anlatmayı çok sevmem. (H3)

Daha önce de söylediğim gibi, burada benim amacım, hangisinin doğruyu söyleyip söylemediğini bulmak değil, lakin iki ifade arasındaki tutarsızlığı göstermem gerektiğine inandığım için bunu yazmayı doğru buldum. Her ne olursa olsun, H9 da performans değerlendirilmesini uygun bulmamakta ve bu yolla hekimlerin fakirleştirildiklerini dile getirmektedir.

H10 da meslektaşları ile benzer düşünceleri paylaşmakta ve performans değerlendirilmesini kendi deyimiyle “*tamamen saçma*” bulmaktadır. Öte yandan, şu ifadeleri dikkat çekicidir: “*(...) tamamen politik olarak değerlendiriyorum yani çalışmayan hekimleri denetlemek yerine yani onları parayla kandırma yoluna gittiler çok güzel de işliyor yani sistem*”.

Aslında bana kalırsa burada H10 için etik bir arayış da söz konusudur. H10’a göre, şu anda yürürlükte olan sistem maddiyat üzerinden ödül vermek üstüne kuruludur ve bu aslında hem sistemin kendisini hem de hekimleri kandıran bir uygulamadır. Sistem, hekimlerin işlerini nasıl yaptıklarına bakmadığı ve onları sadece para kazanmaya yönlendirdiği için daha sonra bundan kaynaklanabilecek durumları gözden kaçırmakta yahut görmezden gelmektedir. Hekimler ise meslek aşkına sahip olma düsturundan ve söz konusu mesleği icra ederken sahip olunması gereken meslek ahlakından uzaklaştırılmakta, dolayısıyla ona verilecek parayı bekleyen bir çeşit makineye dönüştürülmeye çalışılmaktadır. İçinde meslek aşkı olmayan biri, sadece sayılara güvenen biri ona verilen işi ne denli kaliteli yapabilir? Bunun cevabını verebilmek için, sağlık kurumunun şimdiki haline bakılması yeterlidir. Belki de hepsinin temelinde yani problemin kaynağında, bu mesleği gerçekten yapmak istemeyenler, hekim olup kendini kurtarmak isteyenler ya da onlara bu fikri aşılardan olabilir. Lakin bunun kaynağını sadece söz konusu sistemin içinde, salt kendi çıkarı için çalışan hekimlerde aramak yersiz olacaktır çünkü tüm bunların başında onları bünyesinde barındıran bir kurum vardır. Dolayısıyla, sistemin

başından hatalı olduğunu söylememin doğru olduğu kanaatindeyim ki H10'un özelleşme ve piyasalaşma konusundaki düşünceleri de savımı kanıtlamaktadır:

Hani hekim artık kendi mesleğini çok rahat yapmıyor yani ya kurumlara bağımlı bırakıldı. Şu an hekim hani kendi işini yaparken bağlı olduğu kurum bu ya devlet ya özel hastane kuruma bağlı çalışıyor. Her şeyi onlar belirliyor. Hekim de bu bağlamda bence kötü bir yerde. Hekimlik mesleği hiçbir şekilde ilerlemiyor. Hekimler kendilerini geliştirmiyor. Bağlı olduğu bu kuruma ve bu şeye sitemi yüzünden bunun zararını hastalar çekiyor. (H10)

Kurumlara bağlı olmak hekimleri rahatsız etmektedir çünkü bu kurumsal işleyiş ya da denetim, onların ellerini kollarını bağlamakta ve hastalarına bakıp onları iyileştirmek hususundaki özgürlüklerini köreltmektedir. Öte yandan, denetimin hiç olmadığı bir ortamda ise hastanın özgürlüğü riske girmektedir zira hekimlerin kendilerinin de insan olduklarını vurgulamaları, hata yapma ihtimallerini de akla getirmektedir. İki tarafın da hareket kabiliyetinin geliştirildiği daha yeterli bir sistemin düzenlenmesine ve uygulanmasına ehemmiyet verilmesi gerekmektedir. Toparlayacak olursam, performans değerlendirilmesi hâlihazırdaki durumu ve genel görünümü itibarıyla hekimlerin çoğuna göre (H3'ün doğru kurgulanırsa yararlı olabileceğini ve H8'in özünde doğru ama uygulamada yanlış olduğunu belirtmesi dışında), kötü bir sistemdir. Hatta performans değerlendirilmesini nitelemek için hekimlerin kendi ifadelerini kullanacak olursam performans değerlendirilmesi; *hekimi hekime düşman eden, defansif tıbbi artıran, etik dışı, hekimliğin ruhunu öldüren* bir sistemdir. Öte yandan, söz konusu sistemin başka olumsuz sonuçları da vardır. Bunlar biri, özellikle de özel hastanelerde yönetimi ve hastayı mutlu etmeye yönelik aşırı çaba ve bu bağlamda yönetimi rahatsız etmemek ve hasta kaybını en aza indirmek adına olabildiğinden ya da olabileceğinden daha fazla ilgili olmak zorunda kalınmasına bağlı olarak hekimin psikolojik açıdan yorulmasıdır. Bir başka olumsuz sonuç, sistemin hasta bazlı değil de para bazlı çalışmasından kaynaklı olarak, verilen hizmetin kalitesinin artmaması ve aksine düşmesidir çünkü çok hasta bakmak kaliteli hizmet vermek anlamına gelmemektedir. Diğer taraftan, yapılan ameliyatın türüne göre alınan puan, hekimin alacağı parayı belirlemedeki asıl etken değildir ya da olmamalıdır. Performans değerlendirilmesinin bir diğer olumsuz sonucu ise, bahsi geçen değerlendirme sisteminin çalışma usulünün çalışmayan hekimleri denetlememesi, aksine para yoluyla onları kandırmasıdır. Bu da hekimleri,

sadece para için iş gören bir eyleyici konumuna sokmaktadır. Anladığım kadarıyla, hekimler fabrikada çalışan ve sadece önündeki işi yapan bir işçi konumuna sokulmaktan rahatsız durumdadırlar ve bu nedenle de genel anlamda H4'ün de ifade ettiği üzere hekimliğin ruhunun öldüğünü düşünmektedirler.

2.2.3. Güven-Otorite Tesisi

Hekimin otoritesinin tesisi, hastalığın teşhisi sürecinde meydana gelmektedir. Aynı zamanda teşhis süreci, kişinin resmen hasta haline geldiği yerdir. Hastanın hekime neden güvendiği, hekimin hastaya karşı takındığı tavır ya da ona karşı sergilediği davranışlar bu noktada önem arz etmektedir. Dolayısıyla, bu başlık altında ilk olarak, hekimlere yönelmiş olduğum “Hastaların sizin tedavilerinizi harfiyen uygulamak için size duydukları güvenin kaynağı sizce nedir?” sorusuna cevaben verilen görüşleri inceleyeceğim.

H1, hastaların ilk önce kuruma güvendiklerini, kurumdan sonra ise kendisiyle kurdukları iletişime dayanarak ona güvendiklerini ve başvurduklarını belirtirken, H2 hastaların kendisine duydukları güvenin sebebini, doğal ve halktan birisi olmasına bağlamıştır. Doğal ve halktan birisi olmak, onun gözünde insanların kendilerini ona yakın hissetmesini sağlamaktadır, diye bir çıkarım yapabilirim. Öte taraftan, H1'in güven önceliğini görev yaptığı kuruma vermesi dikkat çekicidir. Yani özel olmayan hastaneden çalışan H1, içinde çalıştığı kurumu yüceltirken; özel hastanede çalışan H2, hastaların ona güvenmelerinin kaynağı olarak kendisini göstermiştir. H3 ise kurum ve bireyden ziyade, güven duyma meselesinde hekimlerin unvanının belirleyici bir unsur olarak rol oynadığını dile getirmiştir:

Şimdi şöyle söyleyeyim. Hastaların hastalar aslında insanların titrine çok güveniyorlar. Eğer asistan olursanız ya da uzman olursanız size çok güvenmiyorlar yani etiket toplumumuzda çok büyük önem taşıyor. Onun için profesör olduğumdan ya da doçent olduğumdan bu yana çok da böyle sıkıntı yaşamıyorum, size güveniyoruz ya da güvenmiyoruz diyerekten ama ben insanların her zaman sorgulayıcı olmasını isterim. Çünkü iyi niyetli insanlar var, kötü niyetli insanlar var hakikaten belli bir düzeye gelmiş cahil insanlar var. İnsanlara tedavi önerisinde bulunurken, onlara şunu söylerim. Derim ki bir pabuç alırken bile üç beş mağaza geziyorsunuz. Hayatınızla ilgili önemli bir karar veriyorum. İstedığınız kadar çok doktora gidebilirsiniz derim. Gidip benim görüşlerimi de söyleyebilirsiniz. Dosyaların hepsi hastaların elindedir yani bizi denetleyebilmeleri için bütün başka merkezlere de gidebilir gösterebilirler yaptıklarımızı verdiğimiz tedavileri. Bu bir güven

oluşturur diye düşünüyorum artı hastalara şunu da yaparız. Bugün dünya temel olarak hani bu bilimsel alanda global davranış içinde, bilimsel yayınların araştırmaların tümünün sonucu belli mesela onkoloji alanında belli merkezler açısından bunların arasında Amerikan Kanser Netvörkü (network) ya da Amerikan Kanser Enstitüsü, Avrupa Onkoloji Enstitüsü gibi kuruluşlar var. Bu pek çok kuruluşun şeyleri var, bütün bilimsel araştırmaları sık sık gözden geçirerek oluşturmuş oldukları akım çizelgeleri ve öneri şeyler kılavuzları var. Bu kılavuzları mutlaka tabii doğal olarak hepsinin üyesiyim. Bu kılavuzlara göre hareket ettiğimi hastalara mutlaka söylerim. Açarım gösteririm, bakın derim şimdi Amerika'da veyahut da işte atıyorum Almanya'da veya Fransa'da tedavi olacak olsanız doktor size bu şeye göre gidecektir. Bakın sizin hastanızın durumu bu böyle, şu koşullara sahip. Akım buraya gidiyor. Benim de önerim ama kişilere göre kişisel değişiklikler olabilir. Örneğin, önerilen bir tedavi şeker hastası için uygun olmayabilir veya böbrek hastası için uygun olmayabilir. Bunları ne yaptığımı genellikle hastalara anlayabildikleri kadar izah etmeye çalışırım. Genelde de bundan mutluluk duyup teşekkür ediyorlar yani doktor kafasından, kafasına göre, rastgele tedavi vermiyor bana. Dünyadaki bilimsel sonuçlara göre iş yapıyor. Ayrıca benim durumuma göre de dikkate alıyor diye hasta mutlu oluyor diye düşünüyorum. Çoğu memnuniyetlerini belirtiyorlar ama bir grup küçük bir grup var ki işte doktor ben anlamam sen ne biliyorsan öyle yap diyen bir grup da var doğal olarak. (H3)

Görüldüğü üzere, hekim sadece unvanı değil, hasta ile iletişim kurmayı da ön plana çıkarmaktadır. Bu iletişimin yolu, hastaya hastalığını ve uygulanacak tedavinin ayrıntılarını kendisine detaylı bir şekilde anlatmaktan geçmektedir. İletişimin de ötesinde H3, uygulayacağı tedavinin geçerliliğini bir üst kurumun güvenilirliğine ve onun verilerine dayanarak sağlamaktadır.

H4, hastaların hayatlarını onun eline emanet etmelerini “*Yani büyük bir özveriyle onlar için hani gerekli olan en iyi şeyleri yapacağıma inanıyorlar. İnanmasalar zaten başka yollara başvururlar.*” diyerek açıklamıştır. Fakat kendisinden geleneksel tedavi talebinde bulunan hastalar da olmuştur. Bu durumda, kendisinin yeterince özverili olmadığını söylemenin yerinde olmayacağını düşünmekle birlikte oradaki özveri kelimesinin hekimin elinden geleni yapacağını ifade ettiğini sanıyorum. Hastaların hekimden ziyade tedaviye karşı bir inançsızlığı da olabilir ama bu ayrı bir meseledir.

Uzak gelecekte fayda getirmek ile yakın gelecekte fayda getirmek arasında fark olduğu aşikârdır fakat insanın bunlardan hangisini seçeceği o kadar da açık değildir. Kemoterapinin uzak gelecekte faydası olabilir ama olmama ihtimali de vardır, yakın gelecekte fayda sağlamayacağını görmek ise çok zor değildir. Onam formunda ya da

başka kaynaklarda da görülebileceği gibi, kemoterapinin birçok yan etkisi bulunmaktadır. Böyle bir durumda, insan hangisini seçmelidir? Aslında açık olan tek şey, H5'in ifadelerinden anlaşılabilceği üzere, tıbbın bununla pek de ilgilenmediğidir: “Onları bu tedaviyi kullanması halinde göreceği fayda konusunda ikna ettiğimi düşünüyorum. Karşılaşabileceği zorluklar konusunda da hani bunların aşılamayacak şeyler olmadığına ve beraberce yan etkileri komplikasyonları halledebileceğimizi söylüyorum. Bu onlara güven veriyor.”. H5 için önemli olan, mümkün olduğunca fazla hastayı tedaviye ikna etmek ve yaşam sürelerini uzatmaya çalışmaktır ama biraz önce de belirttiğim gibi, bunun kesinliği yoktur.

H6 da hastaların ona duydukları güveni iletişim ile temellendirmiştir. H7 ise öteki hekimlerdeki iletişim ve tedaviyi ayrıntılı şekilde anlatmak vurgusundan azade olarak ‘hastaların çaresizliğini’ öne sürmüştür. Buna ilaveten inandırıcı olduğunu da dile getirmiştir ama bu inanç, hem tedaviye hem de hekimin kendisine duyulmaktadır. H8’e zor gelen sorum, uzun bir sessizliğin ardından kendisi tarafından şu şekilde cevaplanmıştır:

Valla onu çok bilemiyorum yani nasıl anlatsak... Açıkçası... Bilmiyorum yani bu soruyu cevaplamak zor hakikaten. Yani onlar bana neye göre güveniyorlar bilemiyorum açıkçası. Bir de herkes harfiyen uygulamıyor dediğimi yani o ayrı bir konu. Yani hiçbir yani hiçbir hekimin ben zannetmiyorum yani tüm hastaların söylediklerini yüzde yüz uyguladığını zannetmiyorum. Beni de uygulamıyorlar yani sonuçta ama yüzde seksen doksan uyguluyordur. Bu yani bizim herhalde hastayı ikna gücümüz, konuşma işte ne bileyim... İletişimle alakalı. Veya işte bir şey var yani ne anlatırsan anlat sonuçta anlattığın şey karşındakinin anlayacağı kadardır. Yani veya onun seviyesine inemiyorsan yani onun şeyine inemiyorsan o sonuçta bu biraz da uyum onunla alakalı. Güvenin kaynağı bilemiyorum yani karşılıklı iletişimle alakalı diye düşünüyorum yani. (H8)

H8, kendi tedavisinin yüzde yüz uygulandığına emin olmamakla birlikte öteki hekimlerin de aynı durumda olduğunu düşünmektedir. H8 de güvenin kaynağının iletişim olduğunu belirtmiştir ama konuşmasından sezdiğim kadarıyla, hastaların anlama kabiliyetinin derecesine de gönderme yapmıştır yani bir anlamda, hastaları ile iletişim kurmaktadır lakin hastaların bunu ne kadar anlayabildiği şüphelidir.

Özel hastanede çalışan H9, hastaları ile fazlasıyla vakit geçiren bir hekimdir. Görüşmek için onu beklediğim süreçte bunu anlamam hiç de zor olmadı, zira içeri giren hastanın yaklaşık olarak 40-45 dakika kadar içeride kaldığını söyleyebilirim ki

özel olmayan bir hastaneye için bu rakamlar neredeyse imkânsız gibi. Zaten H9'un kendisi de özel hastanedeki hastalara tanınan zamanın bolluğunu açıkça belirtmiştir: *“Yani ben her şeyi çok anlatırım hastalarım. Bilgi veririm. Verilmeyen bilgiyi bizim meslekte bir faydasının olmadığını düşünüyorum açıkçası. O yüzden genelde bana ilk görüşmeden itibaren bir güven duyarlar ve genelde de uyarlar dediklerime”*.

H9 da hastalarına hastalık ve tedavi ile ilgili bilgileri ayrıntılı bir biçimde sunmaktadır ve ona duyulan güveni bu şekilde temellendirmektedir. H10'un hastaların ona karşı duydukları güven için gösterdiği dayanaklar hususunda H9'dan pek de bir farkı bulunmamaktadır, yalnızca işine duyduğu saygıdan yola çıkmış ve hastaların hayatlarını onun ellerine emanet etmesinin sebebi olarak, açıklayıcı olmasını ve ayrıntılı bilgi vermesini öne sürmüştür.

Güven-otorite tesisindeki ikinci önemli adım, şüphesiz ki hekimlerin hastaya karşı takındıkları tavırlar ya da sergiledikleri davranışlardır. Bunu anlamak için görüşme formunda farazi bir olaya yer verdim ve hekimlerin söz konusu olay karşısında hastalarına nasıl yaklaştıklarını, ayrıca bu bağlamda onların erken teşhis ve aşırı teşhis konusundaki düşüncelerini anlamaya çalıştım. Genel olarak hastalara durumu anlatmaya çalışmaktan yana olsalar da anlatıp anlatmamaya karar vermelerine giden yolda onları etkileyen başka unsurların var olduğunu da gördüm. Bunun yanı sıra, anlatmaya karar vermenin ötesinde bir de anlatma şekli önemliydi. Bu husus ile ilgili olarak hekimlerden bazıları, karşılıklarına gelen hastanın sosyo-kültürel düzeyinin, eğitim seviyesinin ya da psikolojik durumunun belirleyici olduğunu söyledi. Alıntılarla bunları anlaşılır kılmayı hedefliyorum.

Hastanın tamamen sosyokültürel düzeyine göre eğitim düzeyine göre o anki psikolojik durumuna göre yaklaşırım, tabii biz direkt tanı koyan branş değiliz. Bize hasta ya ameliyat olarak geliyor ya da ileri evreyse biyopsi alımı geliyor ama takip ettiğimiz bir meme kanserli ya da başka bir kanserli hastada da takip sürecinde yeni bir tümör gelişebilir. Onu saptadıysak eğer zaten hastayla belirli bir geçmişimiz oluyor biraz da hastayı tanıdığımız için süreklilik açısından onun eğitim durumunu daha önceki psiko onkolojik durumu sosyokültürel düzeyine göre iletişim kurarak ama sıfırdan böyle bir hasta çok görmüyoruz ama yine aynı şeyler olacak. Aynı süreç, iletişim önemli burada hastaya çok tıbbi terim kullanmadan hastaya anlayacağı şekilde, hastayı ne panik yapacak ya da ne de onu önemsemeyecek tarzda hastanın o anki duyduğu sıkıntı anksiyete hissi ya da algı sürecine göre uygun dille tanımlamaya ve devamını getirtmeye çalışıyorum. Kullandığım dil tamamen şey, tabii ki içerisinde tıbbi süzgeçten geçmiş kelimeler olacak

*ama hastanın anlayacağı dilden olacak şekilde cümle kurmaya çalışıyorum.
(H1)*

H1 için anlattıklarının, karşısındaki hasta tarafından anlaşılması çok önemlidir ve kendisi de buna dikkat çekmiştir. Bu bağlamda, hastanın sosyo-kültürel düzeyini ve eğitim seviyesini de göz önünde bulundurarak tıbbi süzgeçten geçirdiği ama hastasının anlayabileceği kelimeleri kullandığını dile getirmiştir.

Özel hastanede görev yapmakta olan H2, H1'den farklı olarak işin iletişimsel yönünden ziyade teknik yönünü ön plana çıkarmıştır. Bunda iki hekimin, anne-baba mesleklerinin etkili olduğu söylenebilir, zira H1'in annesi öğretmenken, H2'nin babası işçi ve annesi ise ev hanımıdır. Dolayısıyla, H1'de daha self-refleksif yani kendi içine dönük düşünce varken; H2'de bunun yerini daha pratik düşünce almıştır. H2'nin hastaya hastalığını açıklamasında gidişattan çok, sonuç önem taşımaktadır.

Öncelikle elimizden geleni her şeyi yapacağız. Görüntülemeler hastalığın son evre ileri evresinde olduğunu gösteriyor ama son çıkan akıllı ilaçlar immünoterapi gibi ilaçlarla biz bu hastalığı olabildiğinde olabildiğince yenmeye çalışacağız. Size karşı gereken her türlü desteği vereceğiz. Üç kür kemoterapi sonrası hastalığın ne durumda olduğuna dair bir film çekeceğiz; kontrol film. O filmde her şey iyi gidiyorsa daha ayrıntılı daha güzel konuşacağız. (H2)

H3'ün bu konuda kafasını en çok karıştıran mesele, hastaya hastalığını söyleyip söylememe meselesidir çünkü bu durumun, birtakım hukuki sorunlara yol açabileceğinden ve yine durumla ilgili olarak hasta yakınlarının amiyane tabirle niyetinin bozuk olup olmadığını bilemediğinden bahsetmiştir.

(...)Şimdi böyle bir durumda genellikle hastalar zaten prosedürleri birebir yaşıyorlar yani yapılan işlemlerde memede bir şey olduğunun farkındalar. Biyopsi işlemini yaşadıkları için bir biyopsi yapıldığını görüyorlar ve biyopsiden sonra da patolojini raporunu birlikte açıyoruz, bakıyoruz veya onlar getiriyorlar bana patolojiden alıp. Dolayısıyla, hasta iyi kötü kanser olduğunun farkında yani farkına varıyor. Bir defa şunu söyleyeyim, bayan hastalar çok metanetli. Bizim genellikle ileri evre yayılmış hastalığı olan hastaların önce yakınları gelir bize Avrupa'da böyle değildir, bakın Avrupa'da Amerika'da doktor sadece hastayla görüşür. Yakınlarıyla görüşmez, sadece hasta isterse bir yakınına kendisine bilgi verirken yanlarına alırlar. Bunun dışında hasta yakını yurt dışında görüşme yapmak istediğinde doktora vizite ücreti öder, ekstra görüşmek istediğinde vizite ücreti öder ve hasta yakınının imzalı onayıyla bilgi verilir kendisine, hastanın onayıyla. Hasta onay vermezse bilgileri hiç kimseye söylenmez. Bizde ise toplum yapısı çok farklı, önden hasta yakınları gelip önce bir doktoru tehdit etmeye çalışırlar. Derler ki hastanın işte morali bozulursa hasta ölür.

Kanserin moralle ilişkili olduğunu düşünür Türk toplumu. Dolayısıyla sakın teşhisini bilmesin. Tabii burada bir sürü hukuki sorun ortaya çıkıyor; hastanın mal varlığı olabilir, başka kişilerin hastaya suistimal etmesi kötü niyetleri olabilir. Siz burada hekim olarak çok ciddi sıkıntıya giriyorsunuz ve bu konuda kanunların yetişemediği çok şey var. Türkiye’de çok rahat kırmızı ışıktaki geçersiniz hiçbir şey olmaz. Yüzde doksan bir şey olmaz. Yüzde bir ceza gelince de barım barım bağırsınız. Herkes geçiyor. Bana niye ceza geliyor? Yani böyle bir ortamda siz hasta ve yakınlarıyla ilgili doğacak hukuk şeylerinden ne kadar ne bekleyebilirsiniz? O yüzden, hekimlik gerçekten çok zor yani bu olay gerçekten son derece zor. Mecburen hasta yakınlarına bilgi veriyorsunuz. Hasta yakınlarına bilgi verirken ölçmeye anlamaya çalışıyoruz. Bunların niyetleri nedir? Hastayı gerçekten seviyorlar mı? İlgileniyorlar mı? İlgilenmiyorlar mı diye... Hasta yakınlarının psikolojileri oldukça bozuk oluyor çünkü bir kısmı çok sevdiği için bozuk oluyor, bir kısmı sinirleniyor. Daha çok hastasını ihmal eden, geç getiren insanlar sinirli davranışlar, saldırgan davranışlar gösteriyorlar. Onun için önce bir hasta yakınlarına durumu izah edip onların kabullenmelerini sağlarıml sonra da işte hastaya söyleyip söylememeye karar verilir. Genelde yüzde doksan söylemeyin tarzında oluyor ama kanser hastaları böyle değil. Bakın bayanlar metanetli insanlar. Kendileri geliyorlar, eşleriyle birlikte geliyorlar, kardeşleriyle birlikte geliyorlar ve direkt size bilgi soruyorlar. Yani aslında en rahat tanı konusunda, en rahat konuştuğumuz insanlar meme kanseri hastaları çünkü kadınlar doğal olarak acıya dayanıklı bu ülkede. Kadınlar doğum yapıyorlar, çok sıkıntı çekiyorlar, evin bütün işini yapıyorlar. Erkek hasta olduğu zaman, hem şumarık büyütülüyor erkek çocuklar hem hasta olduğu zaman yatağa atıyor kendini. Ya anne bakıyor ya hanımı bakıyor ya kardeşi bakıyor ama bayanlar öyle değil. Hasta olunca da ev işi yapmak zorundalar. Dolayısıyla böyle bir toplumda, genellikle bayanların büyük bir çoğunluğu zaten memede kitle olduğunu da elle fark ettilerse teşhislerini biliyorlar. Hastalığın yayılmış olduğunu bilen çok fazla hastamız var. Biz bunlara şimdi meme kanserinde bir de şöyle bir şey var artık, bazı hastaları çok uzun yaşatabiliyoruz yani çok küçük bir grup dışındakileri oldukça uzun yaşatabiliyoruz. O yüzden, süreç içinde de hasta yavaş yavaş bunu zaten anlıyor. Geçen gün asistanım, hocam dedi hasta tedavi almak istemiyor sıkılmış dedi. Getir dedim ben konuşayım. Şimdiye kadar meslek hayatımda konuşup da hani bilgi verip ikna olmayan üç hastam oldu öyle söyleyebilirim, oldukça az o yüzden kendime güvenirim. Getir dedim ben konuşayım dedim tedavi alması gerektiğini anlatayım. (...) Zaten kemoterapi ünitesine girip kemoterapi alan hastalar orada onkoloji olduğunu hastaların hepsinin bir şekilde kanser olduğunu hepsi farkında. Ama siz bunu direkt yüzüne söyleme meselesi yani ben ileri derecede kilolu bir insanım mesela ama herkesin her gün bana yahu amma kilolusun demesi hoşuma gitmez anlatabildim mi? Yani bu insanların biraz da hoşlarına gitmeyen bir şey yani sen kansersin, sen kansersin sürekli yüzüne bu söylenmez ama gerektiği zaman bu güzelce uygun şekilde ifade ediyoruz durumu ve hemen ardından da yapacağımız şeyler olduğunu, hastalığı uzun süre kontrol edebileceğimizi bunun da artık pek çok kanseri kronik hastalık haline geldiğini yani nasıl bir insanda tansiyon var, nasıl şeker var. Şeker hastalığı da öyle basit bir şey değil. Çoğu hasta bir süre sonra yan etkilerden kaybediyor. Böbrek hastası oluyor, gözü kör olabiliyor vesaire vesaire. Yani ölümcül olabiliyor ondan dolayı kanseri de biz diğer kronik hastalıklar gibi kontrol edebildiğimizi hastamıza anlatıyoruz. O yüzden meme kanserinde çok sıkıntımız yok. (H3)

H3, kadın hastalar ile erkek hastalar arasında kanser teşhisini öğrenince verdikleri tepkiler açısından bir ayrıma gitmiştir. Ona göre, kadın hastalar erkek hastalara oranla daha metanetlidir ve H3 bunu, kadının ve erkeğin aile içindeki yetiştirilişine bağlamıştır. Diğer taraftan, Avrupa, Amerika ve Türkiye arasındaki bazı farklara değinerek, Türk toplumundaki yapısal değişiklikten bahsetmiş, kanserin moralle ilişkisi olduğunu düşünen Türk toplumunun duygusallığını vurgulamıştır (Esasında H3, kanserin moralle ilişkisi olmadığını düşünmektedir).

Durumu yumuşatarak söyleme eğiliminde olan H3'ün yaklaşımının aksine H4, hastalarına kanser teşhisini biraz daha doğrudan söyleme eğilimindedir ama o da H3 gibi kendine ya da daha doğrusu tedavisine inanmakta ve hastası ile umut verici bir biçimde konuşmaktadır. H3 gibi 'zaten kemoterapi ünitesinde hastalar başlarına gelenin ne olduğunu anlıyorlar' tarzında bir tavırdan ziyade, daha gerçekçi olarak tabir edebileceğimiz, belki de daha korkusuz bir tavır sergilemektedir ki 'kanser' kelimesinin hastalar tarafından korkulan, çirkin bir ifade olduğunu düşünüyorum.

Hastaya kanser olduğunu söyleme eğilimindeyim, hastalarımın hani yüzde doksan dokuzuna söylerim kanser olduğunu. Yani en bir kez ağızından geçiririm kanser kelimesini. Böyle bir tabloda hani memedeki kitlenin biraz ilerlemiş olduğunu ve kemoterapiyi mutlaka gerekli gördüğümü, tedavilerin günümüzde artık çok etkin olduğunu, el birliğiyle bu işi halledip başaracağımıza inandığımızı ve kemoterapi verilmesi sırasında belirli sorunlar yaşama olasılığının olduğunu ama genel durum olarak iyi gördüğümü hani bunu atlatabilecek kapasitede gördüğümü söyledikten sonra bir yükselme grafiğiyle güven verici şeyler ifadeler kullanırım. (H4)

H5, H3'e nazaran hasta yakınlarına daha fazla güvenen bir tavır sergilemektedir çünkü hasta ile ilgili hasta yakınlarından H3 gibi kaygılar duymadan bilgi almakta ve o şekilde hastaya teşhisini anlatma yolunu seçmekte ya da kendi tabiriyle üstün körü anlatarak o anı geçiştirmektedir. Elbette ki böyle bir durumda, hasta yakınlarına güvenmek gereklidir lakin H3'ün bahsettiği kaygılar devreye girdiğinde, bundan hekim kendini sorumlu tutabilir ve hastaya karşı kendisini kötü hissedebilir.

Şimdi hastaya bunu nasıl ifade etmem gerektiği konusunda önce hasta yakınlarından bilgi alırım. Yani hastanın böyle bir tanı aldığı takdirde buna olumlu mu yaklaşacağı olumsuz mu yaklaşacağı... Tedaviye adapte uyum sağlayıp sağlamayacağı konusunda bilgi alırım. İki türlü yolumuz var, eğer hasta hastalığıyla baş etme konusunda azimli olursa ve uyum gösterecek olursa olabildiğince yumuşatılmış biçimde durumu anlatmaya çalışırım. Ama tam aksine bazı hastalar bu tanıyı aldıktan sonra tamamen kendilerini

hayattan soyutluyorlar. Yani motivasyonları kayboluyor hem hayatla ilgili hem hastalıkla ilgili ve tedaviyle ilgili. Onları olabildiğinde hastalığın adından ne olduğundan, hangi evrede olduğundan bahsetmeden işte birtakım ne diyeyim? Üstün körü anlatarak geçiştiriyorum. (H5)

H5 de H6 gibi hastaya hastalığını yumuşatarak ve alıştıra alıştıra söyleme eğilimindedir. Yalnızca H6'nın anlatımında önce teknik bilgiler gelmektedir:

Yani ilk önce anlatıyorum, göğsünde bir kitle var sağ göğsünde sol göğsünde hangi göğsündeysen. Hani bu kitleni tetkik ettik, kitleden biyopsi aldık, biyopsi sonucu iyi huylu çıkmadı. Ancak hani ameliyat olman gerekiyor. Bu kitle kötü huylu gözüküyor, tümör olduğunu düşünüyoruz. Ameliyattan önce filmlerini çekmemiz gerekiyor. Başka organa yayılımı yoksa o zaman ameliyat olduktan sonra tekrar değerlendireceğiz. Belki sana kemoterapi verebiliriz diyoruz. (H6)

Teknik anlatımdan sonra ise meselenin iletişimsel kısmı ön plana çıkmaktadır, H6'nın bu mesele ile ilgili ifadesi şu şekildedir: “*Hastanın anlayacağı şekilde anlatıyorum. Yavaş yavaş, alıştıra alıştıra anlatıyorum. Mesela önce ne dedim? Önce senden biyopsi aldık, iyi huylu gözüküyor dedim yani kötü huylu daha sonra kötü huylu dedim, daha sonra kanser dedim. Sen kansersin demedim. Anlatabildim mi? Biraz olayları idrak etmesi için basamaklı anlatıyorum ona. O şekilde.*”

H6, ‘kanser’ kelimesi ile ‘sen kansersin’ ifadesi arasındaki farka dikkat çekmiştir. Ona göre, ‘sen kansersin’ demek moral bozucu iken, ‘kanser’ kelimesini cümle içinde kullanmak aynı şekilde moral bozucu değildir. Bunun hastalar açısından ne derece doğru olduğu ise kuşkusuz araştırmaya değerdir.

H7 de H5 gibi, kanser teşhisini söylerken hastayı tanımanın önemine değinmiştir. Onun açısından, bu teşhise hastanın hazır olup olmaması durumu çok önemlidir çünkü söz konusu teşhise hazır olmayan hasta, hastalığını inkâr edebilmektedir. Öte yandan, ‘kanser’ yerine, ‘tümör’ ya da ‘kitle’ kavramlarının kullanılabilceğini çünkü ‘kanser’ kelimesinin Türk toplumunda çok kötü algılandığını belirtmiştir. Hatta H8’in ifadeleri de H7’den pek farklı olmamıştır:

Şimdi bizde şöyle bir şey var, halk kanser dediğinde kötü algılıyor yani çok şey olarak algılıyorlar ama tümör dediğimde biraz daha farklı algılıyorlar. Ben biraz tümör demeye çalışıyorum çünkü kanser sanki böyle öcü gibi yani halk için. Yani kötü huylu bir tümör olduğunu söylüyoruz yani onu söylememiz lazım çünkü bunu başka türlü anlatmanın bir yolu yok. Bunu bu şekilde anlatıyoruz yani eğer hayati bir organ tutulumu varsa onları da

*açıklıyoruz. Tedavi alması gerektiğini, tedaviyle ilgili şeyleri açıklıyoruz.
(H8)*

Özel hastanede çalışan H9 ise hastaya, kanser teşhisini söylemeden önce hasta yakınları ile konuşmakta lakin hastaya teşhisi söyleyip söylememe hususunda büyük oranda söylememe taraftarı olan hekimlerin aksine, daha çok söyleme taraftarıdır.

Yani ben her şeyi hastanın bilmesi gerektiğini düşünüyorum, o yüzden gizleme taraftarı olmuyorum. Hasta yakınları özel bir şey hani söylemediği sürece hani bazen hani çok yaşlı işte hastamız şöyle böyle... Hayat sonuçta onun hayatı, her şeyi tam olarak bilmesi gerekiyor. Evresini hani hastaya hani risklerini, evresini hani bunun da dünyanın sonu olmadığını hani bunları da özellikle vurgulayarak hani çünkü kanser teşhisi konunca hastalar hani olduk bitti artık tamam ben ölüyorum gibi bir psikolojiye giriyorlar ama bunun tedavisinin mümkün olduğunu, elimizden geleni yapacağımızı bizimle iş birliğinde olursa daha iyi sonuçlar alacağımızı söyleyerek bütün hani teşhisi ileri ya da erken hepsini doğrulukla söylüyorum hastalarım. (H9)

H10, görev yaptığı sayfiye yeri ile bağlantılı olarak, yabancı hastalar ile de ilgilenmektedir. Bundan ötürü, hastalığı öğrenince verdikleri tepkiler açısından Türk hastalar ve yabancı hastalar arasında bir ayırım yapmıştır. Türk halkının bu hastalık karşısında sergilediği davranış ya da duygu durum hali konusunda, diğer meslektaşları ile benzer düşüncelere sahiptir. İfadeleri şu şekilde olmuştur:

Bizim hasta grubu hani çok tüm gerçekleri bilmek için çok uygun bir hasta kitlesiyle uğraşmıyoruz Türk halkı olarak. Çok karamsarlığa kapılıyorlar. Hani burada hem yabancı hem yerli hastalarımız var. Yabancılar bu konuda biraz daha böyle analitik düşünüyorlar ama kendi hastalarımıza ne yapıyoruz? Ben kendi hastalarımın ilerlemiş hastalık için bu hastalığın geçmeyeceğini ama ilaçlarla kontrol altında tutulabileceğini söylüyorum yani uyguladığım şey bu. Sürekli doktorla hastaneyle temas halinde olması gerektiğini söylüyorum. Ciddi bir hastalık olduğu için bunu ikinci bir doktordan da duymasının onun rahatlatılabileceğini söylüyorum. Böyle bir aşamayla başlıyoruz tedaviye. (H10)

H3 gibi H10 da kanserin, şeker ya da tansiyon gibi kronik bir hastalık olduğunu öne sürmüştür. Bu şekilde hastalığın, şeker ya da tansiyon gibi sık görülen ve halk arasında bilinen hastalıklara gönderme yapılarak anlatılmaya ve hatta hasta gözünde basitleştirilmeye ya da başka bir deyişle ifade edersem, yumuşatılmaya çalışıldığını düşünmekteyim. Hekimler, her ne kadar Türk toplumuna mensup hastaların kanseri çok kötü bir şey olarak gördüklerini dile getirirler de kendileri de öyle görmekte olmalı ki hastalığı kronik bir hastalığa benzetmeye ve bu yolla onu yumuşatmaya

ya da herkesin başına gelen bir şeymiş gibi lanse edilmeye çalışmaktadırlar. Hâlihazırda kendileri de bu topluma ait bireylerdir ve toplumun kültüründen, bir olguya karşı bakışından etkilenmiş olmaları da kaçınılmazdır.

Toparlayacak olursam, nihayetinde güven-otorite tesisinin rasyonaliteye dayandığı görülmektedir –rasyonaliteye atıfla tanımlamam bağlamında Weber’in bu husustaki görüşlerini onaylamış bulunmaktayım– lakin sahadan topladığım verilerden de anlaşılacağı üzere, hekimlerin eylemleri tek tip bir rasyonaliteye referansla gerçekleşmemektedir. Görüştüğüm hekimlerin hepsi de modern hekimdir ama güven-otorite tesisinde iki farklı strateji kullanmaktadırlar. Bu noktada, söz konusu stratejilerin ortaya çıkmasını sağlayan iki tür rasyonalite vardır; ilki kurumsal rasyonalitedir (uluslararası prosedürlere uyulduğunun telkin edilmesi, hastanenin güvenilirliğine vurgu yapılması ve hekimin titri) ikincisi ise, bireysel rasyonalitedir (iletişim becerisi, kriz yönetimi vs.). Bununla ilgili daha ayrıntılı bir tartışma sonuç kısmında sosyal normlar kavramı da eklenerek yapılacaktır.

2.3. Geleneksel Tıp Karşısında Modern Hekim

2.3.1. Stratejiler

Modern tıbbın geleneksel olandan görece kopuşu, tıba deneyin gelmesi ile gerçekleştiyse hekimlerin “bilimsel olan nedir” sorusuna verdikleri cevaplar önem teşkil etmektedir. Tıba deneyin gelmesi ve tıbbın sayılarla olan ilişkisinin artması sonucu tıp, ‘modern’ unvanını kazanmıştır. Öyleyse, hekimlerin bu soruya verdikleri cevaplarda da ‘deney’, ‘kanıt’, ‘daha önce yapılmış çalışmalarda geçen ya da elde edilen veriler’ gibi ifadelerin ön plana çıkmasının beklenmesi çok normaldir. Bu varsayımdan yola çıkarak ilkin, hekimlerin uyguladıkları tedavinin kesinliğini neye dayandırdıklarını yani bir tedavi uygulamasının bilimselliğinden ne anladıklarına dair düşüncelerini aktarmak istiyorum.

Bilimsellik, kanıta dayalı tıp. Tıp için konuşacak olursak kanıta dayalı tıp. Kanıt düzeyi yüksek ise eğer bir veride bilimsel bir veride kanıt düzeyi yüksekse bunu bilimsel olarak kabul ediyoruz. Pozitif bilim zaten kanıta dayalı demektir. Tedaviler açısından da biz zaten kılavuzlara yöneliyoruz birçok branş öyle tıpta. Kardiyovasküler olsun işte endokrinoloji olsun... Yapılan çalışmaların kanıt düzeylerine, kılavuzdaki yerine göre bu kanıt düzeyleri de bilimsel çalışmaların hangi tür olduğuna göre değişiyor. Eğer

elimizde randomize çift kör şeyi varsa çalışma varsa meta analiz varsa kanıt düzeyi yüksek oluyor, buna ben bilimsel derim ama kanıtı olmayan herhangi bir şeyi ki geleneksel tıbbi da oraya koyuyorum. Geleneksel tedaviyi diyeyim, oraya alıyorum çok kanıta dayalı bir bilim, bilim bile değil öyle söyleyeyim. (H1)

Görüldüğü üzere, H1 geleneksel tıbbi kanıta dayalı olmadığı için ya da kendi içinde bir sistematiği olmadığı için de diyebilirim, bilim kategorisine bile sokmamaktadır. Lakin geleneksel tıbbi, bilim olarak kabul etmemesi onu daha sonra da belirteceğim gibi, tamamlayıcı tıp adı altında önermekten alıkoymamaktadır.

Bir kere kanıta dayalı tıp. Evidence based diyoruz ya, kanıta dayalı tıp biz buradan gidiyoruz özellikle de onkologlar tıbbın belki kanıta dayalı tıbbi en çok onkologlar kullanıyor tıpta gerçekten nedir tıp kanıta dayalı? Bir tedavinin bir kemoterapinin bir ilacın etkinliği çalışmalar sonrasında eğer hastanın ömrünü uzatıyorsa ya da hastalıklı sağ kalım dediğimiz süreyi uzatıyorsa bu ilaç bizim için anlamlıdır, o yüzden deneysel olarak hasta üzerinde klinik faz bir faz iki faz üç çalışmaları tamamlanmış bir ilaç bizim için etkinliği varsa hastalarımızda bilimsel kanıt olarak uyguluyoruz. (H2)*

H2 için belki de tıptaki alanlar arasında en kanıta dayalı branş, onkolojidir ki böyle düşünmesi geleneksel tıbbi tamamen reddetmesini desteklemektedir; bunun sebebi, geleneksel tıbbi önermemesini ya da uygulamamasını geleneksel tıbbın kanıta dayalı olmamasına bağlamasıdır.

Kanıta dayalıdır bilimsel olmak yani kanıtlamaktır. Bir iddiada bulunursunuz tahmin değil. Ne kadar kanıtlayabiliyorsanız, ispat diyeyim verebiliyorsanız o kadar bilimselsiniz. İspatladığınız zaman bilimsel davranıyor olursunuz. Tahmin ve ön görülere göre hareket ettiğinizde bilimsellik bozulur. Mutlaka uyguladığımız tedavilerin, tedavilerle ilgili yapılmış öncelikle laboratuvar, ardından hayvan, ardından insan araştırmaları vardır. Bu araştırmaların neticeleri vardır. Yüzdeleri vardır. Hem etkilerin hem yan etkilerin. Sağladıkları faydaların oranları vardır. Bu ortalama oranlar bu yan etkiler elimizde yeterli genişlikte, büyüklükte, yeterli bilimsellikte objektif çalışmalara dayalıysa, ben o zaman bunun kesinliğinden bahsederim ama çoğu şeyin kesinliği yüzdelerle ölçülür. Hani yüzde yüz genellikle yoktur onu söyleyeyim. (H3)

Bir çalışma alanının bilim olması için, deney yapılabiliyor olması gerekmektedir – elbette ki bunu her bilim dalı için söylemek mümkün değildir– ve kanıtlanabilir olmanın koşulu da şüphesiz ki deney yapmaktır. Modern tıpta da deney vardır, tıp kendini bu yolla değiştirmeye ve geliştirmeye devam etmektedir ama bu deneylerin sonucunun yüzde yüz kesinliğinin olmadığını H3 kendi ağzı ile söylemiştir.

* Evidence based: Kanıta dayalı

Bilimsellik, sonuç konusunda kafada herhangi bir sorunun kalmamış olması yani bu budur denildiği zaman onun yol açabileceği diğer faktörlerin ekarte edilerek ortaya olumlu veya olumsuz bir sonuç konulması. Tabii ki bu sonucun da tedavi açısından uygulanmasını anlıyorum ben. Biz uyguladığımız tedavinin kesinliğini tabii ki geçmiş verilerle çalışmalarla kendi yöntemimizle gözlemlerimizle belirliyoruz. (H4)

Esasında H4 de meslektaşları ile aynı görüşü paylaşmakta ve bilimselliğin, dolaylı yoldan da olsa kanıta dayalı olmak ile eş anlamlı olduğunu belirtmektedir ve bu husustaki kesinliğin, net sonucun önemini ortaya koymaktadır.

Bilimsellik nedir? Uyguladığım şeyin daha önce bana bir verisinin olup olmadığı yani ve de nasıl bir tabii her veriyi de veriden sayamazsanız. Yani kanıta dayalı bir şey olması lazım. Güçlü bir datası olması lazım. Bana neyle karşılaşılabileceğimi söyleyebilmesi lazım. Tedavi uygulaması bilimselliğinden de siz bu kanıta dayalı ilaçlarla karşılaşacağınız sonuçla bir işe başlarsanız bence bu tedavi hani bilimsel bir tedavidir. (H5)

H5, her veriyi veriden saymamak gerektiğini, bilimsellik için ise kanıta dayalı olmayı, güçlü veriyi ve bu bağlamda kesin sonuç kelimelerini ön plana çıkarmıştır.

Bilimsellik, bence büyük çalışmalarla yani faz üç çalışmalarla tedavi ettiği yani gücü etkisi tedavi etkisi ispatlanmış ilaçların bilim ilaçları kullanma açısından soruyorsan hani bilimsellikle neyi kast ettin? Bizim kullandığımız ilaçların bilimselliği mi? Çalışmalar mı? Bizim bilimselliğimiz mi? (...) Uyguladığım tedavi bir kere FDA tarafından onaylanmış olmalı yani Avrupa ve Amerika ilaç, benim bir kere kullandığım ilaçların faz üç çalışması olması lazım. Binlerce insan üzerinde karşılaştırmalı çalışmalar olması lazım. FDA tarafından ve EMO tarafından yani Avrupa İlaç Birliği ve Amerika İlaç Birliği tarafından derneği tarafından onaylanmış olmalı ve Türkiye’de de onaylı ve ruhsatlı olmalı. Onun dışında bir şey kullanmam. (H6)

H6, onaylanmış, üzerinde bir sürü çalışmalar yapılmış ilaçların dışında bir ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Öte yandan, kullanacağı ilaçların hem yerli hem de yabancı sağlık otoriteleri tarafından onaylanmasının gerekliliğinden bahsetmiştir. Sağlık otoriteleri tarafından onaylanmış ilaç meselesinden bahsetmemiş olsa da H7'nin ifadesi, H6'dan çok da farklı değildir. H8 ise tedavi için kullandıkları kılavuzları bana bilgisayarının ekranında gösterme ihtiyacı hissetmiştir. Kendisinin bu konu ile ilgili düşünceleri şu şekildedir:

Biz tabii şeye dayandırıyoruz. Yani bununla ilgili guideline’lar var. Yani şöyle NCCN guideline deniyor mesela Amerikan bir topluluk var. Onlar diyelim ki şöyle göstereyim ben size de... Mesela standart ölçümler var. Ne diyor? Mesela kategori bir diyor, kategori bir demesi yani yüksek oranda bu*

* ‘Guideline’ burada ‘kılavuz’ anlamında kullanılmıştır.

tedaviye cevap alacağını bunun yani bunun kanıt düzeyinin en üst düzeyde olduğunu gösteriyor. Yani bilimsel kanıt düzeyi en yüksek, kategori bir demek. Biz bu şeyleri kullanıyoruz yani buradaki şeyleri bir mesela yani kanserle ilgili bu guideline. Yani verdiğim tedavi buna göre. Bilimsellik dediğiniz yani sonuçta biz burada en son literatür ya da bilim ne diyorsa o tedavi yapıyoruz. Hani bilimsellik de bunu gerektiriyor yani bilimsellik demek en son ve en iyi tedavi neyse onu uyguluyoruz hani o açıdan soruyorsunuz. (H8)

Yani aslında onkologlar, hastalarını tedavi etme konusunda hareket özgürlüğüne sahip değiller. Sözelimi bir aile hekiminin inisiyatif alanı burada söz konusu değil. Onkologların kılavuzları vardır ve bilimsel olmak bu kılavuzlara uymayı gerektirmektedir. H9'un bilimsellik ile ilgili görüşleri, H6 ve H7 ile benzer özellikler göstermektedir ama yine de ileride geleneksel tedavi yöntemlerini öneren bir hekim olduğu için yaptığımız görüşmeden alıntı yapmak istiyorum: “*Yani bilimsellik kanıta dayalı tıptır. Kanıt da çalışmalarla olur. Klinik araştırmaların sonuçlarından saptanan faydalarla işte şimdiki ilaçları kullanıyoruz hastalara. Bu kanıt oranı arttıkça yani çalışmaların kalitesi ve sonuçlarındaki kalite arttıkça bilimsellik artar. Biz kanıta dayalı tıp yapıyoruz.*” H10, bilimselliğin tanımına ‘tekrarlanabilir olma’ özelliğini eklemiş ve tedavisinin kesinliğini kaynaklara dayandırması hususunda meslektaşları ile benzer bir görüntü çizmiştir.

Bilimselliğin tanımı bence yani bence değil bu zaten, tekrarlanabilir olmalı, etkinliği belli olmalı, net çalışmaları olmalı. Her hasta farklı sonuçlar vermemeli. Temel olarak bunlar. Tedavinin kesinliğini de kaynaklara dayandırıyorum. Bilimsel kaynaklara, ha bu bilimsel kaynak derken de tabii bunların kendi içerisinde sınıflaması var. Yani böyle vaka şeklinde değil de çok zor durumda kaldığımızda bunlardan da faydalanıyoruz ama genelde yaptığımız işin çok geniş kaynaklı önce algoritmaları olan hani uluslararası kabul edilmiş algoritmalara dayandırıyorum, ardından işte onlar da zaten meta analizleri çoklu yani çok fazla sayıda yapılmış hastalarla olan çalışmalara bunlara dayanıyor, biz de öyle yapıyoruz. (H10)

Sonuç olarak, görüşme yaptığım onkologların, bilimsellik ve uyguladıkları tedavinin kesinliği konusunda ön plana çıkardıkları ve hatta kullandıkları birtakım anahtar kelimeler yahut ifadeler olduğunu söyleyebilirim. Bunlar; *kılavuzlar, net sonuç, kesinlik* ve muhtemelen onlara tıp fakültesinde okudukları zaman öğretilmiş bir kelime olan, *kanıta dayalı tıptır*.

Buraya kadarki yaptığım alıntılara bakacak olursam, görüşme yaptığım hekimlerin hepsi kanıta dayalı tıp yaptığını savunmuştur. Öyleyse, hepsinin geleneksel tıp karşıtı

olması gerekmez miydi? Bu aşamadan sonra bu sorunun cevabını aramak için esas incelediğim mesele olan, hekimlerin geleneksel tıp karşısındaki konumlanışlarına geçiyorum.

Modern hekim, geleneksel tıp karşısında otoritesini stratejik açıdan iki şekilde tesis etmektedir. Bunlardan ilki geleneksel tıbbi baştan reddedenler, ikincisi ise geleneksel tıbbi bağlamından koparıp onu modern tıbbin otoritesine bağlayanlardır. Bu başlık altında ilk olarak, geleneksel tıp karşısında katı pozisyon alanları inceleyeceğim. Söz konusu hekimlere klasik pozitivistler de diyebilirim. Klasik pozitivistlerin meseleye yaklaşımları ya da stratejileri; meseleyi ya tartışmaya bile açmamak ve reddetmek ya da klasik anlamıyla sisteme sokmamak şeklinde kendini göstermektedir. H2, geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır, kendisi sadece gıda takviyesi olsun diye zerdeçal ve bazı vitamin desteklerini sağladığını belirtmiştir. Görüşmemizde geleneksel tıp ile ilgili soruya cevaben düşüncelerini belirtmekten ziyade, kemoterapide kullanılan ilaçlardan bahsetmiştir:

Geleneksel tıp şu aralar fitoterapiyle çok adını duyurdu. Ya da işte senin de bahsettiğin akupunkturla. Geleneksel tıp zaten bizim onkoloji ilaçlarının yüzde doksanı bitkisel ilaçlardan elde edilmiştir. İşte paklitaksel kemoterapisi porsuk ağacından elde edilmiş ama artık biz ağaç kesmemek için onu genetik laboratuvarla biyoteknolojiyle bunların benzerlerini üretilip pazarlanıyor ki yakın zamanda da immünoterapi çıktı. Yakın zaman ondan önce de akıllı ilaçlar çıktı yani artık klasik kemoterapiden uzaklaşıyoruz. Yani fitoterapiden de uzaklaşmaya başladık fitoterapinin gerçekten sadece ve sadece fitoterapinin tek şeyi gıda takviyesi niyetine kullanmak, kanseri yenmek değil gıda takviyesi niyetine kullanmak. (H2)

H2, fitoterapiyi tedaviden ziyade gıda takviyesi olarak görmektedir. Burada geleneksel tedavinin tamamlayıcı alternatif bir tedavi olarak görülmesi de söz konusu değildir. Dolayısıyla, H2'nin geleneksel tıbbi tamamen reddettiğini söylemek mümkündür. H2, televizyona çıkıp geleneksel tedavi kürleri vs. anlatan kişileri 'şarlatan*' olarak nitelendirmiştir ki bu daha sonra başka hekimlerden de duyduğum bir tabir olduğu için önem taşımaktadır. Onlara şarlatan demesinin sebebini şu şekilde ifade etmiştir: "Şarlatan evet şarlatanlık yapıyorlar çünkü hiçbir ilaç kanseri öldürmez hiçbir ilaç. Ancak kanser hücresinin deneasını (DNA) parçalaman lazım, maalesef bunu şu an dünyada hiçbir bitkisel tedavi gerçekleştiriyor, yapamıyor bu

* Şarlatan: Mallarını ya da kendi bilgisini, niteliklerini överek saf insanları aldatan, dolandıran kişi.

yüzden, bu yüzden geleneksel tıbbın hiçbir etkisi yok.” Modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemlerinin arasında kesişme olmadığını şu şekilde anlatmaya çalışmıştır:

Dediğim gibi bazı kemoterapiler fitoterapiden çıkmıştır ama bunlar geleneksel tedaviler bilimsel hayvan deneylerinden başlayarak faz bir faz iki çalışmalardan sonra insanda etkinliği olduğu zaman biz kullanmaya başlıyoruz ama bilmem maydanozmuş bilmem ısırgan otuymuş bilmem ne reişi (reişi) mantarıymış inanın bana bunların hepsi şarlatanlık hatta ısırgan otunun biz Hacettepe’de çalışmasını yaptık, sadece immün sistemi aktif ediyor o da gribe karşı faydası var. Açıkçası kesinlikle geleneksel tedavinin bilimsel tedavide bizim uyguladığımız tedavide sadece gıda takviyesi olarak kullanıyoruz. Antioksidan ya da gıda takviyesi ya da besleyici olarak kullanarak kesinlikle kanseri yeniyor kanseri tedavi ediyor diye bir şeyimiz sözümüz kesinlikle yoktur. (H2)

Öyle görünüyor ki H2 geleneksel tedavi diye bir pratiğin kalmadığını çünkü geleneksel tedavi pratikleri ile ilgili çalışmalar yapıldığını ama bunlardan sonuç alınmadığını, dolayısıyla modern tıptan başka doğrunun olmadığını söylemek istemektedir. Zira kendisi, kendi kişisel hayatında da direnci arttırsın diye zerdeçal ya da antioksidan ve vitaminler dışında bir şey kullanmadığını ama bunları da geleneksel tıp olarak görmediğini belirtmiştir. Bundan ötürü, farazi bir durumda eşine, çocuğuna ya da bir yakınına uygulamayı da düşünmemektedir. Yine geleneksel tedavi yöntemlerinin hastanın sağlığı açısından hiçbir fayda sağlamadığını belirtmiş ve bunu da şu şekilde temellendirmiştir:

Hayır, hiçbir hatta bir yirmiye yakın çalışma var on iki tanesinde bu çalışma sonucu sonrasında antioksidan olsun gıda takviyesi, daha kötü sonuç çıktı. Hastalar daha erken ölmeye başladılar, on iki çalışmada. Sekiz çalışmada bunların faydası olduğu ortaya çıkmış ama yarısından fazlası hastaların daha hızlı öldüğünü diğer yarısından daha azı belki onlar firma tarafından desteklenmiş de olabilir bir şey diyemiyorum. (H2)

Geleneksel tedavi yöntemlerinin hasta talebi olarak kendisine çok sık geldiğini söylemiştir ama bu durumdan pek memnun değildir çünkü geleneksel tedavi pratiklerinin, hastaya fayda etmesinden ya da hiçbir etkisinin olmamasından ziyade zarar verdiğini belirtmiştir. Bu nedenle, hasta geleneksel tedavi uyguladığı zaman bundan haberdar edilmek istediğini dile getirmiştir.

H3 de geleneksel tıba başvurmadığını belirtmiştir ve meseleyi çok boyutlu bir şekilde anlatmıştır:

Doğrusu başvuruyorum çünkü birincisi diğer tedavileri, tedavilerle etkileşime girerek onlara sıkıntı verebilir. İkincisi, başvursaydım çok para kazanabilirdim. Genel olarak hastalardan yasa dışı para almayı ahlaklı bulmuyorum. Hastaların çoğu bizlere tekliflerde bulunurlar. İşte aman doktor muayene olduk borcumuz ne falan derler. Bu tip şeyleri ahlaklı bulmuyorum. Eğer bu tip şeyleri yapacak olsaydım, devlet kurumunda olmamam hele üniversitede hiç olmamam gerekiyordu. Şunu söyleyeyim eğer bitkisel şeyler insanlara veriyor ediyor yani bitkisel demeyeyim de buna çünkü birçok ilaç, benim de kullandığım bilimsel ilacın birçoğu hala bitkilerden elde edilen maddelerden, öyle söyleyeyim. Mesela, en son iki binli yıllarda devreye giren, meme kanseri tedavisinde kullanılan Taksan denen kemoterapi ilaçları, Amazon Ormanlarında ulaşılabilen bölgelerdeki bir ağacın yaprağından, kabuğundan daha doğrusu elde edilen bir maddenin geliştirilmesiyle sağlandı Paklitaksel dediğimiz ilaç. Yapılan araştırmalarda etkin olduğu gösterildi. Çok kuvvetli bir zehir, insan için kullanılabilir hale getirildi ve artık kanser tedavisinde kullanılıyor. Onun için hani bitkisel demeyeyim yanlış olur ama bilimsel olarak ispatlanmamış şeyleri kullansaydım inanın hastalar çok beklenti içinde. Hep böyle doğal şeyle iyileşeceklerine inanıyorlar. Genel olarak toplumumuz, kanserde stresin moralin vesairenin çok önemli olduğunu düşünüyor. Bunun tek önemi, hastanın tedaviye uyumu açısından. Yani tedaviye uyumlu olursa daha iyi olur bu da moral iyi olursa iyi olur ama hastalık morali bozuk diye bir insan da hasta olmaz. Morali iyi bir insan da tamamen sağlıklı olmaz. Bana son derece sağlıklı, mutlu insanlar kanser teşhisiyle geliyorlar ve çok oluyorlar. Biz sporcuysuz, her gün spor yapıyoruz, vücudumuz fit, ailemizde kanser yok, nasıl oldu bu vesaire diye gelen çok insan oldu. (H3)

Öte yandan H3, hastalığın moral yönünden bağ kurduğu maneviyat ile olan ilişkisini de kesmiştir ki geleneksel tıpta amaç, hastanın sadece bedenini değil, ruhunu da iyileştirmek üzerinedir. Geleneksel tıba tıp demenin zor olduğunu düşünse de bu konuya ilişkin düşüncelerini fazlasıyla ayrıntılı bir biçimde dile getirmiştir:

Yani buna tıp demek biraz zor. Tarihi... Şimdi tıbbın tarihine bakacak olursak nasıl tıp gelişmiş... Çok çok en eskilere inemem ama eskiden doktor, berber, cerrah her şey birmiş yani her şeyden anlayan her şeyi yapan insanmış. Hayvanlara da bakan aynı kişiymiş vesaireymiş falan. Sonra ayırlaşa ayırlaşa gelmiş. Bilim ilerledikçe kimileri bilim yolunu seçmiş, kimileri eski metotları devam ettirmiş. Geleneksel işte bir Doğu Tıbbi var, Çin Tıbbi var mesela işte akupunktur vesaire gibi şeyler var. Modern bilimde tıpta bütün geleneksel tıplarda uygulanan yöntemler analiz edilmiştir. İşe yarayan her türlü geleneksel tıp metodu bugün bilimsel tıbbin içine dâhil edilmiş. İşe yaramayanların hepsi de hariç tutulmuştur. Dolayısıyla geleneksel tıptan bir tedavi beklemek mümkün değildir. Şu an dünya yüzeyinde incelenmemiş hiçbir mineral materyal, bitki ot veya hayvani ürün kalmamış durumda. Eskidenmiş kimyasal maddelerle oynanarak tesadüfen ilaç bulunması. Bugün artık ilaçlar tesadüfen bulunmuyor. (...) O günler geçti artık ilaçlar tamamen ileri teknolojiye göre hedefe yönelik olarak üretiliyor. Böyle bir noktada geleneksel tıptan ne bekleyebiliriz? Örneğin, sarımsağın tansiyona iyi geldiği bir gözlem olarak eskiden işte tansiyonu yüksek insanlara sarımsak verilirmiş. Tahmin

ediyorum yarım veya bir kilo sarımsak özütünde tansiyonu düşüren madde, ayrılaştırılarak kapsüllere beş yüz miligramlık kapsüllere dönüştürülerek geleneksel tıptan hoşlanan insanlar için Avrupa'da satılıyor. Eğer kan basıncınız yüz seksense milimetre cıva olarak, aldığınızda 175 milimetre cıvaya düşer. Hiçbir fayda söylenemez, fayda olduğu söylenemez. Yani siz bir kilo sarımsak yiyeceğinize onun içindeki tansiyona iyi gelen maddeyi aldığınızda vücudunuza direkt ki sarımsak midenize çok dokunabilir o miktarda tükettiğinizde. Aldığınızda tansiyonunuz hafifcecik etkileniyor. Söylemek istediğim şu, geleneksel tıp dediğimiz onlar mutlaka ki tıbbın tarihinde çok önem taşıyor ve çok saygı duyulması lazım ama bugün geleneksel tıpta incelenmemiş etkili olup da tıbbın içine girmemiş bir madde veya uygulama yok. Dolayısıyla, bu soru şu şekilde de şey olabilir. İşte Formula bir yarışlarında işte Mercedes'e (Mercedes) karşı bizim eski Osmanlı küheylanlarını çıkarmak konusunda ne düşünüyorsun? Ki bu daha mantıklı olabilir öyle söyleyeyim size çünkü bugün tıptaki ilaç teknolojileri araba teknolojilerinden çok daha fazla gelişmiş durumda fakat bunu görme veya anlama şansımız yok. Bugün pek çok işte şifa verdiğini iddia eden kişiler, iddiada bulduklarında yarıştıkları ilaçların üretim maliyeti on beş milyon doların üzerinde tutan teknolojilerle yapılırken veya araştırmalarla son haline gelirken çok daha ucuz fiyata Mars'a uzay gemisi yollayabiliyorsunuz ama hiç kimse sokak arasında ben Mars'a gidecek bir uzay gemisi yapıyorum diye çıkmıyor. Neden çıkmıyor acaba? Çünkü ispatlaması lazım, göze görünmüyor. Öbürü göze görünmüyor ve çoğu alternatif tedavi uygulayan kişiler, normal tedaviyi kesmemesini istiyorlar hastaların. (...) Dikkat ederseniz dünyada alternatif tıpla ilgili olan bir standart yok yani kişinin işte boyuna kilosuna şuna göre buna göre, böbreğine göre, karaciğer fonksiyonuna göre ne dozda alacak... İlacın yan etkisi nedir? Bugün bir ilacın, yüzde bir, binde bir, on binde bir hatta milyonda bir olan yan etkileri prospektüslerinde yazarken bitkisel ürünlerin vesairenin yazmıyor. (...) (H3)

H3, geleneksel tıbbın eski zamanlarda kalan bir uygulama olduğunu düşünmektedir çünkü artık bilimin ulaşamadığı, yapamadığı, çözemediği bir şeyin kaldığına inanmamakta ve bilimin kesinliğine, tedavi için kullanılan ilaçların amaca yönelik sonuç verdiğine inanmaktadır. Bu noktada bilimin, ölüm olgusunu çözemediğini ve onlara tedavi olmak için gelen hastalarına verdikleri onam formunda*, hastaların alacakları tedavinin kesin olarak onları iyileştireceği iddiasının olmadığını unutmuş ya da göz ardı etmiş gibi görünmektedir. Sonuç itibarıyla, H3 geleneksel tıbbı, klasik anlamıyla modern tıbbın içerisine sokmamaktadır. Bunun yanı sıra, geleneksel tedavi pratiklerini uygulayan profesörlerin varlığından bahsetmiştir ama söz konusu pratiklerin uygulanmasının artmasını, cahillik ile ilişkilendirmiştir. Geleneksel tıbbın herhangi bir kanıtı dayanmadığını söyleyerek onu reddeden birisi için bu söylemin yerinde olduğunu düşünmekteyim. Öte yandan H3, profesör unvanına sahip kişilerin

* Bkz. EK 2, EK 3

geleneksel tedavi pratiklerini uyguladıklarından bahsetmiştir. Bir tıp profesörü geleneksel tıp uygulamalarını kullanıyorsa, kendisinin bunu hangi düzlemde gerçekleştirdiğini ve bu kişinin meslektaşları tarafından nasıl değerlendirildiğini de merak etmekteyim.

Şimdi geleneksel tıp uygulamasını... Uygulamasını yapanlar hakkında derken birçok insan yapıyor. Bunu profesör düzeyinde onkologlar yapıyorlar ya da hiç eğitimi olmayan sokak arasındaki insanlar da yapıyorlar. Bu ne kadar çok konuyla ilgili eğitimi olmayan kişiler tarafından yapılıyorsa, bir ülkede o kadar çok hukuki boşluk var demektir. (...) Bu bir sorumluluk işi, bir insan ne kadar cahilse o kadar da cesaretli olur. İnsanlar zarar verdiklerinin, verebildiklerinin farkında değiller. Çok hastamız iyileştikten sonra kanseri tekrar etmeden biz iyileştirdikten sonra yine de tekrar kanser çıkmasın diye geleneksel tıp metotlarını kullanıp da durup dururken böbrek hastası karaciğer hastası işte takibinin üçüncü yılında gibi durumlarla geliyorlar. Ne oldu sana... Üç yıldır tedavi vermiyoruz her şey iyiydi deyince hocam kusura bakmayın falanca kullandık filanca diyen çok hastamız oluyor. Organ yetmezlikleri gelişiyor. Dozlarla ilgili hiç çalışma yok ki. Hangi dozda bozuyor hangi dozda bozmuyor, ne yapması lazım, bir mi alması lazım, herhangi bir faydası var mı? Ne diyebilirim? Delil olmayan bir şey. (H3)

H3, hastalık tedavi edildikten sonra hastaların kanser tekrarlamasını diye uyguladıkları geleneksel tedavi pratiklerinden bile hoşnutsuzdur. Geleneksel tedavi pratiklerini uygulayan meslektaşları ile ilgili görüş belirtmekten kaçınmış olsa da, geleneksel tıba tamamen karşı olmasından ötürü, geleneksel tıbbi uygulayan meslektaşlarının yaklaşımlarını doğru bulmadığını belirtmiştir.

Şimdi şöyle söyleyeyim, az önce söylediğim yani bazı ilaçlarımız da bitkilerden elde ediliyor diyerekten. Şimdi karnınız ağrıdığı zaman, bağırsaklarınız gerginliğe duyarlıdır. Eğer bu önemli bir ağrı sebebi değilse, sadece gaz ağrısı gibi bir şeyse veya psikolojik bir mesela psikolojik durumla ilgili kolitler vardır. İnsanın psikolojisi bozulunca sinir sistemi nedeniyle bağırsakta işte gaz vesaire kabızlık gibi şeyler... Spastik kolon diyelim biz, rahatsızlık gibi. Mesela işte rezene vesaire gibi şeyleri işte çay olarak içtiğiniz zaman biraz iyi geldiğini fark edersiniz. Bunun gibi şeyler de vardır. Ama şöyle söyleyeyim bir ilaçla bunu çok daha kolay, çok daha basit, çok daha etkili yok edersiniz yani onun için bazen bunu uyguluyorlar. Yani bunun gibi şeyleri uygulayabiliyorlar. Daha çok geleneksel tıptaki kullanılan şeyler, semptomaya yönelik. Altta yatan sebebi ortadan kaldırmaz. Bir insana akupunktur yaparak yani bir sinirini iğneyle uyararak kanseri tedavi edemezsiniz. Bir enfeksiyonu tedavi edemezsiniz ama enfeksiyonun sebep olduğu ağrıyı azaltabilirsiniz. Dolayısıyla, altta yatan sebebin yok edilmesi çok önemlidir. Tıpta bu çok önemlidir. Altta yatan sebep yok edilmiyorsa, hastalık tekrar edecektir. Semptomlar ortaya çıkan şikâyetler, ağrı vesaire gibi şeyler aslında bizi korumak için vücutta ortaya çıkar. Yani bu vücutta bir sorun var, bununla ilgilen anlamındadır. Eğer sobaya dokunursak elimiz yanmazsa örneğin, kendini çok iyi yetiştirmiş Uzak Doğu sporcuları ben de

Uzak Doğu sporlarıyla çok uğraştım. Çok rahat elinde sigara söndürebilir. Buna herkes “oooo harika bir şey, ne kadar dayanıklı” der ama eli hasar görür. O sadece acıya direncini gösteriyor. Elimize hasar vermek iyi bir şey mi? İyi bir şey değil. Onun için semptom gidermek hani bir anlamda bu yüzyılda biraz dolandırıcılık oluyor. Yani semptomu giderirken hastalığı da tedavi ediyorsan çok güzel. Tabii ki şikâyeti de gider ama sadece şikâyeti gideriyorsan, hastalık devam ediyorsa yarın hasta tekrar şikâyetleri duymaya başlamışsa hastalık çok ilerlemiş, geri dönüşümsüz hale gelmiş olabilir. O yüzden doğru bir yaklaşım olduğunu düşünmüyorum. (H3)

H3, geleneksel tıbbın sadece semptomatik tedavide kullanılabileceğini söylemiştir ve esasında bunu bir tedavi olarak da görmemektedir fakat bu, daha önce söylediği durum ile çelişmektedir. Bundan önce verdiği bir örnekte, kanseri tedavi edilen bir hastanın kanser tekrarlamasını diye uyguladığı geleneksel tedavi pratiği yüzünden böbrek ya da karaciğer hastası olduğunu dile getirmiştir. Lakin bunun kanser tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisinden mi olduğu ya da geleneksel tedavi pratiklerini doğru kullanılıp kullanılmadığından mı olduğu bilinmemektedir. H3’e göre modern tıp ile geleneksel tıp arasında bir ilişki kalmamıştır çünkü modern tıp, her konuda yetkinliği kanıtlamış ve geleneksel tıbbı tamamen ele geçirmiştir.

Artık pek birbirleriyle ilişkilerinin kaldığını düşünmüyorum açıkçası. Az önceki sorunun devamı gibi şunu da söyleyeyim hani birçok profesör arkadaşımız, hastalar hüsnü-memnuniyet duyacağı için onlara zarar vermeyecek normal tedavilerini yanında semptomatik tedavi edecek bitkisel ürünler de veriyorlar. Hatta normal muayene edip tedavi verdiklerinde hastalara çok az ücret aldıklarını ama işte bitkisel ürün de beraberinde verdiklerinde çok daha fazla ücret alabilen özel sektörde kişiler olduğunu, bunu ifade eden kişiler olduğunu biliyorum. İki taraflı bir memnuniyet doğuyor sonuçta hani gidip birinden şarkı türkü dinleyip para verip mutlu olmak gibi bir şey oluyor bu yönü. Bakın aslında bütünleşme. İlk soruda da söyledim. Geleneksel tıpta faydalı olan her türlü madde izole edilmiş ve ilaca dönüştürülmüş durumda. O yüzden, geleneksel tıptan alınabilecek artık bir şey yok. Mesela retinoik asitle tiroit türevleri lösemi tedavisinde kullanılan M3 lösemi dediğimiz lösemiyle birlikte kanda pıhtılaşma bozukluğu yaptığı için direkt kemoterapi verdiğimizde hastanın ölebileceği tehlikeli bir lösemi türünde ATRA dediğimiz bir hücreleri farklılaştırıcı diferansiye edici yani onların kanda pıhtılaşma bozukluğu yapmasını önleyici bir yüksek teknolojili ilaç kullanılıyor. Bu ilaç, Çin Tıbbındaki retinoit retroitlerden geliştirilmiştir yani artık ben gidip Çin’de tıp aramam. Zaten her şeyleri araştırılmış. Yeni bir şey onlarda kalmış durumda değil. Bizde de yok üzgünüm. Türkiye’de incelenmemiş hiçbir bitki yok. Medeni dünyanın ulaşamadığı görmediği hiçbir şey yok. (H3)

H3, kendi ifadesiyle ‘tıp adamı’ olduğu ve kendiyile ilgili konuları çözebildiği için kendi kişisel hayatında geleneksel tıbbı kullanmamakta olduğunu belirtmiştir ama geleneksel tıbbın uygulayıcılarının genelde kadınlar olduğunu gözler önüne serer

şekilde, spastik kolon rahatsızlığı yaşadığında eşinin ona rezene çayı yaptığını ve o da bunu içtiğini söylemiştir ama eşi yapmasa içmeyecek olduğunu da dile getirmiştir. Aynı şekilde farazi bir durumda da eşi, çocuğu ya da bir yakını için de olmak üzere geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmayacağını söylemiştir. Ona göre geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak fayda sağlamamakta, geleneksel tedavi sadece semptomatik iyileşme sağlamak ve çoğunlukla da hastalığın ilerlemesine sebep olabilmektedir. H3'ün "Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, size hasta talebi olarak geliyor mu? Geldiği zaman, nasıl bir tepki verirsiniz?" sorusuna verdiği cevabı alıntılarım istiyorum:

Gelıyor. Eğer normal tıbbi tedaviler varsa, bunların bunlarla etkileşimi hakkında yeterli bir araştırma ve bilgi olmadığını kendilerine anlatıyorum. Ben hastalarımın hiç kızmam, özellikle ileri evre yani biz tedavi vererek yaşamını uzatabileceğimiz şikâyetlerini azaltacağımız ama kendilerinin uzun yaşayamayacağı insanlar başka çarelere başvururlar. Siz kızarak buna engel olamazsınız. Ben hastaların yaptıkları her şeyi bana rapor etmelerini isterim. Önermesem de... Şu nedenle belki bir tane geleneksel tedavi işe yarar da biz de onun üstüne gideriz diye. Onkoloji alanıyla doksan yedi yıldan bu yana uğraşıyorum, daha önce dahiliye uzmanıydım vesaire. Şu ana kadar bir tane geleneksel tedavi metodu alıp da fayda görmüş hastam olmadı. Olmasını çok isterim çünkü ben reçete yazma, hastalara tedavi verme meraklısı değilim. Hemen dahiliyeye geri dönüp, dahiliyeciyim aynı zamanda, tansiyon şeker tedavisine dönmeyi tercih ederim. Bizi de çok yıpratıyor kanser tedavisi yapmak gerçekten çok hastayla yakınıyla uğraşmak, psikolojik danışmanlığı da yapıyoruz aynı anda, çok zor, çok güç bir meslek. Onun için keşke bir iyileşen olsaydı da ben de ya şundan iyileşiyor dese yedim. Kapesitabin diye bir ilaç var. İleri teknoloji, kemoterapinin ağızdan verilen formu. Yan etkileri oldukça azaltılmış. En önemli yan etkilerinden biri, el ayak palma pılantir elitro dispilez dediğimiz şey kızarıklıklar yapıyor avuç içi, ayak tabanlarında kızarıklıklar yapıyor. Yayın olarak yapıldığı için söylüyorum, bilimsel olarak ispatlandı. Yani yayın olarak yayınlandı bilimsel tıp dergilerinde. Hacettepe'nin Hacettepe'deki meslektaşlarımla buluşudur. Tesadüfidir, gözleme dayalıdır. Kına yakan, ellerine kına yakan hastalarda ellerinde bu yan etkilerin ortaya çıkmadığı gözlemleniyorlar. Dolayısıyla mesela ben hastalarımın o ilacı verirken diyorum ki, ellerinizde avuç içlerinizde yanma kızarıklık yapabilir. Bu sizde rahatsızlık oluşturabilir. Kına yakabilirsiniz diyorum ayak tabanlarınıza veya avuç içlerinize. Hakikaten şikâyetleri olmuyor kına yakan hastaların. Alın size bir örnek, işe yarıyorsa uyguluyorum. Hani şu kadar yıldır hiç görmedim demişken, bir tane kendi uyguladığım aklıma geldi, onu söyledim. Görsem ne ki? Keşke görsem yani... (H3)

H3'e de geleneksel tedavi pratiklerini uygulamak isteyen hastalar gelmektedir, H3 bu hususta kendilerine kızmama da yahut söz konusu pratikleri önermiyor olsa da, hastaların her şeyi ona rapor etmelerini talep etmektedir. Kişisel hayatında doğal

yerine kimyasalı yani ilacı tercih eden biri olarak, hastalarını tedavi etmek hususunda reçete yazma meraklısı olmadığını dile getirmesi ilginçtir. Öte yandan, kanser tedavisinde kullanılan kapesitabin denilen ilacın yan etkisi gidermek için önerdiği metot, yani el ve ayaklarda meydana gelen kızarıklıklar için kına yakılmasının işe yaradığını dile getirmesi dikkat çekicidir. Sonuçta kına, ilaç değildir ama üstünde çalışmalar yapıldığı için H3 rahatlıkla bunu, modern tedavi yöntemlerinin içine ilacın yan etkisini azaltan bir teknik olarak ona yani modern tıba dâhil etmiştir.

Özetle söylemem gerekirse; H2 ve H3, yani klasik pozitivistler olarak adlandırdığım grup –Max Weber’in *tipolojileri* bağlamında onlara *rasyonel hekimler* de diyebilirim– bürokrasiye tamamen uyum sağlamış ve sistem ile birlikte hareket eden bireylerden oluşmaktadır. İkinci olarak, geleneksel tıbbı bağlamından koparıp modern tıbbın otoritesine bağlayan, ilk grubun aksine onların varlığını bir şekilde kabul eden, kendi tedavi pratiğinde uygulamaya bile duruma göre önerebilen, kimi zaman faydası olduğunu düşünen hekimlerden yani saf tip olmasalar da *karizmatik hekimlerden* söz edeceğimi belirtmiştim. Bahsi geçen hekimler ya da onkologlar, geleneksel olanı bağlamından koparıp onu tekniğe indirgemekte, sonrasında tıbbın diline tercüme edip modern tıp içerisinde yeniden formüle etmekte ve bu şekilde modern hekimin otoritesini yeniden tesis etmektedirler. Bu noktada, onu TAT yani Tamamlayıcı Alternatif Tedavi olarak adlandırmaları önem taşımaktadır. Burada geleneksel tedavi, modern tıbbın tamamlayıcısı olmaktan öteye gidememekte ve kendi başına var olamamaktadır ve böylelikle modern hekim, modern hekim olma sıfatını yenilenmiş bir formda yine ve yeniden kazanmış olmaktadır. Gariptir ki H1, “Geleneksel tıp nedir ve geleneksel tıba nasıl yaklaşıyorsunuz?” sorusuna, “*Pozitif bilimciyim, geleneksel tıbbı kabul etmiyorum*” şeklinde bir cevap vermiştir. Esasında bu soruda, geleneksel tıbbı nasıl gördüğü ve ona nasıl yaklaştığı sorulmuştur ama o, bu soruya doğrudan, geleneksel tıbbı uygulayıp uygulamadığı ile ilgili bir cevap vermiştir. Sonrasında ise geleneksel tedavi pratiklerini uyguladığı ortaya çıkmıştır.

Şimdi geleneksel tıp deyince, geleneksel olması için bize özgü olması gerekiyor değil mi? Hani bir Çin Tıbbını da geleneksel tıp diye kabul edersek... Genel baktığımız zaman Çin Tıbbı da geleneksel tıptır ama kendi ülkemize özgü şeyimiz yok. Tabi fitoterapi açısından aktarlar açısından elimizde bir sürü şey var. Şimdi biz geleneksel tıp ya da alternatif tıp diye kullanmıyoruz aslında. Tamamlayıcı tıp taraftarıyım. Yani kanıta dayalı bir tıbbın bir bilimin belki desteği olabilecek şeyler. Biz burada müzik terapisi

çalışması da yaptık müzikologla birlikte. Akupunktur çalışması da yaptık. Yoga, hipnoz bunların her birisi belirli ölçüde ağrı olsun beslenme olsun anksiyete olsun, onların üzerine etkisi var. Bazı bitkilerin biz zaten fitoterapi adına değil, ben sabahları bir kaşık bal içerisine zencefil karıştır diyorum kemoterapi alan hastalara. Ağız tadındaki değişikliği ve oradaki hücre yenilenmesini artırsın diye ama bu ne tamamen işte elimizdeki yapılan şeylerle ilgili daha önceki verilerle alakalı ama bunlar bir bilimsel olarak kanıtlanmış kanıta dayalı bir tedavinin alternatifi olabilir mi? Hayır, ya da tamamen yerine konulabilir mi hayır. O yüzden hani tercih edecek isem hani geleneksel tıp terimini kabul etmiyorum, taraftarı değilim ama tamamlayıcı tıp olarak bunları entegre etme çabasımdayım. (H1)

H1, var olan geleneksel-modern tıp ikiliği söylemini değiştirerek, geleneksel tıbbi modern tıba entegre etmekte ve buna da ‘tamamlayıcı tıp’ demektedir. Bunun yanı sıra, geleneksel söylemi yapıbozuma uğratmakta, Çin Tıbbı, yoga, hipnoz, akupunktur gibi tedavi pratiklerini kendi bağlarından koparıp onları salt tekniğe indirgemekte ve böylelikle geleneksel tıbbi iktidarsızlaştırmaktadır. Bu şekilde, modern hekimi daha güçlü bir biçimde tesis etmektedir. H1, hastalarının ona neden güven duyduğunu iki noktaya gönderme yaparak açıklamaktadır; bunlardan ilki, önerdiği tedavi şekli geleneksel tedavi olsa bile, söz konusu geleneksel tedaviyi kanıtlanabilir olma ilkesine oturtması, ikincisi ise hasta ile kurduğu iletişimin niteliğini ön plana çıkarmasıdır.

Yani eğer elimde şey varsa kanıt varsa. O iletişimle ilgili, anlatıyorum anlatıyorum yani kendi sordukları sorular da oluyor hani alternatif tıpla ilgili. Ben onlara tıbbın alternatifi olmaz sadece tamamlayabilir. Şunu tercih edebiliriz bunu tercih edebiliriz diye hani diyebiliyorum ama fitoterapi konusunda her zaman hassasım. Elimde eğer o bitkinin özümüyle ilgili bir şey yoksa, bir bilgi yoksa içindeki hangi madde olduğu benim ilacım ile etkileşiyor mu buna kesinlikle karşıyım. Hiçbir şekilde de önermiyorum. (H1)

Görüşmemiz esnasında, geleneksel tıp yerine tamamlayıcı alternatif tedavi demem konusunda ısrar ettiği için, görüşme formundaki sorularda yazan ‘geleneksel tıp’ ifadesini ‘TAT’ olarak değiştirmeye çalıştım ve sorularımı sormaya o şekilde devam ettim ama kendisinin de bu konuda kafası karışık olduğu için, “TAT yöntemlerini reddeden meslektaşlarınızla ilgili ne düşünüyorsunuz?” diye sorduğumda, şöyle bir cevap verdi: “Yani şöyle kanıta dayalı olmayan bir şeyi reddettikleri için ben de aynı noktadayım aslında. Kanıta dayalı, o da çok zor randomize çalışmaları yok. Yani ben hastaya da aynı şekilde anlatıyorum. Farkındaysanız aslında ben reddeden taraftayım.” Sorudaki ifadeyi, tamamlayıcı alternatif tedavi yani TAT olarak

değiştirmiş olmama karşın, söz konusu pratikleri reddettiğini söylemiştir ama daha sonra yine kendisi bu konu ile ilgili düşüncesini “*Yani ben geleneksel tıp karşıtım. Tamamlayıcı tıp kısmına evet ama geleneksel tıp...*” şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca kendisinin şöyle bir ifadesi de olmuştur: “*Hipnozdan tutun yogaya tutun her şeyi diyorum ya bizim de benim de çalışmalarım var hani uğraşıyorum uğraşmıyorum değilim ama bunu geleneksel tıp uygulayan kısımda olursam aslında benim özümdeki şeye karşı çıkar.*” Yani H1, hipnoz yoga gibi geleneksel tedavi pratikleri ile uğraşmaktadır lakin bunları geleneksel tıp olarak kabul etmemekte ve modern tıbbın ilgilendiği, modern tıbbın tedavisine yardımcı birer teknik olarak değerlendirmektedir. Ona göre geleneksel tıp, kanıta dayalı tıbbın yani modern tıbbın önüne geçemez, onun alternatifi de olamaz, sadece onu tamamlayabilir. Geleneksel tedavi pratiğinin kanıtı varsa, modern tıba entegre edilebilir ve ancak o şekilde uygulanmasına izin verilebilir. H1 için, modern tıp ile geleneksel tıp arasında bir kesişme söz konusu olmadığı gibi ayrışma da söz konusu değildir, o daha çok söz konusu geleneksel tedavi pratiklerinin kanıtlanabilir olduğu takdirde modern tıbbın içine dâhil edilmesi gerektiğini düşünmektedir, bu nedenle de onun için ikisi arasında ne bütünleşme ne de ayrışma vardır. Öte yandan, geleneksel tıbbı bir çeşit sağlıklı beslenme eylemi olarak görmektedir ama herhangi bir rahatsızlığına iyi gelmesi için uyguladığı bir geleneksel tedavinin bulunmadığını belirtmiştir.

Yani bilim, diyorum ya kanıta dayalı hani kanıta dayalı hani kanıtı olan her şey hani pozitif bilim olmuş olacak yani eğer tamamlayıcı tıp, bakın hep tamamlayıcı tıp diyorum. Tamamlayıcı tıpla ilgili eğer gerçekten biri hani uygun çalışma uygun analizle birlikte yayınlanmış bir veri olduğunda zaten o pozitif bilim olmuş olacak. Şu an sorunumuz bu, uygulamaların hem şeyin çalışmalarının şey olması, bilimsel açıdan zayıf olması hem de kanıt düzeylerinin düşük olması dolaylı olarak. Böyle olunca hani pozitif bilim değiller o yüzden zaten tamamlayıcı destek niteliğinde kalıyor. Hani net bir şekilde yoga ya da ne bileyim hipnozla ya da ne bileyim ben akupunkturla bir, çok tıbbi bir terim olacak ama bir plexus ağrısını yani işte sinir kökeni diyelim, sinir kökenine bir kanser tümörünün baskısını geçirdiğinizi kanıtlayacak bir randomize çalışma yoksa bir hastaya göre hem yan etki profilini belirleyecek hem güvenliğini belirleyecek hem de etkinliğini belirleyecek ve hastaya uygun dozları belirleyecek bir çalışma olmazsa o sadece akupunktur olsun ya da herhangi bir şey olsun işte kırmızı kapsaisin** birçok aslında onlardan türeyen ilaçlar var. Mesela bitkisel fitoterapi diyoruz ama bizim kemoterapi ilaçlarımızdan bazılarının yüzde*

* Plexus; örgü, ağ, şebeke anlamına gelmektedir. Cümlede geçen *plexus ağrısı*, damar yahut sinir ağrısı anlamına gelmektedir.

** Kapsaisin: Acı biberin acı olmasını sağlayan maddedir.

otuzu bitki alkalidir. Onların ekstrelerinden elde ediliyor. Neden? Kültür çalışmaları yapılıyor. Öncelikle kültür çalışmaları ardından hayvan çalışmaları orada model geliştirdikten sonra ekstreleriyle ilaç geliştiriliyor vesaire faz bir faz iki faz üç çalışmalara doğru gidiyor. Bu noktaya gelememiş her şeyi reddetmek lazım. Hani bir zerdeçal olsun hani çok gündeme geldi ama Japonlar hücre kökü çalışmasıyla şey yaptı onu feyl ettirdi (aksini ispatladı anlamında) hani kanıt çıkmadı. Tamamen reddetmemizin nedeni bu, hani ne zaman ki elimizde kanıt olacak evet o zaman ama bazı şeyleri biliyoruz. Hani içindeki şeyin doğal, sağlıklı beslenme koşuluyla fitoterapi için hep genelde suistimal edilen o aslında. Akupunktur da çok suistimal ediyor yani şey açısından ikincil kazançlar anlamında ama bunlarla ilgili gerçekten kılavuza girecek bir çalışma çıktığında zaten o pozitif bilim olmuş oluyor. Kanıta dayalı tıp kısmına geçmiş oluyor o yüzden şu an alternatif görünüyor. (H1)

Farazi bir durumda eşi, çocuğu yahut bir yakını için de geleneksel tedavi uygulamayacağını söylemiştir. Geleneksel tedavi pratiklerinin hastanın sağlığı açısından fayda sağlayıp sağlamadığı ile ilgili düşünceleri şu şekildedir: “Bazı belirtileri desteklediğini, azalttığını düşünüyorum. Az önce dediğim gibi ilk baştaki sorularda, işte ağrıyı azaltmak için müzik terapisi ya da akupunktur bulantı kusmayı azaltmak için. Bazı işte ağız tadını değiştirmek için bazı bitkisel karışımlar. Sadece o yoksa tedavi edici özelliği olduğu için değil, sadece destek.” Geleneksel tıp kendisine hem hasta talebi hem de soru olarak gelmektedir. Bu konudaki tavrı şöyledir:

Hasta talebi olarak, soru olarak geliyor. Ama hani şu işte karışım vitamini kullanmayın az önceki bahsettiğim şeyler. Bildiğimiz şeyler, mideniz yandığı zaman bir karbonatlı ya da tansiyon yükseldiği zaman limon hani bunlar aslında bilinen ve sağlıklı şeyler ama tutup da onu bir ne bileyim kanser tedavisi için kullanmak ya da bir farklı bir tedavi için tedavi yöntemi olarak kullanmak değil şey tamamen destek tedavi. (H1)

Geleneksel tıbbi doğrudan kanser tedavisinde değil de, kanser tedavisine ek olacak şekilde destek tedavi ya da tamamlayıcı olarak kullandığını sürekli üstüne basarak söylemiştir. Yanlış anlaşılmaktan mı yoksa tıp camiasında kendisine ‘eğitimini almadan geleneksel tıba yönlendiriyor’ demelerinden endişelendiği için mi devamlı olarak bunu vurguladığını bilmiyorum ama şu da bir gerçektir ki, H1 geleneksel tedavi pratiklerinin varlığını kabul etmekte ama bunların sadece tamamlayıcı olduklarını ve modern tıba entegre edilmeleri gerektiğini düşünmektedir.

H4 ise geleneksel tıba başvurulamakta ve hatta onu ‘saçma sapan’ bir şey olarak değerlendirmektedir lakin bazı durumlarda geleneksel tedavi yöntemlerinin faydasının olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla H4, geleneksel tıbbi saçma bulmasına

karşın, onu tam anlamıyla reddetmemektedir. Geleneksel tıp ile ilgili şunları dile getirmiştir:

Tabii teknik imkânlar gelişmeden şey olmadan bu kadar gelişmeden önce imkânsızlıklarla insanlar... Yani tabii insanlar hastalıklar için o dönem için elden gelen şekilde genelde bitkilerden başlayarak değişik tedavi alternatifleri geliştirmişler özellikle bayanlar falan bunların içinde. Bu hastalıkların nedenleri falan açıklandıkça, ek ilaçlar, farklı tedavi yöntemleri buldukça tabii ona artı olarak bilimsel yöntemin de gelişmesiyle birlikte şey oluyor modern tıp geliyor. Bu açıdan artık hani geleneksel tıba çok gerek kaldı mı? Çok emin değilim. Etkisiz olduğunu söyleyemem hani Çin'de hala daha hastaların bir kısmı geleneksel tıp adı altında şey yapıyor değerlendiriliyor ama bu geleneksel tıpla ifade edilen o değerler, ilaçlar, yöntemler bir de artık popülasyonda toplumda birçok kişinin bilmediğini düşünüyorum. Yani buna bir anlamda hani piyasa gözüyle de bakılıyor sonradan oradan bir kanal bulup diğer tarafı genellikle kötüleyerek kendilerine herkes bir alan açmaya çalışıyor. Şu an için hani bence çok gerek kalmadığını düşünüyorum geleneksel tıba ama bir etkisi yok da diyemem bazı alanlarda faydası olabilir. (...) Yani hani Çin'de bazı kişiler biliyor olabilir ama artık hani bizim toplumumuzda bunları yapan eden kişilerin artık çok kaldığını düşünmüyorum. Bu bunun daha bir bazı şeyleri olabilir ama genellikle usta-çırak ilişkisi ile deneme yanılma yöntemiyle öğrenilen şeyler. Bu bilgiyi taşıyan ne doğru düzgün bir kaynak ne bir kişinin kaldığını, bir kopukluk olduğunu düşünüyorum. Çin'de belki devam ediyor olabilir çünkü hastaların yüzde kırkının hala geleneksel tıpla tedavi edildiği söyleniyor. Orada belki bu sıralama bozulmamış olabilir ama diğer tüm ülkelerde bozulduğunu düşünüyorum. O açıdan çok da hani... (H4)

H4, geleneksel tıbbın var olmasını, teknik imkânların gelişmemiş olmasına ve eski zamanlarda insanların mecburen geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmalarına gönderme yaparak temellendirmiştir ama şu anda söz konusu tedavi pratiklerine gerek kalmadığını öne sürmüştür. Geleneksel tıbbın, tedavi pratikleri bütününden ziyade insanların para kazanmak için kullandığı bir araç ve piyasalaşmanın bir ürünü olarak görmektedir. Dolayısıyla ona göre, geleneksel tıp eski bir tedavi alternatifidir ve eskide kalmalıdır. H4, ne geleneksel tedavi pratikleri ile ilgili düzgün bir kaynak ne de bu pratiklerin taşıyıcılarının kaldığını söylemiştir, bu nedenle de bahsi geçen tedavi pratiklerine güvenmediğini söyleyebilirim. Bunun başka bir sonucu da geleneksel tıp uygulayıcılarının çoğunu 'şarlatan' olarak değerlendirmesidir. Bu alanda tedavi uygulayan ya da öneren kimselerin hepsinin olmasa da çoğunun şarlatan olduğunu düşünmektedir ve bu oran oldukça fazladır çünkü söz konusu kişiler, geleneksel tıbbı maddi kazanç kaynağı olarak kullanmakta ve H4'e göre geleneksel tedavi pratiklerini, modern tıbbı da ötekileştirmek suretiyle kötü

amellerine alet etmektedirler. Neden böyle düşündüğü şu sözlerinden de anlaşılmaktadır:

(...) Sahtekâr dememin şeyi şu... Bu alan ciddi bir parasal kaynak, kazanç alanı ve ben bunu kullandıklarını düşünüyorum. Anlatabiliyorum muyum? Bu fen bilimsel anlamda modern uygulamaları hem de geleneksel uygulamaları bilen kişiler bu konuda kendi bilgisini, eforunu, çalışmalarını bu konuya da ayıran kişilerin hastalara katkısı olabilir. Ama bunun dışında işin modern yanını hastalığın süreçlerini ve tedavi düzeyini bilmeyen ve her hastalığa aynı şeyleri üç beş değiştirip belki içinde ne olduğunu bilmediğimiz tedavileri uygulayan kişilere ben sahtekâr gözüyle bakıyorum. Belki bazıları iyi niyetlidir hani bana verdiler iyi oldu ama bilimsel değil bunlar yani bir tümörü var ama ne tümörü olduğu... Hatta tümör olup olmadığını dahi bilmeden tedavi yapıyor, hasta kurtuldu diyor. Patolojisine bakıyorsun, aslında kanser değil. Anlatabiliyorum muyum? Yani bu derece cahilce kullanılan bir alan... (H4)

Maddi kazanç kaynağı olarak kullanılması bir yana, H4 geleneksel tedavi pratiklerinin bu konuda hiçbir bilgisi olmayan kişiler tarafından yapılmasından da hoşnutsuzdur. Esasında bana kalırsa, geleneksel tıp uygulayıcıları modern tıp ile birlikte çalışsa ve bu kişiler, gerçekten işinin ehli olsalar, H4 söz konusu tedavi pratiklerinin uygulanmasına olumlu bakabilecektir. Modern tıp ile geleneksel tıbbın kesişmesi ya da ayrışması ile ilgili düşünceleri de bunu kanıtlar niteliktedir:

Yani mutlaka ki kesişmesi vardır çünkü sonuçta bugün kullandığım ilaçların çoğu da hani bitkilerden elde ediliyor. Bunları kullanan hastalarımnda bazı olumlu etkiler olduğunu görüyorum. En azından ağrıları azalıyor, iştahları artıyor, kendilerini daha iyi hissedebiliyorlar. Ama hastalık sürecinde ciddi olumlu etki yaptığını düşünmüyorum, görmedim. Bu nedenle sadece bitkisel tedavi alan hastaların da birçoğunun yani son iki ay içinde mesela dört tane meme kanseri geldi, korkunç. Meme kurtlanacak biçimde ve neredeyse eks olmak üzere geldiler. Olumsuz sonuçları olduğunu da görüyorum. Yadsımıyorum ama bu işin bir etiği bir bilimselliği olan bir alanda yetkin kişilerce yapılması gerektiğini hastanelerin bu konuya el atması gerektiğini, çok fazla piyasaya düştüğünü ve kötü kullanıldığını düşünüyorum. (H4)*

Görüldüğü üzere H4'e göre geleneksel tıp, hastalığın yok edilmesi sürecinden ziyade, hastalık sürecinde gerek hastalıktan gerek hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinden ötürü ortaya çıkan rahatsızlıkların giderilmesinde kullanılmakta ve bu hususta işe yaramaktadır. Bu da bir anlamda onun H1 gibi, geleneksel tıbbı tamamlayıcı ya da modern tıbbı destek olan bir tedavi türü olarak gördüğünü göstermektedir ama bu konuda dikkat edilmesi gereken noktalardan en

* Tıp dilinde *eks olmak* ya da *ex olmak* yani *Exitus Lethalis*, 'ölmek' anlamına gelmektedir.

önemlisi, bahsi geçen tedavi pratiklerinin yetkili kişiler tarafından uygulanmasıdır. Genel anlamda hekimlerde fitoterapi konusunda olumsuz bir bakış açısının hâkim olduğu ortaya çıkmıştır, bu durum H4 için de söz konusudur.

Tabii yani bunlar da sonuçta içlerinde bir sürü madde var. Bu maddeler hastalarda olumlu etkilerde bulunabilirler. Ama sonuçta biz bir ilaç verdiğimizde içinde bir molekül var. Bunun ucağını bucağını nereye ne yaptığını biliyoruz, bilimsel araştırmalarla kanıtlı. Diğerlerinde de araştırmalar var ama çok karışık içinde çok fazla madde var. Bu maddelerden biri A etki yaparken biri B etkiyi biri C etkiyi yapabilir. Verdiğiniz ilacın etkisini nötralize ediyor olabilir. Buna ilişkin çalışmaların hani daha detaylandırılması daha netleştirilmesi gerekiyor. Ben bir şey verdim, maydanoz verdim hastalar çok iyi gitti ama onu yiyen hastalar belki maydanozdan değil, yeşil sebze meyve yiyip yemiş olmaktan fayda görüyor. Bilimsellik de budur. Bunu etkileyecek sonucu etkileyecek faktörleri bertaraf ettikten sonra özgül etkisini ona gösterebilirim. Bitkisel çalışmalarda bunları yapmak çok zor. Kesişmesi olduğunu düşünüyorum. Tersini de yapabileceğini düşünüyorum yani. (...) Geçen bir toplantıda anlatıldı. Bir hastada kemik iliği nakli sonrası iyi yanıt vermiş bir hasta, sarı kantaron kullanmış ve sonuçta kanamadan kaybedilmiş. Yani belki kurtulmuşken dışarıdan bulduğu bir şeyle kendi yaşamına mal oldu. Bunları biz de görüyoruz. Bir-bir buçuk kilo ısırğan otu yiyip karaciğer yetmezliğinden, böbrek yetmezliğinden kaybettiğimiz hastalar var. Değişik mantar ilaçları kullanıp karaciğer yetmezliğiyle gelen kemoterapi sırasında hastalarımız var. Bize söylemeden kullanmışlar. Eşek sütüdür odur budur birçok şeyi söylemeseler bile kullandıklarını biliyoruz. Uyarıyoruz, en azından kullanacaksanız da haberimiz olsun. En azından tedavi sırasında almayın, etkileşmesin diye hastalara söylüyoruz ama kafaya giren hastanın yanından yöresinden konusu komşusu çok fazla insan oluyor. Yani karşılarında tıp varken bir konu komşu bilimselliği bilgisi nasıl değerlendirilebilir? Tıpta bir hata yaptığınız zaman, hasta hemen bir şikâyet dilekçesiyle mahkemelere gönderebilir ama konusunu komşusunu bitkisel tedaviden fayda görmeyen hastaların hiçbiri gidip de o insanı şikâyet etmiyorlar. (H4)

H4, kanser hastasının tedavi gördüğü esnada çevresinin tavsiyelerine kulak vermesinden de şikâyetçidir çünkü modern tıbbın bilimselliğinin yanında onların tavsiyelerinin bilimsel olmamaları bağlamında bir öneminin olduğunu düşünmemektedir. Bireyin, hastalandığı vakit kendi hayatı ile ilgili karar verme mekanizması zayıflamaktadır çünkü artık o modern tıbbın objesi olmuştur, bu nedenle modern tıbbın tedavi pratiği dışında bir tedaviye başvurmak istediğinde bunu onunla ilgilenen modern hekime bildirmek zorundadır. Hastaların uygulayacakları geleneksel tedaviyi modern hekime söylememesinin nedeni ise, hekime kendilerini yakın hissetmemeleri ya da o hekimin bu konuda bilgi sahibi olmaması yahut da hekimin bunu öğrenince göstereceği tepkiden korkmaları da olabilir. H4, kendi kişisel hayatında geleneksel tıp kullanmamaktadır ama buna gerekçe olarak,

geleneksel tıbbın ayrı bir eğitim alanı olmasını göstermiştir. Ona göre, herkes geleneksel tedavi pratiklerini uygulamamalıdır ve bu alan bir an önce bilimselleştirilmelidir. Farazi bir durumda eşine, çocuğuna ya da yakınına uygulamayacağını belirtmiştir ve H4 de adaçayı, ıhlamur gibi bitkileri diğer hekimler gibi geleneksel tedavinin içine katmamaktadır ve onları sağlıklı yaşamın bir parçası olarak kullandığını iddia etmiştir. Öte yandan, H4 de H3 gibi bitki çayı hususunda, 'eşim yapar içerim' gibi bir ifade kullanmıştır. H4'e göre, iştahın artması, ağrıların azalması ve hastanın kendini canlı hissetmesi noktalarında geleneksel tedavi pratikleri fayda sağlamaktadır. H4'e de geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak hasta talebi olarak gelmektedir, bu konudaki düşüncesi ve tepkisi şu şekildedir:

Çok bunların önüne geçmek mümkün değil. Hastalar da tıp dışında kendilerince bir şeyler yapmak istiyorlar. Özellikle onkoloji alanında bu çok fazla. Burada en ufak bir umudu bile kullanmak istiyorlar. Yani ben en azından ben bir tedavi veriyorsam benim tedavimi bozacak, etkisini nötralize edecek veya doğru sonuca ulaştırmayacak herhangi bir tedaviyi ek olarak almalarını istemiyorum. Bunu da belirtiyorum. (H4)

H4'ün bu ifadesinde de anlaşılacağı gibi, kendi tedavisine yahut hastaya bir zarar vermediği müddetçe H4, geleneksel tıba olumsuz bakmamaktadır. Toparlayacak olursam, geleneksel tedavi pratiklerinin faydası olduğu zamanlar olduğunu düşünmekle beraber, zarar verdiği durumlar olduğunu da söylemiştir. Geleneksel tıbbın varlığını kabul etmekte ama uygulayıcılarının yetkin ve bu işin ehli kişiler olması ve bizatihi olarak geleneksel tedavi pratiklerinin de bilimselleştirilmesi yani kanıtlanabilir olana dâhil edilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Geleneksel tıp, H5'in tercihen çok kullandığı ve önerdiği bir şey değildir ki zaten kendi tedavi pratiğinde de geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır, bunu kendisi şu şekilde ifade etmiştir:

Benim tercihen çok kullandığım, önerdiğim bir şey değil. Şimdi şöyle niye böyle düşünüyorum? Şimdi çalıştığımız bölüm itibariyle kullandığımız her ilacın uyguladığımız her tedavinin ve göreceğimiz her sonucun az çok tekstbuklarda (textbook) kitabi bilgi olarak yazılmış şeyi var yani şu ilacı verdiğimizde şu kadar yanıt görürsünüz, şu kadar yanıt görmezsiniz gibi. Bir datam var verim var ve hastaya anlatabileceğim bir sonuç var benim. Yüzde on ihtimalle size faydam olmayacak ama yüzde doksan faydam olacak gibi. Bunlarla ilgili bir veri var mı yok mu açıkçası bilmiyorum. Çok bilmediğim bir şey olduğu için de hani önermiyorum. (H5)

Aslında geleneksel tıbbın kanıtının olmadığına işaret etmektedir ama bir yandan da bu konu ile ilgili fazla bilgisinin olmadığını anlatmaya çalışmıştır. Geleneksel tedavi pratiklerinin faydalı olduğuna pek inanmamakla birlikte, söz konusu tedavi pratiklerinin uygulayıcılarının hastaya zarar verip vermediğine de bakılmasının gerektiğini öne sürmüştür. Bu konudaki düşüncesi şöyledir: *“Bunları uygulayanlar hakkında çok yani zarar verme ilkesine uyuyorsa bu hasta için yani uyguladığı şey, hastaya fayda beklemiyorum çok açıkçası bu tür tedavilerden ama bir diğer önemli şey de hastaya zarar verip vermediği, vermiyorsa hastaya zarar vermediği takdirde benim verdiğim tedavideki bir uyum sorunu yaratmadığı takdirde sıkıntı yok.”*

H5 için bu konudaki asıl önemli noktalar; ilk olarak geleneksel tedavinin hastaya zarar vermemesi, ikinci olarak da geleneksel tedavi ile modern tedavinin birbiri ile çakışıp herhangi bir uyumsuzluğa sebep olmamasıdır. Öte yandan, geleneksel tedavi pratiklerini uygulayan meslektaşları için söyledikleri dikkat çekicidir:

Yani çok ne diyeyim, itibar görmüyor demek istemiyorum ama şimdi bu sadece bir tedaviyle yol almaya çalışanlar var bir de normalde bildiğimiz anlamda bilimsel tedavi uygulayıp da yani hepimizin uyguladığı öğretilen tedaviyi uygulayan tedavinin yanında araya da bunlardan koyanlar işte fitoterapi kullananlar yok akupunktur kullananlar da var. Şimdi bu iki grup arasında çok fark var. Tedaviyi sadece bunları yapanlar geleneksel tıp yöntemlerini kullananların çok itibar gördüğünü düşünmüyorum camiyada. Hasta ve hasta yakınları açısından söylemiyorum bunu. O işte arada uygulayanlar açısından herhangi bir önyargım, bir olumlu ya da olumsuz fikrim yok. (H5)

Görüldüğü gibi, geleneksel tedavi pratiklerini uygulayan hekimleri ikiye ayırmıştır; bunlardan ilki sadece modern ya da geleneksel tedavi uygulayanlar, ikincisi ise bilimsel tedavinin yanında geleneksel tedaviye de kullananlardır. Dolayısıyla, H5 geleneksel tedavi pratiklerinin varlığını kabul etmektedir ama sadece geleneksel tıba yönelenlerin tıp camiasında kabul görmediklerini ama modern tıbbın yanında kullanılan geleneksel tedavi kullanımının uygun olabileceğini belirtmiştir. H5 de geleneksel tıbbın, tamamlayıcı yahut destek tedavi olma özelliğini ön plana çıkartmıştır ki modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemlerinin birbirleri ile ilişkisini sorduğumda şöyle bir cevap vermiştir: *“Belki tamamlayıcı olabilir. Bunda demin de dediğim gibi önemli olan şey, benim tedavimde bir sekte yaratmıyorsa, hastaya zarar vermiyorsa bir sıkıntı yok.”* H5, kendi kişisel hayatında geleneksel tıbbı kullanmamakta ve farazi bir durumda eşi, çocuğu ya da bir yakını

için de kullanmayı düşünmemektedir. Lakin grip olduğunda hemen ilaç almamakta ve adaçayı gibi bitkisel çözümlere yönelmekle birlikte adaçayı içmek ile fitoterapi arasında fark olduğunu, modern ile geleneksel olan arasında daha kesin bir ayrım olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Geleneksel tıbbın hastalara hastalıktan ziyade (tümörü küçültmek vs. gibi) hastalık sürecinde (psikolojik açıdan) faydalı olduğunu şu sözleriyle dile getirmiştir:

Şöyle fayda sağlayabilir. Çok objektif bir fayda sağladığını düşünmüyorum yani ben mesela bir tedavi verdiğimde tümörü üç santimken bir buçuk santime düşebiliyor ya da tam aksine üç santimken dört buçuk santim olabiliyor. Objektif bir değerlendirme yapılabiliyor ama bunlarla ilgili objektif bir şey var mı yok mu bilmiyorum. O yüzden çok faydasına inandığım bir şey değil. Şu açıdan fayda olabilir, hasta ve hasta yakınlarının en sık söylediği şey bu. Hastanın motivasyonunu çok artırıyor yani moralini çok artırıyor ve bence bu immün sistem yönünden, bağışıklık sistemi yönünden faydası olan bir şey olabilir ama bu sadece bir fikir fırtınası. (H5)

Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak kendisine hasta talebi olarak gelmektedir ve H5 böyle bir durumda hastaya şöyle bir izahatta bulunmaktadır: “Aynen burada nasıl dediysem size faydası olacağını düşünmüyorum ama zararı olmayacaksa dilerseniz benim tedavim dışında yani benim tedavim iki gün sürüyorsa başına iki gün sonuna iki gün daha koyun bir hafta boyunca kullanmayın ondan gerisinde diliyorsanız istiyorsanız aklınızda böyle bir şey varsa kullanabilirsiniz diyorum.”

Kısacası, H5 geleneksel tıbbı kendisi uygulamamakta ve önermemekte, faydasının sadece hastanın moralini yükseltmek konusunda olacağını söylemekte ve bu bağlamda tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılabileceğini dile getirmektedir.

H6, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamakta ve hastalarını geleneksel tıba yönlendirmemektedir ama hasta geleneksel tedavi almak istediğini talep ettiğinde onları medikal onkoloji uzmanı olup söz konusu tedavileri uygulayan kişilere yönlendirmektedir. Buna ilaveten, geleneksel tıba ve bunları uygulayanlara yaklaşımı şu şekildedir:

Fitoterapi bence bir medikal onkolog tarafından, titresini almış bir fitoterapist tarafından yapılmalı yani onkoloji hastasına fitoterapi uygulanacaksa bu kişi, medikal onkolog olmalı. Fitoterapi konusunda eğitim almış olmalı. Onun dışındaki fitoterapistleri kabul etmiyorum. Akupunktur*

* Titr: Unvan

vesaire, tabii yani ben bunların hastaları rahatlattığını, kemoterapi süreçlerini daha rahat atlattıklarını veya metastatik hastalıkta, hastalık ilerlerken oluşan ağrıları işte veya semptomlarını azalttığını düşünüyorum ama tümörü yok etmek, tümörün tedavisinde hiçbir faydası olduğunu düşünmüyorum.(...)Yani başvurmuyorum, benim uyguladığım tedavi son dönem hastalarda kendileri hani fitoterapiye yönlenmek istiyorlar, artık kemoterapi vermeyeceksem veya işte almak istemiyorsa medikal onkoloji uzmanı olan fitoterapistlere yönlendiriyorum ama kendim böyle bir şey yapmıyorum akut dönemde. Bence fitoterapi tümörü tedavi etmek için değil, sadece immüniteyi güçlendirmek için kullanılabilir onun dışında kullanılmasını onaylamıyorum. (H6)

H6 da geleneksel tıbbı, modern tıbbı destek bir tedavi şekli olarak görmektedir ve fitoterapi yahut akupunktur gibi tedavi pratiklerini uygulayacak olan kişinin bir medikal onkolog olması gerektiğini savunmaktadır. Ona göre, geleneksel tıp H5'in de belirttiği gibi, bizatihi hastalık için değil, hastalık sürecinde ortaya çıkan bazı semptomların tedavisinde (ağrıyı azaltmak yahut iştah açmak gibi) kullanılmalıdır. H6, geleneksel tedavinin kullanılmasını onaylayan meslektaşları için “*kendi görüşleridir*” ifadesini kullanmıştır, bu konuda politik davrandığı görülmektedir. Modern tıp ile geleneksel tıp arasında bir kesişme ya da ayrışma olması adına bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğunu dile getirmiştir. Buna ilişkin detaylı görüşleri şu şekildedir:

Bir şeyin birlikte kullanılabilmesi için bir şeyin birlikte kullanılmasını onaylamam için veya bir doktorun bir bilim adamının onaylaması için bu mesela diyelim ki bilmem ne bitkisinin fitoterapide uygulanan bitkisel tedavilerin, bizim ilaçlarla tek tek çalışması lazım. Var mı öyle bir şey? Yok. Fareler üzerinde var. İnsanlar üzerinde var mı? Yok. O zaman benim bunu onaylamam mümkün değil. O yüzden hani yapılırsa bir çalışması, geleneksel tıpla modern tıbbın birlikte kullanıldığı, tek tek ilaçların yapılan çalışmaları varsa o zaman bir karşılaştırma yapılabilir. Birlikte kullanılabilir. Ama çalışması olmayan bir şeyi desteklemem imkânsız yani. Bu tamamen bizim ilacı veren hekimin düşüncesi, düşüncesini ispatlayan bilimsel bir kanıt yok ama. (...) Var tabii ki yani modern tıp geleneksel tıptan ortaya çıkmış bir şey ama hani geleneksel tıp diyerek neyi kast ediyoruz? Eğer bitkisel tedavileri kast ediyorsak mesela bir maydanoz suyunun içinde belki bin çeşit madde var. Bizim ilaç dediğimiz şey, o bin tane maddenin bir tanesi seçiliyor. İnsanlar üzerinde deneyler yapıyor sonra şu madde şu hastalığa iyi geliyor deniyor ama şimdi maydanoz suyunu verirsek geri kalan dokuz yüz doksan dokuz maddenin ne işe yaradığını bilmiyorsun ki. (H6)

H6'ya göre modern tıp, geleneksel tıptan çıkmıştır ama modern tıp, geleneksel olanın çok daha gelişmiş halidir. Gelişmişlikten kasıt da elbette ki modern tıbbın bilimsel olmasıdır. Öte yandan, H6 için geleneksel tedavi sonuçları açısından belirsizdir çünkü kendisinin verdiği örnek üzerinden gidecek olursam, maydanoz suyunun

içinde binlerce madde vardır ve bunların hepsinin birden hastalık üzerinde nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmek güçtür. İlaçlar ise daha önce denekler üzerinde denenmiştir, dolayısıyla sonuçları kesindir. H6, kendi kişisel hayatında geleneksel tedavi pratiklerini kullanmakta ve basit sayılabilecek bir soğuk algınlığında ise portakal yediğini, başka bir şey yapmadığını söylemiştir. Adaçayı yahut ihlamur çayı içmeyi bitkisel tedavi yöntemi olarak kabul etmemektedir, bu husus ile ilgili ifadeleri dikkat çekicidir:

Ama o zaman gıdanız yiyeceğiniz, şimdi portakal yiyoruz diye hastayı mı tedavi ediyoruz? Bir bardak ihlamur için diye tedavi şekli mi bu? Böyle bir şey yok yani ben ihlamuru hasta olmadan da içiyorum yani hasta olmadan ilaç mı içiyorum? Çok saçma. Yani bu saçma yani yediğin günlük... Ege Bölgesinde ben her hafta şey ispanakla ısırgan kavurması yiyorum veya ne bileyim çörek otu şeyini balla karıştırıyoruz, ekmeğimizin üstüne sürüp yiyoruz. Ama ben bunu hasta olduğum zaman değil, her an her dakika yapıyorum. Bu bizim beslenme şeklimiz. Yani bu benim için hasta olduğumda kullandığım bir yöntem değil. (H6)

İlaç, sadece hasta olduktan sonra kullanılan bir şeydir ama bitkisel tedaviler ya da genel anlamda geleneksel tedavi pratikleri, kişinin sağlığını koruması adına da uygulanabilmektedir lakin H6, geleneksel tedavi uygulamalarını da modern tıp gibi algıladığı için onun da sadece sağaltım yapması gerektiğini düşünmektedir. Buna ek olarak, geleneksel tedaviyi bir çeşit sağlıklı beslenme ritüeli olarak görmektedir, bunun modern tedavinin kompleks yapısının karşısında geleneksel tedaviyi basitleştirme çabası olarak görülebileceğini düşünüyorum. Bunun dışında H6, farazi bir durumda eşine, kendine, çocuğuna ya da herhangi bir yakınına geleneksel tedavi uygulamayı düşünmediğini belirtmiştir. Daha önce hastanın moralini yükseltmesi açısından faydası olduğunu söylediği halde, daha sonra geleneksel tedavi pratiklerinin kanıtı olmadığı için hastanın sağlığı açısından bir faydasının olmadığını dile getirmiştir. Bu noktada, bana kalırsa hekimin sağlık algısı da önem taşımaktadır çünkü sağlığı geri kazandırmak kadar, sağlığı korumak da hekimin görevidir. Dolayısıyla, hekimlerin daha çok bireyin, hastalandıktan sonraki süreçleri ile ilgilendikleri görülebilmektedir. Öte yandan, bireyin tedaviye uyumu açısından o süreçteki psikolojik durumunun önemli olduğu tartışılmaz bir gerçektir ve geleneksel tıp, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırıyorsa, onun faydalı olduğunu söyleyebileceğimi düşünüyorum. Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, kendisine hasta talebi olarak gelmektedir. Geldiği zaman verdiği tepki şu şekildedir:

Yine aynı şekilde anlatıyorum yani kullandığı şeyin bitkinin veya bitki özütünün, yağın bizim ilaçlarla olan etkileşimini bilmiyoruz. Sende ikisini birlikte kullandığımızda karaciğere bağlı sorun oluşabilir, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği oluşabilir. Bu kullandığın maddenin kesin tümör üzerindeki etkilerini bilmiyoruz. Belki de bizim ilaçların etkilerini azaltabilir veya artırabilir. O yüzden biz önermiyoruz diyoruz ama kullanmakta ısrar ederse de zaten engelleyemem yani evde ne kullandığını ama ben bilgilendirmesini yapıyorum. (H6)

Geleneksel tıp ile ilgili hastadan talep geldiği zaman H5, fazla aktif bir rol üstlenmemekte ve hastaya sadece konu ile alakalı bilgilendirme yapmaktadır. Belki de fazlasının hastanın özgürlüğünü engellemesi açısından etik bir davranış olmadığını düşünüyor olabilir. H7 ise kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır. Geleneksel tıba yaklaşımı ise şöyledir:

Şimdi geleneksel tıp şöyle... Bu farklı şekilde algılanıyor. Şöyle geleneksel tıbbi başka bizim hastalara sorduğunuzda aklına aktarlarda satılan otlar çöpler geliyor. Isırgan otudur, yok ne bileyim sarı kantarondur vesaire vesaire. Bizim anladığımız geleneksel tıp, çok daha farklı. Aslında Uzak Doğu'da bu uygulanıyor. Alternatif tıpla biz bunu aynı şekilde kullanıyoruz. Hani kemoterapiyle uyguladığımız, modern tıpla birlikte değil de onun dışında hastanın artık diyelim ki tedavi şansı kalmadığı dönemler benim düşüncem, uygulanabilen bir tedavi yöntemi. Ama bunun da kendi içinde klinik çalışmaları olmadığı için hastaların vereceği yanıtları değerlendirebilmek çok zor. Çok az sayıda ve non randomize diğer bitki şey hayvan çalışmaları vesaire çalışmaları çok olmadan yapılıyor bu tedaviler. Ve çok şey değil yani bu işin şarlatanı da çok olduğu için ben bir şey yaptım, otları karıştırdım. Her şeye iyi gelir, televizyonlarda görüyorsunuz bir sürü reklamlar umut tacirliği yapıyor. Bu konuda çok ciddi yaptırımların olması gerektiğini düşünüyorum. Bakanlık da sanırım bu konuya ciddi el attığını düşünüyorum. Yani geleneksel tıp benim anladığım, alternatif tıp şey ek modern tıp dediğimiz kemoterapi hedefe yönelik yeni ilaçların yanında kullanılacak diğer farklı yöntemler. Hani bu bitkisel olabilir veya bitkisel dışı yöntemler reikidir yogadır ne bileyim, bunlar da bizde zaten geleneksel, alternatif tedavi diye geçiyor. İşte rezonans terapiler, onların da bizim kılavuzlarda yeri var ama bitkisel kısmına gelince orada işler karışıyor. Çünkü bitkisel, bizim ilaçların da bir kısmı zaten bitkisel. Ama vücutta ne yaptığını biliyoruz, klinik faz çalışmaları yapılıyor. Yok porsuk ağacı veya vesaire çeşitli şeylerden elde edilen ajanlar ama diğerlerinin farklı şekillerde kullanımları ve dozları kişiye göre ve uygulayana göre değiştiği için hastalar bize bazen ek olarak karaciğer yetmezliğiyle gelebiliyorlar fazla ısırgan otu kullanabiliyor. Dozunu ayarlayamayabiliyorlar. Hani bitkisel kısmı birazcık tartışmaya açık diye düşünüyorum hala. (H7)

H7'nin geleneksel tedavi pratiklerine karşı yaklaşımı özellikle de tedavi şansının kalmadığı dönemlerde uygulanması konusunda, ılımlıdır. Yani kemoterapi ile birlikte ona yardımcı olarak da uygulanabilir ve buna ek olarak, tedavi şansının kalmadığı zamanlarda tek başına da uygulanabilir. Lakin modern tıpta kullanılan

ilaçlar ile ilgili çalışmalar mevcut olmasına ve bu yüzden, bunların vücutta ne tür etkiler yaptığı bilinmesine karşın, geleneksel tıbbın kendi içinde klinik çalışmaları olmadığından (özellikle fitoterapi konusunda) geleneksel tıp ile ilgili kafasında soru işaretleri vardır. Öte yandan bir de bu alanda umut tacirliği yapan şarlatanlara ve bu konuda ciddi yaptırımların uygulanmasının gerekliliğine değinmiştir. Geleneksel tıp uygulamalarını uygulayanlar hakkındaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

Ya etkili olabileceğini düşündüğüm zamanlar ve kişiler var. Ama bunu ben şey düşünüyorum, bir şekilde eğitimini almak gerektiğini düşünüyorum. Bu işi çok iyi uygulayan mesela Çin'dir, Uzak Doğu'dur her neyse eğitimini almak lazım, bir. Bir de tıbbi onkolog olmak gerektiğini de düşünüyorum bu işi uygulayanlar içerisinde ki en azından nerede bu işi uygulayabileceğini diğer ilaçlarla etkileşimlerinin ne olacağını bilmesi lazım. Yani günlük hayatta kullandığımız birçok bazı şeylerin bile biz kemoterapi alırken yasaklanması gerektiğini biliyoruz. Çok ciddi etkileşimler, en basit bildiğimiz yeşil çay, adaçayı bunlar bile çok ciddi yan etkiler yapabiliyor. Bunları yasaklıyoruz. Bu tür durumlarda dediğim gibi yani bu işi bilinçli yapabilen insanların olduğunu düşünüyorum ama bunların sayısının çok az olduğunu düşünüyorum. Yani buna hiçbir zaman tamamen negatif bakmıyorum ama piyasada şu an bizim Türkiye'de bu işin tamamen yüzde doksan dokuz oranında şarlatanlıkla yapıldığını düşünüyorum, ancak yüzde bir kısmı gerçekten bu işi gerçek anlamıyla yapıyor diye düşünüyorum. (H7)

H7 de H6 gibi geleneksel tıbbın uygulayıcılarının medikal onkologlar olması gerektiğini belirtmesi bağlamında, geleneksel tıbbın modern tıba entegre edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Geleneksel tıbbın varlığını kabul etmekte ve ona ılımlı bakmaktadır ama Türkiye'de piyasada hâlihazırda bu alanla ilgilenen kişilerin çoğunun şarlatan olduğunu söylemiştir. Ona göre, modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemleri arasında bütünleşme olabilir ama bunun olması, geleneksel tedavi yöntemleri ile ilgili yapılacak klinik çalışmalara bağlıdır. H7, iki yöntemin bir arada kullanılmasının hastaya zarar vereceğini belirtmiştir ve onun için günümüz bilimi de modern tedavi yöntemlerini kullanmayı ön görmektedir ama H7'nin şu ifadesi önem arz etmektedir: “Şu anda günümüz bilimi modern tedavi yöntemlerini kullanmayı ön görüyor çünkü klinik faz çalışmaları yapılmış durumda etkilerini yan etkilerini biliyoruz. Bunu yaptıktan sonra eğer herhangi bir ümit kalmazsa, o durumda alternatif tedavilerin kullanılması gerektiğini düşünüyorum.” Böylelikle, sadece geleneksel tıbbın kullanılabileceği bir durum olabileceğini dile getiren tek hekim olmuştur. Ayrıca kendisi, söz konusu tedavi pratiklerini ifade ederken, diğer hekimler gibi yanlış anlaşılma kaygısı gütmemiş ve geleneksel ya da

alternatif tıp diyebilmiştir. Kendi kişisel hayatında geleneksel tıbbı fazla kullanmamaktadır ama buna ilaveten şöyle bir ifadesi de olmuştur: “Çok nadir bazı ek şeylerim inandığım araştırdığım şeyler olabiliyor hani geleneksel tıp değil ama destekleyici vücut direncini artırıcı yönde bazı klinik çalışmaları olan şeyleri önerebiliyorum ama çok nadir.” Farazi bir durumda kendine, eşine, çocuğuna ya da bir yakınına geleneksel tedavi uygulamayı düşünmemektedir ama modern tıbbın yetersiz kaldığı durumlarda bu görüşünün değiştiği görülmektedir. Buraya kadar geleneksel tıba ılımlı bakan biri olarak algıladığım H7, geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak hastanın sağlığı açısından fayda sağlıyor mu diye sorduğumda “hayır” cevabını vermiştir. Gerçi burada verilen cevap açısından, daha önce de belirttiğim gibi, hekimin sağlık algısının da önemli olduğunu düşünüyorum. Örneğin, kemoterapinin yan etkilerini azaltmak için akupunktur uygulandığında, bu fiziksel anlamda etkili oluyorsa, geleneksel tıbbın hastanın sağlığına faydası olmadığını yadsımak ne derece doğru bir bakış açısı olabilir?

Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, H7’ye de hasta talebi olarak gelmektedir. Kendisinin buna karşı verdiği tepki şu şekildedir: “Geliyor tabii. Ben de şey diyorum ki bana gelen taleplerin çoğu da piyasadaki reklamlarla ilgili oluyor. Onlara çok pozitif bakmadığımı söylüyorum. Tedavi alırken bu tür şeyleri kullanmayın ama tedavi bittikten sonra istediğini yapın diyorum.” Görüldüğü gibi, H7 de hastaların sorularına cevap vermekte ve konu ile ilgili düşüncelerini onlara iletmektedir ve geleneksel tıbbın türüne göre kemoterapi ile birlikte uygulandığı vakit yan etkileri olduğu için bu hususta hastalarını bilgilendirmektedir. ‘Sizin tedavinizle birlikte kullanıldığı zaman yan etkisi olduğunda karşı çıkıyor musunuz’ diye sorduğumda şöyle cevap vermiştir: “Tabii ki söylüyorum yani, bir aromaterapi yapıyor sonra hasta karaciğer yetmezliğiyle geliyor. Bir ısırgan otu kürü kullanıyor sonra karaciğer yetmezliğiyle geliyor, karaciğer enzimleri yükseliyor ve siz tedavi veremiyorsunuz. Yani... O yüzden çok ciddi problemler yaşadığımız vakalar var.”

H7 için geleneksel tıbbın uygulanacağı ya da uygulanması gereken zaman önemlidir. Hastanın modern tedavi pratikleri ile tedavi edilemediği durumlarda, geleneksel tıbbın yerinde bir çözüm olduğunu düşünmektedir lakin aynı düşüncesi, kemoterapi ile birlikte fitoterapinin uygulanması aşamasında geçerli değildir.

H8, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmadığını iddia etmekle birlikte, herhangi bir kanıtı dayandırmasa da kemoterapide kullanılan bir ilacın yan etkisini yok etmek adına hastalarını (H3'ün de hastalarına önerdiği), geleneksel tedavi pratiği olarak adlandırabileceğim bir tedavi türüne yönlendirmektedir. 'Kendi tedavi pratiğinizde geleneksel tıp uygulamalarına başvurur musunuz' diye sorduğumda, cevabı şu şekilde olmuştur:

Yok. Ha geleneksel tıp şöyle bazı hastalarımaya şey uyguluyorum mesela bizde bazı ilaçlarla el-ayak sendromu oluyor. Yani el ayakta ciddi lezyonlar oluyor. Onlara kına yaktırıyorum yani bildiğiniz bu bizim... Bildiğin kına filmlerde yapılan. Onun çok faydasını gördüm. Kendim kullandığım geleneksel tedavi o. Yani tedavi de denilir mi ona? Onu da bilmiyorum açıkçası, sonuçta hiçbir yerde görmedim ama. Elimizdeki ilaçlardan daha etkili olduğunu söyleyebilirim yani şu an için hastalarda fayda gördüm. Bir bu var, başka da geleneksel tedaviye yönlendirmiyorum. Buna da tedavi dersiniz tabii. Bir fitoterapiye yönlendirmiyorum. (H8)

H8, hastalarını bu tedavi pratiğine yönlendirirken onlara, söz konusu tedavinin iyi geldiğini söylemektedir ve kendisinin ifadesiyle bu tedaviyi kullanan hastaların hepsi fayda görmüştür.

H8, geleneksel tedaviler ile ilgili fazla bilgisinin olmadığını öne sürmüş olsa da geleneksel tıbbı 'ot-çöp' olarak değerlendirmektedir. Onkologların hepsi fitoterapiye karşı negatif bir duruş sergilerken, çoğu ise akupunktura daha sıcak bakmaktadır. H8 de onlardan bir tanesidir.

Ama burada hani ben özellikle otları kaybettiğim hastalar oldu. Otları hani bizim ilaçlar karışıyor. Ot alıp hani karaciğer yetmezliğinden kaybedilen hastalar oluyor. O yönden hani bu iş akupunktura çok... Yani akupunkturun hani kötü bir şeyini görmedim. Bitkilerle tedavi. Bitkilerle tedavi hakikaten hani birlikte kullanılmaması gereken şeyler birlikte kullanıldığında bizim ilaçlarla etkileşimi var. Onlarda sıkıntımız çok oluyor ama akupunkturla bir şey görmedim. Bilmiyorum. Çakıştığı için geleneksel tıbbı yani şey kısmına fitoterapiye karşıyım. Şöyle karşıyım, benim tedavimle birlikte olmasına karşıyım. Yani ayrı ayrı aslında olabilir. O hastanın tercihidir ona biz bir şey diyemeyiz yani ama birlikte kullanmasınlar diye buradaki hastaları tembihliyoruz çünkü gerçekten ikisi birlikte çok ciddi iç organ hasarı yapıyoruz. Kaybettiğimiz vakalar oldu burada da, çok üzücü vakalar oldu. Bu şekilde yani benim daha önceki meslek yaşamımda da oldu bu şekilde şeyler, öyle. (H8)

Fitoterapiye karşıdır çünkü kendi uyguladığı tedavi ile birlikte kullanıldığı vakit, olumsuz sonuçlar doğurduğunu dile getirmiştir. Öte yandan, kendi tedavisi dışında uygulanan bir fitoterapi onu çok da rahatsız etmemektedir. Geleneksel tedavi

pratiklerinin uygulayıcıları ile ilgili düşünceleri şöyledir: “*Valla zor soru yani iyi bir düşünce yok, onu söyleyeyim yani. Fitoterapi uygulayanların hepsi hani bu işi çoğu bu işten çok zengin olan insanlar yani görüyoruz toplumda. Bu işin kaymağını yiyenler onlar, biz hani bizim kazandığımız paralar onlarınkinin yanında deveye kulak. Bilmiyorum yani iyi düşünmüyorum açıkçası.*” Söz konusu tedavi pratiklerini uygulayan meslektaşları, ona göre modern tıbbın içinde şu şekilde konumlanmaktadır: “*Valla biz onları bizim branşta da var birkaç kişi. Biz uygun görmüyoruz yani hatta onların oldukları toplantılardan çıktıklarımız bile oluyor yani. Onlarla bir araya gelmemeye çalışıyoruz. Bizim branşımızda da var fitoterapi yapan birkaç hekim. Ama iyi gözle bakmıyoruz, nasıl anlatılır bilmiyorum ama.*” Diğer hekimler az da olsa hem onkolog olup hem de geleneksel tıbbi usulüyle uygulayan birkaç hekimin varlığından bahsetmişti ama H8’in bu konuda daha olumsuz bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir. Ona göre, modern ile geleneksel arasında kesin bir ayrışma söz konusudur ama kendisi bu hususta bir bütünleşme görmemektedir.

Kendi kişisel hayatında geleneksel tıp kullanmamakta olduğunu ve farazi bir durumda eşine, çocuğuna, yakınına ya da kendisine geleneksel tıp uygulamayı düşünmediğini belirtmiştir. O da adaçayı, ıhlamur gibi bitki çaylarını tedavi edici bir unsur olmaktan ziyade sağlıklı yaşamın bir parçası olarak görmektedir. Hatta bununla ilgili ifadesi şöyle olmuştur: “*Adaçayı içeriz yani eğer onu da fitoterapiden sayıyorsanız o zaman hiçbir şey yapmamak lazım.*” Her şeyin ilaçla çözümemesi gerektiğini ve ilaçsız izlediği kanser hastaları olduğunu söylemesine rağmen, herhangi bir rahatsızlığını ilaçla mı yoksa başka bir tedavi türüyle mi çözeceği noktası, benim gözümde soru işareti olarak kaldı. Bunun yanı sıra, daha öncesinde ilacın yan etkisini önlemek için hastalarına önerdiği bir pratik olarak ‘kına yakmanın’, geleneksel tedavi pratiği olarak adlandırılıp adlandırılmayacağından emin olmamakla birlikte bunun fayda sağladığını söylemesine karşın, daha sonra ‘geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak hastanın sağlığı açısından fayda sağlıyor mu’ diye sorduğumda, şöyle bir cevap vermiştir: “*Ben görmedim bilmiyorum yani bir fayda sağladığını hiç görmedim.*”

Bunun dışında, geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak kendisine hasta talebi olarak gelmektedir ve bu noktada tepkisi şu şekilde olmaktadır: “*Genelde yapmamaları gerektiğini söylüyorum. Bu yollara başvurmaması gerektiğini veya şöyle diyorum benim tedavimle birlikte almayın tedavim bittikten sonra kullanabilirsiniz şeklinde çünkü bizim tedavilerle karışıyor hakikaten. Yani aynı anda sıkıntı oluyor. Onun dışında hani fitoterapi almak istiyorsunuz o sizin tercihiniz, biz vermiyoruz diye söylüyoruz.*”

Toparlayacak olursam H8, geleneksel tıp uygulamalarına hem tedavi pratiğinde hem de kendi hayatında başvurmamakla birlikte, geleneksel tıp uygulamalarını reddetmemektedir. Geleneksel tıbbın fitoterapi ayağına, kendi tedavisi ile birlikte kullanıldığında olumsuz bakmakta ama kendi tedavisinin dışında kullanıldığında bu konuda politik davranmaktadır. Öte yandan, o da geleneksel tıbbın fazlaca suistimal edildiğini ve geleneksel tıp uygulayan meslektaşlarının bu işi sadece maddi kazanç sağlamak için yaptığını düşünmektedir.

Özel hastanede görev yapmakta olan H9, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıp uygulamalarına başvurmamaktadır. Geleneksel tıp ile ilgili düşünceleri ve ona ilişkin yaklaşımını şu şekilde dile getirmiştir:

Yani geleneksel tıp yani... Geleneksel tıp hani bu tedavi alternatif tedavi yöntemleriyle olan onlar geliyor aklıma ilk. Bazılarını destekliyorum ama hani bazı bilinmedik şeyleri kullanmalarını otları hastanın bitkisel tedavileri kemoterapiyle birlikte falan önermiyorum. Ama hani onun dışında alternatif işte akupunktur reiki gibi böyle daha rahatlatıcı metotlar var onları hani zararı olmadığı sürece yoga gibi falan hani psikolojik olarak rahatlatacak şeyleri hastalarımaya öneriyorum. (H9)

Geleneksel tıp deyince, H9’un aklına alternatif tedavi yöntemleri gelmektedir, dolayısıyla geleneksel tıbbın varlığını kabul etmektedir lakin onları modern tıbbın alternatifi olarak görmektedir. O da bütün onkologlar gibi, kemoterapi ile birlikte fitoterapinin uygulanmasına karşıdır ama rahatlatıcı yöntemler olarak adlandırdığı, akupunktur ve reiki gibi tedavi pratiklerini hastalarına önerdiğini söylemiştir. Geleneksel tıp uygulamalarını uygulayanlar hakkında düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

Yani bunları çok maalesef piyasada böyle bir kitle var geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan çoğu branş hekimi değil yani onkolog değil.

Onkolojinin o'sundan anlamayan insanlar. Ama maalesef para kaynağı gibi yapılıyor bu. Hastalar çünkü çok büyük bir sektör, çaresiz bir kanser hasta grubu var. Hastalar bunlara yönlendiriliyor, son çare bunları deniyor. Valla bunların çoğunun lisanssız olduğunu düşünüyorum yani yurt dışındaki gibi bir lisans falan da yok. Kullandıkları ürünlerin de lisanssız olduğunu düşünüyorum yani kanıta dayalı dedik ya hiçbir kanıtı yok. Hani bazı bitkiler var faydalı olabilecek, onları kendiniz tüketin diyorum ama bunlar hap formatında size satılıyorsa bu ticari bir kaygı yani bunu önermiyorum. (H9)

H9 için geleneksel tıp uygulayıcılarının çoğu onkolog değildir ve dolayısıyla bu kişilerin uyguladıkları tedaviler de kanıta dayalı değildir. Öte yandan, H9 bu işi yapanların hastaların çaresizliklerinden faydalanarak maddi kazanç elde etmeye çalışmalarından ve bu işi lisanssız bir şekilde yapmalarından hoşnutsuzdur.

H9'a göre, modern tıp geleneksel tıbbın içinden çıkmıştır ama günümüzü baz alarak baktığımızda, ikisi arasında net bir ayrım olduğundan da söz etmiştir. İkisi arasındaki ilişkiye dair düşünceleri şöyledir:

Akupunktura onlara inanıyorum mesela, akupunktur ağrı tedavisi o tür şey yapılabilir hani onlara inanıyorum ama fitoterapide kanıtı çok olan bir tedavi biçimi değil, çok da zor kanıt toplayabilmek. Ama belli hani şeyleri hep yani kullandığımız belli ürünleri hani bitkileri hani soruyorlar hastalar, zencefil zerdeçal gibi falan. Hani kullanabilirsiniz diyorum ama bilmediğim garip garip şeyleri hap şeklinde tüketmelerini önermiyorum. Otlar o kadar çok ki çıkan bir iki ilaç var bunlar kanıta dayalı ama diğer otların hangi birinin faydalı olduğunu bir de mesela bir ot kullanılıyor ama bütün hastalıklara iyi geliyor diyor, bu saçma bir şey. Çünkü her hastalığın nasıl kemoterapisi farklıysa, otu da farklı olur madem buysa düşünce. O yüzden de bunların bir dayanağı yok yani genel olarak böyle hastalara pazarlanan ürünler bunlar. (...) Modern hiçbir şey bilim insanı geleneksel tedavi yöntemlerini primer tedavi olarak kullanmaz ama yanında yardımcı ya da dediğim gibi soruyor hastalar bağışıklık için hani tetikleyici kullanalım mı? Propolis mesela. Kullanın diyorum hani bir zararı yok ama tedavi edici bir yöntem mi? Hayır değil. Hani o tür şeyleri, yani ama bildiğiniz şeyleri ben hani hastalarımın yasaklamıyorum zaten yani. Bu tür zararı olmayan şeyleri içelim mi diyorlar, için diyorum. Ama bilmedikleri yok köpek balığı kırdağımı yok bilmem ne akrep venomuymuş, ben bilmiyorum bu konuda bilmek de durumunda değilim. Kimsenin de çok bildiğini düşünmüyorum. Bunları kullanmayın diyorum ama kendim geleneksel... Tabii ki hepimiz yapıyoruz yani nane limondur şudur budur bildiğimiz şeylerin zaten bir zararı yok. (H9)

Yani esasında H9 da geleneksel tedavi yöntemlerini, modern tıba destek ya da yardımcı tedavi olarak görmektedir. Kendisinin bildiği, diğer hekimlerdeki görüşmelerimde de geçen zencefil ve zerdeçal gibi bitkisel tedavileri hastalarına önerdiğini ama kendisinin bilmediği ürünleri ya da tedavileri önermediğini

belirtmiştir. O da H8, H7, H6, H5 ve H1 gibi akupunkturun hastalara fayda sağladığını düşünmektedir. H9'un şu ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, fitoterapi ile sağlıklı beslenme arasındaki fark hekimler açısından biraz muğlak gibi görünmektedir:

Yani bazıları yani akupunkturdan fayda gören hastam olmuştum dediğim gibi. Yoga yapıyor hastalar iyileşme sürecinden sonra da onlar faydalı oluyor, rahatlatıyor. Reiki öyle. Hani bunları yapabilirler. Bunlar faydalı oluyor. Fitoterapi, sağlıklı beslenmek hani buysa dediğimiz garip bilmedikleri ürünler değil de hani bildiğimiz ürünleri faydalı olduklarını kullanmak tabii ki insanın bağışıklığını dinç tutar. (H9)

H9, geleneksel tedavileri genel anlamda semptomatik tedaviler olarak görmekte ve onların rahatlatıcı etkisini ön plana çıkarmaktadır. Bunu şu şekilde açıklamıştır:

Yani bunların hiçbiri hani tümörü direkt yok etmez. Bunlar hücre kültürleriyle yapılan tetkikler var ama birebir hani kanıtlanmış böyle çok hani tedavi biçimi yok ya da bunu verelim de kemoterapi vermeyelim, sen iyileşirsin böyle bir şey yok. O yüzden sadece yanında tedavi yani yardımcı tedavi olarak yani yardımcı tedavi dediğimizde bağışıklığı direnci yükseltmek adına, ben böyle düşünüyorum fitoterapiyi. (H9)

Fitoterapiyi, sadece bağışıklığı arttırmak konusunda yardımcı olabilecek ve modern hekimin tedavisine destek olacak bir tedavi çeşidi olarak görmektedir. Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak kendisine hasta talebi olarak da gelmektedir. Bu talep geldiği zaman, verdiği tepki şu şekilde olmaktadır:

Valla geliyor. Daha önce dediklerimi söylüyorum. Bu şekilde bunları hani kullanabilirsiniz hani bilmediğiniz garip şeyleri kemoterapiyle asla kullanmayın diyorum. Bir iki de hani güvendiğimiz hani böyle hoca gibi hani onlardan da isterseniz görüş alın diyorum onkoloji hocası olup da kemoterapiyi yadsımayıp yanında bu tür tedavileri kullanan hocalar var. Onlara hani istiyorsanız gidebilirsiniz diyorum. (H9)

Görüldüğü gibi, H9 geleneksel tedavileri kabul etmekte bu konuya ılımlı bakmaktadır. Onu endişelendiren tek nokta, adını bile bilmediği, kanıtı olmayan ürünlerin kemoterapi ile birlikte kullanılmasıdır. Yani esasında, kendi tedavisi ile çakışmadığı müddetçe geleneksel tedavi pratiklerinin uygulanmasının onun açısından bir sakıncası olmadığı ortadadır. Öte yandan, görüşmenin bu kısmının dikkat çekici olduğunu düşünüyorum çünkü görüşme bittikten sonra hem H9'a hem de H10'a 'kemoterapi uygulayıp aynı zamanda onun yanında geleneksel tedavileri de

uygulayan onkologlar kim' diye sorduğumda hiçbir yanıt alamadım, bu soruma cevap vermek hususunda her ikisi de çekimser davrandı.

H10 için geleneksel tedavi ilaç dışı yöntemlerle hastalıklara yardımcı olmaktadır ve geleneksel tedavinin faydalı olduğuna da inanmaktadır. Bu yönüyle belki de görüşme yaptığım onkologlar içinde H10'un, geleneksel tedaviye en ılımlı bakan onkolog olduğunu söyleyebilirim. Kendisinin geleneksel tıp tanımı ve geleneksel tıba yaklaşımı şöyledir:

Geleneksel tıp hani yani bizim için aslında çünkü biz kültürümüz çok köklü bir kültüre sahip bir milletiz yani ben geleneksel tıbbi tanımlayacak olursam, ilaç dışı veya işte hekim gerçi hekim de olabilir içinde ilaç dışı yöntemlerle hastalıklara yardımcı olmak. Yani bu anlamda tabii içinde bölümleri var hani uygulamadan doğaya yok şeye hepsi bunun içinde. Ben faydası olduğuna inanıyorum yani bu fayda kimi zaman gerçekten cisim olarak var, akupunktur gibi yani bunun bir biyolojik yolağı var gerçekten, fizyolojisi var. Kimi zaman da hani duygusal yönden var. Buna da inanıyorum yani duaymış inanmış hani bunlara da inanıyorum çünkü hastada yani bu bilimsel bunun da aslında bilimsel temeli var. Duygu ve düşünceyle biz artık genetik olarak bile hücrelerde değişiklik olduğunu artık biliyoruz. O yüzden ben inanıyorum buna. (H10)

H10 diğer hekimlerin aksine, geleneksel tedavinin sadece maddi yönünü değil, manevi yönünü de (dua etmek gibi) ön plana çıkarmıştır. Nitekim geleneksel tıp, insanın ruhunu da iyileştirmeyi amaçlar, bu nedenle hem vücuttaki hem de ruhtaki rahatsızlığı gidermek ister.

H10, kendi tedavi pratiğinde geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmuyor olsa da, konu ile ilgili öneride bulunduğu durumlar da olabilmektedir, bunu şu şekilde ifade etmiştir: “Ben başvurmuyorum. Şöyle yani bazen öneride bulunduğum oluyor hani o da nasıl? İlaçla çaresiz kaldığım durumlar için akupunktur olsun onun dışında başka işte inançla ilgili olsun veya işte bu hacamat uygulamaları sülük uygulamaları hani bunlar için böyle önerdiğim hasta oldu ama çok nadir.”

H10, ilaçla çaresiz kaldığı durumlarda nadir de olsa geleneksel tedavi pratiklerini önermektedir ama fitoterapi hususunda biraz çekimser davranmaktadır, onun da savı diğer onkologlar ile benzer şekilde fitoterapi ile ilgili çalışmaların yapılmamış olmasıdır. Bu noktada, kendi ifadesine yer vermek istiyorum:

Fitoterapi konusunda hani biraz biz ciddi ilaçlar kullandığımız ve ilaçlarla etkileşim çok olduğu için fitoterapi konusunda biraz açıkçası çekimser

davranyorum. Çünkü ilaçlarımızla birebir çalışmaları yapılmamış ve bunu yapmak da çok zor yani ve bir taraftan etkinliğini bildiğimiz bir ürünü bir kemoterapi ilacını denerken yanına şunu çok rahat kullanın diyemiyorum. Ben fitoterapiyi özellikle ilaç alan hastalarımın kemoterapi döneminde kullanmamalarını istiyorum. (H10)

H10 da geleneksel tıp pratiklerini uygulayanları, H7 ve H4 gibi iki gruba ayırmıştır ve o da geleneksel tıbbi ve bundan ötürü elbette ki hastaları suistimal edenleri, ‘şarlatan’ olarak nitelemiştir.

Bunların çok suistimal edildiğini düşünüyorum açıkçası. Yani aşırılık yani aşırılığa bu burada çok daha fazla kaçıldığını düşünüyorum. Bu işin maddi olarak çok kullanıldığını düşünüyorum. Yani iş şarlatanlık boyutuna gelmiş durumda. Birçok ülkede bu böyle ama bizde biraz daha fazla çünkü denetlemesi yok. Denetlemesi olmadığı için de böyle olduğunu düşünüyorum. Yine bu burada da iki grup var. Gerçekten bu işi hakkıyla yapmaya çalışan bir grup var, bu azınlık maalesef. Bir de bu işi gerçekten insanların duygularıyla sağlıklarıyla oynayan bir kesim var. Bu kesim tabii ki keşke hiç olmasa ama bu grup çoğunlukta maalesef. (H10)

H10, geleneksel tıbbın suistimal edilmesini bu alandaki denetim eksikliğine ya da yetersizliğine bağlamıştır ve ona göre, bu alanda hakkıyla iş gören yetkin kişiler de bulunmaktadır ama sayıları çok azdır. Modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemlerinin beraber yürüebileceğini ve hatta iç içe olmaları gerektiğini savunmuştur. Geleneksel tedavi pratiklerinin kendi tedavisinin bir parçası olduğunu düşünmektedir yani bu bağlamda iki taraf da birbirinden haberdar olmalıdır. Fakat kendi tedavisinin bir parçası olduğunu düşünürken aslında geleneksel tıbbın alternatif bir tedavi olduğunu dile getirdiği ortaya çıkmıştır, zira şu sözleri bunu kanıtlar niteliktedir:

Ben ikisinin beraber gidebileceğini düşünüyorum. Yani iç içe olmak zorunda bence. Bunlar da bence bizim tedavilerin birer parçası. Ben öyle düşünüyorum. Olmalı, bir kesişme olmalı ve bu hani her iki taraf birbirinden haberdar olmalı. Yani kesişme derken şöyle yani ben uygulanan alternatif tedavi yöntemini bilmeliyim ki benim tedavimle beraber yürüyecek mi? Hasta ondan zarar görecektir mi? Yan etki konusunda benim ilacın etkinliğini azaltma ihtimali olabilir mi? Artırma ihtimali olabilir mi? Hastaya fiziksel bir zararı olabilir mi? Bütün bunları benim de bilmem gerekiyor ki ben hastayı yönetebileyim. (H10)

Diğer hekimlerin aksine, H10 geleneksel tıbbi kendi kişisel hayatında daha aktif olarak kullanmaktadır. Farazi bir durumda eşi, çocuğu bir yakını için de kullanabileceğini dile getirmiştir:

Yani evet. Çok kısıtlı bir anlamda var. Bunu kullanıyoruz ne bileyim mesela eşim obezite için bir de fibromiyalji için akupunktur uyguladı bir dönem mesela. Veyahut da ne bileyim yani çok aşırı mesela çocuğumuzun gazı vardı, o dönem yine böyle elma yağı gibi işte kekik yağları gibi böyle şeylere başvurduk. Onun dışında bazen dua mesela bununla ilgili dini inançla ilgili yöntemleri uyguladığımız dönemler oluyor işte çocuğa yok nazar değdi şu oldu bu oldu. Bu hayatımızda var, biz de uyguluyoruz yani. (H10)

Çok ciddi sağlık sorunları için olmasa da H10 ve ailesi geleneksel tedavi pratiklerini uygulamaktadır. Nitekim H10, geleneksel tıbbın her zaman olmasa da bazen fayda sağladığını ifade etmiştir. ‘Nasıl bir fayda sağlıyor?’ diye sorduğumda, bunun uygulama alanında ve hastaya göre değiştiğini, kimi hastada ağrı kontrolü kimi hastada bulantı konusunda ve ilaçların yan etkisinin azalmasında faydası olduğunu söylemiştir.

Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak kendisine hasta talebi olarak gelmektedir ve geldiği vakit tepkisi ya da önerisi şu şekilde olmaktadır:

Aktif kemoterapi döneminde ben kabul etmiyorum yani ilaç gibi kullanımlı ağızdan alınanları kabul etmiyorum ama onun dışında bazen kemoterapi almadığı dönemde benim de kontrolüm altında yan etkilerini de denetleyerek ve ürünleri sıralı kullanarak yani bir anda çoklu kullanıma izin vermiyorum çünkü ne olacağını ne olmayacağını bilmiyorum. Aynı anda beş tane ayrı mesela ürün getiriyorlar. Hepsini beraber kullansın istemiyorum çünkü hangisini ne yaptı bilmiyoruz. O yüzden kontrollü gitmek adına böyle bir önerim oluyor. (H10)

H10 diğer hekimlerin aksine, kemoterapi sürecinin dışında da hastalarını geleneksel tedavi kullanırken izlemekte yani takip etmekte ve onlara birtakım öneriler sunmaktadır. Öte yandan, onun bilgisi dışında geleneksel tedavi pratiklerini kullanan hastaları da olmaktadır ama H10 ulaşılması ve konuşulması kolay biri olduğunu belirtmiş ve bu bağlamda çoğu hastasının da onunla bu konuyu paylaştığını, onunla uyum içinde yola devam ettiklerini söylemiştir.

Özetle, geleneksel tedavi yöntemlerini hastalarının tedavisi için kullandığını söyleyen hiçbir onkolog olmadı ama söz konusu onkologların, neyi geleneksel tedavi pratiklerinin kapsamı içine dâhil edip etmedikleri de bununla ilgili önem taşıyan bir mesele olarak karşına çıktı. Öte yandan dikkatimi çeken bir diğer mesele de, görüştüğüm onkologlar kendilerince geleneksel tedavi uygulamasalar ya da önermeseler de, hasta talep ettiği takdirde, hastaları geleneksel tedavi de uygulayan hekimlere yönlendirmeleridir. Hastalarını tedavi etmek için geleneksel tıp

kullanmıyor olsalar bile, kendi yapıp ettiklerini gıda takviyesi olarak adlandırsalar dahi, geleneksel tedavi pratikleri, gördüğüm onkologların öyle ya da böyle ucundan da olsa hayatlarının içine girmiş bulunmaktadır. Bunun dışında ilgimi çeken bir diğer önemli nokta, ben anlaşılır ve ayırıcı olması açısından geleneksel tedavinin kapsamına giren akupunktur ve fitoterapi özelinden gitmiş olsam da onkologların yoga, reiki, hacamat ve sülük gibi pratiklerden bahsetmeleri olmuştur. Yoga ve reiki başlı başına belli felsefelerin ürünüdürler. Hacamatın ve sülük tedavisinin ise tarihleri çok eskilere dayanmakla beraber, hacamatın Hz. Muhammed'in uyguladığı bir pratik olduğu bilinmektedir yani bunun dini inanca yönelik bir dayanağı da vardır. Esasında bahsi geçen yoga, akupunktur, reiki, hacamat vs. gibi uygulamaların geleneksel kozmolojiler içerisinde anlamları vardır ve bunlar bilimin belirleyici olduğu modern kozmolojide hareket eden hekimler tarafından modern kozmolojiye dâhil edilmektedirler. Onkologların çoğunun bu pratiklerden haberi vardır ama haberleri olsa bile ya bunu en başından reddetmekte çünkü geleneksel tıbbın varlığını kabul etmemekte ya bu hususta çekimser davranmakta ama bir bilene danışın diyerek kendi köşelerine çekilmekte ya da önermekte ama kendisi uygulamamaktadır. Son iki söylediğim grup birbirine yakındır ve geleneksel tıbbın varlığını kabul etmektedir ama dolaysız olarak öneren grubun (H1, H7, H10), 'bir bilene danışın' diyenlere (H4, H5, H6, H8, H9) nazaran geleneksel tıba daha ılımlı baktığını söylememin mümkün olduğunu düşünüyorum.

Hekimlerin, geleneksel pratikler karşısında bir kozmoloji belirlemeleri gerekmektedir, bunu da ya onlarla çatışıp polemiğe girerek ya da onu geleneksel kozmolojiden çıkarıp modern kozmolojiye entegre ederek yapmaktadırlar. Berger'in toplumun temel diyalektik süreci açıklamasından yola çıkarsam, hekimlerin geleneksel tıbbı bağlamından koparıp modern tıba eklemlenmeleri aşamasındaki bilişsel diyalektik şu şekilde gerçekleşmektedir; ilkin geleneksel tıp kendinde bir varlık olarak mevcuttur ama görmezden gelinmektedir, ikinci olarak modern tıp geleneksel tıba karşı bir öz bilinç geliştirir ve ona saldırır, son kertede ise geleneksel tıbbı kendi bilincinde yeniden özümser, netice itibarıyla orijinal anlatısından kopartıp kendi içine monte eder. Nihayetinde ortaya yeni bir kozmos çıkar ve bir anlamda geleneksel tıbbın kozmosundaki ilkeler, modern tıbbın kozmosuna uygun bir şekilde yasallaştırılır (Berger, 2005: 38, 51, 65, 93).

Geleneksel tıp, inanç ve tecrübe temellidir, oysaki modern tıpta bilimsel deneyler ve neden-sonuç ilişkileri vardır, deneyleri yapanlar da şüphesiz ki uzman kişilerdir. Geleneksel tıbbın varlığını kabul eden ikinci gruptaki onkologların, geleneksel tedaviyi de medikal onkoloji uzmanlarının yapması gerektiğini öne sürmeleri bağlamında, geleneksel tıp alanının da uzmanlaşmasını lüzumlu gördükleri anlaşılmaktadır yani aslında modern tıp, her şeyi kendi sahasına katmak istemektedir. Hekimler, ister geleneksel tıbbın varlığını kabul etsin ister etmesin sağlık hizmeti gözetim aracı haline gelmiştir ki zaten bizatihi olarak kendileri, ya geleneksel tıbbı reddetmekte ve uzmanlaştıklarının göstergesi olan ‘kanıta dayalı’ tedavilerini tek doğru olarak göstermekte, bununla paralel olarak da hastanın başka türlü bir iyileşme sağlayamayacağını düşünmekte ya da geleneksel tıbbın varlığını kabul etmekte ama geleneksel tıbbı önerip önermeme arasında kalsa da süreçten haberdar olmak istemektedir. Kısacası, her ne olursa olsun hastalığımızla savaşta hekimin kontrolünde olmaya ya da davranmaya mecbur bırakılmaktayız.

2.3.2. Pratik Etik Meseleler

Bu başlık altında hekimlerin, geleneksel tıp yahut geleneksel tedavi pratiklerini tıp etiğinde nasıl konumlandıklarını, tıp öğrencilerinin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları ve hasta haklarının gelişmesi ile ilgili görüşlerini, aydınlatılmış onam sürecinin nasıl işlediği ve işlemesi gerektiğine dair görüşlerini ve ayrıca erken teşhis ve bu bağlamda aşırı teşhis ile ilintili düşüncelerini inceleyip anlamlandırmaya çalıştım. İlk olarak, görüşme yaptığım onkologların geleneksel tedavi pratiklerini tıp etiğinde nasıl konumlandıklarından başlamak istiyorum.

H1, geleneksel tıbbı tıp etiği içerisinde tam olarak konumlandıramamakta ve bu mesele ile ilgilenme işini bir üst kurula devretmektedir ki kendi ifadesi de şu şekildedir: *“Tartışmalı şu an için yani bir kere şu an Sağlık Bakanlığı zaten şeyi var tamamlayıcı ve alternatif tıp komisyonu kuruldu çalışmalara başlandı onun çalışmasından sonra belki hani tıp etiğine entegre olabilir, şu an ikincil kazançları olan bir sektör.”* Aslında ona göre geleneksel tıp, hakkında ne kadar çok çalışma yapılır ve çalışma yapıldığı oranda da kanıtlara dayandırılabilirse modern tıba entegre olabilecek ve bununla paralel olarak da tıp etiğine dâhil edilebilecek bir alan

olacaktır. Fakat H1, Şu anki durumunda bunun uygulayıcılarının tıp etiğine aykırı davrandıklarını ima etmiştir.

H2 ise meseleye daha pratik bakmıştır: “*Fitoterapi bakanlıkça onaylandı, kullanılıyor. Dediğim gibi, sadece gıda takviyesi olarak kullanmak lazım. Kanseri yeniyor öldürüyor diye kullanmamak lazım, Şu an bakanlığın kontrolünde yetişen elemanlarla güncel olarak kullanılabilir. Onkoloji doktoruyla birlikte ama dediğim gibi karaciğeri bozabilir ikisi de.*” Bu sözlerinden de anlaşıldığı gibi, herhangi bir tedavi pratiğini bakanlık onayladıysa o tedavi, uygulanabilirlik yetkisi kazanmaktadır. Lakin H2, geleneksel tıbbı reddeden bir hekim olarak geleneksel tıbbı sadece gıda takviyesi olarak gördüğünü burada da belirtmiş ve esasında etiğe dair herhangi bir açıklama yapmaktan kaçınmıştır. Geleneksel tıbbı bilimden ayrı bir alan olarak gördüğü için, medikal onkoloji uzmanının geleneksel tıp eğitimi almasındansa, bakanlığın kontrolünde yetişen kişilerin bu işi, modern hekimler ile birlikte yapmaları gerektiğinin doğru olacağını düşünmekle beraber, bu tedavi tarzından pek de umutlu olmadığı açıktır.

Yine H3 de H1 gibi bunu bir para kazanma aracı olarak görmekte ve geleneksel tıbbı reddeden bir hekim olarak, geleneksel tıbbı uygulayan meslektaşlarını hastalara yanlış bilgiler verdikleri için vicdan muhasebesine çağırılmaktadır. Öte yandan, bunun tıbbın ticarileşmesinin de bir sonucu olduğunu ileri sürmüştür:

Meslektaşlarımız bunu yapıyorlar. Şimdi herkes para kazanmak için bir Şeyler yapıyor, kimisi Şarkı söylüyor. İşte bazı ülkelerde kumar oynatıyorlar insanlara. Nasıl konumlandırıyorsunuz kumarhane sahibini mesela? Yüzde yirmi verir genellikle, yüzde sekseni de alır parayı, öyle ayarlıdır makinalar. Siz nasıl konumlandırıyorsunuz? Herkes her türlü mesleği yapıyor geçinmek için. Bunlar geçinmek için yapılan işler. Hukuken önünde bir engel var mı? Hukuki, hukukun bir sorunu... Toplum memnun mu? Memnun. Biz bu insanlara eğer iddiayla geliyorsa karşımıza, ben iyi ediyorum vesaire falan diye, herhalde diyoruz tıbbi bilgilerini iyi almamış ama çoğu da bu işi yapan hekimlerin bazı cahil insanlar var gerçekten meslektaşlarımız var doçent düzeyinde filan Şimdi çıkıyorlar televizyonda Őurada burada. Ya yalandan yapıyorlar ya kendilerini de inandırmışlar çünkü vicdan kötü bir Şey yaptığımız zaman, o kötü Şeyin doğru olduğuna kendinizi ikna etmeniz gerekir yoksa gece uyuyamazsınız. (...) Ama çoğu da bilgili insan bilinçli insan, bunları yaparken e hasta istiyor birader. Veriyorum mutlu oluyor falan, ben de para kazanıyorum diyor. E onlara ne diyeyim Şimdi? Tıbbın ticari yönü diyorum. Bir sorun teşkil ediyor ama ben onu çözecek kişi değilim. Çözmek istesem daha büyük sorunlar var Şu anda dünyada ve ülkemizde. Onları çözmeyi tercih ederdim gücüm olsaydı. (H3)

H4'e göre, geleneksel tıp uygulamalarının tıp etiği içerisinde sorgulanıp sorgulanamayacağı bile şüphelidir çünkü geleneksel tıbbın belli bir sistematığı yoktur, kanıtları da yoktur ama daha önceki ifadelerinden yola çıkarak onun için görünmez olmadığı da aşikârdır:

Tıp dışı kişiler yaptığı zaman tıp etiğine girer mi emin değilim. Yani geçen Balıkesir'de bir tane hacı amca bir ot bulmuş. Kendine iyi gelmiş, dağlardan toplayıp insanlara dağıtıyormuş. Verdiği bitkinin adını bile bilmiyor. İçinde ne madde olduğunu bilmiyor. Sadece iyi geldiğini düşünüyor. Kendisine iyi geldiğini düşünüyor da başka şeylere iyi gelmeyebilir. Hani biz burada hangi etikten bahsedeceğiz ben anlamadım yani. Bunların bir etiği falan yok ki. (H4)

H5, geleneksel tedavi pratiklerinin varlığını yadsımamakta ama kendi tedavi pratiğinde geleneksel tıba başvurmamaktadır. Kendi tedavisi dışında hastaların geleneksel tedavi uygulamaları ile ilgili bir şikâyeti de yoktur ve anladığım kadarıyla bu görüşüyle de bağlantılı olarak, ona göre geleneksel tedavi pratikleri zarar vermediği müddetçe tıp etiği açısından sorun teşkil etmemektedir.

H6 ise geleneksel tedavi pratiklerini reddetmemesine rağmen, geleneksel tıp uygulamalarının etik olmadığını düşünmektedir ama böyle düşünmesinin sebebini, geleneksel tıp ile ilgili çalışmaların olmamasına bağlıyorum:

Sorun teşkil ediyor. Bence çalışmalar yapılınsın hani belki de çok etkili bilmiyoruz yani hep yapılan şeyler fareler üzerinde başka şeyler üzerinde ama bu konuda yapılmış evet şu şudur deyip bize gösterilen dünyada hiç çalışma yok. Olmadığı için de belki biz de eksik tedavi veriyoruz ama hani ispatlanmadan hiçbir şey yapamayız. Hastalar üzerinde deney olur o zaman böyle bir şey. Medikal Onkoloji tarafından olursa yani kullanılan kemoterapi ilaçlarıyla olan etkileşimleri incelenir araştırılır kapesitabinlerle yanında çörek otu yağı verdim ondan sonra ikisinin etkileşimine baktım. Karaciğere toksik etkisi yok tam aksine kapesitabinin etkisini artırdı tümörü küçülttü. Bir yerde kapesitabinle çörek otunu vermesi lazım, bir yerde kapesitabini tek vermesi lazım. Öbür türlü bizim için hiçbir anlamı yok. (H6)

Yani esasında onun için geleneksel tedavi pratiklerinin etik olabilmesi, modern tıba ne denli entegre edilebildiklerine bağlıdır. Geleneksel tedavi pratikleri, salt tekniğe dönüştürülüp 'geleneksel' ile olan bağlarından kopartıldıkça etik olacaktır.

H7'ye göre önemli olan, geleneksel tedavi pratiklerinin onun tedavisine herhangi bir olumsuz etkisinin olmamasıdır. Kendisi, geleneksel tıbbı fitoterapi ve diğerleri şeklinde ikiye ayırmakta ve fitoterapi kendi uyguladığı tedavi ile etkileşime girdiği

için fitoterapiyi onaylamamaktadır. Dolayısıyla, kendi tedavisine zarar verdiği için fitoterapi uygulamasını etik bulmamakta ama ötekilerin tıp etiği açısından sorun teşkil ettiğini düşünmemektedir:

Şimdi geleneksel tedavi yöntemleri deyince dedim ya bunu ayırmak lazım. Yani bitkisel kısmı var bir de bitkisel olmayan kısmı. Bitkisel olmayan kısmını zaten kılavuzlarımızda biz de öneriyoruz dedim ya hipnoz yoga ne bileyim reiki rezonans bunlar geleneksel tıbbın içinde de var. Bu yöntemleri zaten ben de öneriyorum ama eğer bitkisel kısmından bahsediyor isek onları önermiyorum. Geleneksel tıbbın içinde çok farklı şeyler var çünkü. Negatif etkisi olmamalı yani özellikle bitkisel konuda, bitkisel ki bizim hastalarımız çoğunlukla bitkisel açıdan çok şeyler hevesliler işte bilmem ne avrat otu duymuş, bilmem ne bir şey duymuş onu sorarlar. Onlara da her zaman çok pozitif bakmıyorum. Akupunktur konusunda pozitif düşünüyorum tabii ki. Yani kullanılabilir. Akupunktur, yoga, reiki, hepsi. Bizde de zaten bizim kılavuzumuzda da yeri var bunların. Jeysioda ("JCO" Journal of Clinical Oncology) bizim Amerika ve Avrupa kılavuzlarımız var, özel dergilerimiz var. Orada da bunların etkinliği yönünde çeşitli çalışmalar yapıldığına dair veriler var. O konuyla ilgili en son jeysioda bir makale okumuştum alternatif tedaviyle ilgili. Yani biz buna bunlara negatif bakmıyoruz, bizim baktığımız kısım, bitkisel kısmı. (H7)

H8 ise kimsenin geleneksel tıbbı tıp etiğine kabul etmediğini ve geleneksel tıbbın yaptıkları işe (modern hekim olmaktan kaynaklı görevler topluluğu) zıt olduğunu düşünmekte ve bu bağlamda da geleneksel tedavi pratiklerinin tıp etiği açısından sorun teşkil ettiğini belirtmektedir.

H9'a göre, geleneksel tıp içinde uygulanan bazı tedavi pratiklerinin kanıtı vardır ama bu işten maddi çıkar elde edilmesinin tıp etiğine uymadığını düşünmektedir. Yani kanıtı olan tedavilerin uygulanması onu etik yaparken, kanıta dayalı olmayan tedavileri kullanarak hastaları kandırmak, geleneksel tıbbın tıp etiği açısından sorun teşkil etmesine neden olmaktadır.

H10 da H9'a benzer şekilde, geleneksel tıbbın şarlatanlık olarak yapılmasının tıp etiği açısından sorun teşkil ettiğini dile getirmiştir:

Yani bizde biraz çok suistimal edildiği için bütün camianın yüzde sekseni doksanı bu işi şarlatanlık olarak görüyor. Aslında biraz belki bakir bir alan, biraz daha hani artık şu an mesela bakanlığın benim bildiğim başka ülkelerde çünkü kurumsal olarak ödemeye giren sigorta tarafından ödenen tedaviler bile var. Yani çok iyi hastanelerde algoritmalara giren tedaviler var. Bence Türkiye'de yerini bulmuş değil. Biraz daha bunun bilimsel yapılması gerektiğine inanıyorum. Üniversitelerin eğitim kurumlarının buna

el atması gerektiğini düşünüyorum çünkü şu an sadece şahsi çabayla yürüyen bir iş bu. (H10)

Hekimlerin bu meseleye dair bakışlarında iki farklı duruş baskın görünmektedir; bunlardan ilki, etik meselesine sadece kurumsal yani düşünsel anlamda (şarlatanlık olarak yapılması, kanıta dayalı olup olmaması vb. gibi) bakan görüş ve ikincisi de etik meselesine pratik olarak yani zarar verip vermemesi, hekimlerin uyguladıkları tedavi ile çakışıp çakışmaması bağlamında değerlendiren görüştür.

Görüşme formumda yer alan, “Tıpla ilgili uzmanlık dallarını bütünsel anlamda düşündüğünüzde tıp öğrencilerinin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları konusunda ne düşünüyorsunuz” sorusu (sondasında tıbbın gelişmesi, hekim-hasta ilişkisine olumlu yahut olumsuz etkileri, tıp pratiğine sağladığı artılar ya da eksiler gibi ifadeler de yer almıştır) esasında hekimler için, verdikleri cevaplar dikkate alındığında, tıp etiği meselesinin ne kadar gündemde olduğu ve onların bu meseleyi ne denli tartışabildiklerini ortaya koyan bir soru olması bakımından önem arz etmektedir.

H1, günümüzde hem hekimlerin hem de kurumların etik olmadığını düşünmektedir, bunu ve tıp öğrencilerinin tıp etiği alanında uzmanlaşma ile ilgili düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

Tıp etiği... Temel. Ve ben günümüzde hekimlerin etik olduğunu düşünmüyorum. Kurumlar arası da etik olduğunu düşünmüyorum yani hekim-hekim arası kurum-kurum arası bir etik sorun olduğunu düşünmüyorum. Mutlaka tıp bence yaklaşık bir üçüncü sınıftan olmalı tıp tarihi ve etiği dersi, şu anda var ama her şeyde yok sanıyorum her fakültede. Mutlaka önemli çünkü hekim-hasta ilişkisi öncesinde bir kere hekim-hekim ilişkisi de tam olması lazım etik kurallar içerisinde çünkü iletişim oldukça fazla etkiliyor iki hekim arasındaki iletişim hasta-hekim arasındaki iletişim de etkiliyor. Sadece klinik pratik açısından değil birçok konuda bu önemli. O yüzden mutlaka zaten birçok yerde ders var ama hani bunun daha çok şey yapılması belki müfredat haricinde de geliştirilmesi lazım. Üniversitemizde biyoetik araştırma uygulama merkezi var, biliyorsunuz tıp etiği bölümünü tabii. Tıp etiği var, biyoetik uygulama araştırma merkezi de hem bilimsel çalışmaların etik şeyi açısından orada biyoetik kurulundayım hani şeyi var şimdi bizim açımızdan kanser açısından da önemli tıp etiği, ikilemler önemli çünkü. Ama buradaki soruyu hani şey yapacak olursam mutlaka eğitimde olması gerekiyor çünkü hekim-hekim etiği, hekim-hasta iletişimini mutlaka uygun şekilde eğer eğitim verilirse, etiğe uygun davranırsa olumlu yönde etkileyecektir. (H1)

Görüldüğü üzere, H1 öğrencilerin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları ile ilgili düşüncelerini belirtmekten ziyade tıp öğrencilerinin lisans sürecinde mutlaka tıp etiği

dersi almaları gerektiğinden bahsetmiştir ama söz konusu dersin, müfredat haricinde de geliştirilmesi gerektiğini belirtmesi bağlamında, en azından öğrencilerin tıp etiği dersini almalarını bir zaman kaybı olarak görmediği anlaşılmaktadır.

H2, bu mesele ile ilgili düşüncelerini fazla belirtmemiştir ama ifadelerine baktığım zaman, onun açısından şu anki işleyişin herhangi bir sıkıntıya neden olmadığını görmekteyim: “*Tıp öğrencisinin etik olarak ilk altı yıl özellikle de staj döneminde verilmesi lazım hastayla ve hocalarla direkt iletişimde tıp etiğini vermesi lazım ve tıp doktorlarının da yüzde doksanı doksan beşi buna çok güzel uyuyor. Tıp hani çok önemli ya daha disiplinli çalışma için çok önemli.*”

H3 ise özellikle hekimler arası meslek ahlakının eksikliklerinden örnekler vermiş ve bu konuda uzmanlaşmanın gerekliliğinden bahsetmiştir:

Yani tıp etiği de gereken bir bilim dalı. Bu alanda da uzmanlaşmaları bence gerekiyor hatta bu alanda yeteri kadar onlara ders verilmeli. Ben tıp etiğinin içinde deontolojisinin içinde mesela doktorların birbirlerine olan saygıları meslektaş olmaktan dolayı saygılı ve sevgili bir yaklaşımı olmalı (...) Yani tıp etiği daha fazla öğretilmeli anlatılmalı. Deontoloji sadece meslektaşların birbirine değil, aynı zamanda insanlara yaklaşımla ilgili şeyler ama çok yanlış kullanılan bir şey var. Sık sık insanlara Hipokrat Yemini etmediniz mi? Niye öyle yaptınız, niye böyle yaptınız deniyor. Hipokrat Yeminini doğru incellerseniz, Hipokrat'ta işte bir iş yaparsam hastadan parasını alacağım, şudur budur gibi... Meslektaşımın çocuğu dışında kimseye mesleği öğretmeyeceğim gibi çok şu anda rahatsız edici ifadeler var. O yüzden biz Hipokrat Yemini etmeyiz, modifiye hekimlik andı içeriz. Bu çok daha doğru ve düzgündür. Araya bunu da bahsetmiş olayım. (H3)

H4'e göre, tıp etiği alanında uzmanlaşmanın hekim-hasta ilişkisine, tıbbın gelişmesine olumlu etkileri olacaktır:

Yani mutlaka önemli. Bu konunun bir çözümü olduğunu düşünüyorum. Bu son zamanlardaki sağıktaki dönüşümün de tıp etiğini bozduğunu, usta-çırak ilişkisini de aynı zamanda öğrenciler de hocalarından görecekler. Aynı zamanda tıp etiği de bunlara anlatılıyor. Anlatmak ayrı bir şey, insanlara birçok şey anlattırsınız ama uygulamak ayrı bir şeydir. Uygulamak bir cesaret ister, yürek ister, kendini bilmeyi gerektirir. İşin peşinde olmayı gerektirir. Bu konuda bir çözülme olduğunu düşünüyorum ülkemizde. Kesinlikle gerekir bence. (H4)

Bu mesele ile ilgili ne kadar çok uygulama yani çalışma olursa, bu durum etik açıdan da o denli iyi neticelere tekabül etmektedir. Bu nedenle de tıbbın piyasalaştığını,

hekimlerin ameliyat puanlarına göre değerlendirilmesinin hekimliğin ruhunu öldürdüğünü düşünen H4'ün alıntıladığım ifadeleri önem arz etmektedir.

H5 için ise tıp etiği dersi aldığı günler biraz mazide kalmıştır zira kendisi deontoloji ile tıp etiğinin aynı anlama geldiğini unutmuş gibidir. Öğrencilik zamanında deontoloji dersi aldığını ama bunun çok derin bir eğitim olmadığını ifade etmiştir. Öte yandan, kendisine yönelttiğim soruyu da pek anlayamadığını düşünmeme sebep olan ifadeleri şu şekildedir: “*Zaten fakülteden çıktıktan sonra ömrümüzün büyük bir kısmında zaten bu ne yapmak istiyorsanız o konuda çok vakit harcayarak gidiyorsunuz ama mesela fakülteden mezun olduktan sonra kimse dönüp de deontoloji ya da tıp etiğine dönüp bakmaz. O yüzden bunu öğreneceğimiz yer fakültedir diye düşünüyorum.*” Esasında tıp etiği konusunda fazla düşünmediği ortadadır ki zaten tıp etiği dersinin sadece fakültede öğrenilmesi ve bitmesi gereken bir şey olduğunu düşündüğü kendi ifadelerinden de anlaşılmaktadır. Tıp etiğinin tıbbın gelişmesine, hekim-hasta ilişkisine ve tıp pratiğine olumlu etki yaptığını ifade etmiştir ama daha önce de söylediğim gibi, soruyu anlamadığı için bunun fazlasıyla üstün körü bir cevap olduğu kanaatindeyim.

H6, tıp öğrencilerinin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları gerektiğini çünkü tıp etiğinin önemli bir şey olduğunu dile getirmiştir. Etiğin neden önemli olduğunu sorduğumda, cevabı şu şekilde olmuştur:

Yani bir kere hem hastaların haklarını biliyorsun hem kendi haklarını biliyorsun hem de diğer meslektaşlarınla olan ilişkilerini etik üzerinden yapıyorsun. Bizde sadece bir etik yok ki. İşte hastanın hastayla olan iletişimin bir etik, meslektaşlarınla etkileşimin bir etik, ilaçları kullanmak doğru ilacı kullanmak işte bu tür geleneksel tıpla ilgili ilaçları vesaire kullanmak bir etik, tıp etiği çok geniş bir şey. Bence de uzmanlaşmalı ve bu konuda bilgi almalılar. (H6)

Onun için etik, mesleği düzenleyen bir araçtır ve bu nedenle etik konusuna önem verilmesi ve bunun üstüne gidilmesi gerekmektedir.

H7'ye göre, etik eğitimi konusunda ciddi eksiklikler vardır ve o da H6'ya benzer şekilde tıp öğrencilerinin, tıp etiği alanında uzmanlaşmalarının şart olduğunu ifade etmiştir. Öte yandan, tıp etiği alanında uzmanlaşmanın tıbbın gelişmesine, hekim-hasta ilişkisine ve tıp pratiğine çok ciddi faydasının olacağını düşündüğünü belirtmiştir.

H8, öğrencilerin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları ile ilgili görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir: *“Olumlu gelişmedir yani, böyle görüyorum. Olması gerektiğini hatta Türkiye’de baya da eksik olduğunu düşünüyorum yani tıbbiyenin.”* Bu bağlamda tıbbın gelişmesi ve hekim-hasta ilişkisine de olumlu etkilerinin olacağını düşünmektedir. Bunun yanı sıra, lisans sürecinde sadece bir sene tıp etiği eğitimi aldığını belirtmiş ve hatta şunları da söylemiştir: *“Tıp etiği bence Türkiye’de hani biz tıp eğitimi alırken de etik konusunda hani eğitim aldık. Ama süresi bence kısaydı, daha da uzun olabilir. Bunun sıkıntılarını hani bilmiyorum ben Ege Tıp mezunuyum, Ege Tıp’ta vardı tıp etiği ama her yerde var mı acaba? O konuda biraz şüphelerim var.”* Süresinin kısa ya da uzun olmasının sonuçlarının yaratacağı etkileri kestiremediğini dile getirirse de aldığı eğitimin süresinin kısa olduğunu belirtmesi, bir olumsuzluk yaşadığından ya da buna tanık olmasından ileri gelmektedir diye düşünüyorum.

H9 ise bu mesele ile ilgili fazla açıklama yapmamayı tercih etmiş ve kısa cevaplar vererek düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir: *“Yani tabii çok anlamlı ve güzel bir branş olur yani.”* Hekim-hasta ilişkisi ve tıbbın gelişmesi açısından da tıp alanında uzmanlaşmanın faydalı olacağını düşünmektedir.

H10, genel anlamda tıp eğitiminin kötü olduğunu dile getirmiştir ve hatta kendi ifadesi şu şekildedir: *“Yani tıp etiği tabii önemli ama bizde eğitimin çok kötü olduğunu düşünüyorum. Yani tıbbi bilmeyen biri etiği bilse ne olacak yani? Bence önemli ama. Tıbbi bilmiyorlar öyle bir sıkıntımız var yani.”* Benim sorum, genel anlamda tıp eğitiminin nasıl olduğu ile ilgili değildi bu yüzden sondamı devreye soktum ve *“Tıp öğrencileri tıp etiği alanında uzmanlaşsaydı bunun hekim-hasta ilişkisine, tıbbın gelişmesine olumlu etkileri olur muydu”* diye sordum. Onun cevabı ise şöyle oldu: *“Mutlaka olur çünkü bu alanda ciddi sorunlar var yani meslektaşların birbirlerine karşı tutumları, hastaya tutumları açısından yani o önemli bir kavram bence gerçekten bu öğrenilmeli bilinmeli yani.”*

Kısacası, çoğu hekim tıp mesleğinde genel anlamda bir etik sorun olduğunu düşünmektedir. Söz konusu etik problemin, hem hekimler arasında hem de kurumlar arasında olduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan, görüştüğüm hekimlerin hemen hemen aynı yaşta olduğu düşünülürse, lisans sürecinde benzer dersleri aldıkları söylenebilir

ve durum böyleyse, hepsi de sadece bir sene tıp etiği dersi almışlardır denilebilir. Hepsi tıp etiğinin ne kadar gerekli olduğunu, ne kadar önemli olduğunu, hasta-hekim ilişkisine, tıp pratiğine faydalar sağlayacağını savunmuştur. Bundan sonraki kısımda hekimlerin hasta hakları, aydınlatılmış onam süreci ve erken teşhis-aşırı teşhis ile ilgili görüşlerini inceleyeceğim ve böylelikle, onların etik konusundaki düşüncelerine daha fazla vâkıf olabileceğimi düşünüyorum.

H1'e göre hasta haklarının gelişmesi hekim düşmanlığını arttırmıştır. 'Hasta her zaman haklıdır' ifadesi ona yanlış gelmektedir ve aslında bu ifade, 'müşteri ya da tüketici her zaman haklıdır' sözünü akla getirmektedir. Bu konu ile ilgili düşüncelerini şöyle dile getirmiştir:

Hasta her zaman haklıdır ama bunu bu şekilde lanse etmek bizim sosyokültürel düzeyimizdeki bir hasta toplumunda bu şeyle ilgili değil, eğitimle bir ilgisi yok, kültürel bir şey. Şu andaki hekim düşmanlığı... Tabii ki beş parmağın beşi bir değil. Hekimlerimizden de çok çekmiş zamanında insanlar. Onların zaten şeylerini şu an biz yaşıyoruz. Hasta hakkı değil, herkesin insanca yaşama hakkı var. Bu da hasta olunca da önem kazanıyor tabii. Ama bunu bu şekilde çok nasıl diyeyim; göz önünde bulundurmak bu sefer de bizim açımızdan defansif tıbbi doğuruyor. Hani hasta hakkını mutlaka öne çıkarırken önemli çünkü hasta yakını hasta birey çok zor bir süreç. Aynı zamanda sağlık çalışanının da haklarının olduğunu da göstermek lazım ki iki grup çatışmasın diye çünkü hasta her zaman haklıdır benim gözümde, her zaman haklıdır. Ama çalıştığımız koşullar hani bazen ister istemez şey yapıyor ikilem yaratabiliyor. Hasta haklarının gelişmesi değil hani uygun şekilde geliştirilmesi ve bunun uygun şekilde eğitiminin verilmesi. Hani her şeyi hak olarak görmek değil ama gerçekten hakkı olanı güzel bir şekilde istemek bence en şeyi ideali olsa gerek. (H1)

H1, hasta haklarının gelişmesini savunmakla beraber, hekimlerin de bu süreçte mağdur edilmemesi gerektiğini ifade etmektedir. Esasında defansif tıbbın doğması, sadece hekimi değil, hastayı da kaygılandıran bir mesele olmalıdır çünkü bu durum hekimi, koyduğu teşhisten emin olsa bile bazı kaygılardan ötürü başı derde girmesin diye aşırı teşhis yoluna gidebilir ya da hastayı tedavi etmeye cesaret edememe gibi uç yolları bile seçebilir. Öte yandan H1, aydınlatılmış onam sürecinin de gerektiği gibi işlemediğinden bahsetmiştir:

Önemli hani bu da defansif tıbbın konusu aslında; aydınlatılmış onam. Hastaya bir kere anlatmak zorundasınız. Aydınlatılmış onam geldiğinden beri, dile geldiğinden beri dediğim gibi hani ülkemizin sosyokültürel düzeyine göre biz en kötülerini yüzde bir olasılık bile olsa anlatıyoruz. Bu durumda da hastanın tedavisinin gecikmesine ya da reddetmesine neden

oluyor. Hani bunun bir komplikasyon olduğunu anlatıyoruz ama yüzde biri de içine koyduğumuz zaman hastaya zaten en kötü senaryoyu dile getirdiğimizde hastanın tedavisi gecikebiliyor ya da ölebiliyor ama mecburuz sonuçta hastaya bunun yüzde bir ihtimal de olsa olduğunu anlatmak zorundayız. Yani hastaya en uygun şekilde anlatmak, anlamıyorsa tekrar anlatmak mutlaka yanında başka bir anlayan birisinin de olmasını sağlamak artık yazılı onam almak... Tabii bunlar yine bizi koruyor mu? Hayır. Hasta o an ben anksiyetede idim, tam anlamadım da diyebilir. Yani o yüzden tam çözümü de değil aslında ama zaten hasta bilgilendirilmeli, iletişimin kuralı o zaten bilgilendirilmesi gerekiyor. Sadece aydınlatılmış onam, en kötü senaryoyu da hasta ve yakınlarına anlatmak. (H1)

H1'e göre, aydınlatılmış onam hastadan ziyade hekimi kötü duruma düşürmektedir çünkü hasta, o an içinde bulunduğu psikolojik durumu öne sürerek hastalığını idrak edemediğini söyleyebilmektedir. Yani aslında aydınlatılmış onamın da defansif tıbbi doğurduğunu dile getirmiştir ama aydınlatılmış onam sürecinin nasıl işlemesi gerektiği ile ilgili bir öneride de bulunmamıştır.

H2 için hasta haklarının gelişmesi çok önemlidir, bu yüzden hastalar bilinçlendirilmeli, hekimi sorgulamalı ve etik dışı çalışan hekimlere baskı yapmalıdırlar. Öyleyse H2'nin hasta haklarının fazla gelişmediğini düşündüğünü ya da hastaların esasında haklarının ne olduğu ile ilgili bilinçsiz olduğunu iddia ettiğini söyleyebilirim. Bunun yanı sıra, aydınlatılmış onam sürecinin genel anlamda nasıl işlediğini şöyle dile getirmiştir: *“Kemoterapi alan her hastaya aydınlatılmış onam formu verip imzalatıyoruz. İmzalatma sonrası hastalara kemoterapinin yan etkileri ve immünoterapinin yan etkileri ya da akıllı ilaçların yan etkileri nedir bildiriyoruz. Hasta bu yan etkileri duyduktan sonra ya kemoterapi alacaklar ya da almayacaklar diye kendi düşünüp imzasını atıyor. Önemli yani bizim için.”*

Özel hastanede çalışmakta olan H2 için aydınlatılmış onam süreci doğru bir şekilde işlemektedir zira işlemediği takdirde, bunun çok büyük hukuksal riskler taşıdığını, hastanın izni alınmadan yapılan tedavinin, hekimi meslekten ihraç edilmeye kadar götürebileceğini belirtmiştir. Bu konu ile ilgili herhangi bir hoşnutsuzluğu yok gibi görünmektedir.

H3 ise H2 ile aynı fikirleri paylaşmamaktadır. Hasta haklarının da bir sınırı vardır ve bu yüzden *“hasta hakları insanîyet açısından olması gerektiği kadar olmalıdır ama hak ve özgürlükler de bilinçle, eğitimle paraleldir”*. H3'ün eğitimden kastı,

organların yeri, işlevleri gibi en temel tıp bilgisidir. Öte yandan H3, verdiği bir örnekle bambaşka bir boyuta da dikkat çekmektedir.

Bir tane insülinoma dediğimiz insülin salgılayan hücrelerin tümörü olan bir hastamız vardı. Bir yıl boyunca daha önce çalıştığım bir üniversitede damardan serumla şeker verilerek yaşatıldı çünkü glukagon verdiğimizde iğneyle yapıyorsunuz etkisi dakikalar içinde sona eriyor. Bir saati geçmiyor. E siz her saat başı iğne mi yapacaksınız hastaya? Serum takılmış, habire şeker veriliyor. Kanda şeker sürekli bitiyor çünkü hücre içine çekiyor ve ölüm riski ortaya çıkarıyor diyerekten... Efendime söyleyeyim, büyüme hormonu mu vereceksiniz hastaya akromigali? Bu şekilde vücutta bir sürü anomaliye sebep olursunuz. Ne vermeniz uygun olabilir? Kortikosteroid. Bugün birçok romatizmal hastalığın tedavisinde birçok kanserin tedavisinde belli dozlarda kortikosteroid kullanılıyor. Yan etkileri de çok olan, doğru kullanılmazsa hata yapan yani araba kullanmayı bilmeyen birinin araba kullanması gibidir, bilmeden kullanmak. Şimdi bu basit bilgiyi söyledim, başınızı salladınız ama insülinomanın tedavisinde kitaplarda kortikosteroid kullanımı diye hiçbir şey yoktur, hiç araştırma yapılmamıştır. Böyle bir yıl serum takılı olan bir hastada bize de danışıldı onkoloji olarak, ben yan dal uzmanıydım. Dedim ki bu adam böyle bir yıl kolunda serumla burada yatıyor. Çok ayıp, şuna dedim düşük doz bir steroid başlayalım. Tıpkı bizim romatizma hastalarına verdiğimiz dozlarda bir steroid başladım. Sonra olabildiği kadar fizyolojik doza indirdim yani vücudun kendi ürettiği böbrek üstü bezinin dozuna yakın bir doza indirdim. O dozlarla kan şekerini düzenledim. Hasta serumsuz gezmeye, taburcu edilip ayaktan izlenebilir hale geldi. Fakat hiçbir kitapta yazmıyor. O zamanlar etik kurallar vesaireler tam oturmuş değil araştırma da değil bu. Bu aslında bir tedavi girişimi ama mantığa dayanan bir tedavi girişimi. Kontur regületer hormon olduğu için steroid tabii ki enfeksiyonlara karşı takibe aldım. Yan etkilere karşı takibe aldım. Mide ülseri yapmak etkisine karşı mide ilaçları verdim falan. Ne oldu biliyor musunuz? Bu çocuk hiçbir yerde yazmayan bir tedaviyi yaptı, hasta üstünde deney yaptı diye benim hakkımda soruşturma açıldı bunu meslekten atalım diyerekten. Daha bütün dâhiliye toplandı, bir savunmam alındı bilmem ne falan... Hasta da iyi bu arada. (...) Uyguladım diye insanlar öfkeleniler, konunun uzmanları büyük kızgınlık. Halbuki bilime uygundu. Diğerleri ezbere öğrendikleri için tıbbi, akıllarına gelmemiştir. (H3)

H3, hastaya uygulayacağı tedavi ile ilgili bilgi vermesine rağmen, daha önce uygulanmamış bir tedaviyi uyguladığı için hakkında soruşturma açılmıştır ve bunun sebebi, hastanın kendisi değil, meslektaşlarıdır. Hakların verilmesi kadar onların kullanılma şeklinin de önemli olduğuna dikkat çekmiş ve hastaya verilen hakların, hekimlerin özgürlüğünü sınırlamaması gerektiğinin altını çizmiştir. Aydınlatılmış onam sürecinin işleyişini ise şu şekilde anlatmıştır:

Şimdi bakın bugün bununla ilgili zaten bütün şeyler yasalar kurallar her şey belirlenmiş durumda etik kurallar vesaireler. Yani hastaya her şey doğru anlatılmalı eğer siz hastaya bir şey anlatırken onu yönlendirecek şekilde reklam yapar gibi anlatırsanız yani bunu sana yapmamın hiçbir yan etkisi

yokmuş sanki çaresiz olmadığı halde çaresizmiş de bunun yapılması da şeymiş gibi aldatırsanız bu doğru olmaz. Hastaya tamamen gönüline, gönüllü kabulüne bırakmanız gerekiyor. Durum objektif olarak olduğu gibi anlatmanız gerekiyor. (H3)

Aydınlatılmış onam sürecinin işleyişi ile ilgili gördüğü olumsuz bir taraf olmamakla birlikte, etik kurulun kısıtlamalarından hoşnutsuz olduğunu dile getirmiştir çünkü etik kurulun kısıtlamaları yüzünden, hastaların yararına olabilecek bilimsel çalışmaları yapamamaktadır.

Hayır, olumsuz gördüğüm bir taraf yok. Yalnız burada bir sıkıntı var. İşte bilimsel araştırmalarda büyük kısıtlanmalar olması şeye sebep oluyor. Mesela diyelim ki zaten yaptığınız bir tedavi var. Örnek vereyim, bu Türkiye’de etik kurallar girdiği yıl mesela devreye girdiği sene, biz çalışma yapmıştık. Eski çalışmalarda bunlar, bu kurallar bu şartlar Türkiye’de çok düzenli değildi, yapılıyordu. Herkes çalışmalar yapıyordu eskiden, şimdi yapılamıyor, etik kurul onayları şu bu gerekiyor. Etik kurula başvuruda bulunduk, dedik ki biz zaten falanca ilacı kullanan bir sürü hastamız var doğal olarak. Bu ilacı kullanan hastaların acaba bu ilacın damardan verilen şekli kalbe dokunuyor işte basitçe anlatıyorum. Hap şeklinde daha ilk defa dünyada kullanıma girdi. Bunun da kalp üzerine aynı etkileri var mı diye hastalara biz ekoyla bakacağız. Eko dediğin şey bir cihaz, ses dalgası veriyor ultrason gibi. Bakacak olan arkadaş dayayacak bakacak. Bir elektrik parası cihazı şeye bağladığın için yani o da hiçbir şey değil. Yani şu kadar hastaya bir eko yapacağız kalbine, bu kadar hani yerel tıbbi etik onayını aldık. Yirmi otuz hastaya yaptık, yan etki yapmadığını kalbe gördük. Yayın haline getireceğiz çalışmayı, büyüteceğiz. Genel etik kurul onayı geldi Türkiye’den hani merkezi diyeyim, merkezi etik kurul onayı. Demişler ki hayır yapamaz çünkü ilaç çalışması yapıyor öyle ya da böyle. Bu ilaç, piyasaya sunulmuş faz üçe kadar firmalar öder. Ondan sonrasını firma ödemez. Ben yan etki azaltma çalışması yapıyorum. Damardan yerine belki ağızdan tercih edeceğim. Niye kalp krizi geçirsin hastalar? Efendime söyleyeyim, demiş böyle olunca etik kurul gereği bu hastaların bütün tedavi masraflarını, ilaç ücretlerini, hastanede yatis ücretlerini, bütün alakalı alakasız tetkik ücretlerini, evden geliş gidiş ücretlerini ödemek zorundasınız. Böyle bir maddi şeyi ben nereden bulayım? Çok basit, iyi niyetli bir çalışmayı yapamadık. Yani aşırı sertleştirilmiş etik şeyler var olduğunu düşünüyorum şu anda. Aşırı sertleştirme de bilimin önüne geçebiliyor. Çünkü öyle sizin şey almanız da kolay değil. Hani bir kızı on kişi istiyor, bir kişi alıyor. Kaç kişiye araştırma desteği veriliyor? Yapılamayan bir sürü çalışma var o yüzden, öyle kalıyor. (H3)

H4 de tıpkı H3 gibi hasta haklarının gelişmesinin önemli olduğunu ama verilen hakların da bir sınırının olması gerektiğini savunmaktadır:

Hasta haklarının gelişmesi son derece önemli işin iyileşmesi açısından ama ben suyun kaçtığını düşünüyorum. Karşımızda şöyle bir şey var. Ülkemizde hizmet etmenin ne kadar zor olduğunu bilmeyen insan ile yani bir üretime katkıda bulunmamış, kullandığı sisteme herhangi bir katkısı olmamış insan

grubu geliyor ve hizmet alıyor. Sonra da suçlu olarak hekimi görüyorlar. Yani buz dağının yüzünü görüyorlar. Bu bir sistem, bu bir organizasyon... Nedir bu organizasyon? Bu organizasyonun bütün aksaklıklarını hekimin üzerinden çıkarıyorlar. Bir garson, yemeği beğenmiyor garsona kızıyor ama yemek içeride hazırlanıyor. Bundan sağlık otoritelerinden tutun başka birçok faktör devreye girebiliyor. Kısıtlı imkânlar, yer yok, o yok, yatak yok, ilaç yok sorunları içinde bir yemek hazırlanıp sunulmaya çalışılıyor. Hastalar bunu algılama kapasitesine sahip değil. Kişisel çıkarlarını düşünebiliyorlar. Ondan sonra ağır özürlü raporları, ucuz araba alma gibi raporlar gibi onların bazı özlük hakları onlar da zorlayıcı olabiliyor. Bunların kararını hekim vermiyor. Buradaki puanlamaları da sağlık otoritesi yapıyor. Ama uç nokta her zaman hekim görüldüğü için son derece sıkıntılı süreçlere neden oluyor. Saat on bir numarator seksen sekizi gösteriyor. Kapıda hasta, bunlara döve döve bakınacaksınız falan diyerek söylene söylene kapının önünde doktor da içeride bunları duyuyor. Böyle hizmet olabilir mi? Bize dokunun, bize zaman ayırın, bizi muayene edin falan deniliyor ama bizim ülkemizde ticaret bakanı açıkladı, yedi dakika hastalara ayrılan süre. O hasta, yedi dakikada oradan çıkmak zorunda. Çünkü bir başkası kapıda bekliyor ve insanlarımız sabırsız. Sonuçta işte ben erken gireceğim diye ayağıyla kapıyı açanlar, bağırınlar çağırınlar önüne girenler... Burası bir banka kuyruğu değil. Bir hela kuyruğu değil. Burası hastane. Bazı hasta önce alınır. Acilse önce alınır. Bir hastayı önce alıvereceğiniz zaman ben de kötüyüm, ben ondan kötüyüm bilmem ne... Siz torpilliydi onu aldınız gibi değişik yaklaşımlar var. Bir aldığı hizmeti bilemiyor, sonucunu bilemiyor. Bazı hastalar hastalığını bilmiyor. Hasta yakınları sorun oluyor, söylenmesine izin vermiyorlar. Basit bir enfeksiyon zannediyor, süreç içindeki kötüleşmelerden hekimi sorumlu çıkarabiliyor. İnternette oradan buradan konusundan komşusundan duyduğu abuk sabuk şeylerle küçük bir dilekçe yazarak hekimin hayatını karartabiliyor. Hastası ölüyor ama hekim onun attığı ve büyük ihtimalle unuttuğu bir dilekçe yüzünden bile birkaç yıl boyunca soruşturma geçirebiliyor. Bu çok kötü oluyor. Yani hasta haklarının gelişmesi önemli, çok suistimal edilmişti geçmişte ama bir yere kadar gelmesi lazım. Karşısında hizmeti alan kişinin de bu hizmetin nasıl bir hizmet olduğunu hangi koşullarda verildiğini, hangi imkânlarda verildiğini bilecek kapasitede olması lazım. Hakkını kullanması doğrudur gereklidir ama hakkı kullanabilmek için bunların da bilinmesi gerekir. Bunları bilmeyen insana hak verirseniz bir süre sonra bu ülke kendine hizmet edecek insan bulamaz. Ne oldu şimdi? Bu bana nereden gol atar? İlk gelen hekimlerin aklına, bu hasta bana bir yerden gol atar mı? Bir yere şikâyet eder mi? Arıyor BİMER'i. Beni yoğun bakıma almıyorlar diye BİMER'i arıyor. Ya yoğun bakımda ben yer olsa niye almayayım? Yer yok. Yer yoksa yoğun bakımlarda, bundan hekim mi sorumlu? Yani bu hastanelerin sayısının yeterli gelmemesi edememesi ondan sonra heyet raporuna ağır özürlü yazmıyorsunuz maaş almak istiyor alamıyor. Doktoru sorumlu tutuyor. Ondan sonra abuk sabuk sebeplerden şikâyet ediyor. Yani ve burada sağlıktaki dönüşümün şeyi de şu eskiden bütün bu bir öbek hastanın ne kadar hasta bakacaksınız reçeteyi nasıl yazacaksınız hangi ilaçları yazacaksınız hangi koşulda çalışacaksınız doktoru belirleyen doktor değil. Otorite belirliyor bir şey belirliyor bütün kuralları. Ama bir sorun olduğu zaman artık o yok, devlet arkanda değil. Devlet, vatandaşın yanına gidip sanki hiçbir sorumluluğu yokmuş gibi, son derece adice geliyor bana bu... Anlatabiliyor muyum? Vay diye halkın yanında. Halkın hoşuna gidiyor bu. Puan da aldırıyor ama sorumlusu sensin. Yoğun bakımda yatak yoksa

Türkiye’de bir ilaç yoksa sorumlusu ben değilim ki. Burada kadro eksikse asistana kadromuz on üç. Dokuz Eylül’de seksen. Aynı hasta kapasitesine sahip, nerede? Orada neden seksen? Burada neden on üç asistan? Bir asistana bir şey olduğu zaman, bir poliklinik devre dışı kalıyor. Anlatabiliyor muyum? Ya bütün bunları bilmeden etmeden bütün her şeyde hekimliği sınırsız sorumsuzluğa sahip insanların her şeyden şikâyet etmesi bizleri yordu bıktırdı artık. Ve aralarında hepsinin böyle olduğunu söyleyemem ama birkaç kişi bile bütün yaşamınızı etkileyecek düzeyde olumsuz etkide bulunabiliyor. (H4)

Yani H4, hastanın yaşayabileceği herhangi bir sorunun sadece hekimden kaynaklanmayabileceğini anlatmaya çalışmıştır. Hasta birey, bir olumsuzluk yaşadığı vakit parçayı değil, bütünü görmeye çalışmalı ve bu şekilde hareket etmelidir. Hasta, hakkını kullanmalı ama kullanmadan önce meselenin gerçek nedenini araştırmalı ve her şeyin bilincine vararak harekete geçmelidir. Aydınlatılmış onam sürecinin işleyişine dair görüşleri de şöyledir:

Valla biz çok hızlı olmak zorundayız. Yirmi yatağımız var, günde on dört-on beş hasta yatıyor. Bir an önce tedavilerini verip taburcu etmek zorundayız çünkü arkaya sürekli yeni gelenler dayanıyor. Onamı biraz hızlı aldığımızın farkındayız yani kişisel bilgilendirmeyi ayaküstü yapıyoruz. Onamı verip de bunu oku gel birkaç gün sonra gibi bir şeyimiz olamıyor. Böyle bir sürecimiz yok. İnsanlar yatak bekliyor saatlerce serviste, haftalarca yatak bekliyorlar. Bunların da bir şey açısından kanuni olmadığı söyleniyor. Sen istediğin kadar onam al, almamak suç ama almak seni kurtarmıyor. Ama almaya çalışıyoruz her durumda. Bazen acil durumlar oluyor, hasta yakını olmayabiliyor. Bu durumda inisiyatif alarak bazı işler yaptığımız oluyor gergin gergin. Onam alıyoruz, mutlaka alıyoruz. Tabii hızlı hani bir gün önceden okusun anlasın etsin anlatılsın gibi bir şey olmuyor... (H4)

H4, aydınlatılmış onam sürecinde hastayı bilgilendirme evresinin çok kısa olmasından memnun değildir ve ona göre olması gereken, bu sürecin hasta açısından aceleye getirilmeden gerçekleşmesidir. Kendisi bunu şu şekilde ifade etmiştir:

Yani düşünsün gelsin. Bir sıkıntı olduğu zaman bana bunu anlatmadınız ben bunu anlamadım odur budur falan gibi şeyler yapabiliyorlar. Hani hasta hani bir bankaya giderseniz size sayfalarca yazı imzalatılır, yedi on sayfa. Bunu imzala krediyi al hani oku da et gel gibi bir şey yok. Nasıl orada yapıyoruz ve bundan rahatsız da oluruz acaba burada bana ileride gol atan bir şey var mı gibi. Hastalar da bizim onamlarımızı zaten standarttır onamlar aşağı yukarı her yerde. Ve bunu bir oku gel gözden geçir şöyle böyle deme imkânımız yok. Yani onam gerekli, bilgilendirme gerekli. Bu onam sürecinde hızlı davranıyoruz. Hasta geliyor yatıyor tanısını söylüyoruz. Uzun vadede ne tedavi vereceğimizi, yan etkilerinin ne olabileceğini söylüyoruz. Onam kâğıdını veriyoruz kabul ediyor musun? Hani imzalatıyoruz genel işleyiş bu. (H4)

H5 de meslektaşlarına benzer şekilde, hasta haklarının kendi ifadesiyle ‘gereğinden fazla geliştiğini’ düşünmektedir ama yerinde ve zamanında yani gerçekten hastayı suistimal eden durumlar için kullanıldığında ise gerekli olduğunu söylemiştir. Hasta haklarının kullanımının suistimal edilmesinin, mesleki anlamda hekimleri de olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Ona göre, aydınlatılmış onam süreci ‘istenildiği gibi’ işlemektedir:

Şimdi ben bizim için biz olabildiğince kendi yaptığımız işlem özelinde aydınlatılmış onam formunu kullanıyoruz. Her kemoterapi şeyinden önce, cerrahilerde yani bildiğim tüm branşlarda aslında kullanılıyor. Bence olması gereken bir şey, yani bunun rutinde kullanılması gereken ve herkesin kendini ve hastayı koruması için kullanması gereken bir şey olduğunu düşünüyorum. Son birkaç yıldır da bu aydınlatılmış onam formlarının hani bence şey istenildiği gibi işlediğini düşünüyorum. (H5)

Burada esasında önemli olan, ‘istenildiği gibi’ ifadesinin içinin ne ile doldurulduğudur. İlk, aydınlatılmış onam formunun nasıl yazıldığı da önemli olmakla birlikte, bu formu okumak ve algılamak için özel ya da özel olmayan hastane fark etmeksizin bütün hastalara eşit süre tanınıp tanınmadığına bakmak gerekmektedir. İkinci olarak ise hastanın sosyo-kültürel bağlamı da dikkate alınmak suretiyle, hekimin hastayı hastalığı konusunda yeterince bilgilendirip bilgilendirmediğine bakılmalıdır.

H6’nın da hasta haklarının gelişmesiyle ilgili görüşleri H3, H4 ve H5’ten farklı değildir, ona göre hasta haklarının gelişmesi oranında hekim hakları gelişmemiştir.

Hak deyince insanlar farklı anlıyor. Hasta hakkı deyince ne anlıyoruz? Hekimden hesap sorma, hekime bağırma çağırma, hekimi dövme ondan sonra kapıda sıra beklemeyi reddetme durmadan bir şeyler isteme karşılığında işler olmayınca hep hekimi suçlama. Devamlı şikâyet, devamlı huzursuzluk böyle bir ortamda hekim de mantıklı düşünemez. Şimdi hasta hakları doğru düzenlenmeli yani bir insanın hakkı diğer insanın burnunun ucunun seviyesinde biter. Yani hasta hakkı deyince sıra beklemek istemiyor. Bekleyeceksin diğer hastanın hakkı yani diğerleri hasta değil mi? Hekime saygı göstereceksin, dediklerini dinleyeceksin. Ondan sonra hekim seni bir yere gönderdiğinde gideceksin. Yani hekimlerin kapısında sıra bekliyorsun, ondan şifa talep ediyorsun gelip suratıma bağırıp yumruk atıyorsun. Şimdi bu insandan ne beklersin? Nasıl bir şey beklersin? Sana yardımcı olmasını beklemesin herhalde. O yüzden insanlara hak verirken doğru anlatılması gerekiyor. Yani senin hakların karşındaki insana zarar vermek değil, sadece sana haksızlık yapıldığını düşündüğünde buna itiraz edebilirsin. Yani hasta hakları hastanın hakları olması hekimleri olumsuz etkilemez ama hastaların bu hakları kötüye kullanması hekimleri olumsuz etkiler. Yoksa sorun yok. (H6)

H6'ya göre hastalar, kendilerine verilen hakları yerinde ve doğru bir şekilde kullanamamakta ve bunun ucu da hekimlere dokunmaktadır. Bu yüzden H6, verilen hakların insanlara doğru bir şekilde anlatılması gerektiğini savunmaktadır.

H6, aydınlatılmış onam sürecinin gerekli olduğunu, bu sürecin bir eksikliği olarak da onam formunun daha kapsamlı olabileceğini dile getirmiştir:

Aydınlatılmış onam süreci bence çok gerekli bir şey. Bir kere hastayla konuştuğunda bir kâğıda sözleşme yapıyorsun, mesela bizim hastalıklar için. Ben sana kemoterapi vereceğim, hastalığının evresi şu. Şu ilaçları vereceğim, şu ilaçların verdiğim ilaçların yan etkileri bunlar. Bunlar senin hastalığına yüzde şu kadar iyi gelir, yüzde şu kadar gelmeyebilir. Daha sonradan hastalığın ilaçlara rağmen ilerleyebilir. Bir yerden kemoterapiyi verdiğimde sende şu yan etkiler olabilir, bunlar ölmene yol açabilir. Böyle sakatlıklar gelişebilir veya organ yetmezliklerine sebep olabilir. Bunları anlatıyorsun. E peki bunu daha sonra hasta kemoterapi aldı, alerji gelişti öldü. Nasıl ispat edeceksin onaylattığımı? Yazılı onam formuyla. O yüzden hem hekimi hem kurumu hem de hastayı güvence altına alıyor. Çünkü aydınlatılmış onam formunu imzalatmak için hekim zaten olayı anlatıyor. Bazı hekimler de anlatmıyor, anlatmayınca da sorun oluyor. O yüzden hem hasta için hem hasta yakınları ve hasta için bence gerekli bir şey. Aydınlatılmış onam formu daha kapsamlı olabilir belki yani bir de her hekim kendisi düzenliyor. Bir standart olmalı, mesela bizim kendi düzenlediğimiz var ama devlet mesela bütün medikal onkologlar için bir aydınlatılmış onam formu düzenleyebilir. Ne bileyim bir bütün KBB uzmanları için şu ameliyata özgü bir aydınlatılmış onam formu düzenleyebilir. Bu standart olabilir. Şimdi hastanelerin işlemler için bir aydınlatılmış onam formu var. Bir de mesela kemoterapi için bizim var. Şimdi hastanenin aydınlatılmış onam formunda bizim kemoterapinin yan etkileri yazmıyor ki. Veya kalça ameliyatının özellikleri yazmıyor ki. Normal, sıradan bir aydınlatılmış onam formu. Şimdi ben bütün tedavileri hastaneye girişte kabul ediyorum demişim ama o bir yasal gerekliliği, geçerliliği yok. Bence tüm ülkede standardize edilmeli. (H6)

H7, önce H2 gibi hasta haklarının gelişmesi gerektiğini söylemiş olsa da daha sonra cümlesine “Hoş! Hasta haklarının bu dönemde biraz fazla negatif yönde geliştiğini düşünüyorum” şeklinde bir ilave yapmıştır. Bu durumun kendisine nasıl yansıdığını sorduğumda cevabının, diğer hekimlerin verdikleri cevaplara göre daha olumlu olduğunu söyleyebilirim:

Yani bazı şeylerle karşılaşıyoruz ara ara. Ama bizim hastalar biraz daha nasıl söyleyeyim? Daha yardıma ihtiyaç duydukları için belki ya da korkularından, hastalıkla ilgili endişelerinden hani direkt şey yapmıyorlar, bu konuda çok rijit değiller ama sadece genç ölümlerde çok ciddi bazen hep birlikte üzülüyoruz öyle söyleyeyim. Yani empatiyi bazen sempatiye dönüştürdüğümüzde hepimiz çok ciddi tükenmişliği yaşayabiliyoruz, evet. (H7)

Anladığım kadarıyla, H7 bu konu ile ilgili olarak diğer meslektaşlarının yaşadığı kadar sorun yaşamamış birisi çünkü ötekiler bu konuda fazlasıyla şikâyetçi olmuştur. Kendisinin aydınlatılmış onam sürecinin işleyişine dair düşünceleri şu şekildedir:

Biz hastaya artıları eksileri söyleyip imzasını alıyoruz aydınlatılmış onam formumuz var. Tarihini işte adını soyadını ama kısmen hastalar zaten ne söylediğimizi anlıyorlar ne de okuma yazma biliyorlar. Hani parmak bastıkları oluyor, bilinç düzeyleri biraz düşük. Bilinç düzeyinin biraz daha artırılması gerekir bence. Aydınlatılmış onam formu için de imza dışında başka ne yapılabilir ki? Sözel olarak mı alınması lazım? Hani bu hastalar için ama sözel olarak da hasta diyor ki sen nasıl biliyorsan öyle uygula diyor. Seçim hakkını bile kullanmıyor hani tedavi seçeneklerini bazen anla... Çoğunlukla anlatıyorum, şu tedaviler var. Etkileri, yan etkileri şöyle hangisi iyiyse sen hangisini istersen onu yap diyorlar. Yani bizim, bizde biraz daha nasıl söyleyeyim? Bilinç düzeyimiz çok düşük olduğu için hâkim ettiğimiz grupta ama özel sektörde şeyde biraz daha farklı. Arkadaşlardan hep duyuyorum. Hastalar daha çok araştırma yapıp benim kanserim böyle, ben şu tedaviyi olacağım şunu düşünüyorum tarzında da gelebiliyorlarmış. Ben hiç öyle bir hastayla karşılaşmadım. Hani biraz daha bilinç düzeyinin artması lazım, şu anda daha fazla ve daha farklı bir şey sanırım yapılamaz. Yani çoğu şeyi anlamadıklarını düşünüyorum. Anlatıyorum ama anlamadığın bir şey var mı diye soruyorum. Yok diyor. (H7)

Aydınlatılmış onam süreci ile ilgili gördüğü olumsuzluk, karşısına gelen hastanın bilinç düzeyidir ama bu bahsettiği bilinç düzeyi, tam olarak hastanın eğitim seviyesi ile ilgili değildir. Özel hastanede görev yapmakta olan arkadaşları ile konuştuğunda, karşısına gelen hastaların kanserleri ile ilgili araştırma yaptıklarından ve nasıl bir tedavi istediklerinden bahsettiklerini dile getirmiştir ama H7'nin karşısına böyle bir hasta gelmemiştir. Kısacası, onam sürecinde hastaya hastalığı ile ilgili vermeyi istemektedir ama bunun karşılığını alamamaktan hoşnut değildir.

H8 de çoğu meslektaşı gibi hasta haklarının gelişmesinin güzel olduğunu düşünse de bunun kötüye kullanıldığını yani suistimal edildiğini belirtmektedir. Düşüncelerini şu sözlerle ifade etmiştir: “Bu bir şey haline getirildi, hekim üzerinde bir baskı hem hasta ve yakınları hem de yönetimler tarafından yani yöneticiler tarafından. Gelişmesine karşı değilim ama yani kötü kullanılmasına karşıyım.” Kendisinin bununla ilgili yaşadığı olumsuz bir durum olmuş ama söz konusu durumun, kendisine bir yaptırımını olmamıştır ama yine de bu durumun kendisini rahatsız ettiği net bir şekilde ortadadır:

BİMER var, BİMER diye bir kurum var. Oraya başvurabiliyor hastalar. Yani yansması şöyle oldu. Bir hasta yakını hastası hakkında bilgi almak istedi.

Ben de hastamızdan izin almamız gerekiyor dedim. Kabul etmedi. Vermedim yani hasta hakkında bilgi. Bunu BİMER'e şikâyet etti ve BİMER'e şikâyet ettiği için hakkımda soruşturma açıldı. Aslında haksız bir soruşturmaya değil yani, yansıması böyle oldu. Yaptırımı olmadı ama bu kadar hasta ve iş yükünün arasında bir de onun için soruşturmaya gittim geldim. Soruşturmaya cevap verdim. Aslında BİMER'in bunu iyi sorgulayıp hakkımda soruşturma bile açmaması gerekirdi. Bu tabii şey oluyor, bir nevi mobbing gibi bir şey oluyor. Haksız suçlama yok yani aslında suçlanacak kişi karşı taraf ama bu yolu kullanarak seni şey yapıyorlar. (H8)

H8'in de H4 ile benzer şekilde aydınlatılmış onam sürecinin işleyişi ile ilgili gördüğü olumsuzluk ilkin onam süresinin kısa olmasıdır, ikinci olarak ise hastaların onam formunu okumadan imzalamalarıdır:

Valla biz burada her hastadan yani kemoterapi alan her hastadan alıyoruz. Süresi biraz kısa, biz yani Türkiye'deki poliklinik şartlarında ben günde elli hasta bakıyorum. Yani günde bazen beş altı tane yeni tedavi başladığım oluyor. Her tedavi başladığımız hastadan o onamı almak zorundayız. Süre, poliklinik şartlarında mecbur olarak daha kısa oluyor. Daha uzun olmalı. Hastalar sürece katılmak istemiyorlar, doktor bey siz ne dersiniz o olur. Bazen okumak bile istemeyen hastalar oluyor. Yani şöyle bir onamımız var. Şunu okumadan imzalayanlar var öyle söyleyeyim. Şu yazıyı okumadan ya onu tabii hastalığın ismi, kemoterapini adı falan geçiyor. Onu biz şey yani bu anlatıyorum ben bunu. On dakika falan anlattığım hastalar oluyor tek tek. Daha ayrıntılı anlatıyorum hatta orada yazılardan da fazla ama bunu okumadan imzalayanlar var veya işte ne bileyim... Tabii bu bakanlığın rutin formatında yazılmış bir şey. Öyle. Olumsuz taraf, sürenin kısa olması bir de hastaların bu sürece yani onam sürecine bir, bazıları hiç yani böyle bir şeyler uğraşmak istemiyorlar Türkiye'deki sorunlardan biri bu. İkincisi de sadece buraya gelmesi tedaviyi kabul ediyorum demek onlar için, tedaviyi okumadan imzalıyor. Böyle sıkıntılar var yani. Ha şöyle de şey yani gerçekten hani bunları saklamak zor hani günde elli hastaya bakıyorsun, bu aydınlatılmış onamları nerede saklayacağız? Benim klasörler artık klasör klasör oldu, saklama sorunu da ayrı bir sorun. (H8)

H9'a göre ise Türkiye'de ne hastaların ne de hekimlerin hakkı vardır ve o bu konuda daha iyi gelişmeler olmasını umut etmektedir. Hasta haklarının gelişmesinin bir hekim olarak ona yansıması ile ilgili görüş bildirirken, özel hastanede çalışmasına rağmen, özel olmayan hastanede çalıştığı zamandan örnek vermiştir:

Şikâyet olarak oluyor genelde devlet hastanesinde. Her yere yazıyorlar boy boy hasta hakkı hasta hakkı hani iki cepheden düşünülüyor hastalar bazen şikâyet ediyorlar ama hani tabii güzel şeyler yani hastaların hekimini seçmesi şey yapması falan hani güzel bir süreç ama bu karşılıklı bir süreç. Hasta hekim hakkı yani hasta tek hakkı öne çıkaran olmaz, hekim hakkı da öne çıkar karşılıklı olur. Bir de bu düzendir yani hastanın hakları nasıl öne çıkar düzeni düzgün kurarsın hastane işleyişlerini düzgün yaparsın zaten her şey yoluna girer. (H9)

Bu ifadelerinden de anlaşılacağı gibi, aslında hekimden ziyade hastaya hak verildiğini, bu sürecin karşılıklı işlemesi gerektiğini, düzenin ve hastane işleyişinin düzgün kurulmayışı sebebiyle sorun çıktığını dile getirmiştir yani esasında o da çoğu meslektaşları gibi hasta haklarının negatif yönde arttığı kanaatini taşımaktadır. İfadelerinden yola çıkarak, aydınlatılmış onam sürecinin özel hastanelerde de diğerlerine göre pek farklı olmadığını söyleyebilirdim ama orada yaptığım gözlem sonucunda, özel hastanede hastaya onam sürecinde daha fazla süre tanındığını söylememin mümkün olduğunu düşünüyorum. Yine de kendi ifadesine yer vermek istiyorum:

Yani hastalara genelde hani bilgi veriliyor ondan sonra imza alınıyor ama hani çok hızlı yapılıyor özelde de devlet hastanesinde de bu iş. Yapılması gerektiği için yapılıyor bazen hani hemşireler alıyor bunu vakit olmadığı için doktorlar almıyor. Daha detaylı anlatılmalı, ilk görüşme sürecinde hastalara özel bilgi verilmeli ama hani bu ne kadar yapılıyor, yapılamayabiliyor. Ben anlatıyorum hastalarımın zaten her şeyi hani sonrasında yaparken kemoterapiyi alma için hani alıyor hastalar onayları ama o süreçte ben her şeyi anlatmış oluyorum burada. (H9)

H10 da diğer meslektaşlarına benzer şekilde hasta haklarının aşırıya kaçtığını ve hakların karşılıklı olması gerektiğini düşünmektedir:

Hasta hakları Türkiye’de biraz böyle abartılmış aşırıya kaçılmış bir durum yani bizde sistem tam oturmadan biraz bu iş konusunda da abartıya kaçıldığını düşünüyorum. Şu an insanlar aldığı hizmetin kalitesini karşısındaki hizmet aldığı kurumda çalışanları gözetmeden tek taraflı bir hak öğrenme haklarını bilme gibi böyle bir yola gidiyorlar. Ya bunun biraz yanlış olduğunu düşünüyorum. Hasta hakları önemli ama bu bir bütün yani o hasta da bu sistemin bir parçası, onun da yeri olmalı ama bizde sanki her yani hastayla iş bitiyormuş gibi yani hasta çok rahat bir hekime gelip bir hemşireye gelip agresif tavırda bulunabiliyor, hizmet alacağı insanın o olduğunu unutarak. Yani o konuda çok bilinçsizler yani hakları konusunda işin sadece yönetmelik kural kitap kısmını biliyorlar. Yani onun öncesinde onların da etik davranış insani değerler bunlar konusunda çok ciddi tutum bozuklukları var ve eksiklikleri var. (H10)

Yani esasında hastalara verilen haklar sebebiyle, hastaların kendilerini üstün görmeleri hekimleri rahatsız etmekte ve bu durumun hasta-hekim ilişkisini de olumsuz etkilediğini söylemektedirler. Bunun anlaşılabilir ve makul olduğunu düşünüyorum. H10’a göre aydınlatılmış onam süreci göstermelik uygulanmakta ve hastaya da yetersiz bilgi verilmektedir:

Bizde aydınlatılmış onam süreci tamamen gösterme, göstermelik uygulanıyor. Hastaya çok yetersiz bir bilgi veriliyor. Çoğu zaman sadece hastaya bir imza attırılıyor, unutulduğu da çok oluyor. Çok önemli olduğunu düşünüyorum ama şu anki verilen sağlık hizmetinde bunun mümkün olunabilirliği de bence yok. Çünkü bununla ilgili o eğitimi verecek insan olmalı bunu yapacak insanın zamanı olmalı. Bizde şu an öyle bir şey yok. Artı vereceğimiz o hizmeti anlatacağınız riskleri anlayabilecek anlayamayacak daha doğrusu ciddi bir kesim de var, kendini tamamen hani hekime teslim eden bir kesim var. Yani o yüzden önümüzde hala bununla ilgili çok ciddi bir yol var ama mutlaka olması biraz daha kaliteli olması gerektiğini düşünüyorum. Bu anlamda ne olmalı? Bununla ilgili eğitimi verecek uzman insana ihtiyaç var bence. Eğitim, ona anlatacak insana çünkü bu ciddi zaman alacak bir iş. Yani bu hasta arasında olacak bir iş değil. Doktorun yapacağı bir iş değil bu düzende. Bununla ilgili bence bilgi verecek insanlar olmalı, zaman ayrılmalı, gerekirse görsel materyal sunulmalı. Başka hastalarla ilgili vidyolar (video) belki oynatılabilir, öyle bir şey olmalı bence. (H10)

H10, onam sürecinin çok önemli olduğunu ama hâlihazırdaki sağlık sisteminde bunun uygun şekilde uygulanmadığını belirtmiştir. Öte yandan, H7 gibi o da anlatıldığı halde anlamayan hastaların varlığından bahsetmiştir. Kendisinin bu konu ile ilgili değerlendirmeye değer, mantıklı önerileri bulunmaktadır; hastanelerde sadece onam sürecinde bilgi vermek için görevlendirilecek ayrı bir birim oluşturulması gibi.

Hekimlerin hasta hakları ve aydınlatılmış onam süreci ile ilgili düşüncelerine birlikte yer verdiğim bu bölümü toparlamak ve daha önce değinmediğim önemli bir noktaya temas etmek istiyorum. Öncelikle, hekimlerin hepsi aydınlatılmış onam formunun gerekliliği konusunda hemfikirlerdir lakin aydınlatılmış onam sürecinin işleyişinin düzgün ya da olması gerektiği gibi olup olmadığı hususunda aynı fikri paylaşmamaktadırlar. Bunun sebepleri, standart bir aydınlatılmış onam formunun bulunmaması, hastanın hekim ile birlikte aydınlatılmış onam formunu istişare edebileceği yeterli zamanın hastaya tanınmaması ve kimi hastanın aydınlatılmış onam formunu okumak bile istememesine ek olarak kimisinin de söz konusu formu algılama gücü çekebilecek bir eğitim seviyesine (buradaki eğitim seviyesinden kastım, kişinin kaç sene okula gidip gitmediği değildir) sahip olmasıdır. Öte yandan, hasta hakları hususunda bütün hekimler savunmaya geçmektedirler. Hastalara tanınan hakların, hekimler açısından olumsuz bir şekilde tezahür ettiği açıkça ortadadır çünkü aralarında oluşan ortak dilden yola çıkarak çoğunun da ifade ettiği şekliyle, ‘hastalara verilen hakların bir sınırının olması ve bahsi geçen hakların

bilinçli bir şekilde kullanılması' gerekmektedir lakin hekimlere göre bu durum bunun tam tersi şekilde gerçekleşmektedir. Hastadan kötü muamele gören hekimler memnuniyetsizlik duymakta ve bir yerde de bunu kendi otorite alanlarına bir saldırı ya da tecavüz olarak algılamaktadırlar. Bu da defansif tıbbı doğuran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Defansif tıbbı doğuran bir başka unsur da aşırı teşhis meselesidir. Farklı anlamları ifade ettiğini düşündüğüm için görüştüğüm hekimlere erken teşhis ve aşırı teşhis kavramları hakkında ne düşündüklerini sordum. Erken teşhis konusunda aslında bütün hekimler aynı düşünceyi paylaşmaktadırlar. Hepsi de erken teşhisin hayat kurtardığını, bir hastanın kanserinin geç teşhis edilmesinden önce erken teşhis edilmesinin hasta açısından faydalı olduğunu düşünmektedirler. Lakin aşırı teşhis hususunda hepsinin aynı düşünceyi paylaştığını söyleyemeyeceğim.

Yani eğer radyolojik klinik olarak gerekliyse biyopsi mutlaka alınmalı hani bunun için tabii ki günümüz şartları, mesela tiroit kanseri çok fazla istatistiklerde dünya istatistiğine göre bizim Türkiye illerine baktığımızda kadınlarda üçüncü sırada bunun nedeni aslında biraz da ultrasonun ve ince iğne biyopsisinin artmasıyla alakalı. Yoksa çevresel faktörler aynı, genetik çok fazla özelliği yok ama bir akciğer kanseri için, bağırsak ya da meme kanseri için hani bir aşırı teşhis şeyi yok. Zaten teşhis gecikmesin erken konsun istiyoruz. Belirli durumlar haricinde aşırı teşhis hani onkolojide yok aslında. Zaten tarama erken tarama, teşhis programına yönlendirmemiz ulusal politika da bunu gerektiriyor. Ne kadar erken tanırsak o kadar iyi. (H1)

H1, aslında bir anlamda aşırı teşhis ile erken teşhisi aynı kefeye koymakta ve bunu ulusal politikaya da bağlayarak meşrulaştırmaktadır. Bu konuda, kafasının bir miktar karışık olduğunu söyleyebilirim ama var olan durumun farkında olduğu da kesindir. Aşırı teşhisi, erken teşhisin bir sonucu olarak gördüğünü söyleyebileceğimi düşünüyorum ama bana kalırsa, hastanın yaşam süresi uzadıkça ya da hastayı ölümden kurtarabildiği müddetçe, aşırı teşhisin etik olarak ya da hastanın boş yere çekeceği acının yanında bir öneminin olduğunu düşünmemektedir ya da bu mesele üzerine kafa yormamaktadır.

Özel hastanede çalışmakta olan H2, aşırı teşhis veya erken teşhis konusundaki düşüncelerini görüşmemizden sonra bir yere yetişmesi gerektiğinden belirtememiştir. Bu yüzden, doğrudan H3'ün aşırı teşhis konusundaki düşüncelerine geliyorum:

Her kitle mutlaka değerlendirilmeli ama nasıl değerlendirilmeli? Şimdi aşırı teşhis demeyelim de biz buna, aşırı hastanın canının yanacağı girişimsel işlemler diyelim. Değil mi? Bugün meme ile ilgili inceleme metotları eskisi gibi sadece direkt grafilere yani mamogram denen basit grafilere ibaret değil. Beraberinde meme ultrasonu ki ultrasonlar çok gelişti. Meme emarı (MR) ki emar da çok gelişti. Mamografi de çok gelişti mesela bizim hastanemizde şöyle söyleyeyim 2010 yıllarında kendim başhekimken aldığım, o zamanın parasıyla bir buçuk trilyon liralık tomosentez yapan bir iki milimlik kitleleri yakalayabilen bir ve tümörü ayırt edebilen bir cihazımız var. Dolayısıyla, burada hastaların tümörlerinin iyi ya da kötü huylu olduğunu kategorize edebiliyoruz. Şüpheli grubu takibe alıyoruz belli aralıklarla. Bu aşırı bir şey değildir çünkü takip etmek çok önemlidir tümör olduğunu düşünürseniz biyopsi yaparsınız. Bundan dolayı bunda bir sıkıntı yaşanmıyor, hasta da memnun oluyor yani hasta takip boyunca eğer risk düşüyorsa kendisine rahat olmasını takip aralarının açılması gerektiğini söylüyoruz. Bunu daha çok bizim memeyle ilgili radyoloğumuz yapıyor. Biz de hastayı klinik olarak izliyoruz. Bazılarını genel cerrah arkadaşlarımız bu aşamada takip ediyorlar. Meme kanserlerinde pek aşırı teşhis diye bir şey olmuyor çünkü iyi huylu kitlelere illaki de biyopsi yapmıyoruz. Bir memedeki kisti bir fibroadenomu vesaireyi takip etmeyi tercih edebiliyoruz ancak şüpheli değişiklikler gösteren alanları varsa o zaman ki onun biyopsisi de çok can yakıcı bir olay değildir. Usulüne uygun yapıldığında bir uyuşturma işlemi sonrası ince bir iğne ile çok rahat yapılabilir. Hastanın canı yanmaz, kan almaktan az daha şeydir yani bir derece daha belki canını yakar. (H3)

H3, aşırı teşhis diye bir olgu olduğunu düşünmemekte ve bu başlık altındaki davranışları, ‘hastanın canının yanacağı girişimsel işlemler’ olarak adlandırmaktadır ki aşırı teşhisin tanımı da zaten budur. H3’ün de H1 gibi aşırı teşhis konusunda kafasının karışık olduğunu düşünmekteyim çünkü erken teşhis adı altında aşırı teşhisi hem önermekte hem kendisinin uygun bulduğu tetkiklerin fazla olduğunu ya da olmadığını düşünmemekte (bunu hastaların bundan memnun olmasına bağlayarak meşrulaştırmaktadır) hem de aşırı teşhisi, aşırı teşhis olarak görmemektedir. Hastaneye gelen bireylerin ölmek istemediklerini ya da acı çekmek istemediklerini anlamak zor olmasa gerektir ama aşırı teşhis dediğimiz olgu, onların hem boşuna endişelenmelerine hem de boş yere canlarının yanmalarına sebep olabilmektedir.

H4 için de erken teşhis ile aşırı teşhis kavramları, birbirinin içine geçmiş kavramlar olarak karşıma çıkmıştır. Öte yandan, H4 bu konu ile ilintili olarak, Avrupa ve Amerika’daki durumlardan da örnek vermiştir. Bu şekilde, düşüncesini kanıtlamaya çalışmıştır.

Tarama modaliteleri yaygınlaştıkça aslında belki özellikle de yaşlı grup hastalarda belki o hastalıktan kaybedilmeyecek hastaların da erken teşhisle gereksiz tedavi alabildikleri zaten gündemde, daha doğrusu tartışılıyor bu.

Tarama yöntemlerinin böyle bir özelliği var zaten. Aşırı teşhis mesela prostatta, prostat kanseri taramalarının yaşam uzatıcı etkisi olup olmadığı tartışmalı. Amerika'da başarılı çıktı, Avrupa'da başarılı çıktı. Ama genel olarak erken teşhis ileri aşamada gelmesindense hastanın avantajına olabiliyor. (H4)

H7'ye göre de her kitle mutlaka değerlendirilmelidir çünkü onun açısından da erken teşhis ile aşırı teşhis aynı anlama gelmektedir ve erken teşhis, sağ kalımı arttırmaktadır. Kendisi bunun gerekliliğini şu sözleriyle dile getirmiştir: “*Sonuçta ileri evrede yakaladığımızda, değerlendirmedeğimizde öyle bir risk var diyelim ki iyi huyluysa tamam ama kötü huyluysa düşünün. Değerlendirmediniz, sonuçta metastazla geldi evre dört, onların hem hastaya maddi manevi yükü çok daha fazla.*”.

Özel hastanede görev yapmakta olan H9, bu konu ile ilgili fazla bir açıklama yapma gereği duymamıştır ve soruma sadece “*Tabii değerlendirilmeli, evet. Mutlaka her bulgu değerlendirilmeli.*” şeklinde cevap vermekle yetinmiştir.

H5, H6, H8 ve H10, tüm bu hekimlerden daha farklı düşünmekte ve bir nebze de olsa aşırı teşhisin karşısında yer almaktadırlar ama yine de H5, kurtulma oranı yüksek olabilecek derecedeki genç hastalarına olabildiğince fazla tetkik yapmaktan yanadır. Fakat durumu kötü olan, yaşlı hastaların canını daha fazla yakmanın ise anlamsız olduğunu düşünmektedir. H5, düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir: “*Genç bir hastada eğer tanı itibariyle de ve tanı anında aldığı evre itibariyle kür sağlayabileceğim bir hastaysa olabildiğince ben de elimden gelen tetkikleri yapmaya çalışıyorum ama ileri evre hastalık, kondisyonu kötü bir hasta vereceğim tedavinin ona fayda etmekten çok zararlı olabileceğini düşünüyorsam çok açıkçası ben de tetkikten kaçınıyorum.*”. H6 ise en başta doğrudan biyopsi gibi işlemleri önermekten ziyade, önce daha basit muayenelerle teşhis sürecinin başlamasından yanadır.

Erken teşhis hayat kurtarır sloganımız bu ama aşırı teşhis yalancı pozitiflik kötü bir şey. Hem hastaları gereksiz yere anksiyeteye strese itiyor hem de gereksiz yere ülke para kaybediyor yani teşhis yaparken yani şu neden oluyor... Bir sürü hiç hastayı muayene etmeden bir sürü tetkik istiyoruz. Onu istiyoruz, bunu istiyoruz. Halbuki önce bir muayene etsek önce basit algoritmilerden başlasak daha sonra zaten hani kompleks şeylere tetkiklere geçeceğiz. O yüzden ben biraz bu işin hem hastaları böyle korku ve endişeyle doktora gelip baskı yaptıkları için şunu istiyorum bunu istiyorum bu tetkiki istiyorum dedikleri için hem de hekimlerin gereksiz tetkik yaptığını düşünüyorum. (H6)

H8 de her kitlenin değerlendirilmesinin gerekmediğini dile getirmiştir. Aşırı teşhisin var olduğunu söylemesi, erken teşhis ile aşırı teşhis kavramını bir bütün olarak görmediğini göstermektedir. Öte yandan, Türkiye’de erken teşhis konusunda ciddi sıkıntılar olduğunu da dile getirmiştir, bunu ilkin halkın bilinçsiz olmasına ikinci olarak da bu konu ile ilgilenme noktasında sağlık otoritesinin yetersiz kalmasına (KETEM* olsa dahi) bağlamıştır. Bunun yanı sıra H8, iş yükünden ötürü erken evre kanser hastalarını görmek istemediğini ve zaten görev yaptığı hastanedeki polikliniğe erken teşhisle gelen hastanın pek de fazla olmadığını söylemiştir. “Her kitle değerlendirilmeli mi” diye sorduğumda “hayır” cevabını vermiş ve devamını şu şekilde getirmiştir: “Yani aşırı teşhis var hastanelerde var. Ben çalıştığım her hastanede görüyorum. Yani çok iyi huylu tümörler var ama onlar bir şekilde tetkik ediliyor, ameliyat ediliyor. Bunlar oluyor. Aşırı teşhis dediğiniz bu herhalde. Aşırı teşhisten kastınız bu. Bunlar oluyor.”.

H10’un görüşleri özellikle de H6’ya yakındır, H10 da aşırı teşhisin var olduğunu belirtmektedir.

Aşırı teşhis var, bizde de çok yapılan bir uygulama. Ben kendi adıma mümkün olduğunca böyle bir şeye girmemeye çalışıyorum. Yani elimden geldiğince gereksiz tetkik istemiyorum, bir şekilde hastayı ikna etmeye çalışıyorum. Ne bileyim yaşı gelmeden tarama yaptırmıyorum işte gereksiz yere kan tetkikleri istemiyorum. Endikasyonu ya da şüphesi olmayan hasta için hiçbir tetkik istemiyorum. Sadece onları sözel ikna ediyorum. Gerekirse fizik muayene ediyorum. Böyle bir tarzım var. (H10)

Görüldüğü üzere, aşırı teşhis konusunda hekimlerin düşünceleri birbirinden ayrılmaktadır. Kimisi erken teşhis ile aşırı teşhis arasında bir fark görmemekte ve ikisini bağdaştırmaktadır. Erken teşhis ile aşırı teşhis kavramları arasındaki sınırı ortadan kalktığı ya da bu sınırın şeffaflaştığı noktada aşırının teşhisin tanımını bile bulanıklaşmaktadır. Örneğin, daha önce de belirtmiş olduğum gibi H3, aşırı teşhisin varlığını kabul etmemekte ve kendi uyguladığı yöntemin bir ileri seviyesini ‘hastanın canının aşırı yanacağı girişimsel işlemler’ olarak adlandırmaktadır. Aşırı teşhis ile erken teşhis arasında bir fark görmeyen hekimler (H1, H3, H4, H7, H9), bu durumun etik sağlamasını hastaların memnuniyeti ve ne kadar çok kişinin hayatta tutulabildiğine bakarak yapmaktadırlar. Erken teşhis ile aşırı teşhis kavramları

* KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.

arasındaki ayrımın farkında olan ve erken teşhisin olması gerektiğinden ama aşırı teşhisten yana olmayan bir tutum sergileyen hekimler (H5, H6, H8, H10) ise, bunun etik sağlamasını aşırı teşhisin hastayı gereksiz yere anksiyete itmesi ve ülkenin boş yere para kaybetmesi üzerinden yapmaktadırlar. Örneğin, H6 buna hem hastaların hem de hekimlerin sebep olduğundan bahsetmiştir. Evhamlanan ve kendilerine bir sürü tetkik yapılmasını isteyen hastaların böyle yapmasının birincil sebebi, ölüm korkusu ya da arkasında bırakacağı şeyler (aile, yaşın genç olması sebebiyle yaşayamadıkları) olabilir. Bu durumda, hastanın endişesini dindirebilecek tek kişinin hekim olacağını düşünüyorum. Hekimleri aşırı tetkik yapmaya iten sebepler ise, ulusal politikaların bu şekilde davranmalarını gerektirmesi, defansif tıbbın ortaya çıkması sonucu hekimin başını derde sokmak istememesinden ötürü kendisini aşırı tetkike yönelmek zorunda hissetmesi, piyasalaşma ya da özel kurumlarda görev yapmakta olan hekimlerin hastane yönetimini memnun etmek yahut hastaneye ek para kazandırmak zorunda bırakılmaları olabilir. Tüm bunların sonucunda, aşırı teşhis hem hekimin mesleğine duyduğu saygının körelmesine yol açabilmekte hem de hastaya gereksiz yere yapılan her bir tetkik tıbbi etikteki ‘zarar vermeme’ ilkesi ile çatışıyor gibi görünmektedir.

2.3.3. Kritik-Varoluşsal Etik Meseleler

Kök hücre ve ötanazi mevzuları, hekimin aktörü olduğu ama bir taraftan da onun mesleki bağlamını doğrudan aşan etik meseleler olarak, ölüm-kalımla sonuçlanmaları ve tıbbın Tanrı rolüne soyunduğu ithamına yol açmaları bağlamında hem kritik hem de varoluşsal bir nitelik arz etmektedirler. Modern insanın ölümden kaçmasına karşılık, onkologlar ölüm ile sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla, modern insanın kriz anına tanık olduğumuz ölüm sürecinde onkolog hekimlerin hasta ile kurdukları duygusal ilişki de hesaba katıldığında varoluşsal düşünöme açık oldukları ortadadır.

Genom araştırmaları ve bundan yola çıkılarak artık insan denen canlının bir üst seviyeye taşınmaya çalışıldığı, belki de fiziksel ya da karakteristik özelliklerimizin doğmadan önce belirleneceği bir döneme yaklaştığımız bu süreçte, hekimlerin kök hücre uygulamalarının etik boyutu hususundaki görüşlerinin önem taşıdığını düşünüyorum. Bu konuda, görüştüğüm onkologlardan bazıları meseleyi kendi branşı

bazında ele alırken, bazıları da daha genel bir şekilde ele almayı tercih etti. Meseleyi genel olarak ele alan H1'in kök hücre uygulamalarının etik boyutu konusundaki düşünceleri şu şekildedir:

Şu an derlemesini yazıyorum, o yüzden söyleyeceğim. Bizim biyoetik şeyiyle birlikte özel sayının Türkiye kliniklerinin. İkilemleri olan bir şey araştırmalar hani doğru amaç için doğru örnekleme doğru analizle güzel sonuçlar doğuracak birçok çünkü artık immüno-onkoloji çağındayız, gen tedavisi çağındayız. Kök hücre önemli birçok şey için hastalık tedavi önlemesi açısından. Tıbbı sağladığı artılar eksiler konuldu ama eksilerinde tıp dışı etik ikilem önemli. Neden? Ülkede hastanın belki de en önemli şeyini deneası (DNA) üzerine çalışma yapıyorsunuz. Kök hücre çalışmaları hayat da kurtarabilir, Frankeştayn da yaratabilir. Hani böyle söyleyeyim hani etik ikilemleri var ama sonuçta uygun koşullarda uygun etik şartlar sağlanırsa da oldukça başarılı sonuçlar elde edilecektir. O yüzden hani iyi denetlenmesi gereken merkezler tarafından yapılması, o sınırların iyi çizilmesi gerekiyor bence. (H1)

H1, etik kurallara uyulduğu takdirde kök hücre çalışmalarının fazlasıyla önem arz ettiğini dile getirmiştir ama söz konusu çalışmaların denetiminin iyi yapılmasının gerektiğini söylemiştir.

H2 ise H1'in hem tasdik edici hem eleştirel bakışının aksine, kök hücre meselesine belki de sadece kendi branşı açısından baktığı için, söz konusu meseleyi fazla sorgulamamakta ve kök hücre uygulamalarının etik olduğunu düşünmektedir: *“Kesinlikle etik. Kesinlikle yapılması gerekiyor ama bazı çalışmalarda şu anda immünoterapiyle kök hücre nakli onkologlarla hücrenin kök hücre nakli arasında benzerlikler var hatta immünoterapi bazılarında bunu da geçiyor ama kalıcı olmuyor. Ne kök hücre ne de immünoterapi kanseri yenmede kalıcı olmuyor. Tekrar hasta relaps* diyoruz dediğimiz tekrar çıkma dönemine giriyor.”*

Bu konu ile ilintili olarak üzerinde durduğu başka bir nokta da, kök hücre uygulamalarının tedavi anlamında fazla etkin olamaması ile ilgili olmuştur.

H3, öncelikle kök hücre uygulamalarının ne olduğundan, nasıl olduğundan, neden uygulandığından bahsetmiştir ve meseleyi daha çok tıp pratiği açısından ele almıştır. Kök hücre çalışmalarının gelecek için umut vaat ettiğini ve mutlaka yapılması gerektiğini savunmuştur:

* Relapse: Nüksetmek.

Kök hücre uygulamaları... Şimdi neden uygulandığına bakar. Niçin uygulanıyor? Bir işe yarayacak mı? Bizim onkolojide kök hücre destekli yüksek doz kemoterapiler şu anda deneysel aşamadan ileri geçemedi. Solid katı tümörleri tedavi edemiyor, bir. Hematolojide yani sıvı tümörlerde lösemiler gibi ve lenfomalar gibi lenfoma da katı sıvı arasındadır yani türüne göre, katıya yakın bir tümördür. Lenfomalarda fayda verebiliyor. Burada kök hücre vermenin amacı şudur, hastaya normal kemoterapi verdiğinizde kabul edilemeyen bir yan etki düzeyi vardır. O dozu aşamazsınız ama hücreleri öldürmek için de o dozu aşmanız gerekiyorsa ve bu dozu aşmanıza engel olan yan etki hastanın kemik iliğinin kuruması yani bir daha kemik iliği üretmemesi ise siz hastanın iliğini önceden alırsınız. Eğer teknolojiniz uygunsuzsa tümör hücrelerinden arındırabilirsiniz. (...) Pörcint dediğimiz olay yapılırsa yani ilik, tümör hücrelerinden arındırılırsa çok iyi olur. Geriye tekrar tümör hücresi vermemiş olursunuz. İliğini dondurursak baktığımız hastanın, hastaya çok yüksek doz kemoterapi verirsiniz. Normal insan ölür, bir daha iliği çalışmayacağı için. Sonra o yüksek doz tedaviler, tümör hücrelerini yok eder. Hastaya iliğini geri verirsiniz. Halk bunu şöyle bilir, iliğini aldılar geri veriverdiler hasta iyileşti. Ben kalp hastasının kalbiniz hastayken kalbinizi söksem, yani çıkarsam yerinden sonra tekrar diksem yerine kalbiniz iyileşir mi? Yani... Anlatabiliyor muyum? Bozuk parça çıkarılıp yerine takılsa... Yani bu aslında yüksek doz kemoterapi vermeyi mümkün kılan bir kurtarma metodudur ama farklı bilinir. Kök hücre uygulaması deyince bu bir tanesi. Bir de kök hücrelerle mesela şeker hastalarında şekere bağlı yaraların tedavisi işte bazı organların uygun uyarılarla tekrar oluşturulması, iyileşmeyen organların iyileştirilmesi gibi çalışmalar var. Bu çalışmalarını çok olumlu buluyorum. İlerisi için ümit vaat edici buluyorum. Mutlaka yapılması gerekiyor. (H3)*

H4 ise kök hücre uygulamalarının etik boyutunu daha genel bir açıdan ele almış ve tedavi açısından kök hücre uygulamalarının bir yönünü umut vaat edici bulduğunu belirtmekle beraber deneysel olan yönünün artılarını ya da eksilerini yaşayarak öğreneceğimizi ima etmiştir:

*Kök hücre ayrı bir şey... Kök hücrenin belirli hematolojik manitelerde** etkinliği kanıtlanmıştır. Somut tümörlerde eskiden çok fazla çalışma yapıldı. Onlar negatife döndü, artık çok fazla kullanmıyoruz kök hücre uygulamalarını. Ama hematoloji grubunda artık kanıtlanmış durumda. Tıbbı artı sağladığını düşünüyorum. Yani bu sizin kast ettiğiniz kemik iliği transplantasyonu. Bu zaten kanıtlanmış, yararı olan bir alan ama diğer deneysel alanlar elbette sorun çıkarabilir. Onlar günlük rutin pratiğe girdiği zaman onları göreceğiz. (H4)*

H5 için kök hücre uygulamaları kanıta dayalı olduğu ve başka birisini etkilemediği müddetçe etikdir. Başka birisini etkilememekten kasıt, tedavi için kullanılmakta olan kök hücrelerin başka birisine (embriyo gibi) değil, bizzat tedavi edilecek olan kişinin

* Purge: Arındırmak, tasfiye etmek, temizlik anlamına gelmektedir.

** Malignite ya da malinite, tümör anlamına gelmektedir.

kendisine ya da bir yakınına ait olmasıdır. Kök hücre uygulamalarını daha çok tedavi bazlı ele aldığı görülmektedir:

Şimdi şöyle bir bilimsel tabanı olan yani hani bu çok uzun zamandır uygulanan kök hücre uygulamaları var mesela en basitinden ben size söyleyeceğim hematolojik maligniteler lösemi ve lenfomalarda kullanılan kök hücre uygulamaları konusunda bunlar hayat kurtaran tedaviler. Bunların verisi var, sonuçları var ve çok hasta verisi içeren sonuçları var. Yani kötü bir şey söyleyemeyeceğim ama diğer kök hücre uygulamaları konusunda mesela bir dönemler pankreasla ilgili kök hücre uygulamaları vardı. Şimdi mesela akciğer kanseriyle ilgili, bunların daha yolu olduğunu düşünüyorum. Daha fazla veriye ihtiyacı olan tedaviler olduğunu düşünüyorum. (H5)

H6'ya göre, kök hücre uygulamaları fayda sağladığı ve alan ile veren arasında bir anlaşmazlık çıkmadığı sürece etikdir: “*Ya bence kök hücre uygulamaları zaten hani etik açısından bence etik. Yani kök hücreyi veren kişi kabul ediyorsa, doku uyumsuzluğu yoksa yani dokular uyuyorsa, alan kişi de kabul ediyorsa yapan doktor da kabul ediyorsa, bunun çok büyük faydaları var yani hematolojide. Hematolojik maligniteden hasta kurtulabiliyor. Bence etik. Hiçbir sorun yok.*”

H7, kök hücre çalışmalarının umut verici olduğunu ama hala gidecek yolunun olduğunu düşünmektedir. Yani ona göre bu alan, deneysel olandan çıkıp kesin kanıtlara dayandığında tıbbı büyük faydalar sağlayacaktır:

Valla mutlaka uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Şu anda tedaviler devam ediyor, kök hücre açısından. Onkolojiye henüz girmiş değil, daha çok Hematoloji uyguluyor. Ama yakın gelecekte biraz daha yolu var, şu anda tam aydınlatılmış değil onkoloji için söylüyorum. Ama yakın gelecekte bence uygulanacak diye düşünüyorum, umarım uygulanır. Yani daha daha izole edilip tam saf hücreleri elde edilip bir şekilde diyelim ki akciğere ihtiyacımız var, o kök hücreleri akciğer olduğunu düşündüğümüz hücreleri koyduğumuzda akciğerin yerine karaciğer veya ne bileyim el gelişmesin orada. Şu andaki durum, çok ileri aşamada değil. Hematoloji için çok ileri aşamada zaten tedavileri var. Ama onkolojide daha zaman var. Artı sağlayacak ama biraz daha zamanı var. (H7)

H8, kök hücre uygulamalarının etik boyutu hususunda pek bir bilgisi olmadığını dile getirmiş olsa da ne kast ettiğimi tam olarak anlayamadığımı dile getirdi, ben de ona ne sormak istediğimi anlattım, bunun üzerine cevabı şu şekilde oldu:

Yani tedavi amaçlı kullanılıyorsa bence bir sıkıntı yok ama başka amaçla kullanılıyorsa o tabii ahlaki bir problem haline gelebilir. Tedavi konusunda çünkü çok ciddi hani sonuçlar doğuruyor yani çok ciddi şeyler var ama tabii başka bir amaçla kullanılırsa tedavi dışında bir amaçla kullanılırsa bu ahlaki bir problem sonuçta. Bizde kullanılması tedavi amaçlı. Sağladığı yani

bize sağladığı şey çok fazla ama bu başka bir amaçla kullanılıyorsa tabii bu ciddi bir ahlaki problem. (H8)

H9 da kök hücreye sadece tedavi edici boyutundan bakmıştır ve tedavi için kullanıldığında etik ve etkin olabildiğini dile getirmiştir. Tıbbı sağladığı artılar ve eksiler ile ilgili düşünceleri şöyledir: “Yani yeni yeni çalışmaları var zaten. Artı bazı hastalıklarda artı tedavisi var ama hani şu an çok böyle dramatik her hastalığa uygulanır diye bir boyutu yok yani.”

H10, kök hücre çalışmalarının bilimsel dayanakları olduğundan yola çıkarak etik konusunda bir sıkıntıya neden olmadıklarını belirtmiştir. Dikkat çektiği nokta, kök hücre çalışmalarının gereğinden fazla abartılması olmuştur:

Ya ben soğuk bakmıyorum bu konuda yani etik boyutu... Bence sıkıntı görmüyorum yani bu konuda bilimsel bir tabanı var sonuçta. Etik boyutunda da yani bir dönem abartıldığı bir dönem oldu ama bu tüm dünyada oldu. Şu anda zaten tedavi anlamında oturmamış bir yerde her türlü şey deniyor onda bu oldu kök hücrede onun dışında ben bir problem olduğunu düşünmüyorum, soğuk bakmıyorum yani. Yani bazı konularda biraz abartıldı tabii hani çok fazla ümit bağlandı, bel bağlandı çok ciddi etkisinin olduğu yerler var ama hiç işe yaramadığı yerler var. Bu konuda da yine böyle yine kurumların elinde olması gerekirken bilgilendirme ve denetleme şahsi veya böyle özel teşebbüslerle süistimal edilen yerler var işte göbek kordonundan saklayalım yıllar sonra kullanacaksınız... Yani bunun net oturmuş bir şeyi yok maalesef. Yani uzmanlarla konuşunca ne böyle bir yola girin diyorlar ne de girmeyin diyorlar yani bununla ilgili oturmuş bir şey yok o yüzden süistimal edildi yani hala devam eden yerler var. Böyle. (H10)

H10, kök hücre meselesinin özel teşebbüslerle kötüye kullanıldığını ve bu şekilde insanlara, “bebeğinizin göbek kordonunu saklayın ki daha sonra ciddi bir hastalık geçirirse kullanabilirsiniz” örneğinde olduğu gibi, boş yere ümit verildiğini ifade etmiştir.

Görüşüğüm onkologlardan kök hücre uygulamalarına tedavi bazında bakanlar, söz konusu uygulamaların tamamen etik olduğunu düşünmekte ama tedavi bazından çıkıp kök hücre çalışmalarına genel olarak baktıklarında –ki genel olarak baktıklarında bunun kapsamına deneysel çalışmalar girmektedir– görüşleri değişmekte ve meseleye şüpheli yaklaşmaktalar. Özetle, kök hücre meselesine daha geniş bağlamdan bakanlar kök hücrenin etik boyutuna dair kendisinin de bir fikrinin olmasının gerektiğini hissetmiş ve bu şekilde görüş belirtmiştir. Kök hücre meselesine tedavi odaklı (pratik) bakanlar ise buna kendi sorunları gibi yaklaşmamış ve meseleyi bununla ilgilenen ya da ilgilenecek olan etik kuruma devretmiştir.

Görüştüğüm onkologlara, bir diğer kritik mesele olarak ötanazi ülkemizde yasal olsa ne düşüneceklerini ve bu bağlamda bir hastanın yaşamına hekimin son vermesinin onlara neler düşündürdüğünü sordum. Bu hususta hekimler farklı görüşler bildirdiler ama çoğu ötanazinin ülkemiz için zor olduğunu düşündüğünü belirtti, bunun için ise farklı nedenler dile getirdiler. İlk olarak H1 ötanazi uygulamasının ülkemiz için zor olduğunu ifade etmiştir:

Ülkemiz için zor. Zor. Yani çok zor. Bunun için hani sosyokültürel düzey önemli. Her ne kadar yasalarla belirlense de millet olarak hani daha böyle şeyiz, duygusal ve aile kökenliyiz. İkincil kazanç oluşacak ya da etik dışı sorunlar olabilecek bir durum hani çok ülkemiz için uygun değil bence. Sadece biz hani onkolojide onu da konuşuyoruz. İyi ölüm kavramı vardır bizde, iyi ölüm son dönemde hastayı hırpalamadan son anında birlikte olalım, destek olalım ama bu hekim aracılığıyla ölüm değil hani tartışılıyor dünyadaki iki ülkede var. Amerika'da tek eyalette orada bile tartışılıyor hekim aracılığıyla ölüm. Hani benim bakış açımdan hani ben hekim aracılığıyla ölüm taraftarı değilim, iyi ölümü sağlamak lazım. Hastayı hırpalamadan ön görebiliyorsak eğer hastanın saatler, günler ya da haftalar gibi sağ kalım süresini, yaşama süresini o süreyi en insanca, en uygun en hırpalanmadan... Türkiye'de bu mümkün değil yani bu mümkün değil ama neden çünkü şey hem fiziksel şeyler hem diğer hekimlerin bakış açısı hem eğitim işte sağlık sistemi ama Palya-Türk diye yine Sağlık Bakanlığının projesi var. Palyasyonla ilgili hani bu da gündemlerinde ama daha çözümlenmiş değil. Hekim aracılığı ile çok şey değil taraftar değilim hekimlik gözüyle sadece hastayı iyi ölümü insanca ölümü, ölümü kolaylaştırmak değil ya da ölümü erkene almak sağlamak değil, o süreci en insanca biçimde geçirmek kısmındayım. (H1)

Görüldüğü gibi, H1 ötanazinin ülkemizde uygulanması zor bir pratik olduğunu düşünmektedir. Öte yandan, bir hekim olarak da bunu uygulamaktan yana değildir yani ne aktif ne de pasif ötanazi taraftarıdır. Bunların yerine, ölüm sürecinde hastaya destek olarak, onun bu süreci en insancıl şekilde geçirmesinden yanadır.

H2 de H1 gibi ötanazi uygulamasının Türk toplumunda gerçekleşebilecek bir uygulama olmadığını belirtmiştir ama hasta yakınları ve hasta bunu uygun buluyorsa, hekim de tıbbi olarak bu konuda onlarla hemfikir ise ötanazinin uygulanabileceğini düşündüğünü dile getirmiştir. Aktif ya da pasif ötanazi meselesini tartışmamıştır ama H1'in aksine bir hekim olarak ötanazi fikrine sıcak baktığını söyleyebilirim.

Bilimin her anlamda geliştiğini, ulaşamadığı bir yer kalmadığını ve ondan üstün bir güç tanımadığını düşünen H3 ise günümüzde ötanaziye gerek kalmadığını şu sözleriyle ifade ederek detaylı bir biçimde açıklamıştır:

Şimdi şöyle söyleyeyim. Benim takip ettiğim baştan itibaren takip ettiğim kanser hastalarında ben bunlara yeterli palyatif tedavileri, destek tedavilerini ve altta yatan hastalıklarına yönelik tedavilerini yaptığım için ağrı kesici mesela bir bant vardır. Morfin benzeri bir madde içeren bir bant vardır. Biz onu cildine yapıştırırız. Onu dozuna göre misal yirmi beş mil mikrogramdan başlar üç yüz mikrograma kadar neredeyse yükselen dozları vardır. Benim hastalarımı kaybettiğim dozlarda ağrı kesici ihtiyaçları genellikle yetmiş beş-yüz arasındadır. Üç yüze çıkmaz çünkü altta yatan sebeplere yönelik ek tedavileri de sürdürürüm. Böyle barım barım bağırarak ölen hastamız üç beş yılda bir tane ya olur ya olmaz. O zaman da algoloji bölümünden yardım isteriz girişimsel işlemler için. Söylemek istediğim şu, düzenli takipte bu tutulan tedavilerini düzenli uygulayan, destek tedavilerini vaktinde ve yeterli alan hastalarda çok büyük sıklıkla ötanazi gerektirecek sıkıntı olmuyor ama psikolojik olarak, psikolojik desteği yeterli almayan depresyona giren ağır depresyona giren ki bu da sağlıklı bir ölüm değil. İnsan çünkü ağır depresyon olduğu için intihara meyilli oluyor ama mental şeyleri yerinde olmadığı için hani bilinçli bir intihar olmuyor. Anlatabildim mi? Sağlıklı verilmiş bir karar olmuyor kendisi açısından. Öyle söyleyeyim. Tıp ne kadar geriye, ötanazi o kadar gündeme gelir. Günümüz tıbbında ötanazi gerekliliğini görmüyorum. (H3)

H4, kendi gözlemlerine dayanarak ülkemizde ötanazi talebinde bulunan çok az hasta olduğunu dile getirmiştir lakin o da ülkemizde ötanazi uygulamasının yasal olamayacağını düşünmektedir. Öte yandan bir hekim olarak, duygusal açıdan bunu kaldıramayacağını ve hasta ölüme yaklaştığında ister istemez duruma müdahale etmek istediğini dile getirmiştir:

Çok zor olacağını düşünüyorum ülkemizde bunun. Bir tane yoğun bakımda benim yedi tane hastam var. O hastalardan beş tanesinin öleceğini biliyorum. Ama hani desteği keselim, fişi çekelim gibi bir şey vicdani olarak izin vermiyor. Tansiyonu yükseldi mesela bir hastanın, nasıl olsa ölecek müdahale etmeyelim gibi bir yaklaşım olamıyor vicdani olarak. Anlatabiliyor muyum? Yani müdahale ediyorsunuz, tansiyonu düşüyor müdahale ediyorsunuz, enfeksiyon geliyor müdahale ediyorsunuz. Bu vicdani bir karar gerçekten. O beş hastanın yaşayacağını düşünmememe rağmen, belki gereksiz olarak algılanabilir farklı tarzda işlemler yapabiliyoruz. (H4)

H5 ilk önce bu soruyu cevaplamak konusunda çekimser davranmış ve bana bu soruya olumlu yanıt veren olup olmadığını sormuştur. Ben de bunun üzerine, o zamana kadar yaptığım görüşmelerden yola çıkarak kendisine, “şimdiye kadar görüştüğüm hekimler ülkemizde bunun pek mümkün olduğunu düşünmüyorlar” şeklinde bir yanıt verdim. Bundan sonra düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

Bunu şöyle, bu zaten bence şöyle ötanazi önermenin doktor tarafından yapılması gereken bir öneri olduğunu düşünmüyorum. Eğer sizin amacınız hayat katmak demeyeyim de hani çok amiyane tabirle öyle olsun, tanrısal bir

şey de söylemek istemiyorum ama ötanazi önermeyi çok mantıklı bulmuyorum. Şu olabilir. Hakikaten çok sıkıntılı ölemeyen bir hasta grubu var. Acı içinde, dert içinde bizde hani bunu çok sık görüyoruz bu hasta grubunu. Ölemiyor. Bu istek hasta ve hasta yakınları tarafından geldiği zaman değerlendirilebilir bir şey olduğunu düşünüyorum. Siz değerlendirirsiniz. Buna karar vermesinde kesinlikle onun için karar vermekten bahsetmiyorum. Karar vermesine yardımcı olabilirsiniz. (H5)

Ona göre, hekimliğin amacı hayat kurtarmaktır ve bu nedenle ölmek üzere olan bir hastaya, ötanazi teklifinde bulunmak hekim olmanın temel amacına ters düşmektedir. Buradan yola çıkarak H5, hekim olarak hastaya katıyen ötanazi öneremeyeceğini ama hasta bunu talep ettiği zaman bunun değerlendirilebileceğini söylemiştir.

H6, ötanazi meselesine dini açıdan bakmış ve dini açıdan ötanazinin uygun olmadığını dile getirmiştir. Öte yandan, ona göre bu işlemi bir hekimin yapmaması gerekmektedir çünkü hekimin temel amacı, hayat kurtarmaktır ve hekimin hastanın hayatına kendi eliyle son vermesi ya da hiçbir müdahalede bulunmayarak hastanın hayatının sona ermesine sebep olması etik değildir:

Yasal olsa... Yani ötanazi... Din açısından bence uygun değil bence yani hani bir hastanın istemesi tamam herkes son dönem artık çok ağrı çekiyor. Ben ötanazi istiyorum dediği zaman hani bunu bence hekim yapmamalı. Yapılmaması gerekiyor yani. İnanç açısından hem de bir insanın hayatına son vermek bir hekimin işi değil. Psikolojik olarak hekimler üzerinde psikolojik olarak çok farklı şeylere yönlendirebilir insanları yani primer amacı hekimin hayat vermektir. Hayat vermek... Ama diğer taraftan hekime diyorsun ki hasta isterse artık çare de yok ama çaresiz bile olsa o hastanın hayatını elinden almıyorsun. Olmaz yani. Bu ilk amaçla çelişen bir şey. Ne kadar hasta son dönem hastası olsa da acı çekse vesaire vesaire olsun, yine de ana amacımıza ters. Hastaya hekim her zaman hayat verir, hayatını almaz. Bu etik değil bence. (H6)

H7, ötanazi uygulamasının yasal olması gerektiğini belirtmekte ve artık kanserin son evresine gelmiş, gerçekten çok acı çeken hastalarda uygulanmasının düşünülebileceğini ifade etmiştir:

Uygun hastalarda belki düşünülebilir diye düşünüyorum ben. Terminal dönemde gerçekten hiçbir tedavinin olmadığı ama çok ciddi acı çeken vakalarda ne bileyim güzel ölüm herkesin hakkıdır diye düşünüyorum. Sonuçta ölüm sonuçta herkesin başında, doğduğumuz gibi öleceğiz ama hani bu konuda ancak gerçekten çok ileri evrede, hiçbir şey yapılamayacak ama çok ciddi acı çeken hastalarda düşünülebilir bence. Bizde çünkü şeyde Avrupa'da var. Direkt ötanazi, ötanaziyi kabul eden yerler var ama*

* Terminal Dönem: Ölüm öncesi dönem demektir.

ötanaziyi olmayıp da sadece hastanın uyutulduğu yerler de var. Yani farklı yöntemler var ama bizde yasal değil hiçbiri. Yasal olması gerekir bence. Yani size kırk yaşında bir hasta nefes alamıyorum, boğuluyorum artık beni öldürün diye yalvardığında o anda hissettiği acıyı yani görüyorsunuz ama yapabileceğiniz bir şey yok çünkü her yeri tutmuş. Yani son evre artık, tedavi de fayda etmiyor. (H7)

H7, ‘güzel ölüm’ şeklinde bir ifade kullanmıştır ve kullandığı bu tabir onun hastanın ne kadar çok yaşadığından ziyade, nasıl yaşadığı ile ilgilendiğini göstermektedir. “Yani size kırk yaşında bir hasta nefes alamıyorum, boğuluyorum artık beni öldürün diye yalvardığında o anda hissettiği acıyı yani görüyorsunuz ama yapabileceğiniz bir şey yok çünkü her yeri tutmuş. Yani son evre artık, tedavi de fayda etmiyor” dedikten sonra ‘böyle bir hastanız oldu galiba’ diye sorduğumda, bana gözleri dolu bir şekilde “evet” yanıtını verdiğinde hastaları ile güçlü bir empati kurabildiğini anlamış oldum.

H8 ise her türlü ötanazi şeklini reddetmekte ve buna olumsuz bakmaktadır. Türkiye’de yasal olsa bile uygulamak istemeyeceğini dile getirmiştir: “Valla olmasın isterim yani bizim ülke için yani hani dinimiz için zaten kabul edilebilecek bir şey değil zaten ötanazi. Yani kendi inancım gereği herhalde kabul etmezdim diye düşünüyorum yani bir hekim olarak bu iş bana düşse kabul etmem o da ayrı bir şey yani, diye düşünüyorum. Yasal olsa bile uygulamak istemem.” Olumsuz bakmasının sebebi, sadece sahip olduğu meslek gereği insanı yaşatma amacı değil, aynı zamanda bunun kendi inancı ile örtüşmeyeceğini düşünmesidir.

H9, ötanazi yasal olsa bile herhangi bir hastasına uygulamak istemeyeceğini söylemiştir, bunun yanı sıra zaten içinde bulunduğu toplumun da ölümle barışık olmadığını söyleyerek uygulamak istememe sebebini pekiştirmiştir.

Yani hastanın öncesinde yani bazen gerçekten çok acı ve ağrı çekiyor bizim hastalarımız. Bu yurt dışında tabii bu bilinç çok yerleşmiş durumda ama bizde o kadar maalesef hani bu konuda çok ölümle barışık bir toplum değiliz biz. Hani yaşam var ölüm de var. Hastalar bunu kabul ediyorlar, yurt dışında da bulunmuştum ben. Hani ona göre de zaten hani mesela hastanın solunumu durunca biz burada onu uyandırmak zorundayız, bu yasal bir yükümlülük Türkiye’de. Ötanazi değil ama bu hani bu farklı bir şey, hastanın solunumu duruyor ama hasta diyor ki beni şey yapmayın yani bana müdahale etmeyin, buna imza alınıyor. Yani onu mesela burada hastaya nasıl söylenir, yasal değil zaten kanuni olarak suçlu duruma düşüyorsunuz, doktorların böyle bir yetkisi yok ama yasal olsa da hastaya bunu çok iyi karşılar mı bilmiyorum yani dediğim gibi ötanazi de aynı şekilde. Ötanazi de hele yaşayan bir insanı öldürmek acı çektiği için falan. Ötanazi çok doğru

da gelmiyor bana etik olarak yani ben bir hekimim benim mesleğim yaşatmak. Yani o dediğim hastanın solunumunun durması ve kalbinin durması ve bilincinin hani gitmesi sonrasında evet müdahale ediyoruz, biz eziyeti çoğaltıyoruz ona katılıyorum ama ötanazi ben istemezdim herhalde yapmak bir hastama. (H9)

Pasif ötanazi ile aktif ötanazi arasındaki ayrımın fazla bilincinde olmadığını düşünmekteyim, ona göre ötanazi bizatihi olarak hekimin hastanın yaşamına son vermesi eylemidir lakin bunun bir de pasif tarafı vardır. Hasta ölmeye yaklaştığında, yaptıkları müdahaleler ile çektiği eziyeti arttırdıklarını düşünmesine rağmen ötanazi uygulayamayacağını ve hastayı yaşatmanın Türkiye’de yasal bir yükümlülük olduğunu ifade etmiştir. Kısacası, hasta acı çekse bile cihazlar ya da hekimler onu sağ tutabildiği müddetçe yaşamaya devam etmek zorundadır, nasıl yaşayacağı çok da önemli değildir.

H10 ise ötanazi pratiğine, hekim olarak sıcak baksa da kendi dini inancı gereği karşı olduğunu dile getirmiştir:

Ya ben aktif ötanazi taraftarı değilim ama bu sonuçta biraz insana kalan bir şey. Ama bunun ben pasif ötanazi olsa uygulaya... Ben pasif ötanazi taraftarı biriyim yani öyle diyeyim. Aktif değil ama pasif ötanazi taraftarıyım. Aktif ötanazi için de yasal çerçevelerde ben kendi inanç olarak düşünürsem karşıyım ama bir doktor olarak yani çok da soğuk bakmıyorum. Hasta açısından çok çaresiz kaldığımız durumlar oluyor ve aktif ötanazinin de yerinin olduğunu düşünüyorum. (H10)

Aktif ve pasif ötanazinden haberdardır, ikisi arasında ayrımın farkındadır. Bu ilkin hastanın tercihi olsa da H10, pasif ötanazi taraftarıdır yani hasta ölmeye yaklaştığında, hekimin bunu engellemek için hastaya müdahale etmemesi bir hekim olarak ona ters gelmemektedir. Öte yandan, duruma göre aktif ötanazi uygulamasının da yerinde olduğu kanaatindedir.

Kısacası, ötanazi konusunda hekimler arasında bir uzlaşma olmamakla beraber hekimler bu pratiklerin yasal olmasını ya da olmamasını ve uygulanabilirliğini ya da uygulanamayacak olmasını temellendirmeleri birbirlerinden farklılık göstermektedir. H1, hastayı en son ana kadar insanca yaşatma gayesindedir ve son ana gelene kadar da tıbbi olarak gereken ne varsa yapmayı istemektedir. Bu yüzden ötanazi uygulamasını hoş görmemektedir. H3, ötanazi uygulamasını gereksiz bulmakta ve bir yerde ancak tıp gelişmemişse orada ötanazi konusu gündeme gelir demiştir. H6 ve

H8, ötanazi uygulamasının her türlüünü reddetmekte ve bunun hem hekimliğin amacı hem de kendi dini inancı ile uyuşmadığını dile getirmiştir. H4 ve H9 ise bu meseleye duygusal açıdan bakmışlar ve vicdani değerlerden ötürü söz konusu uygulamayı gerçekleştiremeyeceklerini söylemişlerdir. H2, H5, H7 ve H10 ise farklı şekillerde belirtmiş olsalar da ötanazinin uygulanabileceğini dile getirmişlerdir.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Çalışmamı neticelendirmek yahut sahadan elde ettiğim verileri farklı bir boyuta taşımak adına artık bazı çıkarımlar yapabileceğimi düşünüyorum. İlkın, modern hekimlerin geleneksel tıba bakışlarını anlamaya çalıştığım ve çalışmamın da temelini oluşturan sorunsalın, buna ilaveten güven-otorite tesisinin rasyonalite bağlamında sahada nasıl şekillendiğini ortaya koymak istemekteyim. İkinci amacım ise, bahsi geçen meselenin etik tartışmalar ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymak olacaktır.

Öncelikle, hepsi de modern tıbbi öğretilerle donatılmış olan uzmanlaşmış hekimlerin ya da onkologların güven-otorite tesisinde tek bir dizgede hareket etmedikleri gibi geleneksel tıba karşı da tek bir tutum takınmadıkları ortaya çıkmıştır ve bu bağlamda iki temel strateji yürüttükleri görülmüştür. Esasında konuya ilişkin tek bir rasyonel tutuma sahip olmadıkları buradan da bellidir. Geriye doğru bir dönüş ve hatırlatma yapacak olursam, çalıştığım konu itibarıyla Weber'in biçimsel ve tözel rasyonalite kavramlarının benim için önem arz ettiğini dile getirmiştım. Kalberg'in Weber'den esinlenerek yaptığı dört temel rasyonel tip saptamasından yola çıkan Ögütle (2013: 121), tözel ve biçimsel rasyonaliteyi şu şekilde açıklamıştır:

Tözel rasyonalite (...) tipi, pratik rasyonalite gibi ve teorik rasyonaliteden farklı olarak, *dolaysız bir biçimde* eylemleri düzenler. Ama bunu, rutin problemlere uygun çözümlerin salt araçsal hesaplaması temelinde değil, geçmişteki, şimdiki ya da potansiyel bir 'değer ilkesi'ne dayanarak yapar. (...) Biçimsel rasyonalite, her ne kadar atıfta bulunduğu şey evrensel nitelikli olsa da, aslında diğer üç tip gibi evrensel olmayıp, sanayileşmeyle bağlantılıdır. Pratik rasyonalite gibi amaçlı-rasyonel eyleme dayanmakla birlikte, şu noktada farklılaşır: Pratik rasyonalite, daima, rutin problemleri amaçlı-rasyonel eylem örüntüleri vasıtasıyla ve pragmatik öz-çıklarına atıfta bulunarak hesaba katmaya ve çözmeye dönük yaygın bir eğilime işaret eder; oysaki biçimsel rasyonalite, benzer bir amaçlı-rasyonel hesaplamayı, *evrensel olarak uygulanan kurallara, yasallara ve düzenlemelere atıfta bulunarak* meşrulaştırır.

Weber'e göre, biçimsel rasyonalite amaçlı-rasyonalitedir ve çağın hâkim rasyonalitesi de budur, dolayısıyla söz konusu rasyonalite tipi, doğru/uygun rasyonaliteye de tekabül etmektedir. Bu rasyonalite tipinde, evrensel olarak uygulanan kuralların, düzenlemelerin ve kanunların olması onun aynı zamanda kurumsal rasyonalite kavramıyla eş değer olduğu anlamına gelir. Bu durumda,

hekimlerin güven-otorite tesisini uluslararası prosedürler, hastanenin güvenirligi yahut hekimin titri üstünden yapmaları onların kurumsal rasyonaliteye atif yaptıklarını göstermektedir. Güven-otorite tesisini iletişim becerisi ya da kriz yönetimi üzerinden kuran hekimler ise tözel rasyonaliteye gönderme yapmaktadırlar. Fakat bu durumda, işin içine değer ilkesi girdiği için, rasyonalite atfi normatif bir vasfa bürünmektedir. Bu da Weber'in eleştirisi oklarını üzerine çekmesine sebep olan, sosyal ontoloji düzleminde gerilim yaratan düzeneğin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Öğütte, 2013: 119-120, 122). Aslında görüşme yaptığım hekimlerin hepsi uzmanlaşmış ve rasyonel hekimlerdir ama sahada görüldüğü üzere, biçimsel ve tözel rasyonalitenin çelişkili olduğu yerlerin mevcudiyeti göze çarpmaktadır. Modern hekimlerin, geleneksel tıp karşısındaki konumlanmalarına bakacak olursam, burada da yine iki temel stratejinin yürütüldüğü görülür. Geleneksel tıpla kurulan ilişkideki rasyonellik şu şekillerde tezahür etmektedir; ya tamamen reddetmek ya da geleneksel kozmolojileri parçalayıp kendi içine entegre etmek. Aslında Weber açısından bakacak olursam, ikinci konumlanma yani geleneksel tıbbı reddetmeme, geleneksel tıbbın varlığını kabul etme fakat onu ait olduğu bağlamdan koparıp kendi modern kozmolojisine dâhil etme eylemi, rasyonel bir davranış sayılmamaktadır. Tam da bu noktada, Elster'in Weber'e yönelttiği temel eleştiriyi ortaya koymanın uygun olduğu kanaatindeyim. Der ki;

Weber, rasyonelliği uygun zihinsel süreçlerin doğurmuş *olduğu* eylem olarak *tarif etmesine* karşın, uygun zihinsel süreçlerin doğurmuş *olacağı* şeye uygun düşen eylemle *bir tutar*. Weber'in kendi benzetmesini kullanırsak: Eğer bir matematikçi doğru sonuca yanlış akıl yürütme sonucu ulaşmışsa, Weber o matematikçiye muhtemelen rasyonel demeyecektir (...) Weber, *başarılı sonuç* şeklindeki nesnel rasyonalite nosyonu ile (kabaca söylersek) *iyi sebeplerle hareket etme* şeklindeki öznel rasyonalite nosyonunu birbirine karıştırmaktadır ve yanlışının sebebi de budur. (aktaran Öğütte, 2013: 188)

Rasyonelleşme dışsal bir durumdan ziyade, zihinsel bir süreçtir yani buradaki etken faktör, bizatihi eyleyicinin kendi sahip olduğu dünyayı görme tarzıdır. Dolayısıyla Weber, bir eylemin rasyonel olmasını o eylemin gerçekleşmesine sebep olan zihinsel sürecin de doğru olmasına bağlamıştır. Bundan ötürüdür ki, doğru sonuca yanlış akıl yürütme ile ulaşmak, süreç itibarıyla Weber açısından rasyonel bir eylem değildir. “Yani şans eseri doğru şeyi yapmak yeterli değildir” (Elster, 2010: 229). Kısacası, bir eylemin rasyonel olup olmadığını anlamak için hem sonuca hem de sürece

bakmak gerekmektedir. Lakin Elster rasyonel davranışı rasyonel yapan bu kavramların sınırlayıcı ve nitekim Weber'in metodolojik bireyciliğinin de bireyin anlamlı faaliyetini açıklamak açısından eksik olduğunu savunmuştur. Ona göre, bir eylemin gerçekleşme sürecinde ilkin fırsatlar kümesi, ikinci olarak da seçimden doğan mekanizmalar (arzular ve tercihler) rol oynar. Fakat kişinin bir eylemi gerçekleştirmesine sebep olan asıl neden, o kişinin arzuları ve fırsatları hakkındaki inançlarıdır (Öğütler, 2013: 204). Elster buna, La Fontaine'in *Tilki ve Üzümler** fablından yola çıkarak bir örnek vermiştir ve burada asıl anlatmak istediği, "(...) [T]ilkinin üzümlerin ekşi olduğunu düşünmesinin nedeni onlardan mahrum kalacağına olan inancıdır, yani tilkiyi dışlayan bir dağıtımı tilkinin tercihlerini ileri sürerek haklı göstermek biraz zordur" (Elster, 2008: 142). Öte yandan, inanç kavramı irrasyonel de olabilir ama Elster bunun durumdan duruma değişebileceğini iddia etmekte ve insanların tutarlılık ilkesinden ziyade muhakeme ederek eyleme geçtiklerini ifade etmektedir. Zira irrasyonaliteyi geçersiz kılan özerk arzular, bizatihi kişinin kendi iradesiyle seçilmişlerdir, bu da onların fail tarafından muhakeme edilerek bilinçli olarak eylem haline dönüştürüldüğü anlamına gelmektedir. Tıpkı tilkinin üzümler hakkındaki inanç ve arzusunun, ona ulaşamayacağını fark etmesiyle birlikte bilinçli olarak değiştirilmesi gibi. Elster (2008: 21-22, 26, 37, 43), rasyonel eylemi gerçekleştirme konusunda tek ya da en iyi yol olmadığını öne sürmüş ve rasyonel eylemi rasyonel yapan tutarlılık, tam olma ve devamlılık kriterlerine ek olarak arzu, inanç ve duygular gibi kavramları yani başka bir deyişle, sosyal normları devreye sokarak rasyonel davranışın tekliğini ve optimalliğini tartışmaya açmıştır. Özetle, bireyin davranışını açıklamada rasyonalite kavramının eksik kaldığı durumlarda –ki rasyonel seçim teorisinin çoğu zaman failin anlamlı eylemini açıklamada yetersiz kaldığını düşünmektedir– sosyal normların anlamlı eylemi açıklamak için kullanılacak son derece faydalı birer araç olduklarını söylemektedir.

Hekimler, araştırdığım konu dâhilindeki pratik etik meseleler (geleneksel tıbbın etik olup olmadığı, tıp etiği eğitimi, hasta hakları, aydınlatılmış onam, aşırı teşhis)

* "Tilkinin biri, Kimine göre Gaskonyalı, Kimine göre Normandiyalı, Ölesiye aç kaldığı bir sırada, Yüksek bir çardaktaki asmada, Üzümler görmüş, kabukları kıpkızıl: Bal gibi olgun, besbelli. Yemesine yiyecek, hem de nasıl! Ama yetişemeyince ne yapsın tilki: "Bunlar daha epekşi," demiş, "Uşak takımının dişine göre..." Yakınıp dursa tilki, Daha mı iyiydi sanki?" (Elster, 2008: 141).

konusunda birbirlerinden farklı düşüncelere sahiptirler. Geleneksel tedavi pratikleri hususunda katı bir tutum sergilemeyen onkologların rasyonalitenin tözel haline gönderme yaptıklarını daha önce belirtmişim, etik davranışın rasyonel olup olmayacağını irdelememiz gereken bu noktada da devreye yine tözel rasyonalite girecektir. Geleneksel tıbbın etik olup olmadığı hususuna, hekimlerin bir kısmı geleneksel tıbbın uygulayıcıları üzerinden yola çıkarak bir kısmı ise geleneksel sağaltım pratiklerinin hasta üzerinde yarattığı etkiden yola çıkarak açıklama getirmiştir. Hekimlere göre, geleneksel tıbbın uygulayıcısı ya sağlık kurumunun onayladığı ya da gerçek anlamda bu işin eğitimini almış bir kimse olmalıdır. Bunun dışındakiler ise, kaba tabiriyle “şarlatan”dır. Dolayısıyla, geleneksel tıbbın gerektiği gibi uygulanmaması durumu etik dışı olmakla birlikte bunun için gereken eğitimi almayan ve hastaları kandıran uygulayıcısı da etik bir şekilde hareket etmemektedir. Öte yandan, ikinci açıklama ise doğrudan ‘hastaya zarar vermeme ilkesi’ ile bağlantılandırılmaktadır ki bu, tıp etiğindeki en mühim ilkelerden bir tanesidir. Bu ilkeden yola çıkarak geleneksel tıbbın etik olup olmadığını açıklayan hekimler, geleneksel tedavi pratiklerinin hastaya zarar vermediği müddetçe etik olduğunu ifade etmiştir. Lakin burada ikinci açıklamayı benimseyen hekimlerin, fitoterapiden ziyade kendi tedavileri ile etkileşime girmediğini iddia ettikleri *akupunktur*, *reiki*, *yoga* gibi pratikleri öne sürdüklerini belirtmekte fayda var. Fakat buradaki başlıca ve belki de en önemli handikap ise, kendi tedavi pratikleri ile fiziksel açıdan etkileşime girmediğini ifade ettikleri pratiklerin, kavramsal açıdan geleneksel kozmolojinin ürünü olduklarını atlamış olmalarıdır. Bu da Elster’in anlattığını doğrular şekilde, rasyonel davranışta tek ya da tutarlı bir yol olmadığını bize göstermektedir. Etik davranış ile rasyonel davranışın uyuşmadığı bu noktada, geleneksel kozmolojinin ürünü olan kavramlar, modern kozmolojinin ürünü olarak lanse edilmekte ve böylelikle modern kozmolojiye eklenmektedirler. Tıp eğitiminde uzmanlaşma hususunda, H5 dışındaki bütün hekimler hemfikirlerdir ve hatta bunun mesleğin icrasına ve işleyişine fayda sağlayacağını düşünmektedirler. Yani tıp etiği alanında uzmanlaşma, rasyonel davranışı destekleyen bir durumdur ve hekimlerin çoğunun da buna bir itirazı yoktur.

Aydınlatılmış onamın gerekliliği, bütün hekimler tarafından onaylanmıştır lakin hekimlerden bazıları aydınlatılmış onam sürecinin gerektiği gibi işlediğini, bazıları ise

bu süreçte bazı eksiklikler olduğunu dile getirmiştir. Öte yandan hekimlerin ifadelerinde, hasta hakları ile de birebir ilişki içerisinde olan söz konusu sürecin, ‘onların aleyhine de işlediği’ gibi ifadelerin yer aldığı da görülmektedir. Bunlardan ilki, hekimin tedavi süreci ile ilgili anlattıklarının hasta tarafından tam olarak kavranamaması, daha sonra hastanın ortaya çıkan herhangi bir komplikasyonda hekimi BİMER’e şikâyet etmesi ve bunu takip eden süreçte hekimin çeşitli olumsuzluklar yaşamasıdır. İkincisi ise, özellikle H3 tarafından dile getirilmiş olan, etik kurulun koyduğu sınırlar ve bahsi geçen sınırlar bağlamında hekimin hasta için uygun tedaviyi veremiyor ve sağaltım süresini hızlandıramıyor olmasıdır. Etik kurul burada, hekimi yavaşlatan ve hatta onu tamamen engelleyen bir role bürünmüş, bu nedenle de hekimin gözünde negatif bir vasıf kazanmıştır.

Duruma göre rasyonalite atıfları değişen hekimlerin, hasta haklarının gelişmesi hususunda ise topyekûn savunmaya geçtikleri görülmüştür. Bürokraside her makamın belirli bir yetkinlik alanı vardır ve sistem içerisindeki her bir fail buna uygun hareket etmek zorundadır. Hekimlerin hasta haklarının fazla gelişmesi olarak adlandırdıkları ve bir anlamda şikâyetçi oldukları ve hatta bunun defansif tıbbı (bununla ilintili olarak aşırı teşhise de) neden olduğunu iddia ettikleri durum, onların bir nevi yetkinlik alanlarına saldırı anlamına da gelebilmektedir. Bu bağlamda, esasında onların deyişiyle hasta haklarının fazla gelişmesi, hem bizatihi kendi otoritelerine hem de rasyonelleşmeye bir saldırı olarak görülebilir. Nitekim hasta haklarının, gerek hastalar tarafından yanlış algılanması gerek hastalara sağlık politikalarından ötürü ‘fazlaca’ hak tanınmış olması (hekimlerin düşüncesi bu şekildedir), hekimler arasında bu alana ilişkin bir duyarlılık ve bahsi geçen konuya ilişkin ortak bir dil yaratmıştır.

Aşırı teşhis ise, hem defansif tıbbın hem nedeni hem de sonucu olarak görülebilir çünkü hekimler açısından, hastaları mutlu etmek biraz zor gibidir. Bir taraf fazlaca tetkik edildiğini düşünüp şikâyet ederken, öteki taraf ise yeterince bakılmadığını ve bu yüzden hastalandığını ya da hastalığının ilerlediğini (kanser gibi vakalarda durum daha ciddi olabilir zira kanserin metastaz yapma riski bulunmaktadır) iddia etmekte ve bunu ilgili birimlere bildirmektedir. Aşırı teşhis ile erken teşhisi aynı kefeye koyan hekimler bulunmakla birlikte, iki kavramı birbirinden ayırt eden hekimler de

vardır. Aşırı teşhis ile erken teşhisi aynı kavramsal çerçeveye ait olarak gören hekimler, bunu kurumsal rasyonaliteye ya da biçimsel rasyonaliteye atıfla açıklamaktadırlar. Bu noktada bir eylem, tözel rasyonalitede olduğu gibi bağlamında anlam kazanmak yerine kurallar, düzenlemeler ve kanunlar bağlamında anlam kazanmaktadır. ‘Ulusal politikaların bunu gerektirmesi’ ve ‘geç teşhis edileceğine erken teşhis edilsin ki yaşam süresi uzasın’ (yani bir anlamda en yüksek verimlilik derecesine ulaşalım) gibi ifadeleri buna örnek olarak verebilirim. Aşırı teşhisi erken teşhis kavramından ayıran hekimlerde ise, duygular ve dolayısıyla sosyal normlar devreye girmektedir. ‘Hastanın boş yere canının yanmasının gereksiz olması’, ‘ülkenin yok yere para kaybetmesi’ gibi ifadeler de bu kategori için örnek olarak gösterilebilir.

Artık kritik-varoluşsal etik meselelere geçmek istiyorum. Kök hücre tartışmalarında hekimler iki farklı şekilde konum almıştır. İlki, kök hücre çalışmalarına tamamen tedavi odaklı yani pratik bakanlar ve ikincisi ise kök hücre çalışmalarını daha geniş etik bağlama yerleştirenlerdendir. Tedavi odaklı bakan hekimler, adlarından da anlaşılacağı üzere bunu uzmanlık dallarına indirgemiş ve o düzlemde konuşmuşlardır. Kök hücre çalışmalarını daha geniş bir etik bağlama yerleştiren hekimler ise, söz konusu çalışmaları gelecek ve umut vaat eden çalışmalar olarak adlandırmıştır. İlk konumda, sadece amaca yönelik kullanımı söz konusu olduğundan, biçimsel rasyonalite işliyor gibi görünmektedir. İkinci konumda ise, failin eylemi ya da düşüncesi inanç ve arzularının yönlendirmesi doğrultusunda ilerliyor gibidir.

Ötanazi pratiğinde, iyice çetrefilli hale gelen bir durum karşımıza çıkmaktadır. Rasyonelliğin uç noktası olarak ele aldığım bu pratik, hekimlerin bir kısmı tarafından bizatihi uygulayıcısı olmak bakımından reddedilmiş ama uygulanabilirliği açısından uygun görülmüş, bir kısmı tarafından tamamen reddedilmiş, başka bir kısmı tarafından ise de tamamen uygun görülmüştür. Reddeden taraf, günümüz modern tıbbında böyle bir uygulamaya gerek kalmadığını dile getirmiştir zira modern tıp her şeye kadirdir. Bir insanın hayatta tutulabildiği kadar hayatta tutulmasının ve hekimin hayat almasının değil hayat vermesinin gerektiği, bürokrasideki en yüksek verimlilik derecesine ulaşma idealini hatırlatmaktadır. İfadelerinin başka bir gerekçesi de bahsi

geçen pratiğin Türkiye’de zaten yasal olmamasıdır. Yani reddeden ve olumsuz bakan tarafın eylemlerini biçimsel rasyonalite yönlendirmektedir. Ötanazi pratiğine olumlu bakanlar ise, ‘güzel ölüm herkesin hakkı’, ‘hastanın gereksiz yere acı çekmesi’ gibi sözler söylemiş ve ifadelerini bu şekilde gerekçelendirmişlerdir. Burada da devreye yine duygular ve inançlar girmektedir. Örneğin, ötanazi pratiğinin uygulanmasını mesleki açıdan uygun bulmakla beraber, insani açıdan uygun bulmayan H10’u ya da ötanazi pratiğinin uygulanmasını dini açıdan sakıncalı bulan H6’yı baz aldığımızda, sahada aklın yolunun bir olmadığını, çoklu rasyonalitenin işlediğini açıkça görmekte olduğumuzu düşünüyorum.

Özetle, etik meselesi hekimin inisiyatifine çok bağlı değilmiş gibi görünmekle beraber, aslında bağlıdır da. Hekimler, etik pozisyonlamaya çok açık olmamalarına karşılık (yapıp ettiklerini sınırlayan kılavuzlarını dikkate alarak söylüyorum), teşhis süreci esnasında ve ilerleyen süreçte de mesleki tecrübe ve deneyim devreye girdiği için hasta ile hekim arasında yazılı olmayan normlar oluşmaktadır. Bu da hekim-hasta arasındaki etkileşimin farklı bir boyuta geçmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla, bu ilişkideki her şey önceden belirlenmiş olmadığı gibi, hekimin hangi rasyonalite tipine göre eyleyeceği ve hastanın buna nasıl karşılık vereceği de belli değildir. Buradan yola çıkarak söyleyebilirim ki, rasyonalite ile etik arasında bir gerilim olduğu son derece aşikârdır lakin amacım, her şeyin duygular, arzular, inançlar tarafından belirlendiği bir psikolojizme varmak değil, aksine biraz önce de belirttiğim üzere, sahada çoklu rasyonalitenin var olduğunu göstermektir. Nitekim çalışmanın başlarında da sahada böyle bir sonuç ile karşılaşacağımın bilincindeydim. Meseleye rasyonel hekim ve karizmatik hekim bağlamında baktığımızda da geleneksel tıp karşısındaki tutumlar ile etik pozisyonlar arasında bir süreklilik olmadığını görebilmekteyiz. Örneğin, rasyonel hekim olarak tanımladığım H2 ve H3 ötanazi konusundaki ifadelerinde birbirinden ayrılmakta; H2 ötanaziye hasta yakınları ve hekim hemfikir ise sıcak bakarken, H3 ise günümüzde ötanaziye gerek olmadığını düşünmektedir.

Buna ilaveten, geleneksel tıbbın varlığını kabul eden ama bahsi geçen sağaltım pratiklerini öneren yahut önermeyen hekimleri karizmatik hekim olarak ilan ettiğimin farkında olmakla birlikte, Weber’in söz konusu kavramının tamamen ideal

bir tip olduğunu ve gündelik hayatta bu kategorilerin çok daha karmaşık bir şekilde işlediğini tekrardan dile getirmek istiyorum. En nihayetinde onkologlar ile görüşmüş olmamın sebeplerinden bir tanesi de onların ölüm ile belki de diğer branşlara göre daha yakın olmalarından ileri gelmekteydi ve bundan kaynaklı içinde buldukları kritik bağlam sebebiyle, hasta-hekim ilişkisi ne kadar formelleşirse formelleşsin onlara başvuran hastalar ile kurdukları ilişkinin bir ucu hep açık kalmaktadır. Nitekim onkologların tükenmişlik sendromu yaşamaları, kaybettikleri hastalardan bahsederken gözlerinin dolması, ‘güzel ölüm’ hususuna yaptıkları vurgu ve kısacası hasta ile kurdukları duygusal ilişki de onkolog ile hasta arasındaki ilişkinin bir cerrahın hasta ile kurduğu mekanik ilişkinin dışında bir görünüm ve içerik arz ettiğini bize göstermektedir.

KAYNAKÇA

Berger, P. L. (2005), *Kutsal Şemsiye: Dinin Sosyolojik Teorisinin Ana Unsurları*, çev. Ali Coşkun, İstanbul: Rağbet Yayınları.

Bilgin, G. L. (2011), *Kök Hücre Çalışmaları Konusundaki Etik ve Teolojik Tartışmalar Üzerinde Analitik Bir Değerlendirme*, http://isamveri.org/pdfdrq/D03265/2011_2/2011_2_BILGINLG.pdf, Son Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2017.

Bourdieu, P. (2016), *Devlet Üzerine*, çev. Aslı Sümer, İstanbul: İletişim Yayınları.

Cirhinlioğlu, Z. (2014), *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Civaner, M. (2013), 'Toplumsal Sözleşmenin Çözülüşü: Sağlık Piyasasında Etik', Osman Elbek (ed.), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde, İstanbul: Hayykitap, 91-99.

Civaner, M. (2014), *Tıp Etiği Nereye?*, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/turbietderg/article/view/5000067717/5000062927>, Son Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2016.

Ehrenreich, B. ve English, D. (1992), *Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler*, çev. Ergun Uğur, İstanbul: Kavram Yayınları.

Elmacı, N. (2013), *Sağlık Antropolojisi: Diyarbakır Örnekleri*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Elster, J. (2008), *Ekşi Üzümler: Rasyonalitenin Altüst Edilmesi Üzerine Çalışmalar*, çev. Barış Cezar, İstanbul: Metis Yayıncılık.

Elster, J. (2010), *Sosyal Davranışı Açıklamak: Sosyal Bilimler İçin Daha Fazla Pratik Ayrıntı*, çev. Olcay Sevimli ve Macide Ö. Karaduman, Ankara: Phoenix Yayınevi.

Ersoy, R. (2014), *Modernizm-Postmodernizm Bağlamında Geleneksel Tıp Uygulamalarının Güncelliği Üzerine Bir Değerlendirme*,

<http://www.millifolklor.com/tr/sayfalar/101/16-.pdf>, Son Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2016.

Furedi, F. (2014), *Korku Kùltürü: Risk Almamanın Riskleri*, çev. Barış Yıldırım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M. (2014), *Kliniğin Doğuşu: Tıbbi Algının Arkeolojisi*, çev. şule Ünsaldı, Ankara: Epos Yayınları.

Güngörmüş, Z. ve Kıyak, E. (2012), *Ağrı Yaşayan Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviye İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*, <http://agridergisi.com/tr/jvi.aspx?pdır=agri&plng=tur&un=AGRI-63325>, Son Erişim Tarihi: 28 Eylül 2015.

Habermas, J. (2003), *İnsan Doğasının Geleceği*, çev. Kaan H. Ökten, İstanbul: Everest Yayınları.

<http://www.avrupahukuk.com/malpraktis-yanlis-tedavi-ve-hekimin-sorumlulugu-davalari/>, Son Erişim Tarihi: 8 Mart 2016.

Illich, I. (2011), *Sağlığın Gaspi: Medical Nemesis*, çev. şüha Sertabiboğlu, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İnceoğlu, S. (1999), *Ölme Hakkı: Ötanazi*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Kalberg, S. (2017), *Max Weber'in Karşılaştırmalı-Tarihsel Sosyolojisi*, çev. Adem Bölükbaşı, Ankara: Phoenix Yayınevi.

Kaplan, M. (2010), *Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın: Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma*, <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/825.pdf>, Son Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016.

Kav, S., Hanoğlu, Z. ve Algier, L. (2008), *Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması*, http://www.thod.org/pdf/PDF_308.pdf, Son Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

Kaya, M. (2001), 'Eski Türk İnanışlarının Türkiye'deki Halk Hekimliğinde İzleri', *Toplumbilim*, 13, 81-92.

Kızılcılık, S. (1995), 'Postmodernizm ve Alternatif Tıp (1)', *Birikim*, 80, 38-47.

Kızılcılık, S. (1996), 'Postmodernizm ve Alternatif Tıp (2)', *Birikim*, 81, 66-73.

Kurt, H., Keşkek, Ş. Ö., Çil, T. ve Canataroğlu, A. (2013), *Meme Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi Kullanımı*, http://www.onkder.org/pdf/pdf_TOD_850.pdf, Son Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

Kuyurtar, E. (2007a), 'Ötanazinin Ahlâksallığı', *Felsefelogos*, 32, 115-134.

Kuyurtar, E. (2007b), 'Ötanazi Üzerine Kısa Bir Tartışma', *Felsefelogos*, 33-34, 155-161.

Kuyurtar, E. (2014), *Aktif ve Pasif Ötanazi Ayrımı Ahlaksal Bir Ayrım mıdır?*, <http://www.flssdergisi.com/sayi17/47-70.pdf>, Son Erişim Tarihi: 14 Kasım 2015.

Lyotard, F. J. (2014), *Postmodern Durum*, çev. İsmet Birkan, Ankara: BilgeSu Yayıncılık.

MacIntyre, A. (2001), *Erdem peşinde: Ahlak teorisi üzerine bir çalışma*, çev. Muttalip Özcan, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Nazlı, A. (2008), *Hastalık ve Hasta Bedenin Sosyal İnşası: Meme Kanseri Örneği*, İzmir: Güven Kitabevi.

Oğuz, Y. N., Tepe, H., Büken, N. Ö. ve Kucur, D. K. (2005), *Biyotik Terimleri Sözlüğü*, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınevi.

Öğütler, V. S. (2013), *Metodolojik Bireyciliğin Eleştirisi*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Özçelik, G. ve Toprak, D. (2015), *Bitkisel Tedavi Neden Tercih Ediliyor?*, www.ankaramedicaljournal.com/article/download/5000084080/5000108868, Son Erişim Tarihi: 15 Ocak 2016.

Özçelik, H. ve Fadiloğlu, Ç. (2009), *Kanser Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Nedenleri*,

<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuonkder/article/view/5000064628/5000060332>,
Son Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

Özsan, G. (2001), 'Geleneksel ve Modern Tıp Üzerine', *Toplumbilim*, 13, 77-80.

Parsons, T. (2001), 'Sağlık ve Hastalık Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi', *Toplumbilim*, 13, 99-107.

Rajan, S. K. (2012), *Biyokapital: Genom-Sonrası Hayatın Kuruluşu*, çev. Ayşe Deniz Temiz, İstanbul: Metis Yayınları.

Ritzer, G. ve Stepnisky, J. (2013), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları ve Klasik Kökleri*, çev. Irmak Ertuna Howison, Ankara: De Ki Basım Yayım.

Sağır, A. (2014), *Ölüm Sosyolojisi*, Ankara: Phoenix Yayınevi.

Scaff, A. L. (2008), 'Max Weber', çev. H. Saim Parlador, Rob Stones (ed.), *Sosyolojik Düşüncede İz Bırakanlar* içinde, İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Sezgin, D. (2011), *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Soyer, A. (2004), *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden Ak Partiye: Sağlıkın Öyküsü*, İstanbul: Sorun Yayınları.

Soyer, A. (2005), *Hekimlerin Sınıfsal Kökeni: Hekimlerin Toplumsal-Sınıfsal-İdeolojik Kökeni ve Dünyada Hekim Örgütlenmesi Örnekleri*, İstanbul: Sorun Yayınları.

Şener, N. (2012), *Kök Hücre Araştırmaları, Etik ve Yasal Tartışmalar*, <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2012-1/16.pdf>, Son Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2017.

Tekin, A. (2007), *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*, <http://eprints.sdu.edu.tr/414/1/TS00573.pdf>, Son Erişim Tarihi: 7 Şubat 2016.

Turner, B. S. (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, çev. Ümit Tatlıcan, Bursa: Sentez Yayıncılık.

Türkdoğan, O. (2006), *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Türkiye İstatistik Kurumu (2014), Türkiye Mesleki İtibar Araştırması, *TÜİK*, Türkiye, <http://turkeyses.net/wp-content/uploads/2015/05/T%C3%BCrkiye-Mesleki-%C4%B0itibar-Skalas%C4%B1-Sunumu-Son.pdf>, Son Erişim Tarihi: 21. 01. 2018

Uğurluer, G., Karahan, A., Edirne, T. ve Şahin, H. A. (2007) *Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri*, https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_14_3_68_73.pdf, Son Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

Weber, M. (2011a), *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhunu*, çev. Emir Aktan, Ankara: Alter Yayıncılık.

Weber, M. (2011b), *Sosyoloji Yazıları*, çev. Taha Parla, İstanbul: Deniz Yayınları.

Weber, M. (2011c), *Sosyolojinin Temel Kavramları*, çev. Medeni Beyaztaş, İstanbul: Yarın Yayınları.

Weber, M. (2012), *Sosyal Bilimlerin Metodolojisi*, çev. Vefa Saygın Öğütle, İstanbul: Küre Yayınları.

Welch, G., Schwartz, L. M., Woloshin, S. (2013), *Aşırı Teşhis: Sağlık Adına Hasta Etmek*, çev. İlker Kayı, İstanbul: İnsev Yayınları.

Yavuz, M., İlçe, A. Ö., Kaymakçı, Ş., Bildik, G. ve Dıramalı, A. (2007), *Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi*, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-meme-kanserli-hastalarin-tamamlayici-ve-alternatif-tedavi-yontemlerini-kullanma-durumlarinin-incelenmesi-48546.html>, Son Erişim Tarihi: 27 Ocak 2017.

Yeşilada, E. (2002), *Hekim, Alternatif Tedavi ve Modern Tıp*, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0602/hekim.pdf>, Son Erişim Tarihi: 16 Ocak 2016.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. (2007), *Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları*, <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1569.pdf>, Son Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2016.



EK 1

GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Sorusu:

Modern tıp ve geleneksel tıp arasında bir epistemolojik kopuş söz konusu mudur ve hekim tipolojileri bağlamında bu konu nasıl şekillenmektedir?

Yer:

Tarih ve saat (başlangıç – bitiş):

Görüşmeci:

GİRİŞ

Merhaba, benim adım Duygu Sarımuratoğlu. Muğla Üniversitesi Sosyoloji bölümünde Doç. Dr. Vefa Saygın Öğütle'nin danışmanlığında yüksek lisans tezimi çalışmaktayım. Hekimlerin modern tıp ile geleneksel tıba dair algılarıyla ilgili bir araştırma yapıyorum ve sizinle bu konu hakkında konuşmak istiyorum. Bu görüşmeyi gerçekleştirmekteki amacım, hekimler açısından modern tıp ile geleneksel tıp arasında epistemolojik kopuşun gerçekleşip gerçekleşmediğine ilişkin anlamlı veriler elde etmektir. Bu araştırmada, modern tıbbın otoritesini sarsan bir şey olarak görülebilse de, geleneksel tıba ait tedavi yöntemlerinin hekimler tarafından kullanıldığı göz önünde bulundurularak, geleneksel tıp ile modern tıp arasında kesin bir epistemolojik kopuştan söz edilemeyeceği savından yola çıkılmıştır ve buradan yola çıkılarak soracağım sorular dâhilinde görüşlerinizi öğrenmek araştırmam açısından önem arz etmektedir.

- * Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri benim ve tez danışmanımın dışında kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını rapora dökerken görüştüğüm bireylerin isimlerini de kesinlikle bu raporda yansıtmayacağım.
- * Başlamadan önce, bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

- * Görüşmeyi izin verirseniz kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?
- * Bu görüşmenin yaklaşık 30-40 dakika süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum.



GÖRÜŞME SORULARI

A. Kimlik Bilgileri

1. Cinsiyetiniz?
2. Kaç yaşındasınız?
3. Aylık geliriniz nedir?
4. Hangi okuldan mezun oldunuz?
 - a. Uzmanlığınız nedir?
5. Çocukken ekonomik durumunuz nasıldı ve bu bağlamda çocukluğunuzu nasıl hatırlıyorsunuz?

B. Hekim Olmak

6. Sizi hekim olmaya iten ne oldu?

Sonda: Neden hekim olmak istediniz? Bu mesleğe yönelmenizin sebepleri nelerdir?
7. Hastaların sizin tedavilerinizi harfiyen uygulamak için size duydukları güvenin kaynağı sizce nedir?

Sonda: Hastalarınız hayatlarını sizin elinize emanet ediyorlar. Bu güvenin kaynağı nedir?
8. Karşınıza bir hasta geldi, hastanız kendisini eliyle muayene ederken göğsünde bir kitle fark ettiğini dile getirdi. Siz de gerekli prosedürleri uygulayıp tüm tıbbi tetkiklerin yapılmasını istediniz. Tetkiklerin sonucunda hastanın meme kanserinin ilerlemiş bir safhasında olduğunu tespit ettiniz. Bu durumda hastanıza nasıl yaklaşırsınız?

Sonda: Hastanıza ne söylersiniz? Kullandığınız dil, hastaya durumunu açıklama yönteminiz nasıl olur? Erken teşhis-aşırı teşhis konusundaki düşünceleriniz?
9. Bu meslekte performans değerlendirilmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Sonda: Özelleşme ile birlikte gelen piyasalaşmanın hekimlere etkileri oldu mu? Ne yönde? Nasıl? Bu bağlamda tıbbın dönüşümünden bahsetmek mümkün müdür?

C. Geleneksel - Modern Tıp İkiliği

10. Sizce geleneksel tıp nedir ve geleneksel tıba nasıl yaklaşıyorsunuz?

Sonda: Geleneksel tıbbı nasıl tanımlarsınız? Buna ilişkin görüşleriniz nelerdir?

11. Bilimsellik nedir? Bir tedavi uygulamasının bilimselliğinden ne anlıyorsunuz?

Sonda: Uyguladığınız tedavinin kesinliğini neye dayandırarsınız?

12. Kendi tedavi pratiğinizde geleneksel tıp uygulamalarına başvurur musunuz?

Sonda: Hastalarınızı geleneksel tedaviye yönlendirir misiniz?

Başvururum Diyenler (Uygulayanlar)	Başvurmam Diyenler (Uygulamayanlar)
<p>13.Bu durumda hastaların size güven duymasını nasıl sağlıyorsunuz? 13.1.Geleneksel tedavi yöntemlerini reddeden meslektaşlarınızla ilgili ne düşünüyorsunuz?</p>	<p>13.Geleneksel tıp uygulamaları ve bunları uygulayanlar hakkında ne düşünüyorsunuz? Sonda: Sizce uygulayan ya da uygulamaya yönlendiren meslektaşlarınız modern tıbbın içinde nasıl konumlanıyor?</p>
<p>14.Modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemleri arasında kurduğunuz bir ilişki var mı? Varsa nasıl bir ilişki? Sonda: Geleneksel tedavi yöntemlerini bir tür yardımcı-destek uygulamak olarak mı görüyorsunuz? Sizce aldığınız modern tıp eğitimi ile geleneksel tıp uygulamaları arasında bir kesişme ya da ayrışma söz konusu mu? Hangi alanlarda? Ne tür?</p>	<p>14.Modern tedavi yöntemleri ile geleneksel tedavi yöntemlerinin birbirleri ile ilişkisi hakkında ne düşünüyorsunuz? Sonda: Geleneksel tedavi yöntemlerinin içeriği ile modern tıbaa ait öğretilerin kapsamlarında kesişme var mı ya da tamamen ayrışma mı söz konusu? Hangi alanlarda? Ne tür?</p>
<p>15.Kendi kişisel hayatınızda geleneksel tıbbı kullanır mısınız? Sonda: Farazi bir durumda kendinize, eşinize, çocuğunuza ya da bir yakınınıza uygulamayı düşünür müsünüz?</p>	<p>15.Kendi kişisel hayatınızda geleneksel tıbbı kullanır mısınız? Sonda: Farazi bir durumda kendinize, eşinize, çocuğunuza ya da bir yakınınıza uygulamayı düşünür müsünüz?</p>
<p>16.Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamanın hastanın sağlığı açısından fayda sağladığını düşünüyor musunuz? Sonda: Nasıl bir fayda? Faydanın mahiyeti nedir?</p>	<p>16.Sizce geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak hastanın sağlığı açısından fayda sağlıyor mu? Sonda: Nasıl bir fayda? Faydanın mahiyeti nedir?</p>
<p>17.Geleneksel tedavi yöntemlerini kullanmak, size hasta talebi olarak mı geliyor? Yoksa siz de yönlendirir misiniz?</p>	<p>17.Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, size hasta talebi olarak geliyor mu? Geldiği zaman, nasıl bir tepki verirsiniz?</p>

D. Tıp Etiği

18. Sizce geleneksel tıp ya da geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, tıp etiğinde nasıl konumlanıyor?

Sonda: Geleneksel tedavi yöntemlerini uygulamak, tıp etiği açısından herhangi bir sorun teşkil ediyor mu? Evet ise, nasıl bir sorun?

19. Tıpla ilgili uzmanlık dallarını bütünsel anlamda düşündüğünüzde, tıp öğrencilerinin tıp etiği alanında uzmanlaşmaları konusunda ne düşünüyorsunuz?

Sonda: Tıbbın gelişmesi, hekim-hasta ilişkisine olumlu yahut olumsuz etkileri, tıp pratiğine sağladığı artılar ya da eksiler açısından tıp etiği alanında uzmanlaşma hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

20. Ötanazi ülkemizde yasal olsa ne düşünürdünüz?

Sonda: Hastanın yaşamına hekimin son vermesi size neler düşündürüyor?

21. Hasta haklarının gelişmesiyle ilgili ne düşünüyorsunuz?

Sonda: Hasta haklarının gelişmesi ya da bu sürecin size yansımaları ne şekilde olmakta?


22. Aydınlatılmış onam (informed consent) süreci genel anlamda nasıl işlemekte?

Sizce aydınlatılmış onam süreci nasıl işlemeli?

Sonda: Bu konuyla ilgili olumlu yahut olumsuz gördüğünüz taraflar var mı? Ne anlamda? Nasıl?

23. Kök hücre uygulamalarının etik boyutu konusunda neler düşünüyorsunuz?

Sonda: Tıbbı sağladığı artılar ya da eksiler var mıdır? Ne boyutta? Nasıl?

	İzmir Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ TIBBİ ONKOLOJİ BİRİMİ KEMOTERAPİ RIZA BELGESİ				
Kod : KLN.FR.318	Yay. Trh: 05.02.15	Rev. Trh: .../.../...	Rev.No: 0	Sayfa No: 1 / 1

HASTA ADI SOYADI:
PROTOKOL NO:
DOSYA NO:
TARİH:
SAAT:

Hastalığınız nedeniyle kemoterapi olmanız gerekmektedir. Kemoterapi hastalığınızı oluşturan hücrelerin öldürülmesi için ilaçların damardan serum içinde ve / veya ağızdan verilmesidir. Kemoterapi olmadığınız takdirde hastalığınız ilerleyecek, bu durum yaşamınızı etkileyebilecektir. Kemoterapi ile hastalığınız gerileyebilir, kontrol altına alınabilir ancak kemoterapiye rağmen hastalığınız ilerlemeye devam edebilir. Önceleri kemoterapiye cevap verip gerilese, hatta hastalığa ait herhangi bir bulgu kalmasa bile, bir süre sonra hastalığınız yineleyebilir.

Kemoterapi sizin için planlanmış belirli bir sürede uygulanacaktır. Bu süre sizin tedaviye verdiğiniz cevaba veya sizin tedaviye toleransınıza göre değişebilir. Sizin için planlanan kemoterapi ilaçları gün süre günlük aralar ile uygulanacaktır. Sizin için planlanan bu tedavi en az ay sürecektir.

Kemoterapide kullanılan ilaçlar hastalık hücrelerine etkileri yanında normal hücrelere de etki eder. Bundan dolayı ilaçlara bağlı bazı yan etkiler oluşabilir. Bu etkiler sonucu bazı önemli, hayatı tehdit eden yan etkiler bile gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının en sık kemik iliği, saç ve sindirim sistemi hücreleri üzerinde yan etkileri görülür. Kemik iliğine etkileri ile, normal kan hücrelerinin yapımları azalarak kansızlık, infeksiyonlara duyarlı olma, kanamalar oluşabilir; saç hücrelerine etkileri ile saçınız dökülebilir; sindirim sistemi üzerine etkileri ile ağız yarası, bulantı - kusma ve ishal olabilirsiniz. Az da olsa kalp, karaciğer, böbrek, akciğer gibi organlarınıza da yan etkiler yapabilir. Yan etkilerin en aza indirgenebilmesi için gerekli tıbbi önlemler alınacak, ön tetkikler yapılacak ve gerektiğinde bu organların işlevleri takip edilecektir. Bu olayların derecesi hastadan hastaya ve kullanılan ilaçlara göre değişik olabilir. Kemoterapi uygulama sırasında aşırı duyarlılığınız varsa alerji gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının bu genel yan etkileri dışında size uygulanacak yukarıda adı geçen ilaçların yan etkileri de vardır.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Kemoterapinin yarar, risk ve komplikasyonlarını öğrendiğimi, Dr. ile kemoterapi konusunda aydınlatıcı ve tatminkar bir konuşma yaptığımı, tüm sorularıma açık ve net cevaplar aldığımı, kemoterapi uygulaması için ilgili doktorların uygun ve gerekli gördüğü her türlü kararı uygulamalarında serbest iradem ile ekip doktorlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

Kemoterapi tedavim ile ilgili tüm genel ve şahsi verilerimin bilimsel alanlarda hekimlerim tarafından ilgili 3. kişilerle şifahi, yazılı ve/veya yayın yolu ile paylaşılmasına rıza gösterdiğimi kabul ve beyan ederim.

Lütfen aşağıdaki alanları el yazınızla doldurunuz.

Hastanın/Vekilin Adı ve Soyadı.....

Tarih/saat:

Okuduğumu anladım yazınız.....

Doktorun imzası.....

Tarih/saat:

Şahidin Adı ve Soyadı.....

Tarih/saat:

Şahidin İmzası

**KEMOTERAPİ İÇİN
GENEL BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU
FORMU**

.....hastalığınız nedeniyle kemoterapi olmanız gerekmektedir. Kemoterapi hastalığınızı oluşturan hücrelerin öldürülmesi için ilaçların damardan serum içinde ve / veya ağızdan verilmesidir. Kemoterapi olmadığınız takdirde hastalığınız ilerleyebilir ve bu durum yaşamınızı etkileyebilir. Kemoterapi ile hastalığınız iyileşebilir, gerileyebilir, kontrol altına alınabilir ancak; kemoterapiye rağmen hastalığınız ilerlemeye de devam edebilir. Kemoterapi tıbbi onkoloji uzmanı kontrolünde eğitilmiş hemşireler tarafından uygulanmaktadır.

Kemoterapi sizin için planlanmış sürede uygulanacaktır. Bu süre hastalığınızın evresine, sizin tedaviye verdiğiniz cevaba veya sizin tedaviye toleransınıza göre değişebilir. Sizin için planlanan.....

.....kemoterapi ilaçları.....günde.....günlük aralar ile uygulanacaktır. Sizin için planlanan bu tedavi en azay sürecektir.

Kemoterapide kullanılan ilaçlar hastalık hücrelerine etkileri yanında normal hücrelere de etki eder. Bundan dolayı ilaçlara bağlı bazı yan etkiler oluşabilir. Bu yan etkiler sonucu bazı önemli komplikasyonlar bile gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının en sık, kemik iliği, saç ve sindirim sistemi hücreleri üzerinde yan etkileri görülür. Kemik iliğine etkileri ile, normal kan hücrelerinin yapımları azalarak kansızlık, infeksiyonlara duyarlı olma, kanamalar oluşabilir; saç hücrelerine etkileri ile saçınız dökülebilir; sindirim sistemi üzerine etkileri ile ağız yarası, bulantı - kusma ve ishal olabilirsiniz. Az da olsa kalp, karaciğer, böbrek, akciğer gibi organlarınıza da yan etkiler yapabilir. İlaçların yan etkileri sonucunda çok düşük oranda organ fonksiyonları kalıcı bozuklukları, ölüm ve ikincil kanserler oluşabilir. Yan etkilerin en aza indirgenbilmesi için gerekli tıbbi önlemler alınacak, ön tetkikler yapılacak ve gerektiğinde bu organların işlevleri takip edilecektir. Bu olayların derecesi hastadan hastaya ve kullanılan ilaçlara göre değişik olabilir. Kemoterapi uygulama sırasında aşırı duyarlılığınız varsa alerji gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının bu genel yan etkileri dışında size uygulanacak ilaçların nadir görülebilen çeşitli yan etkileri de vardır.

Tedaviniz sırasında kan transfüzyonu, port kateter takılması gerekebilir. Bu durumlarda ayrıca bilgilendirilerek onamınız alınacaktır.

Kemoterapiyi reddetmeniz ya da ertelemeniz durumunda hastalığınızın nasıl seyredeceği ile ilgili doktorunuz size bilgi verecektir.

Hastalığınız için farklı tedavi seçenekleri varsa bunlarla ilgili gerekli bilgilendirmeler doktorunuz tarafından yapılacaktır.

Kullandığınız ilaçların yan etkileri ve alacağınız önlemlerle ilgili bilgilere daha ayrıntılı olarak Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (www.kanser.org) toplum için hazırlanmış web sitesindeki kemoterapi rehberi bölümünden de ulaşabilirsiniz.

Bana uygulanacak tedaviye yönelik;.....

bilgilendirme formu tarafıma verildi.

Hasta/hasta yakını imzası:

Tarih:

ONAM

Doktorum tarafından bana uygulanacak tedavi işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı. Durumum, risklerim, bana uygulanacak tedavi işlemleri ve hastalığının tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktoruma sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlarla ilgili neler yapabileceğimi anladım. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisini olmadığını, tedavilerinde yan etkileri ve riskleri olduğunu anladım.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu, tüm sorularıma açık, net cevaplar aldığımı, anladığımı bildirir, ekip sağlık elemanlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

Bana kemoterapi yapılmasına kendi rızam ile **İZİN VERİYORUM.**

Kendi el yazınız ile "okuduğumu anladım" yazınız.....
Hastanın adı soyadı.....İmza..... Tarih...../...../..... saat:.....

Hasta yakını adı soyadıİmza.....Tarih...../...../..... saat.....

Yakınlık derecesi.....

Hekimin adı soyadı.....İmza..... Tarih...../...../..... saat:.....

Hastadan onam alınmayıp yakınından onam alınma nedeni.....

Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalıysa veya imza yetkisi yoksa, onay yakını tarafından verilir.

TEDAVİNİN REDDİ

Kendi iradem ile yukarıda belirtilen, tarafıma yapılacak işlemin yapılmasına(hasta tarafından kendi el yazısı ile gerekçe yazılacak) gerekçesi ile tüm hukuki sonuçları tarafıma ait olmak üzere **İZİN VERMİYORUM**

Hastanın adı soyadı.....İmza.....Tarih...../...../..... saat.....

Hasta yakını adı soyadıİmza.....Tarih...../...../..... saat.....

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Duygu SARIMURATOĞLU

Doğum Yeri: Şişli

Doğum Tarihi: 17.10.1991

Medeni Hali: Bekar

EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans 2009-2014: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Yüksek Lisans 2014-2018: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi