

25001

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEONTOLOJİ VE TIP TARİHİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KURUMSAL ETİK
KOMİTELERİNİN
SAĞLIK HİZMETLERİNDE
YERİ

DR. HANZADE H. DOĞAN
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
1987

SUNULUŞ TARİHİ: 26 KASIM 1992

Sayın Hocam Prof. Dr. Nil Sari'ya Tıp Etiği ve Tıp Tarihi çalışmalarında gösterdiği bütün yardımlar ve açtığı ufuklar, ve mükemmel eğitimi için;

Sevgili Babam Yunus Akdeniz'e verdiği fikirler, Boston-Istanbul arasında geçen her tür emeği, ve hayatım boyunca yaptığı rehberlik için;

ezim Ahmet V. Doğan'a, bütün metin üzerinde çalışıp, sunulacak hale getirdiği ve bu tezin oluşmasını sağlayan pek çok fikri ve bioetik alanındaki kavramlara derin bakış açısını biraya getirerek büyük katkıda bulunduğu için;

Sayın Prof. George Annas'a Boston Üniversitesi'ndeki Tıp Etiği ve Tıp Hukuku ders serisindeki mükemmel eğitimi için;

ve bu tezin oluşmasında emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I. SAĞLIK HİZMETİNDE ETİK	1
GİRİŞ	1
AMAÇ	4
SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETİK	5
BİOETİK BİR İKİLEMİN ÇÖZÜLMESİ	27
BÖLÜM II. MATERYAL VE METOD	31
KURUMSAL ETİK KOMİTELERİ VE GELİŞİMLERİ	33
SAĞLIK KURUMLARINDAKİ ETİK KOMİTELERİNİN GÖREVLERİ	56
ETİK KOMİTELERİNİN İŞLEYİŞ VE GÖREVLERİ	63
BÖLÜM III. SOMUT VERİLER	86
BULGULAR VE TABLOLAR	100
BÖLÜM IV. TARTIŞMA VE SONUÇ	106
BÖLÜM V. EKLER	117
ÖZET	132
BİBLİYOGRAFYA	134

TEZDE SUNULAN ETİK TERİMLERİN AMERİKAN İNGİLİZCESİ'NDE KARŞILIKLARI

ADALET- *JUSTICE*

AYDINLATILMIŞ ONAM- *INFORMED CONSENT*

DAVRANIŞ KONTROLÜ- *BEHAVIORAL CONTROL*

DOĞRUYU SÖYLEME- *TRUTH TELLING*

GERİYE DÖNÜK- *RETROSPECTIVE*

GİZLİLİK, SIR TUTMA- *CONFIDENTIALITY*

İNSAN ÜZERİNE DENEY- *HUMAN EXPERIMENTATION*

İNTİHAR- *SUICIDE*

İŞLEMLER- *PROCEDURES*

İYİ OLANI YAPMA- *BENEFICENCE*

KALICI VEKALET GÜCÜ- *DURABLE POWER OF
ATTORNEY*

MAHREMİYET- *PRIVACY*

ÖLÜM AŞAMASINDAKİ HASTA- *TERMINALLY ILL*

ONAM- *CONSENT*

ÖNCELİK- *PRIVILEGE*

ÖTONAZİ- *EUTHANASIA*

ÖZERKLİK- *AUTONOMY*

PROTOKOL- *POLICY*

SUNİ DÖLLENME- *IN-VITRO FERTILIZATION*

TEDAVİYİ ALIKOYMA- *WITHHOLDING TREATMENT*

TEDAVİYİ KESME- *WITHDRAWING TREATMENT*

YARDIM EDİLMİŞ İNTİHAR- *ASSISTED SUICIDE*

YAŞAYAN DİLEK- *LIVING WILL*

YETERLİLİK, EHLİYET- *COMPETENCE*

ZARARLI OLANI YAPMAMA- *NONMALEFICENCE*

BÖLÜM I. SAĞLIK HİZMETİNDE ETİK

GİRİŞ

Ölüm zamanının hiç bir şart altında değiştirilemediği ve ertelenemediği; hayatın anne karnında başladıktan sonra hayati tehlike yaratmadan sona erdirilemediği zamanlarla mukayese edilince, son yirmi yıldaki tıbbi teknoloji ve hukuk alanındaki gelişmeler dikkatleri belirgin bir şekilde tıbbi etiğin üzerine çekmiştir. Şu anda insanların içinde bulunduğu durum, onlara zaman zaman tanrıyı oynama fırsatı vermiştir. Bugün hayat, laboratuardaki bir test tübünde başlatılabilmektedir. Başlamış bir hayatın niteliği, genler yeniden düzenlenerek değiştirilebilmektedir. Hayati bir organın tamamı ile yıpranması sonucu, ölüm ipini göğüslemek üzere olan insanların yaşamları, organ nakli yapılarak uzatılabilmektedir. Beslenemeyecek ve solunumlarına devam edemeyecek olanlar, damardan beslenme ve suni solunum sayesinde yaşamlarına devam edebilmektedirler. Ölüm kaçınılmaz olduğunda ise, ölüm süreci sonsuz bir şekilde uzatılabilmektedir.¹ İnsanlar ve doğa arasındaki denge zaman zaman şiddetli bir şekilde sarsılmaktadır.

1960'ların ortalarında ve 70'lerin başlarından itibaren, dünyada bioetik etkin bir hale geldi. Tıp alanında baş göstermeye başlayan etik

¹ Almond, B: Philosophy, medicine, and its technologies. *J Med Ethics*, 1988;14:173-178.

problemler, etiğin yalnız teorik veya dini bir açıdan değil, insan hayatına direk olarak uygulanması gereken pratik açılardan gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koydu. Pekçok felsefeci, yüzyılımızda etik alanında uyanan büyük ilginin en büyük katalizörünün tıp alanında ortaya çıkan problemler olduğuna inanmaktadırlar.²

Tıp alanında etiğin sürekli rolü olduğu reddedilemez bir gerçektir fakat 60'lı ve 70'li yıllarda etik üzerinde yoğun tartışmalar başladı. Kurumlaşma çabaları ilk olarak endüstrileşmiş ülkelerde başladı. Bu arada gelişmelerden, batı dünyasındaki teknolojinin ve ortaya çıkardığı tartışmaların girmesi ile dünyanın geri kalanı da etkilenmeye başladı.

Bioetik hareketi, "Bireylerin Haklarını" koruma fikrinin, diğer pekçok kavramın üzerinde hakimiyet kurması ile doğmuş ve "Bireye olan Saygı" prensibi ile desteklenmiştir. 1960'larda "İnsan Hakları Hareketi" yalnız ırklar arasında yapılan kayırmalara karşı değil, bireylerin insan olarak mutlaka saygıyı hak ettikleri fikri ile devam ediyordu. Bu ısrarlı hareket, kolay ezilebilecek; Kadınlar çocuklar, akıl hastaları ve sonunda "Tıbbi Hastalar" arasında hızla yayılmaya başladı.

Bu arada, bilimdeki gelişmeler paralelinde hergün ilerleyen tıbbi teknoloji, organ nakli, hemodiyaliz, hayatın devami için yardımcı cihazlar gibi yeni tedavi metodlarını gündeme getirdi. Bunların ardından ise, yeni tanımlamalar ve ardı arkası kesilmeyen problemler geldi. "İnsan hakları hareketi" yavaş yavaş hasta hakları üzerinde yoğunlaşmaya başladı çünkü; her tür hastalığa bir tür çare bulma ve ölümü erteleme yönünde tibbin gücü her geçen gün artmaya başladı. Ayrıca hayatı uzatma, anne

² Thiroux, Jacques, P. *Ethics. Theory and Practice*. New York, Macmillan. p.297.

karnında teşhis, suni dölleme gibi tıptaki gelişmeler, gücü insanlardan alıp teknolojik araçlara verdi. Hastanın, kişisel ve tıbbi bakımı ile ilgili son ve mutlak kararı verirken, kararın sağlık personeli ve hasta arasında paylaşılabilmesini sağlayabilmek için, " Hastanın hukuki ve etik haklarını tanımak ve korumak " ana prensip olarak kabul edildi.³

Son yirmi yılda, "Hastanın hukuki ve etik haklarının tanınması ve korunması " prensibinin doğru olarak uygulanabilmesi için, sağlık personeli, etikçiler, avukatlar, idareciler, sosyal yardımcıları, felsefeciler, politikacılar, gazeteciler ve doktorlar yeni bir akımın parçası oldular. Bu akım tümü ile olmasa da, büyük oranda organize olmuş; bünyesinde tıp bilimleri, hukuk, politika, ve felsefe gibi farklı uzmanlaşma alanlarını biraraya getirmiş bir akımdır. Yeni akım karma, " *transdisipliner*" bir karaktere sahip BİOETİKTİR.

Bioetik sözcük olarak "hayata ait etik veya tıp etiği anlamını taşımaktadır." Bioetikin kapsadığı alan, tıbbi etiğinkinden çok daha geniştir. Tıbbi etik daha belirgin şekilde doktor-hasta ilişkilerini ve buna yakın olan konuları içermektedir. Bioetik ise daha geniş bir alanı kapsar: Ölmek üzere olan hastaların tedavisi, hastayı ölüme terketme, huzurlu ve rahat ölüm ve öldürme, davranış kontrolü, insan üzerinde deney ve aydınlatılmış onam (ek4), genetik, suni dölleme, doğum, sağlık hizmetlerinin götürülüşü ve maliyeti, doğum kontrolü, düşük yapma veya

³ Annas, G.J.: *The Rights of Patients: The Basic ACLU Guide to Patient Rights*. Southern Illinois University Press, 1989, pp1-2.

yaptırma, sterilizasyon, sınırlı tıbbi kaynakların dağıtımı, organ nakli, hemodializ, gerçeği söyleme ve sır tutma gibi.⁴

Açıkça, bioetik, bir taraftan hastalar ve ölmek üzere olanlar; diğer taraftan tıp personeli ve sağlıklı olanlar arasında hayati, ahlaki, insani ilişkileri kurmak ve sürdürmekle ilgilendir. Detaylı bir şekilde incelersek, temelde insanlarla ve onların bütün diğer varlıklarla [insanlar ve insan olmayanlar] olan ilişkileri ile ilgilendir; temel prensipleri ise karşılıklı birbirinin iyiliğini isteme, yaratıcı olma, iyiyi kötünden üstün tutma, doğruyu yanlıştan üstün tutmadır. Böylece anlıyoruz ki, bioetik yalnızca hastaların etik bir duygu ile tedavi edilmeleri ile değil, bunun ötesinde sağlık alanında rol alan bütün kişilerin [hastalar ve ailelerini de kapsar] birbirleri ile olan ilişkileri, nasıl işbirliği yaptıkları, karar vermeleri gerektiğinde hastalık, zarar görme, ölme süreci ve ölüm gibi durumlara nasıl yaklaştıkları gibi konularla ilgilendir.

AMAC

İlk olarak bioetiğin uygulama alanında, karar aşamalarında hangi prensipleri esas aldığı tanımlanacaktır. Daha sonra bu çalışma, bioetik konusunda büyük bir tirmanış olarak nitelendirilen, "Etik Komiteleri" üzerinde yoğunlaşacaktır.

⁴ Thiroux, Jacques P: *ibid*, p.297.

Bu belirgin saha içindeki çalışmanın amacı, bioetiğin sağlık hizmetleri alanında etkili olabilmesi için, işler mekanizmalardan biri kabul edilen etik komiteleri, belli bir toplumda bugün içinde buldukları durumda ve bugünkü işleyişleri ile tanıtmak ve bioetikte karar verme aşamasında yeterli olup olmadıklarını araştırmaktır.

Amacımızı daha detaylı bir şekilde incelersek:

- 1) Bioetiğin sistemlerini, esas aldığı prensipleri ve sağlık hizmetlerinde bioetigi ilgilendiren kararları alırken bunları uygulamayı tanıtmak,
- 2) Etik komitelerin ne zaman, nasıl, neden kurulduklarını ve kimlerden oluştuğunu anlamak,
- 3) Etik komitelerin görev ve sorumluluklarını anlamak,
- 4) Belli bir toplumda kurulmuş çok çeşitli niteliklerdeki etik komiteleri hakkında toplanan bilgiler ışığında, bunları karşılaştırıp, bugünkü işleyişleri ile komitelerin sorumlu oldukları görevleri yerine getirebilecek yeterlikte kurumlar olup olmadıklarını tartışmaktır.

SAGLIK HIZMETLERİNDE ETİK VE ETİK SİSTEMLERİ

Etik dünyası başlıca iki bölümde incelenmektedir: Deontolojik sistemler ve teleolojik sistemler⁵. Farklı sistemler aynı değerleri

⁵ Ross, Judith Wilson: *Handbook for Ethics Committees*; American Hospital Publishing, 1986: p.9.

paylaşabilirler veya farklı değerlere sahip olabilirler. Deontolojik sistemlerde bir hareket biçiminin doğruluğu tamamen hareketin niteliğine bağlıdır. Örnek olarak, bir sistemde (pekçok dini sistemde olduğu gibi) bir insanın hayatını sona erdirmek (veya masum bir insanın hayatını) yanlıştır. Bu hareketin yanlışığı insanları incittiğı, estetik olmadığı veya hayati mutsuz kıldığı için değildir. Yanlışığık, Tanrı onu öyle istemediğı içindir veya dine dayanmayan etik sistemlere göre yanlışığık varolduğı andan itibaren yanlıştır veya dogal kanunları çiğniyordur. Özet olarak, masum bir insanı öldürmek prensip olarak yanlıştır. Deontolojik sistemler, prensiplere ve kurallara dayanırlar. İncildeki on emir deontolojik kurallara iyi bir örnektir.

Teleolojik sistemler ise deontolojik sistemlerin aksine bir hareketin sonucu ile ilgilendirler. Bunlara 'sonuçcu etikçiler' denir. Burada hareketin doğruluğu hareketin sonucunda ne olduğu gerçeğine göre değişir. Teleolojistler genelde öldürmenin kötü bir şey olduğuna inanabilirler, fakat mutlak bir şekilde yanlışığına karar vereceklerse, özel bir öldürme vakasının veya farklı öldürme çeşitlerinin doğuracağı sonuçları inceleyerek karar verirler. Böylece, bir kişinin ölümü pekçok kişinin hayatını kurtarabilecekse, bu ölüm ölen masum bile olsa kabul edilebilir. Rehin almış teroristler böyle bir kendilerini haklı çıkarma mantığı kullanabilirler. (Genelde ölümün kötü bir şey olduğuna inansalar bile) Benzer bir şekilde, rahat ve huzurlu ölüme inananlar (ötonazi) hareketin sonuçlarına bakarak kendilerini haklı çıkarabilirler, çünkü böyle bir ölüm acı çekmeyi sona erdirir ve insanın özgür seçimine hizmet eder.

İki grup arasındaki sürtüşme "doğruyu söyleme" konusundaki uyuşmazlıklarıdır. Deontolojistler kötü sonuçlara bile yol açsa, her zaman doğruyu söylemek gerektiğine inanırlar. Sonuca inananlar ise, doğruyu söylemenin yaratacağı sonuçları değerlendirirler ve o özel durum içinde bunu değerlendirirler.

Deontolojistler, kurallara ve prensiplere katı bir şekilde bağlılığı simgelerler. Tıpta ise aynı grup tek bir temel prensibe inanır ki bu da hayatın kutsal olduğudur. Diğer taraf için ise, sonuçta ortaya çıkacaklar önemlidir; karar vermek için hayatın kalitesinin nasıl etkileneceğini göz önüne alır.

Din tıpta önemli bir güçtür. "Mutlak dindarlık"la [*religious absolutism*] çelişen kilit noktalar vardır.⁶ Örnek olarak: a) bazı hastaların istediği düşük yapma ve b) ölümün kaçınılmaz olduğu anlarda *ötonazi* (rahat ve huzurlu ölüm) Genel olarak din, tıpta tutucu bir etkiye sahiptir çünkü temel dinlerin pekçok konudaki farzları teknolojik gelişmeler bütün bu ikilemlere yol açmadan önce gelmiştir.

Her iki sistemde de değerler, prensipler, veya kurallar tek bir hareket için çelişmeye başlayınca ikilemler doğmaktadır. Sağlık alanında ikilemler genellikle iki sebeple doğar: 1) Karar verecek olan bireyin etik sistemi içindeki değerleri birbiri ile çelişir. 2) Karar verecek olan pekçok kişi ve onların etik sistemleri birbiri ile çelişir Bu durumların ikisine birlikte rastlamak da mümkündür. Bir doktor tıbbın amacının hem hayatı korumak hem de acı çekmeyi önlemek olduğuna inanıyorsa, bir değeri korurken diğerini çığnıyorsa, etik bir ikilem doğacak demektir. Örnek

⁶ Almond, B; *ibid*

olarak, bilinci yerinde fakat geri dönüşümsüz olarak yatağa bağlanmış bir hastaya sıvı ve gıdalarını vermeye devam etmek bir taraftan hayatı korumakta, birtaraftan ise açılan yaralar ve sınırlanmış bir hayattan dolayı çekilen acıyı arttırabilir. Bazı sağlık personeli için, önceliği olan değer hayatın korunması ve ikinci sırada önemli olan değer ise çekilen acının önlenmesidir; bu durumda sorun çok rahat çözülebilir çünkü önceliği olan değer, kararı verir.

Çelişkiler yalnız hangi kararın alınacağı yönünde değil aynı zamanda kararı kimin alacağı yönünde olmaktadır. Bunun çok sık rastlanan bir örneği, doktorun kendisinin en önemli görevinin hastayı yaşatmak olduğuna inandığı, fakat diğer taraftan hayatını kısaltsa bile, hastanın kendi istediğini yapabilecek özerkliğe sahip olmayı istediği durumudur.

Sağlık alanında etik kararları alırken kullanılan ve önceliği olan değerler, hastanın özerkliği, sağlık personelinin iyi olanı yapması veya zararlı olanı yapmaması, ve adaletli davranmadır (benzer vakaları benzer şekillerde değerlendirmek gibi).

SAGLIK ALANINDA ETİK PRENSİPLER

ÖZERKLİK.

Özerklik, kişisel seçim, kontrol ve kendini tanımlama⁷ demektir.

Özerklik, saygıya değer olabilebilmesi için, başkaları ile paylaşılması

⁷ Ross JW: *ibid.* p.12.

gerekmeyen kişisel değerlerin varolduğunu farzeder. Sağlık alanında hastanın özerkliği : sağlık durumu, teşhis metodları ve tedavisi hakkında doğru bilgi alma hakkı, yalnızca doktorun bütün önerileri hakkında değil, hayatının devamını sağlayabilecek, hastalığı önleyebilecek, acısını hafifletecek diğer olası tedavi metodları hakkında tümü ile aydınlatılma hakkı, ve ayrıca herhangi bir tedavi yöntemini seçme veya reddetme hakkı demektir. Aynı zamanda hastalar kendileri hakkındaki bilginin verilebileceği veya kendi haklarında gerektiğinde karar verebilecek kişileri seçme hakkına sahiptirler (doktor, aile fertleri veya avukat⁸ olabilir).

Özerklik prensibi, sağlık personelinin geleneksel babacı bakış açısına karşı gelişmiştir. Babacı tavır, sağlık personelinin hastalara ve ailelerine karşı babacı bir role sahip oldukları durumdur. Bu pozisyona göre sağlık personelinin tıp bilgisi hastalarınkinden daha iyidir ve bundan dolayı hastalar ve aileleri için neyin eniyi olduğuna karar verme üstünlükleri vardır. Bu tutum, eski bir klişe ile ifade edilebilir, "doktor her zaman en iyiyi ve en doğruyu bilir."⁹

Bireycilik inancı ise ki, özerklik prensibi sonunda bundan doğmuştur, hastalar kendi beden ve hayatları hakkında mutlak bir şekilde karar verme hakkına sahiptirler.¹⁰ Herseyden önce doktorlar da insandır ve herhangi bir insan gibi yargılarken, teşhis koyarken veya tedavi ederken hata yapma şansına sahiptirler. Zaman zaman hatalı uygulamadan, hatalı tedaviden veya ihmalden suçlu bulunurlar. İkinci

⁸ genelde vekalet.

⁹ Thiroux, JP: *ibid*, p. 298.

olarak, söz konusu olan kendi hayatları olduğuna göre, hastalar hangi tedaviyi, nasıl ve ne zaman isteme konusunda en iyi kararı verebilecek olan gruptur ve hayat onların olduğu için buna hakları vardır. Üçüncü olarak tedavi kapsamına giren her durum yalnızca tıbbi bilgi ile çözülemeyecek durumda olabilir. {Ölüm sürecini yaşayan bir hastadaki tedaviyi kesmek gibi } Böyle durumlarda doktorlar karar verme yeterliğinde değildirler. Dördüncüsü, çağımızda insanlar artık vücutları ve kafaları hakkında daha fazla eğitilmekte ve daha çok şey bilmektedirler. Sağlık personeli hastalara durumlarını açıklama kibarlığını ve sabrını gösterirse, pek çoğu durumu anlayabilecek kapasitededirler. Durum kendilerine anlatıldığında ise neyi isteyip neyi istemedikleri konusunda çok rahat karar verebilirler. Babacı tavir sık sık, tam bir hasta bağımlılığına ve hatta zaman zaman insanlık dışı davranışlara yol açmıştır çünkü çeşitli durumlarda, içinde bir bireyin olduğu unutulmuş, hastalara üzerinde araştırma, ameliyat yapılabilecek ve gerektiğinde değişik ilaçlar verilebilecek canlı vücutlar gözü ile bakılmıştır.¹¹

İYİ OLANI YAPMA VE/VEYA ZARARLI OLANI YAPMAMA

Bazı düşünürler, iyi olanı yapma prensibinin, zararlı olanı yapmama prensibinden farklı olduğuna inanmaktadırlar.¹² İki prensip de birbirine eşit derecede önemlidirler. Diğer bir gruba göre ise, "iyi olanı yapma " temel prensiptir ve zararlı olanı yapmamayı bir bakış açısı olarak

¹⁰ Ibid

¹¹ Ibid.

¹² Beauchamp T, Childress J: *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.

içine alır.¹³ Bu durumda iyi olanı yapmanın dört şartı vardır: 1) Hiç kimse bir diğ̈erine kötü birşey yapmamalı veya zarar vermemelidir. 2) Herkes bir başkasına olacak kötülüğ̈ü veya zararı önlemelidir. 3) Herkes başkasına kötülüğ̈ü veya zararı olabilecek kaynakları ortadan kaldırmalıdır. 4) Herkes iyi olanı desteklemelidir. Yukardaki şartlar önem sırasına göre derecelendirilir ve çelişkiler bu derecelendirmeye göre çözümlür. Pekçok gruba göre, yukarıdaki sıra önem derecesine göre dir.

ADALET

Sağlık alanında adalet prensibi, kâr ve sıkıntı dağıtılırken uygulanacak adalettir. Adalet çoğunlukla doğruluk (dürüstlük) olarak nitelendirilir fakat gerçekte bu iki terim her zaman birbirinin yerine kullanılamazlar.¹⁴ Bir seçim bir bireye doğru değ̈ilmis gibi gözükürken, sosyal değ̈erler açısından "adil " olabilir. Toplum değ̈erleri açısından adaletli olan bir hareket bazı bireylere göre doğru olmayabilir. Kaynakların dağıtımındaki adalet, aşı, nakledilecek organ, hemşire gibi yetersiz kaynakların bunlara ihtiyacı olanlar arasında en iyi şekilde nasıl dağıtılabilceğ̈i ile ilgilendir. Hiç kimseye yeterli miktarda verilemeyeceğ̈i halde, herkese eşit miktarda mı? verilmelidir, yoksa en fazla ihtiyacı olanların kendilerine yeterli olanı alması ve diğ̈erlerine hiç vermemek mi uygundur. Kendilerine verilenler karşılığında ödeme yapabilecek olanlara bütün kaynaklar dağıtılmalı mıdır? Belki de uygun oranda kaynaklar önce kendilerine bakamayan düşkünlere dağıtılmalıdır. Bütün bunlar dağıtım adaletini ilgilendiren sorulardır. Adalet her bireyin dürüst bir şekilde

¹³ Frankena, WK: *Ethics*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1973

tedavi edilmesi, herkesin ihtiyaç duyduğu kadarını veya hakettiğini alabilmesi demektir. Bütün bu kavramlar en doğru anlamıyla, adaleti ilgilendiren vakalarda karar aşamasında tanımlanabilir.

ETİK PRENSİPLER ARASINDA DOĞABİLECEK ÇELİŞKİLER

Genelde hasta bakımı söz konusu olduğu zaman, hasta özerkliği en önemli prensip kabul edilir.¹⁴ Yönetmelik düzeyinde ise, iyi olanı yapma ve adalet kavramlarının önceliği vardır. Federal yasalardaki mahremiyet ve aydınlatılmış onam hakkı, özerklik prensibine dayanır. Özerklik, seçimlerinin doğuracağı sonuçları ve kendilerine sunulan başka seçme şanslarını anlama yeterliğinde {ehliyet} oldukları sürece hastaların seçimlerinin kabul edilmesini gerektirir. Bu prensip mutlak bir prensip değildir. Eyaletlerin adaleti ve iyi olanı yapmayı koruyabilmek için bazı durumlarda zorlayıcı hakları vardır. Bunlar, özerklik prensibinin ve hastanın seçme hakkının çiğnenmesini gerektiren, olaydaki üçüncü masum şahısların hakkını korumayı gerektiren durumlardır. Özerklik kendisini koruyamayacak durumda olan vakadaki diğer kişilere zarar veremez.

Benzer bir biçimde iyiyi yapma ve zarar vermeme prensipleri sık sık çelişirler. Buna örnek bir durum, tıbbin bir taraftan hastanın hayatını uzatırken diğer taraftan acı çekmeye sebep olmasıdır. Son

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ross JW, *Ibid*

dönemlerine yaklaşmış bir kanser hastasına daha fazla kemoterapi yaparak hayatını uzatırken aynı zamanda acısını arttırmış oluruz.

Genel olarak, hasta özerkliği iyiyi yapma ve zararlı olanı yapmama prensipleri arasındaki çelişkileri çözer fakat hastanın gecici kararlarının söz konusu olduğu vakalar bunun dışında kalır. Böyle durumlarda adalet ve iyi olanı yapma prensipleri hastanın özerkliğinden öncelik kazanır. Örnek olarak büyük stres altında iken veya yalnızca duyguları ile hareket eden bir hastanın tedaviyi reddetme kararı çok cabuk kabul edilmemelidir. Fakat bir taraftan da, özerklik prensibine göre yeterli durumdaki bir hastanın aydınlatılmış tedaviyi red kararına saygı duymak gerekir.

Son zamanlarda hastaların bireyselliği ve doktorların babacı tavırları dolayısı ile ortaya çıkan uygulama zorluklarını yenebilmek için "karşılıklı eğitime ve çalışma"¹⁶ yöntemine geçilmiştir. Bu yöntemde, hastalar, aileleri ve sağlık personeli hasta için en iyisine karar verirken birlikte çalışacaklardır.

Doğruyu söyleme ve aydınlatılmış onam direkt olarak hastanın özerkliği ile, insanların saygıdeğerliği ve birlikte yaşam prensibi ile ilgilidir. Bunlar, hasta bakımında ve karar vermede en önemli noktalar arasına girmişlerdir.

TIPTA ETİK TARTIŞMA KONULARI

¹⁶ Thiroux JP; *ibid.*

ÖTONAZI, İNTİHAR ve YARDIM EDİLMİŞ İNTİHAR

ÖTONAZİ

Ötonazi kelimesi Yunancadan gelir ve sözcük anlamı mutlu ve huzurlu ölüm demektir.¹⁷ Bioetikte ötonazi ölümü şu iki şart altında belirler: 1) Ölüm normal sürecinden erken gelir; 2) Ölüme ya çabuklaştırmak ya da ertelememek amacı ile sağlık personeli, hastanın kendisi veya hastanın ailesi tarafından kalkışılır. Çoğunlukla ötonazi, aktif ötonaziyi veya açılarak öldürmeyi anlatabilmek için kullanılır. Aktif ötonazide öldürme fiiliyatı hastanın izni ile, hasta dışında bir kişi tarafından hastayı öldürme amacı ile yapılır (çoğunlukla motivasyon hastanın acısını sona erdirmektir). Bugün aktif ötonazi altında yatan motivasyon ne olursa olsun cinayet olarak kabul edilir. Pasif ötonazi ise, artık tedavisi mümkün olmayan ve ölmek üzere olan bir hastayı biran önce ölüme terketmektir. Hastanın ölümünün doğal bir ölüm olmasına çalışılır tip bilimi ve teknoloji müdahale etmez, tedaviye devam edilmez, devam etmekte olan tedavi kesilir ve pasif ötonazi cinayet olarak kabul edilmez.

Ötonazi, intihardan ve yardım edilmiş intihardan farklıdır. Ötonazide hastanın ölümüne yol açacak hareketi hasta dışında bir kişi yapar. İntiharda hastanın kendisi ölümüne yol açacak hareketi yapar. Yardım edilmiş intiharda ise, hasta dışında bir kişi hastaya gerekli malzemeyi bulur fakat ölümüne yol açacak hareketi hastanın kendisi

¹⁷ ibid, p. 171.

yapar. Bunlara göre ölmek üzere olan bir hastaya doktor, öldürücü doz ilacı amaçlı olarak verirse, bu ötonazıdır. Ölmek üzere olan bir hasta kendisi uyku haplarını toplar ve içerek ölürse, bu intihardır. Sağlık personeli hastaya, muhtemelen intihar etmek için kullanacağını bildiği halde, gerekli ilaçları sağlar ve hasta bunlarla intihar ederse bu yardım edilmiş intihardır.¹⁸

İNTİHAR VE TEDAVİYİ REDDETME

İntihar ve tedaviyi reddetme arasında çizilmiş kesin çizgiler yoktur. Öne sürülen tek fark hastanın niyetini anlama üzerinde yoğunlaşır. Hastanın temel amacı hayatını sona erdirmekse, hareket intihardır. Eger temel amaç, aşırı sıkıntıdan, çileden, acıdan kurtulmaksa ve bunun tek yolu ölüm ise bu hareket intihar olarak kabul edilmez.¹⁹

TEDAVİYİ ALIKOYMA veya DEVAM EDEN TEDAVİYİ KESME

Çoğunlukla sağlık personeli, ilk olarak tedaviye devam etmemeyi seçmek ile birkez tedaviye başladıktan sonra tedaviyi durdurmak arasında büyük fark olduğunu iddia etmektedirler. Felsefeciler ise ahlâk değerleri açısından iki kavram arasında fark olmadığını söylemektedirler. Aralarında olabilecek hukuki ve psikolojik farklar ise ahlak değerlerini etkilemez demektedirler. Faydası olacak bir tedaviyi kesmek etiğe uygun bir davranış değildir, diğer taraftan kimse faydası olmayacak tedaviyi

¹⁸ Ross JW: *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

sağlamakla yükümlü değildir. (Bu arada, hastanın arzuları, hastaya verilmiş sözler, veya yetersiz kaynaklarla ilgili yönetmelikler gibi ilave faktörlerin olmadığını varsayıyoruz.) Çoğunlukla ilk adım olarak tedaviye başlanır çünkü erken dönemlerde, faydalı olup olmayacağı belli değildir. Faydası belli olduktan sonra ise, tedaviyi durdurma kararı, hastanın arzularına ve hastaya sağlayacağı çıkarılara bağlıdır. Böyle durumlarda çelişkilere rastlamak mümkündür. Bazen tedavinin hiçbir faydasının olmayacağı bilindiği halde hastanın kendisi ve ailesi tedaviye devam etmeyi isterler. Bu durumun tam tersi de mümkündür. Doktorlar tedaviden büyük fayda bekledikleri halde hasta tedaviye devam etmeyi istemez. Bunlar çözülmesi çok zor ikilemlerdir çünkü kaynaklar sınırlıdır ve faydanın dikate alınabilir olması gerekmektedir.

DOGRUYU SÖYLEME ve AYDINLATILMIŞ ONAM

Doğruyu söyleme konusundaki ana tartışma, hastaya ve ailesine tıbbi durumları ile ilgili gerçeğin ne kadarının söylenip ne kadarının söylenmemesi gerektiğidir. Aydınlatılmış onam, resmileştirilmiş bir işlemdir. Bu durumda hasta veya ailesi, belli bir riski olan veya olmayan yapılacak müdahalelere, kendilerine bütün açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onam verirler.²⁰ Günümüzde aydınlatılmış onamin önemi ve gerekliliği mutlakdır çünkü tıbbi teknolojik testler, işlemler, ameliyatlara çok komplike olmuştur ve bunlar yalnız tedavi amacı ile değil aynı zamanda insan üzerine deney amacı ile de kullanılmaktadırlar. Bu

²⁰ Thiroux, Jacques, ibid.

yaklaşımın arkasındaki varsayım şudur: Yapılacak bir işleme akli başında bir onam verebilmek için, hastalar bu konuda tümü ile aydınlatılmalıdırlar ve gelecekteki karışıklıkları ve doğabilecek hukuki problemleri önlemek için yazılı onam vermelidirler.

ETİK ve DAVRANIŞ KONTROLÜ

Bu konu bioetigin, insan davranışlarının gelişen teknoloji sayesinde, izinle veya zorlayıcı güçle, ne ölçüde kontrol edilmesi gerektiği ile ilgilenen yönüdür. Davranış kontrolünde kullanılan araçlar, ilaçlar, psikoterapi, ödül veya ceza ile koşullandırma, beynin elektrikle uyarılması, hipnotizma, istemsiz çalışan sinir sistemini elektrik akımı ile kontrol etme, cerrahi yöntemler ve hapsedmedir. Bu konumda ortaya çıkan etik konu, davranış kontrolü ile bireyin özgürlüğünün kısıtlandığı, hatta bazen tamamen ortadan kalktığıdır. Ortaya çıkan soru ise " Bunun hangi oranda yapılmasının doğru olacağıdır. " Bu konu ile ilgili ortaya çıkan diğer sorular ise şunlardır. Bir davranışın sosyal olarak kabul edilemeyeceğini veya istenmediğini ne belirler? Hangi davranış kontrol yöntemleri etiğe uygundur? Davranış kontrol yöntemlerinin uygulanması gerektiğine kim karar vermelidir?

Bazı tutuklular ve akıl hastaları, yeteri kadar personeli olmayan kurumlarda kolay kontrol edilebilsinler diye sürekli ilaç etkisi altında sakinleştirilmiş olarak tutulurlar. Depresyonda olan kişilere ise elektroşok yapılır veya beyinlerine elektrod yerleştirilir. Bu yöntemlerle pekçok bilinmeyen yan etkilerinde de varlığı altında depresyon yok

edilir. Pekçok kişi kötü a lişkanlıklarını bırakmak için gittikleri kurumlarda (uyuşturucu, alkol, şişmanlık gibi) isteksiz oldukları şartlandırılmaları maruz bırakılırlar. Bu rnekler etik konuların gündeme geldiği durumlardan yalnız birkaçıdır.

İNSAN ÜZERİNE DENEY

İnsan zerine deney, insanların kendi tedavileri için deneysel amaçlarla, insanlığın iyiliği için veya bilimsel gelişmeler için kullanılmasıdır. Bu konuyu ilgilendiren başlıca iki farklı tartışma gelişmiştir:

DENEYLERİ DESTEKLEYEN GÖRÜŞ. Bu tartışmaya göre, bir deney bilime ve insanlığa katkıda bulunacaksa, haklıdır. Bu deneyler ise insanlara ancak kabaca kendilerine ne yapıldığını anlayacak kadar anlatılmalı ve deneyin sonucunu etkileyebilecek kadar bilgi hiçbir zaman verilmemelidir. Bu gruba göre tutuklu ve akıl hastalarının bu amaçlarla kullanılmaları da doğrudur ve bu kişiler karşılığında dllendirilebilirler (serbest bırakılma, daha iyi şartlarda yaşama gibi). Hatta kurumlar tarafından bakılan çocuklarda veya ailelerinden izin alınmiş çocuklarda deney yapılması da doğrudur.

DENEYLERE KARŞI OLAN GÖRÜŞ. Bu bakış açısına göre insanlar hiçbir zaman deney amacı ile kullanılmamalıdır. Eğer bilim hayvanları deney için kullanarak gelişemiyorsa, gelişemiyor demektir. Aşağıdaki şartlar

gerçekleşmeden, insanlar üzerinde deneysel amaçla hiçbir ilaç ve yöntem kullanılamaz: şahıs ölmek üzeredir, amaç hastayı tedavi etmektir, hasta aydınlatılmış onam vermiştir ve ilaç bütün hayvan deneylerini geçmiş olmalıdır. Bu görüşün gelişmesine büyük ölçüde ikinci dünya savaşındaki Nazi doktorlarının deneyleri sebep olmuştur. Ayrıca bu görüşe göre, karar verme yeterliği olmayanlar, akıl hastaları, tutuklular, bütün çocuklar da dahil olmak üzere hiçbir insan üzerinde deney yapılamaz. Yukarıda verilen şartlar gerçekleştiği anda bile deney hiçbir şekilde zarar vermemelidir.

GENETİK VE ETİK

Genetik, tıpta ve bilimde insanın genetik yapısının kontrolü ve değiştirilmesi ile de ilgilenmektedir. Genetik alandaki araştırmalar, genetik hastalıkların neden ve tedavilerini araştırmaktan, laboratuvarında insan hayatını başlatmaya kadar her konu ile ilgilenmektedir. Genetiğin gündeme getirdiği en büyük problem, genlerle oynayabilmek için geliştirilen teknolojinin nasıl kullanılması gerektiğidir. Amniosentez²¹ gibi yöntemler, doğum kontrolü, düşük ve kısırlaştırma gibi kararları etkileyebilecek bilgiler sağlamaktadırlar. Genetik teknoloji geliştikçe, ortaya çıkan sorular, bu teknolojinin insan türlerini günün birinde nasıl etkileyeceğidir.

²¹ Amniosentez, anne karnındaki amniotik sıvıdan örnek alınması ve bu örneğin çeşitli testlere tabi tutulması yoluyla fetus'ta varolabilecek ikiyüz kadar hastalığın teşhisinin konulmasına yarayan bir yöntemdir.

Bu tür deneyleri destekleyen görüşler, bilimsel ilerlemenin önüne hiçbir şeyin çıkarılmaması gerektiğini çünkü insan ırklarının ancak bu tür gelişmelerden istifade edebileceklerini ve böylece mükemmeleşebileceklerini söylemektedirler.

Bu deneylere karşı olanlar ise, hayatın doğal akışını zorlayan herhangi bir işlem, Tanrı'nın planları ile etkileşen şeylerin engellenmesi gerektiğini söylemektedirler. Bu görüş özellikle, hayatın laboratuvarda yaratılma fikrine karşı çıkmaktadırlar.

DÜŞÜK

Bu konu son derece karmaşık bir konudur. İki ana prensip bu konuda çelişmektedir: Hayatın değeri prensibi ve bireyin özgürlüğü prensibi. Temel sorulardan birisi, insan hayatının ne zaman başladığı ve hangi zamandan itibaren korunması gerektiğidir. Düşük konusunda aynı zamanda iki görüş çelişmektedir.

Düşüğe karşı olan görüşe göre, dölün mutlak bir şekilde yaşamaya hakkı vardır. Düşüğün isteğe göre olmasını savunan görüşe göre ise, kadının vücudu ve kendi hayatı üzerinde mutlak bir hakkı vardır ve döl ise doğum gerçekleşene kadar kadının vücudunun bir parçasıdır.

HUKUK VE BİOETİK

Hukuk ve bioetik konuları, özellikle sağlık alanında çoğunlukla içiçe geçmiştir. Hukuk, toplumların değer yargılarının her yönünü yansıtamayabilir. Bu iki konu arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır çünkü bazı görüşler, hukuğun toplumun en düşük etik standardını gösterdiğini, diğer bazı görüşlerin ise kanuni olan birşeyin mutlaka değer yargılarına uygun olması gerekmediğini belirterek aradaki farkın daha büyük olduğunu savundukları bir gerçektir.

Hukuki standartlar etik yol gösterici olamamaktadırlar çünkü hukuk çoğunlukla sosyal hareketleri takip eder. Hukuğun gelişmesi öncelikle bir konuda çelişki ve uyumsuzluk çıkmasını gerektirir, daha sonra bunları çözmek için birşey yapılması gerektiğinde hukuk devreye girer.

Bioetik konularda olduğu gibi yeni ortaya çıkmış çelişkilerde ise hukuk daha önceki kuralları kullanmaya teşebbüs eder ve bunlar ise önceden yalnızca benzer durumları çözmek için kullanılmıştır.

ANAYASAL KONULAR

Amerika Birleşik Devletleri veya Türkiye Cumhuriyeti anayasaları ve benzerleri bireylerle devlet arasındaki ilişkileri düzenler. Anayasayı ilgilendiren konuların ortaya çıkabilmesi için, vakanın bir şekilde devleti ilgilendirmesi gerekir veya eyaletlerin hayat üzerinde zorlayıcı haklarının veya masum üçüncü şahısların söz konusu olması gerekir. Sağlık konusunda mahkemeler çoğunlukla anayasadaki mahremiyet, din özgürlüğü ve eşitlik ilkelerini temel almaktadırlar.

MAHREMİYET

Mahkemeler tarafından üç farklı anlamda kullanılır: 1) aileyi ilgilendiren özel konularda, evlilik ve çocuk yetiştirme gibi; 2) şahsın direkt kendisi ile ilgili bilginin mahremiyeti; 3) bireyin kendisini algılayışını etkileyecek kararlarını alırkenki mahremiyeti.

Bioetikte ise mahremiyet daha çok özerklik ile eşdeğerdir. Bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını onaylar.

DİN ÖZGÜRLÜĞÜ

Anayasada yeri vardır. Buna dayanarak mahkemeler dinler tarafından yasaklanmış tedavi yöntemlerini şahısların reddetmeleri konusunda kanunlar yapmışlardır.

ESİTLİK

Bu, eyaletlerin herhangi bir grubu diğerine üstün tutan kanunlar yapmalarını yasaklamaktadır, ancak eyaletin zorlayıcı bir hakkı varsa bu değişebilir. Eşitlik konusu özellikle sakat doğmuş bebeklerin haklarını korumak için gündeme geldi. Bebek Jane Doe vakasında devlet, eşitlik prensibinin korunup korunmadığından emin olabilmek için hastane kayıtlarını incelemek istedi. Bebek Doe, 1982 yılının Nisan ayında Indiana'da Down sendromlu ve özofagus'u (yemek borusu) yeterli derecede gelişmemiş olarak doğmuş bir bebektir. Bebeğin bakımı ile ilgilenen doktorların bazıları acil cerrahi önerirken, diğerleri ise

tedavinin gereksiz olduğunu çünkü cerrahiden sonra bebeğin yaşam kalitesinin iyi olmayacağını ileri sürüyorlardı. Bebeğin ölüme terkedilmesi gerektiğine inanıyorlardı. Aile de bu yolu seçti. Bebek sonunda açlıktan öldü. Bütün yargıçlar durumu onayladı. Fakat bir süre sonra toplum olayı sorgulamaya başladı ve durumu onaylamayan tepkilerin sayısı sürekli arttı. Bebek Doe vakasına ileride de değinilecektir.

ETİK AÇISINDAN MAHREMİYET, GİZLİLİK (SIR), VE ÖNCELİK

MAHREMİYET

Mahremiyet, sağlık alanında hastanın kendisi hakkındaki bilgi üzerindeki mutlak kontrolüdür. Kendisine sağlık hizmeti verilecek hasta ise, hem kendisi hakkında bilgi vermek hemde kendisinde bazı test ve gözlemlerin yapılmasına izin vermek durumundadır. Böyle durumlarda hasta kendisi ile bilgiler üzerindeki kontrolü kaybeder ve bunu koruyabilmek için bilginin gizliliği üzerine (sir, confidentiality) söz verilir.

GİZLİLİK (SIR TUTMA)

Bu kavram mahremiyet hakkından türetilmiş ve mesleki etik ile zorunlu hale getirilmiştir. Bu kavrama göre, bilgi bir şahıstan diğerine başkasına aktarılmamak şartı ile verilir. Doktor-hasta ilişkisinde hasta yabancı birisine (doktora) kendisi ile ilgili bilgi verir çünkü hastaya gerekli sağlık hizmetinin verilebilmesi için doktorun bu bilgiye ihtiyacı

vardır. Doktor ise hastaya bilginin başka hiçkimseye verilmeyeceğine dair mutlak bir şekilde söz verir. Bu doktorun gizlilik prensibini bozmayacağı anlamına gelir. Doktor, kanuni bir yükümlülük veya hastanın onamı olmadan bilgiyi başkasına aktarırsa prensibi bozmuş olur.

ÖNCELİK

Gizliliğe benzeyen fakat kanunlar ile yaratılmış bir haktır. Bir bilgiye devlet tarafından tanınan öncelik hakkı, bu bilgiye mahkemenin ve kanuni işlemlerin de ulaşmalarını engeller.

TEDAVİ KARARINDA HASTA YETERLİLİK VE ONAMININ ÖNEMİ

Hukuki ve etik prensipler açısından, bireye olan saygı ve bireyin özerkliği, yetişkin hastalara kendilerine önerilen tedavi şeklini kabul etme veya reddetme hakkını verir. Kabul veya reddin geçerli olabilmesi için, hastanın yeterli veya ehliyet sahibi olması gerekir. Ehliyet sahibi olmak hukuki bir terimdir ve her farklı durum için özeldir. Genel olarak tanımlanmaz, çoğunlukla hangi durumda yeterli oldukları vurgulanır. Örnek olarak, bir kişi miras bırakabilecek yeterlikte olduğu halde, parayı kendi başına doğru bir şekilde kullanabilecek yeterlikte olmayabilir.

Bir kişinin bir konuda yeterli olup olmadığına mahkeme karar verirken genellikle şahsın, bu konunun amacını, anlamını ve sonuçlarını anlayıp anlamadığına ve bu konuda doğru kararlar verip veremeyeceğine bakar.

Yetişkinler (bu yaşa da kanunlarla karar verilir) genellikle ehliyet sahibi kabul edilirler. Ehliyet sahibi olmama kararı ise mahkeme tarafından verilir. Mahkemeler de karara varabilmek için, doktorlar ve psikiyatristlerden değerlendirme isterler.

Yeterlilik sorgulamaları özellikle hastanın fikirleri doktor veya ailesininki ile uyuşmamaya başlayınca ortaya çıkar. Bu, yeterlilik ve onam konusunda doktorlarda oldukça babacı bir davranışın ortaya çıkmasına yol açar. Düşünürler ve yazarlar, bu konunun hastanın saygınlığını ve özerklik hakkını sarsmaması için her zaman resmi bir şekilde çözülmesi gerektiğini savunmaktadırlar.²²

Yeterli olmayan hastalardan onam almak ise bireye veya özerkliğe saygı duymak anlamına gelmez. Bu durumu ciddi olarak ele alabilmek için yeterlilik farklı seviyelere bölünmüştür. Farklı seviyelerde farklı tedavi onamları ciddiye alınmalıdır.

Birinci seviye : Acil hastalık durumlarına uygulanabilir, hastanın bilincinin yerinde ve durumun farkında olması gerekir. Yeni doğanlar, çok küçük çocuklar, bilinci yerinde olmayanlar, geri zekalılar ve ağır psikozu olanlar bu seviyede onam vermeye yeterli değildir.

İkinci seviye : Kronik hastalık durumlarına, tedavi risklerinin yüksek, faydanın ise kesin olmadığı durumlara uygulanabilir. Hastanın kendisine anlatılanları anlaması ve seçim yapabilir düzeyde olması gerekir. Hastalar secimlerini açıklamak zorunda değildir. Aşırı düzeyde

²² Drane JF: Competency to give an informed consent. *JAMA* 1984. 252(10):925-7; Drane JF: The many faces of competency. *Hastings Center Rep* 1985 15(2):17-21.

ruhi bunalımda olanlar, hafıza kaybı olanlar, bunamış olanlar bu gruba giremezler, olgun yetişkinler, çok hafif geri zekalı olanlar veya az düzeyde kişilik bozukluğu olanlar bu grupta yer alabilirler.

Üçüncü seviye: Tedaviye devam etme veya yaşamaya devamı reddetme durumlarına uyarlanabilir. Hastanın kendi durumunu çok iyi anlamış olmasını ve seçimi ile ilgili mantıklı açıklamalara girebilmesini gerektirir. Duygusal travma, histeri veya aşırı kaygı içinde olan hastalar bu gruba giremezler.

Yeterlilik hakkındaki genel kural, vakanın riski arttıkça hastanın yeterlilik derecesinin de buna uygun olmasıdır. Hastanın ehliyeti konusunda bir şüphe varsa, mahkeme bu konuda karar verebilecek yeterlikteki tek yerdir.

Hukuki olarak bir yetişkinin yeterli olmadığına karar verilmiş ise, mahkeme tarafından "vasi" atanır. Mahkeme tarafından yine bu kişilerin yetkileri de belirlenir.

Bariz bir şekilde yetersiz bir kişi acile gelirse (bilinci yerinde olmayan vs.), acil olarak hayatını kurtaracak bir tedaviye ihtiyacı varsa onam almak gerekmemektedir.

Ehliyet sahibi olmayan kişiler adına kimler karar verebilir? Pekçok hastanede aile bireyleri (eş, çocuklar, anne-baba) rutin olarak yeterli olmayan yetişkin hastalar adına tedavileri için onam verirler. Normal şartlarda anne ve baba, yetişkin olmayan çocuklarının tedavileri hakkında karar verme hakkına sahiptirler. Tıbbi ihmali içeren kanunlara

göre de, anne ve baba hukuki olarak gerekli sağlık hizmetleri hakkında karar vermekle yükümlüdürler.

BİOETİK BİR İKİLEMİ CÖZERKEN ORTAK BİR ÇALIŞMA

Kendi başlarına doğru ve haklı olan, fakat özel bir durumda hepsinin birden tatminkar bir şekilde uyarlanamadığı haklar, ödevler, değerler ve kanunlar arasında uyumsuzluk ve sürtüşme söz konusu olduğu zaman etik bir ikilem ortaya çıkar.

Günümüzde, hayatın devam ettirilmesi ile ilgili sağlık hizmetlerinde pekçok ikilemler ortaya çıkmaktadır. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, hayatın korunması ilkesi hastanın isteklerine saygı, acının azaltılması veya hizmetlerde eşitlik ilkeleriyle uyuşmamaktadır. Bu tür ikilemlerin çözümünde, tıbbi, etik, hukuki ve kişilerin bakış açılarının birlikte dikkate alınması gerekir. BU kavramların karışıklığı ise, bu gibi durumların çözümünde ortak çalışmaların, tek bir bireyin kararından daha sağlıklı olacağı fikrini ortaya çıkartmıştır.

Ortak bir çalışmanın gerçekleşebilmesi için ise, çalışmada yer alacak kişilerin ise ikilemlerin çözümünde sistemik yaklaşım tecrübelerinin olmasını gerektirmektedir. Bu çalışmada dört önemli basamak vardır. İlk olarak verileri toplayıp değerlendirmek, ikinci olarak ikilemin adını koymak (çelişen ilkeleri belirlemek) ve önceliği olan prensipleri belirlemek, üçüncü olarak tercih edilecek hareketlere ait

seçenekleri toplamak , dördüncü olarak ise uygulanacak olana karar verip bunu yapmaktır. Uygulanacak olan ise, hiçbir zaman hasta adına verilecek mutlak bir karar olamaz, ancak tercih edilecek kararları tek tek açıklamak olabilir.

VERİLERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME

Bir ikilemi çözmeye en önemli aşamadır. Veriler aşağıdaki şekilde gruplanabilir:

TIBBİ GERÇEKLER: Hastanın o andaki tıbbi durumu, varolan tıbbi şartlar, teşhis, hastalığın seyri, bunların güvenilirliğini gösteren kanıtlar, ikinci bir bakış açısı, yapılmış testler, mümkün olan tedaviler, bunlardan beklenen faydalar, riskler ve yan etkileri içerir.

HASTANIN TERCİHİ İLE İLGİLİ GERÇEKLER: Hastanın yeterli olup olmadığı, tıbbi tedavinin gerekliliğini anlayıp anlayamadığı, varolan tedavi seçenekleri, bunların farzedilen sonuçları, hastanın durumu hakkında, bütün tedavi seçenekleri, bunların sonuçları konusunda yeterli derecede aydınlatılıp aydınlatılmadığını, hastanın istekleri konusunda kesin bir seçim yapıp yapmadığını, eğer hasta yeterli değil ise, yeterliliğini yeniden kazanıp kazanmayacağını, bu durumdaki tercihlerini açıkça belirtip belirtmediğini, ve hastanın önceden fiziki ve ruhi olarak ne kadar sağlıklı olduğunu içerir.

HASTANIN AİLESİ VE ARKADAŞLARI HAKKINDAKİ GERÇEKLER: Bu kişilerin hastaya yakınlık dereceleri, hastanın durumunu tam olarak anlayıp anlamadıkları, birbirleri ile anlaşıp anlaşamadıklarını, hastanın vekili atanıp

atanmadıklarını, hastanın vekilinin hasta için fayda sağlayacak yönde seçim yapıp yapmadığını içerir.

SAĞLIK PERSONELİ HAKKINDAKİ GERÇEKLER: Personelin gerçekler hakkında tümü ile bilgi sahibi olup olmadığı, onların bakış açıları, niçin böyle düşündükleri, aralarında anlaşmazlık varsa bunun nedenlerini incelemeyi içerir.

İDARİ, HUKUKİ, VE DIŞ FAKTÖRLER: Bu konuya uyan kanun ve yönetmelikleri, hastaneye, sağlık personeline, hastadan sorumlu diğer kişilere güvenilirliği, hastanenin yönetmelik ve rehberlerini (konu ile ilgili), konu ile ilgili olarak danışılması gereken diğer kişi ve kurumları, araştırılması gereken literatür bilgisini ve maddi kaynakları incelemeyi içerir.

İKİLEMİN TANIMLANMASI

Bu aşamada birbiri ile çelişen değerler tanımlanır. Eğer çelişen konular etik değerler veya prensipler değilse, ortada gerçek bir etik ikilem yok demektir. Bu tür kavramların çatıştığına dair elde kanıt olması gereklidir. İkilem ise örnek olarak, " Bu vakada hastanın özerkliği ile hasta için iyi olanı yapma prensipleri çatışıyor. " şeklinde isimlendirilebilmelidir. Böyle durumlarda hangi prensiplerin öncelikle korunması gerektiği konusunda karara varılacaktır. Bunlar, önceki bölümlerde de açıklandığı gibi, özerklik, iyi olanı yapma, zararlı olanı yapmama, adalet, doğruyu söyleme gibi prensiplerdir..

ALINACAK KARARI VE EYLEMİ BELİRLEME

Bu asamada önemli olan, pekçok kişinin zor bir ikilem ile karşılaştıklarında yaptıkları gibi yalnızca iki eylem yönü belirlememektir. Çok farklı görüşlerden, fikirlerden, deneyimlerden, bilgiden, mantıktan oluşan ekip çalışmasının anafikri, çoğu zaman takip edilecek pekçok eylem yönünü ortaya çıkarabilmektir. Bu eylemler, tedaviyi seçme, alle ile diyalog kurma, varolan maddi kaynakları araştırma vs olabilir. Mümkün olabilecek bütün eylem çeşitlerini belirleme ve ortaya çıkarma çok önemlidir çünkü bu herkese olasılıkları net bir şekilde görme ve yargılama şansı verir. Sonuca ulaşıldıktan sonra ise geriye kalan tek şey sonucu uygulamaya koyabilmektir.²³

²³ Ross, JW: *ibid.*

BÖLÜM II. MATERYAL VE METOD

Bioetiği ilgilendiren vakalarda esas alınacak etik prensipleri inceledikten sonra, bioetiğin uygulanışını sağlık kurumlarında resmileştiren "etik komitelerinin " nasıl komiteler olduklarını, ne amaçla, ne zaman kurulduklarını, nasıl geliştiklerini, üyelerinin, görev ve sorumluluklarının neler olduğunu inceleyeceğiz ve tanıtacağız. Sağlık kurumlarında etik komitelerle karşılaştırabileceğimiz başka komitelerin olup olmadığını, kaç çeşit etik komite olduğunu tanımlayacağız.

Etik komiteleri genel özellikleri ile tanıdıktan sonra, bioetik alanında kendilerinden beklenen sorumlulukları yerine getirebilecek yeterlikte olup olmadıklarını, bugünkü işleyişleri ile ne kadar önemli ve hayati olduklarını farklı etik komiteleri hakkında topladığımız bilgileri karşılaştırarak tartışacağız.

Bu çalışmadaki bilgilerin kaynağı Amerika'dır. Hukuki ve etik konular, vakalar, çelişkiler, kurumlardaki gelişmeler, komiteler, uygulamalar, yönetmelikler, rehberler, örnekler, eklerdeki bilgilerin hepsi Amerika'dan alınmıştır. Bundaki en önemli sebep, dünyadaki bioetik hareketinin teknolojik, toplumsal ve kurumlardaki değişme ve gelişmelerin etkisi ile Amerika'da harekete geçirilip başlatılmış olmasıdır. Bu ülke ve toplum, buradaki hastalar ve sağlık personeli, makinalaşma ve insanlıktan uzaklaşma hareketi ile sağlık hizmetlerinde ilk olarak karşı

karşıya gelmiş ve bioetik hareketini başlatmıştır. Bunlara ilave olarak, kurumlardaki etik komiteleri, kısırlaştırma ve düşük komiteleri, bunlara genelde benzeyen kurumların kontrol komiteleri yine ilk olarak Amerika'da filizlenmiş, idealleştirilmiş ve öneminin farkına varılmıştır. Bu tür konuların yakından izlenip araştırılabileceği en uygun ortamlardan birisi, Amerika'dır.

Bunların da ötesinde Amerikada'ki materyelin toplanma ve araştırılma sebebi, çalışmanın şartlar gereği Amerika Birleşik Devletlerinde yapılmış olmasıdır. Bu bize şu iki fırsatı tanıdı:

- 1) Konular ile ilgili çok fazla sayıda ve güncel materyel topladık;
- 2) Belli yerlerdeki ve tiplerdeki kurumlar ve komitelerle iletişim kurup, yıllık yayınlarını takip edip, işleyişlerini yakından takip etme fırsatı bulduk.

Bugünkü işleyişleri ile etik komitelerin yeterli olup olmadıklarını araştırabilmek amacı ile yapılan çalışmada, Amerika' nin farklı coğrafik bölgeleri ve değişik niteliklerdeki sağlık kurumları seçilmiştir. Etik komiteleri henüz standardize olmadıkları için, komitelerle ilgili bilgiler ya komite üyelerinden kendilerine yöneltilen belli sorulara cevap olarak alınmış, ya da yıllık raporlarını bastıkları (böyle bir uygulaması olanların) kurumlara ait yayınlardan toplanmıştır.

Bütün sorulara cevap olabilecek bilgilerin hepsi 17 etik komiteden toplanabilmiştir.

Farklı coğrafik bölgelerdeki ve farklı niteliklerdeki sağlık kurumlarının etik komiteleri seçilmiştir, böylece bu farklılıkların etik komiteleri nasıl etkilediği anlaşılacaktır ve daha geniş bilgi verilecektir.

Her etik komitenin adresi, bilgiyi veren üyenin adresi ve araştırılan bilgilere ait sorular açık olarak sunulmuştur.

Eldeki veriler metin halinde karşılaştırıldıktan sonra, önemli olanlar tablolar halinde özet olarak sunulmuştur.

Çalışma 1 Mayıs 1990 ile 26 Kasım 1992 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce olmak üzere iki dilde tamamlanmıştır.

KURUMSAL ETİK KOMİTELERİ, KURULUSLARI VE GELİŞİMLERİ

Hastanelerdeki etik komitelerin atası, 1920'lerde kısırlaştırma ve 1950 ve 60'larda düşük vakalarını incelemek ve değerlendirmek üzere kurulmuş, yalnızca doktorlardan oluşan komitelerdir. Modern anlamdaki hastanelerdeki etik komitelerin kurulması ve uygulamaya geçişi, büyük ölçüde toplumun reaksiyonunu alan tıbbi etik olayların sonucu olarak

gerçekleşmiştir. Bu olayların kronolojik incelemesi 1960'larda Dr. Belding Scribner'in böbrek hastalarını uzun süreli tedavi edebilecek olan hemodiyaliz cihazını uygulamaya sunmasına kadar götürülebilir.

1960'LAR: UZUN SURELI HEMODİYALİZ BOBREK HASTALARININ HİZMETİNE GİRİYOR

1960 yılında Seattle, Washington Üniversitesi'nden doktor Belding Scribner, böbrek hastalığının son dönemindeki hastaların uzun süreli hemodiyaliz ile tedavilerini mümkün kılan cihazı gündeme getiriyor. Cihaz ve tedavi metodu da beraberinde bugünkü anlamdaki etik komitelerini gündeme getiriyor.

1960-1972 yılları arasında yeterli sayıda diyaliz makinesi olmadığı için, bütün kronik böbrek hastaları tedaviden istifade edemiyorlardı. Bazı hastalar yaşları sebebi ile veya tedaviyi büyük ihtimalle başarısız kılacak başka hastalıkları da olduğu için reddedilirken, diğerleri de cihazın olmadığı eyaletlerde oturdukları için sanslerini yitiriyorlardı.

Seattle'da Scribner'in çalıştığı hastane, üyeleri doktorlardan ve meslekten olmayan ama aynı hastanede bulunan kişilerden oluşan tedavi komitesi kurdu. Tedavi komitesinin görevi, tıbbi olarak diyalize uygun olan hastaları incelemek ve bunların arasından tedaviyi alacak olan bir ya da iki hastayı seçmektir. Tedaviyi almayanlar ise öldüler.

1962 yılında "Life" isimli dergi, bu anonim komite ve bunların seçme prosedürleri hakkında kısa bir yazı bastı. Hastalar, tedavi veya

daha açık bir deyiş ile yaşam için, tamamen sosyal önem ve değerlerine göre seçiliyorlardı. Seattle'daki bu program etik duyarsızlıkla ağır bir şekilde suçlandı. Scribner bu tür eleştirilerin oluşuna çok şaşırıldı çünkü etik komite, hastanenin seçimler yapılırken etik olabilmek endişesi ile kurulmuştu. Tedavi, isteyen herkes için mümkün değildi ve bir seçim metodu gerekli idi. Bilgili ve sorumluluk sahibi üyelere oluşan etik komite duyarlı ve düşünceli seçimlerini yaparken nerede hata yapmış olabilirdi?

1972 yılında federal hükümet son dönem böbrek hastalarının bütün tedavi masraflarını karşılayacağını açıkladığında, tedavi komiteleri hakkındaki tartışmalar da bitti. Bu komiteler kanuni işlemler ve yönetmelikler olmadan çalışmaya devam etti. Komiteler hizmet verirken 1960-1972 yılları arasında çoğunluğun fikir birliği ile etik karar verme yoluna çoktan girmişti.

Komite fikri tamamen ihtiyaçtan doğmuştu, farklı özgeçmişli olan meslektaşları ve meslek dışı kişileri başarılı bir şekilde bir araya getirdi, elde olan kısıtlı imkanları, çoğunluğun kararı ile adaletli olmayı prensip edinerek dağıtmaya çalıştı.

Bu komitenin sorumlulukları ve görevleri sınırlı idi. Komite ilk olarak toplum tarafından büyük ölçüde tanınan, gönüllü olarak kurulmuş, tıbbi olarak özürsüz bir gruba en iyi hizmeti verebilmek amacı ile kurulmuş bir komiteydi. Ekip çalışmasına ve değişik özelliklerdeki insanların bir araya gelerek vereceği karara saygı duyuyordu ve esas aldığı bioetik prensipler iyi olanı yapma ve yaşamı koruma idi.

Hastaneye, hastalara ve topluma kanunlar ve yönetmeliklerin rehberliği olmadan hizmet etti.

KURUMSAL İNCELEME VE DENEY KONTROL KOMİTELERİ

Bu komiteler etik işleyişi korumak amacı ile hastanelerde kurulmuş en eski komitelerden biridir. Bunlar insan olan denekleri etik olmayan deneylerden korumak amacı ile kurulmuş, farklı meslek gruplarından insanların biraraya gelerek kurmuş oldukları karma komitelerdir. Bunların kurulması 1966 yılında Amerika Birleşik Devletleri sağlık, eğitim ve sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından zorunlu kılınmıştır.

Bu komitelerin gelişimleri ve işleyişleri günümüzdeki etik komitelerden çok farklı olmuştur fakat bunlar etik komitelerin yerini doldururken kendi bünyeleri içinde önemli olmuşlardır; Yalnızca, tıbbi uygulamalarda birbiriyle çelişen etik prensipleri çözerken kendilerinden fazla birşey beklenmemiştir. W.W. May 1975 yılında "Medical Ethics " isimli derginin ilk sayısında¹, etik komitelere olan ihtiyacı, komitelerin fonksiyonlarını ve yapılarının nasıl olması gerektiğini vurgulamıştır. May aynı zamanda deney kontrol komitelerini de tanımlamış, bunların ana görevlerinin insan üzerine deney olduğunu, yoğunlaştıkları noktaların aydınlatılmış onam, fayda-zarar oranı, tedavi edici ve etmeyici olan müdahaleler, çocuklar ve mahkumların denek olarak kullanılması, vs olduğunu belirtmiştir.

¹ May WW: The composition and function of ethical committees. *J Med Ethics* 1975;1:23-29.

Bu tanımlamalar iki grup arasındaki farkı ortaya çıkartmakta ve bugünkü anlamı ile etik komitelere niçin ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Kontrol komiteleri tıbbi araştırmanın bilimsel ve ahlaki yönleri ile ilgilenirken, etik komiteleri tıbbi uygulamanın etik ve ahlaki yönleri ile ilgilenmektedirler. Kontrol komiteleri kanuni zorunluluk ile kurulmuşlardır ve görevleri federal yasalar ile belirlenmiştir, devlet ve kanunları esas alarak resmi ve bağlayıcı kararlar almak zorundadırlar. Etik komiteleri ise, sağlık ünitelerinin ve sağlık personelinin tıbbi uygulama sırasında karar aşamasında karşı karşıya kaldıkları problemler sonucunda gönüllü olarak ortaya çıkmışlardır. Kontrol komiteleri geniş bir alana yayılmışlardır, bioetik camiası ve toplum tarafından benimsenmişlerdir, görevleri açıkça tanımlanmış ve anlaşılmalıdır; Diğer taraftan etik komitelerin sayısı oldukça azdır, kısmi olarak tıp personelinin hukuki olarak korunmasını amaç edinmişlerdir, kurulma amaçları ve hedefleri çok çeşitlidir ve çok net olarak tanımlanmamıştır.²

Kurumsal inceleme ve deney kontrol komitelerinin Amerika Birleşik Devletlerinde kuruluşu, dünyada diğer ülkelerde etik komiteleri ağının kuruluşunu başlatmıştır. Örnek ülkeler İngiltere, Kanada, Yeni Zelanda ve Avusturyadır. Bu ülkelerde de benzer insan üzerine deney komiteleri vardır ve bir süre sonra, tıbbi araştırma yapan kurumların araştırma komitelerinin olması uygundur, şeklinde tavsiyeler yapılmıştır.³ Bu gelişme aynı zamanda Helsinki Deklerasyonuna araştırma komitelerini ilave etmek

² Rosner F: Hospital Medical Ethics Committees: A Review of Their Development. *JAMA* 1985; 253(18):2693-7.

³ McNeill PM, Berglund CA, Webster IW: Reviewing the reviewers: a survey of institutional ethics committees in Australia. *The Medical Journal of Australia* 1990; 152:289-96.

İçin bir tepkidir. Bu komiteler amaçları açısından Amerika'dakilere benzemekle beraber, isimleri, üyelik şartları ve gelişimleri bazı yönlerden farklıdır. 1973'de önerilmelerine rağmen ancak 1985 yılında zorunlu oldular. Amerika'dakinden çok daha karma bir yapıya sahiptirler. Üyeleri farklı yaş gruplarını temsil eden erkek ve kadınlardan, dini bir yetkiliden, bir avukattan, araştırma özgeçmişini olan bir doktordan, kurumla ve tıbbi, hukuki ve bilimsel konularla hiçbir ilişkisi olmayan bir erkek ve kadından⁴ oluşmak zorundadır. Bu kompozisyon bize kontrol komitelerine göre daha fazla, etik komitelere göre ise daha az bir bileşimi göstermektedir. Bu komitelere etik komiteleri denemez çünkü klinik uygulamada ortaya çıkan etik konularla uğraşmamaktadırlar.

Asağıda kısaca Amerika'daki kontrol komitelerinin nasıl işledikleri açıklanacaktır:

Kontrol komitelerinin başlıca görevi, hastalara teklif edilmeden önce önerilen araştırma projesini incelemek ve hazırlanmış olan yazılı aydınlatılmış onam formlarını onaylamaktır.⁵ Bu komiteler federal hükümetten para alan ve bu şekilde anlaşmış hastanelerin hepsinde olmak zorundadır. İlk inceleme çok önemlidir çünkü hastanın onamı etik olmayan hiçbir deneyi etik yapmaya yeterli değildir ve tam anlamı ile incelenmemiş ve kontrol edilmemiş hiçbir deney hastalara sunulmamalıdır. Diğer taraftan, komitelerin onaylamış olduğu hiçbir deneyde hastalar yer almak zorunda değildirler. Onam formunun ana amaçlarından birisi ise hastanın deneylere katılma zorunluluğunun olmadığını anlamasını

⁴ Ibid.

⁵ bkz. R Levine, *Ethics and Regulation of Clinical Research*, 2d ed. 1986; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

sağlamak ve katılmadığı anda tedavisinin eskisi gibi devam edeceğinden emin olmasını sağlamaktır.⁶

Komiteler deneylerin özellikle şu şartlara uygun olup olmadıklarına bakarlar:

- 1) Deneklere olabilecek riskin en aza indirilmiş olması
- 2) Risklerin beklenen faydaya oranla makul bir şekilde az olması ve deneyin sonucunun insanlar için önemi
- 3) Deneklerin seçimi adaletli olmalıdır
- 4) Aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalı ve belge olarak saklanmalıdır.⁷

Kontrol komitelerinin üyelerinin özgeçmişleri farklı olmalıdır ve sayıları beşin altında olmamalıdır. Üyelerin hepsi aynı meslekten, aynı cinsten veya aynı kurumdan olamazlar. Araştırmadaki mesleki yeterliliğin yanısıra, komite önerilen projeyi kurumun idealleri, yönetmelikleri, ilgili kanunlar ve mesleki uygulama açısından da değerlendirebilir olmalıdır.⁸

Aydınlatılmış onamın iki amacı vardır:

- 1) Kişinin özerkliğini geliştirmek ve korumak
- 2) Karar verme eylemini cesaretlendirmek

⁶ Annas, G: *ibid*, p. 148.

⁷ *Ibid*.

⁸ *Ibid*

Özerkliğin amacı ise , bir bireyin diğer bir kimsenin onun izni olmaksızın vücuduna dokunma eylemini reddederek bütünlüğünü korumasıdır.⁹ Diğer bir açıdan da aydınlatılmış onam, kişilerin toplumun tolere edemeyeceği sınırlar dışındaki deneylerde kullanılmasını engellemektir. Karar alma özgürlüğü hukuki yönden buna göre ikinci sıradadır. Aydınlatılmış onam çok önemlidir çünkü bu alınmıyorsa yapılan bütün girişim kanunsuzdur.¹⁰

1971 KANADA RAHİPLERİ TIBBİ AHLAK KILAVUZU

Hastanelerdeki etik komitelerin kurulmasını öneren en eski tekliflerden bir tanesi, 1971 yılındaki Kanada'lı rahiplerin tıbbi ahlak kılavuzudur.¹¹ Kılavuzun önsözü, her Katolik kuruluşunda tıbbi ahlak komitelerinin kurulmasını teklif etmektedir.¹² Kılavuz, bu tür komitelere olan ihtiyacı, bütün Katolik sağlık kurumlarının ahlaki vakfolarına temel teşkil eden varsayımların ışığında tartıştığı gibi; komitelerin amaç, kuruluş, yürütme yöntemleri, üyelikleri ve haiz oldukları muhtemel zorluklara dair pratik tavsiyelerde de bulunmuştur. 1971'de ilk defa basılan kılavuz daha da derin bir noktaya temas ederek, bir tıbbi ahlak komitesinin en ileri uçtaki ödevinin bütün sağlık personeli ve hastane camiasını tıbbi ahlak ilkelerindeki dinamik

⁹ Ibid.

¹⁰ Katz J, Capron A: *Catastrophic Disease: Who Decides What?* New York: Russel Sage Foundation, 1975, p. 88.

¹¹ Rosner F: Hospital medical ethics committees: a review of their development. *JAMA* 1985. 253(18):2693-7..

eğilimlere yöneltilmiş bir eğitime tabi tutma sorumluluğunu yerine getirmek olduğunu ileri sürmüştür.

Kılavuz'a göre komitenin diğer amaçları, sağlık ekibinin birbirinden farklı alanlarda çalışanları arasında diyalog kurulmasına ve Katolik Sağlık Kuruluşları için Etik ve Dini Direktifler'in birleşik bir yönde yorumlanmasına temel teşkil edecek bir forum sağlamak, ve kuruluşa, hem "cephe tecrübesi ile cephe gerisi kurmayları arasında" bir iletişim aracı olarak, hem de kanunlarla kuruluş arasında tampon bir nöbetçi olarak hizmet vermektir.

Komiteye üyelik, Kılavuz'a göre, sağlık hizmetinin her alanını temsil etmelidir. Bu, hastane idaresi ve yönetim kurulundan doktorlara, hemşire ve hasta bakıcılara, sosyal ve yasal hizmetlere ve din hizmetlerine kadar tüm kadro ve çalışanları içermelidir. Tıbbi ahlak komitelerinin Katolik sağlık kuruluşlarında kurulması söz konusu olduğunda akla gelen ana problemler, kılavuz tarafından şöyle sıralanmaktadır: (a) Yetişmiş ve konuya hakim din bilimcilerin sayısının yetersizliği; (b) Komite üyelerinin toplantılara devamsızlığı, ve (3) Komitenin bir müddet sonra geri dönüşümsüz olarak bir "karar komitesi" halini alma riski. Yine de, Kılavuz, iyimserliği bir kenara bırakmayarak, böyle bir komitenin, yerinde ve dikkatli planlandığı; hakiki diyalog ve gerçek arayışında olduğu; ve hastane idaresi tarafından yardım ve cesaret gördüğü müddetçe komitenin kendisine üye

¹² Kosnik AR: Developing a health facility medical-moral committee. *Hosp Prog* 1974;55:40-44.

bireyler ve tüm hastane çalışanları üzerinde "müthiş bir tazeleyici ve sevk nüksedici" etkisi olacağı sonucuna varıyor.

NEW JERSEY YUKSEK MAHKEMESİ'NİN 1976 QUINLAN KARARI VE UYANDIRDIĞI YANKI VE TARTISMALAR:

Karen Ann Quinlan, New Jersey'de oturan yirmiiki yaşında, tümüyle bitkisel hayata girmiş genç bir bayan hasta idi. Doktorlar normale dönüşümünü hemen hemen olanaksız bulmaktayken ailesi, kendisine bağlı yapay hayat sisteminin kesilmesi için başvuruda bulundu ve bu başvuru önce hastane idaresi ve sonra da mahkeme tarafından reddedildi. Quinlan'ın babası kararın değiştirilip kızının adli yetersizliğinin mahkemece saptanması ve kendisinin kızının yasal vasii olarak atanması için Yüksek Mahkeme'ye başvurdu.

Yüksek Mahkeme, Quinlan'ın yaşam sisteminin iptal edilip edilmemesi üzerinde düşünürken Dr. Karen Teel tarafından yazılan bir makale mahkemenin dikkat ve takdirini oldukça kazandı.¹³ Teel'in makalesi, etik boyutları olan klinik bakımdaki çelişkilerin çözüme kavuşturulmasında etik komitelerinin rol ve değerini tartışmaktaydı. Makalesinde Teel, pek çok hastanenin klinik bakımdaki etik çatışmaları çözmek için statüsü' yaptırımcı olmaktan daha ziyade tavsiye edici nitelikte birer etik komite oluşturduğundan bahsetmekteydi.

¹³ Teel, Karen: the physician's dilemma. A doctor's view: What the law should be. *Baylor Law Rev* 1975; 27:6.

Gerçekte Teel, kürtaajları onaylamak için kurulan doktor komitelerini ve diyaliz komitelerini de "pek çok" deyişinin içine katıyor ve sonradan göreceğimiz gibi mahkemeyi sayı ve yaygınlık açısından -bir yerde- yanlışlığa itiyordu. Hakikatte, o tarihe kadar Amerika'da "pek çok" hastanenin böylesine karma etik komiteleri kurmuş olması pek olası değildi.¹⁴

Quinlan vakası ile ilgilenmekte olan hakimler, Teel'in yazmış olduğu etik komiteleri çok anlamlı buldular fakat gerçeği söylemek gerekirse bu türdeki komitelerin ne yaptığını veya ne yapması gerektiğini bilmiyor ve anlamıyorlardı. Son kararlarında ise, Quinlan'dan sorumlu doktor hastanın bitkisel hayattan çıkmayacağına karar verdi ise ve mahkemenin kurulmasını zorunlu kıldığı mahkemedeki etik komite hastalığın seyri ile hemfikir ise, Quinlan'ın hayatının devamını destekleyen makina hastanın vekilinin de arzusu ile çekilebilirdi.

Açıkça mahkemenin kurulmasını istediği gerçek anlamda bir etik komite değildi. Kurulan komite hastalığın seyrini tayin eden, tamamen tıbbi bilgi veren ve etik prensiplerle ilgilenmeyen bir komite idi. Quinlan vakasının sonucunu anlatan aşağıdaki paragraf mahkeme kararının bir parçasıdır ve etik komitelerden beklenen ile bu komitenin vakayı değerlendirışı arasındaki farklılığı açık bir şekilde yansıtmaktadır:

¹⁴ Ross JW: *ibid.* p. 6.

"...Onlar durumu Karen'in yattığı hastanenin etik komitesine danışacaklar. Eğer bu danışma organı, Karen'in bulunduğu bitkisel hayattan çıkma olasılığının olmadığına karar verirse, şu anda devam etmekte olan hayati destekleyici cihaz hastadan çekilebilir ve bu şartlarda gerçekleştirilen eylemin eylemi gerçekleştiren ne doktor, ne hastane, ne de başkaları için hiçbir cezai yükümlülüğü olmayacaktır.

"15

Acıkca, New Jersey Yüksek Mahkemesi yukarıda iki durum tanımlamaktadır:

- 1) Hastalığın seyrini belirleyen (prognoz) komitesi karar verilen seyrin doğru olup olmadığını değerlendirir ve bunu takip eder,
- 2) Komite bir danışma organı olarak, bütün kurumu hukuk önünde cezai yükümlülüklerden korur.

Bu komitenin diğer bir bakış açısı, mahkeme kararının son paragrafı olan aşağıdaki bölümde saklıdır:

"Yukarıdaki kuralla, benzer kararların gerektiği tıbbi uygulama sırasında, kanuni zorlayıcılığı olan kurumların rahatlatıcı kararlarına mutlaka gerek olduğunu ima etmek kesinlikle istemiyoruz. "16

¹⁵ 70 n.j. 10. In the Matter of Karen Quinlan, An Alleged Incompetent. Supreme Court of New Jersey by Chief Justice Hughes. 355 Atlantic Reporter, 2d Series. Cite as 355 a.2d 647. In: GJ Annas & LH Glantz eds. *Law Medicine, the Rights of Patients and Providers, Cases & Materials* 1991: Boston University School of Medicine. p. 220.

¹⁶ Ibid.

Aslında, mahkemenin ima etmek istediği, yukarıda tarif edilen nitelikte bir komite varoldugu ve ciddi tıbbi ikilemleri kanunlar önünde sorun yaratmayacak şekilde (hastalığın seyrine doğru karar vererek) çözdüğü sürece mahkemeye gerek olmayacağı ve komite neye karar verirse bunun mahkeme kararının yerine geçeceği'dir. Bu ifade aynı zamanda, hukuk sisteminin bioetik ikilemleri cozerken fazla yardımcı olamadığı, butür sorunların karma komitelerin üyelerinin hemfikir oldukları şekilde çözülmesinin en makul yol olacağı'nın itirafıdır.

Mahkemenin önerdiği komite, yalnızca hastalık seyrini en doğru şekilde saptamak amacı ile kurulmuştu ve gerçek anlamda bioetik ikilemlerle uğraşması beklenmemişti; Buna rağmen mahkemenin bu ifadesi genel olarak bütün kanuni zorlayıcılığı olan kurumların ve aynı zamanda bütün sağlık personelinin duygularını dile getirmişti. Sağlık personelinin gerçek isteği her hastanede kurulması gereken karma etik komiteleri idi. Quinlan vakası ve sonucu, işte bu yüzden etik komitelerin gelişiminde çok önemlidir. Karma nitelikteki etik komitelerin kanun önünde son sözü söyleyen organlar olması kimse tarafından benimsenmedi ve halen New Jersey'de kurulmuş olan komite dışında hiçbirisi bu nitelikte olmadı ama bütün sağlık hizmetlileri ve etikçiler bioetik ikilemleri çözmede karma etik komiteleri kurma fikrine dört elle sarıldılar.

1976 yılında , 22 yaşındaki genç bir kızın hayatının devamını veya sona erdirilmesini, sorumlulukları, hakları, hasta vekillerini, doktorları, hastaneleri, eyaletleri ve hatta mahkemeleri kanunlar önünde

biraraya getiren Karen Ann Quinlan vakası¹⁷ etik komitelerin gelişimindeki dönüm noktalarından bir tanesidir. Quinlan olayı, yeterlilik, hayatın devamını sağlayan tedavinin kesilmesi, yardım edilen intihar, suç, ölüm ve öldürme, hukuk ve tıp ilişkisi, özerklikle sürtüşebilen devletin zorlayıcı çıkarları (yaşamın korunması, intiharın önlenmesi, masum üçüncü kişilerin korunması) gibi önemli etik konuları tartışma gündemine getirebilmesi dolayısı ile bioetik tarihinde çok temel olaylardan birisidir. Bu vaka ayrıca iki temel ahlak değeri arasında karar verme açısından hayati bir vaka olmuştur: 1) Başkasına devredilmiş hasta özerkliği; 2) En yüksek fayda. Sonuç olarak bu vaka yüksek bir mahkemenin sağlık personelini, yalnızca hastalığın seyrini teşhis eden bir komite bile olsa, karma bir komiteyi danışma organı olarak kurmaya zorladığı ilk vakadır.

QUINLAN'DAN SONRA ETİK KOMİTELERİN GELİŞİMİ

Quinlan vakası sırasında artmış olan hararetli tartışmalar, vaka sonuçlandıktan sonra hızını azalttı. Buna rağmen, pek çok sağlık kurumundaki doktorlar, hemşireler, idareciler, sosyal hizmetliler, ilerleyen teknolojinin sağlık hizmetlerinde ortaya çıkarmaya devam ettiği sorunlar hakkında endişelenmeye devam ediyorlardı. Kendilerini "Bioetik Çalışma Grupları" olarak adlandıran gönüllü küçük gruplar kurulmaya başladı. Bunlar, karşılaştıkları klinik problemleri tartışmak üzere düzenli olarak toplanıyor, sağlık hizmetlerindeki etik problemlerle ilgili konferanslar düzenliyor, problemleri sistematik bir şekilde

¹⁷ *Ibid*, p.200 (The Litigation)

adlandırabilmek için meslekdaşlarına danışıyorlardı. Zamanla bu gruplar kendilerini düzenli bir şekilde eğittiler ve hastanelerde resmî bir nitelik kazandılar. Daha sonra bütün kurum capında eğitim programları düzenlediler ve karar aşamasını kolaylaştırmak amacı ile bazı vakalarla ilgili rehberler üzerinde çalışmaya başladılar. Bazı hastanelerde bu gruplar, bir araya gelip özel vakaları tartışabilmeleri için oturumlar düzenlediler. Bu gruplar çoğu zaman, birbirlerinden habersiz, kimsenin de onlardan haberi olmadan çalışmalarına devam ettiler.¹⁸

New Jersey'de Quinlan kararından sonra, sağlık hizmetindeki imkanların, komadaki veya bitkisel hayattaki hastaların bakımında nasıl kullanılması gerektiği hakkında rehberler hazırlandı. Yukarıda da belirtmiş olduğumuz gibi, New Jersey yüksek mahkemesinin hastalığın seyrini teşhis etmek üzere kurulan komitelere etik komiteleri demesi ve etik komitelere yalnız tıbbî teşhis görevini yüklemiş olması dikkate değer yanlış anlaşılmalara yol açtı. Yeni hazırlanan rehberler, bu komitelerin yalnızca farklı uzmanlıklardaki doktorlardan oluşacağını ve hayatın devamını sağlayan cihazların ne zaman çekilmesi gerektiği konusunda danışmanlık yapacaklarını komite üyelerinin görevleri olarak açıklıyordu.¹⁹ Bir bakış açısına göre,²⁰ rehberler hastanelerdeki etik komitelerin görevleri hakkında net bir açıklama getirdiler fakat bunun dışında da pek fazla bir işe yaramadılar.

¹⁸ Ross JW: *ibid*

¹⁹ Rosner F: *ibid*

²⁰ Leaden EJ: Guidelines for health care facilities to implement procedures concerning care of comatose, non-cognitive patients: A perspective. *Hosp Pog* 1977;58:9-10.

Diğer eyaletlerde hastanelerde karma etik komitelerini kurmaya çalışan bazı bioetik çalışma grupları çok başarılı olurken, diğerleri bu girişimlerini bir sonuca bağlayamadılar. Aşağıda bunlara örnekler verilmiştir:

Massachusetts'deki Devlet Hastanesinde, yoğun bakım komitesi, o andaki ihtiyaçlara göre karma bir alt komite kurdu ve bu komitenin görevi, yoğun bakım imkanlarını iyileşmesi umutsuz hastaların tedavisinde kullanmaktı.²¹ Yapılan öneri ise sürekli bir komitenin kurulması ve iyileşmesi umutsuz hastaları dört gruba ayırarak, hasta tedavi planı yapılması idi. Bu alt komite kurulduktan iki yıl sonra, tedavisi mümkün olmayan hastalıklardaki tedavinin durdurulması ile ilgili vakaların psikolojik ve etik yönleri komitede tartışılmaya başlandı.²² Vurgulanan problemler, hastalığın geri dönüşüm olasılığı, mümkün olan tedavi yöntemleri, doktor ve danışmanlar arasındaki çelişkiler, meslekler arasındaki çelişkiler, gerçeklerin sapsması, beklenen zamanda ölmeyen hastalar ve acele ettirilen sağlık personeli arasındaki sabırsızlık üzerinde yoğunlaşıyordu. En sonunda zor olabilecek tedaviyi durdurma kararı hakkında bir protokol (ek 3) hazırlandı ve bu protokolda tedaviyi durdurma kararı alınan hastalarda, hastanın rahatı ve huzuru için yapılması gerekenlere çok önem verildi.

1977 yılında New York şehrinde, Motefiore sağlık merkezinde bir bioetik komite kuruldu. Bu komite direkt olarak merkezin başkanına bağlı

²¹ Optimum care for hopelessly ill patients: A report of the Critical Care Committee of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1976. 295:362-4.

²² Cassem NH: consultation to continue or stop treatment measures in irreversible illness. *Adv Psychosom Med* 1980. 10:119-131.

idi²³ ve başlıca görevleri sağlık personelinin eğitilmesi, protokol ve rehberlerin hazırlanması idi. Başkana göre komite kendisine kesin bir yön çizmediği için başarısız oldu ve amaçlarına ulaşmaya çalışacağı yerde bütün zamanını sonuca varamayan tartışmalarla tüketti. Bu bioetik komitede, bioetik konusunda uzmanlaşmış kişilerin olması ısrarla önerilmiştir.

Kurulmuş olan komiteler içinde pek çoğu tümü ile başarısız olmuşlardır; Buna ayrı bir örnek 427 yataklı Connecticut Devlet Hastanesindeki komite kurma girişimidir. Bir yıllık bir çalışmadan sonra, başında, mutlaka bir etik komitenin kurulması gerektiğine inanan kurum, etik komitenin kurulmaması gerektiği sonucuna varmıştır.²⁴

Bazı hastaneler, komiteler kurmuş, hastanın aksi yönde yazılı bir isteği olsa bile²⁵, bazı hasta grupları için "ölüm halinde hayata döndürmeme kararlarını²⁶ " uygulamaya başlamışlardır. Yaşlılar evlerinin bazılarında ise bazı etik konuları netleştirmek ve protokoller hazırlamak üzere kurulmuşlardır.²⁷

1977 yılında, New York'da Hastings Center'da iki gün süren bir oturum düzenlendi ve tartışmaların özeti yayınlandı.²⁸ Tartışmanın ana konusu protokoller hazırlayan ve klinik vakalar hakkında kararlar alan

²³ Rosner F: *ibid.*

²⁴ Esqueda K: Hospital ethics committees: Four case studies. *Hosp Med Staff* 1978. 7:26-30.

²⁵ Book S: Personal directions for care at the end of life. *N Engl J Med* 1976. 295:367-8.

²⁶ Rabkin MT, Gillerman G, Rice NR: Orders not to resuscitate. *N Engl J Med* 1976. 295:364-6.

²⁷ Weisman S: A nursing home's experience with an ethics committee. *Nurs Homes* 1980. 29:2-4.

²⁸ Levine C: Hospital ethics committees: A guarded prognosis. *Hastings Center Rep* 1977. 7:25-27.

etik komitelerdi. Bu etik komitelerin yapılarını ve görevlerini aydınlatma yolunda atılmış önemli bir adımdı. Üzerinde tartışılan üç ana soru sunlar olmuştur:²⁹

- 1) Etik komiteler tıbbi kararlardan mı, etik kararlardan mi yoksa her ikisinden de mi sorumludurlar?
- 2) Ne gibi faydalar sağlayabilir ve ne gibi problemler çıkartabilirler?
- 3) Gelecekteki en uygun etik komite modelleri neler olmalıdır?

Pekçok bioetikçi ve sağlık hizmetlileri tarafından sunulan görüşler arasında , R.M. Veatch'in³⁰ hastanelerdeki etik komitelerin rolü ile ilgili sunduğu değerlendirme, bioetik dünyasındaki bütün genel duygu ve düşüncelerin tercümanı oldu. Bu konudaki gerekli bütün noktaları vurgulamayı başardı ve görevleri ve amaçları doğrultusunda hastanelerdeki etik komiteleri tanımladı, açıkladı ve sınıflara ayırdı.

Veatch etik komiteleri görevlerine göre başlıca dört gruba ayırdı:

- 1) Hastaların kendilerini ilgilendiren bireysel kararlarındaki etik prensipleri değerlendiren komiteler;
- 2) Daha geniş kapsamlı etik kararlar alan ve protokoller hazırlayan etik komiteleri;
- 3) Danışman komiteler;

²⁹ Rosner F: *ibid.*

³⁰ Veatch RM: Hospital ethics committees: Is there a role? *Hastings Center Rep* 1977. 7:22-25.

4) Hastalığın seyrini teşhis eden komiteler.

Veatch ayrıca önerilmiş bazı hastane etik komite modellerinin, tehlikeli ve yanlış yönlendirilmiş modeller olduğunu vurgulamıştır ve buna örnek olarak da, bir hasta tarafından veya hasta adına bir başkası tarafından verilmiş tedaviyi durdurma kararlarını onaylama veya reddetme durumunda olan komiteleri göstermiştir. (Quinlan vakasında olduğu gibi) Veatch aşağıdaki paragrafı bildirisini sonuçlandırmıştır:

"Hastanede protokol hazırlamak üzere kurulacak komitenin üyelerinin çoğunun hastane dışındaki kişilerden seçilmesi, danışma komitelerinin üyelerinin danışmanlık yeteneğinde olan kişilerden seçilmesi ve hastalık seyri belirleyen komite üyelerinin ise mesleki olarak yeterli kişilerden seçilmesi, mantıklı görüşlerdir. Hastanelerdeki etik komiteleri fikri, henüz çok yenidir ve hangi tip komitelerin faydalı olacağı henüz belirsizdir. Belli problemleri olan vakalarla ilgileneceklerdir ve kurulmaları için çok çalışma gerekecektir."

Bu tanımlama, etik komiteleri ile deney kontrol komiteleri arasındaki farkı vurgulamaktadır. 1980'li yıllara kadar, etik komitenin tanımı kesinlik kazanmadı. Günümüze dek, etik kurulları³¹, etik komiteler³², etik komisyonları³³, araştırma etik komiteleri³⁴, hastane etik

³¹ Broad WJ: Proposals for ethics boards stir debate. *Science* 1979. 205:285-6.

³² Denham MJ, Foster A, Tyrell DAJ: Work of a district ethical committee. *Br Med J* 1979. 2:1042-5.

³³ Malchow H, Bierich J, Eser A, et al: Aufgabe und Arbeitsweise einer Ethikkommission am beispiel der Tübinger Ethikkommission. *Internist* 1982. 23:227-232.

³⁴ Allen P, Waters WE: A survey of research ethical committees in Wessex in 1981. *Public Health* 1982. 96:365-7.

komiteleri^{35,36}, etik inceleme komiteleri³⁷, klinik araştırma ve etik inceleme komiteleri³⁸ adıyla tanınan gruplar olagelmıştır. Bu gurupların çoğu, deney kontrol komiteleridir. Bunların çoğu etik prensiplerin çeliştiği, sakat olan yenidoğanlar, hastanın tedaviyi reddetmesi, beyin ölümü, hastaya ve hastaneye hizmet fikirlerinin çelişmesi³⁹, veya yeterliliği olmayan hastanın tedavisi⁴⁰, organ nakli, genetik mühendislik ve buna benzer⁴¹ konularla ilgilenmezler.

**"BEBEK DOE " YÖNETMELİKLERİ VE BİRLEŞİK DEVLETLER
BASKANI'NA BAĞLI ÖZEL KOMİSYONUN TIBBİ ETİK PROBLEMLERİ ÜZERİNE
YAYINLADIĞI RAPOR**

1982 yılında evvelce de değinmiş olduğumuz "Bebek Doe" vak'ası pekçok bioetik uzmanının ve tıp camiasının dikkatlerini etik komitelerine yöneltmesine yol açtı. Bu yılın Nisan ayında Indiana eyaletinin Monroe ilçesinde Down sendromlu ve yemek borusunda darlık olan bir bebek dünyaya geldi. Bebegın durumu hakkında yapılan öneriler birbirinden

³⁵ Campbell JD, McEwin K: The hospital ethics committee. *Med J Aust* 1981. 1:168-169.

³⁶ Richmond DE: The Auckland Hospital ethics committee 1977-1981. *NZ Med J* 1983. 569-572.

³⁷ Cutttridge F, Bankowski Z, Curran W et al: The structure and functioning of ethical review committees. *Soc Sci Med* 1982. 16:1791-1800.

³⁸ Ethical Committee, university College Hospital: Experience at a clinical research ethical review committee. *Br Med J* 1981. 283:1312-1314.

³⁹ Dickman RL: Resolving the conflict between duty to patient and duty to hospital. *Hosp Med Staff* 1981. 10:2-7.

⁴⁰ Reiman AS: The Saikewicz decision: Judges as physicians. *N Engl J Med* 1978. 298:508-509.

⁴¹ Veatch RM: *Case Studies in Medical Ethics*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1977.

oldukça farklı iki yola ayrıldı. Bebeğin bakımını üstlenen doktorların bir kısmı hiç vakit kaybetmeden darlığın cerrahi müdahaleyle tamirini önerirken, diğerleri çocuğun gelecekteki yaşam kalitesinin böyle bir cerrahi müdahale sonucunda iyi olamayacağını ileri sürerek, çocuğun herhangi bir şekilde tedavi edilmesine karşı çıktılar ve bebeğin ölümüne izin verilmesi gerektiğini savundular. Bu iki görüş arasında kalan çocuğun anne-babası, en sonunda tedavi etmeme yönünde rızalarını gösterdiler. Bebek uzun süren mahkeme ve duruşmalardan, kararlar ve itirazlardan sonra, açlıktan öldü. Indiana eyalet yargı sisteminin her katındaki yargıçlar, anne-babanın bir doktor tarafından önerildiği müddetçe, çocukları için tedaviyi secmeme hakkını onayladılar. Vak'a toplumun oldukça geniş bir kesiminin ilgisini uzun süre çekti ve kamuoyu, dava sonucunu, mahkemelerin tutumunu, ve sağlık ekibine mensup kişilerin yaklaşımlarını oldukça olumsuz karşıladı.

1983 baharında Birleşik Devletler Başkanının, deneysel tıp araştırmalarındaki etik problemleri incelemek üzere görevlendirdiği komisyon, çalışmalarının bir kısmını tamamlayarak bir rapor halinde yayınladı. Başlığı, "Hayati Devam Ettirici Tedaviye Karar Verme " olarak belirlenen 550 sayfalık rapor, ehliyeti olmayan hastalar ve hayati tehlike arzeden hastalıklarla doğmuş bebeklerin tedavisine nasıl karar verileceğine ilişkin bölümlerden oluşmaktaydı. Bu iki alandaki problemlerin halihazırdaki varlığını inkâr etmeden incelemeye başlayan komisyon, hukuki ehliyeti olmayan hastalar adına etkin karar verme sürecini geliştirmek için, hastanelerin kendiliklerinden tüzük ve protokol oluşturmaları gerektiğini ileri sürdü. Hastane etik komiteleri, komisyonerlere, karar verme sürecini geliştirecek anlamlı bir arac olarak gözükmüş gibiydi.

Komisyon, etik komitelerin her hâlikarda çözebilecekleri kadar problemi de beraberlerinde getirebileceklerini de anladığını ifade etmişti.⁴²

Başkan'ın komisyonu, hastane etik komiteleri oluşturulmasında rehber olabilmek amacıyla bir model de tasarlamıştı. Bu model dahilinde, etik komitelerin yetki alanı da şu şekilde sınırlandırılmıştı: Bilinci yerinde olmayan hastalar adına verilen tedavi kararlarını incelemek, bilinci yerinde fakat ölüm sürecindeki hastaların vermiş olduğu tedavi kararlarını hastanın isteği üzerine gözden geçirmek, etik prensiplere dayanan bütün tedavi kararlarını incelemek, danışmanlık yapmak, ilgili konularda rehberler ve eğitim programları hazırlamak. Taslak komite üyeliğine, hastanenin başhekimini tarafından bir seneliğine atanmış dokuz tane farklı meslek temsilcisini öneriyordu. Komite sağlık personeli ve hastalara açık olacak, başvurulduktan sonra en geç üç gün içinde toplanacak, toplantı kayıtlarını tutacak, kararlar çoğunluğun oyu ile alınacak, kararın bir kopyesi hastanın dosyasına, diğer kopyesi komiteye basvuran kişiye verilecekti.⁴³

Komisyon raporunun yayınlanmasından hemen sonra, 1983 Sonbaharında, New York'da "Bebek Jane Doe" vakası ortaya çıktı. Bu kez merkezî sinir sistemi problemleri ile doğan çocuklarına, cerrahi müdahale yerine, antibiyotik tedavisini seçen bir anne babayı konu eden vaka, ilk bebek Doe vakasının hemen ardından ortaya çıkarak, komisyonu bir süre daha şiddetli bir şekilde meşgul etti. Bebek Doe vakası, karar aşamasında

⁴² President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1983.

yer alan kişilerin nasıl bir yasal yükümlülük altına girdiklerini kamuoyunun gözleri önüne serdi. Böylece vaka, ölümcül sakatlıklarla doğan bebeklerin, seçenekler karşısında tedavi edilmemeleri hakkında yeni tartışmalar başlattı. Bu tür kararlar, etik presipleri gündeme getirmekte, hastanelerin bu konularda protokoller hazırlamaları gerektiğini hatırlatmakta ve doktor ve ailenin karar aşamasında yardıma ihtiyaç duyduklarını kabul ettirmekte idi. Bunları göz önünde bulundurarak, Birleşik Devletler Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Çocuk Hastalıkları Akademisi özellikle yenidoğan bakım ünitesi olan hastanelerin "Çocuk Bakımı İnceleme Komiteleri " kurmalarını tavsiye ettiler. Bu tavsiyeler, böyle vakalarla ilgilenecek etik komitelerin kurulmasını sağlık kurumlarında teşvik etmiş oldu. Bunun ardından pekçok sağlık kurumları, butür komiteler kurmaya başladılar. Zaman içinde, Amerikan Tıp Birliği bile, Amerikan Tabibler Okulu ile birlikte, daha önceden komitelerin gelecekte doktor-hasta ilişkisini bozabileceği yönünde endişeleri olmasına rağmen, etik komitelerin kuruluşunu uygun bulduğunu açıkladı.⁴⁴

Başkan'a bağlı komisyon için 1981'de yapılan bir araştırma, hastanelerin yüzde birinin bile etik komitelerinin olmadığını ortaya çıkarttı.⁴⁵ Bundan sonraki bulgular ise, bu rakamın '85 ve '86'larda yüzde elliye yükselmiş olabileceğini ileri sürmektedir. Diğer bir araştırma da, yeni doğan yoğun bakım ünitesi olan hastanelerin yarısından çoğunun, 1985 yılı başlarında etik komitesine sahip olduklarını

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ American College of Physicians. Ethics Manual. *Ann Intern Med.* 1984. 101:129-37, 263-74.

göstermektedir.⁴⁶ Üstüste gelen iki bebek Doe vakası ve kamuoyunun tepkileri, Başkan'ın komisyonunun da tavsiyeleri ile ülke çapındaki sağlık kuruluşlarında etik komitelerinin kurulmasını hızlandırdı. 1983 yılının Nisan ayında, Kurumlardaki Etik Komiteleri hakkında ulusal ilk kongre Washington'da toplandı. Bu kongrede, komitelerin yapısı, amaçları, görevleri, sorumlulukları oldukça geniş bir şekilde tartışıldı.⁴⁷ Kongrenin sonunda alınan ortak karara göre, etik bir komite bir doktor başkanlığında oluşturulacak, gerektiği anlarda toplanacak, ölüm sürecindeki veya hukuki ehliyeti olmayan veya sakat olarak doğmuş yenidoğan hastaları ilgilendiren kararları inceleyecekti.⁴⁸ 1987 yılına kadar, Amerika'daki hastanelerin yüzde altmışında etik komiteleri kurma girişimi olmuştur.

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ ETİK KOMİTELERİNİN GÖREVLERİ

Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanelerdeki etik komiteleri büyük bir gereksinimin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Amerika'da, etik komitelerin kuruluşunda beklenenin tersine ilk adım, mutlaka doktor değil, hastanede çalışan herhangi bir kişi tarafından atılabileceği

⁴⁵ Younger S et al: A national survey of hospital ethics committees. *Critical Care Med.* 1983; 11(11):902-5.

⁴⁶ Ethics committees double since 83: Survey. *Hospitals.* 1985;59(21):60-64.

⁴⁷ Randal J: Are ethics committees alive and well? *Hastings Center Rep* 1983;13:10-12.

⁴⁸ *Ibid.*

görülmüştür (hemşireler, sosyal hizmetliler, idareciler gibi.) Ayrıca komite üyeleri, farklı meslek guruplarındaki kişilerden oluşmuş ve bu görüş destek görmüştür.

Etik komiteleri kurulurken ilk olarak kuruma sağlayacağı faydalar aydınlatılmış, ikinci olarak ise, aşağıdaki üç yoldan biri seçilmiştir:

- 1) Hastanenin gerçekten bir etik komiteye ihtiyaç duyup duymadığı ve etik komitenin ne kadar başarılı olabileceğini belirlemek üzere bir çalışma yapılabilir,
- 2) İlgili kişilerin etik konusundaki bilgi ve tecrübesini arttırmak amacı ile bioetik çalışma gurubu kurulabilir,
- 3) Etik komitenin beklenen bütün görevlerini yerine getirmek üzere direk olarak bir bioetik komite kurulabilir.

AMAÇ VE GÖREVLERİN BELİRLENMESİ

Etik komitelerin çoğu, zaman azlığı nedeniyle, sadece vakalarda ortaya çıkan etik problemlerle ilgilenmek için kurulmuşlardır. Bunların yanısıra, hasta hakları, doktorların hastane dışında ortaklıklar kurmaları gibi problemler de önemli etik prensiplere dayanmalarına rağmen, hastanedeki diğer komiteler tarafından da ele alınabilirler. Hatta, Georgetown Üniversitesi, etik enstitüsü felsefecilerinden Dr.Rober Veatch, farklı niteliklerdeki klinik problemlerin farklı etik komiteleri kurulmasını

gerektireceğini ileri sürmüştür. Komitelerin genellikle üç standart görevleri vardır:

- 1) Eğitim, (komite üyeleri, hasta aileleri ve hastane görevlileri için);
- 2) Protokol hazırlamak. (Sağlık personelinin karşılaştığı problemleri durumlarda karar verebilmesini kolaylaştırmak için, ne şekilde hareket edileceğini belirleyen yazılı kuralları hazırlamak);
- 3) İleriye ve geriye dönük olmak üzere vaka değerlendirmek ve gerektiğinde karar vermek.

Kurumlarda, etik problem içeren çok çeşitli vakalar varsa, vakalara özel etik komiteleri kurulması uygundur. Deney kontrol komiteleri (insan üzerine deney ile ilgilenmek için), diyaliz komiteleri veya yenidoğan bakımı komiteleri gibi.

HASTANENİN ÖRGÜTLENMESİ VE ETİK KOMİTENİN BU ÖRGÜTLENMEDEKİ YERİ

Hastanenin bünyesinde etik komitenin yeri işleyişi açısından önemlidir. Etik komite, seçilen üyelere göre üç farklı şekilde gruplanabilir. Sağlık personelinin oluşan komite, idarecilerin atadığı üyelerden oluşan komite ve mütevellî heyetinden oluşan komite. Komitelerin büyük çoğunluğu sağlık personelinin veya idarecilerin atadığı üyelerden oluşur, mütevellî heyeti komiteleri oldukça nadirdir.

Komitelerdeki bu örgütlenme şekli üç yönden çok önemlidir; Üyelerin atanması ve başkanın seçilmesi, komite kayıtlarının korunması ve komitenin niteliği.

ÜÇ DEĞİŞİK KOMİTENİN ÜYELİK ŞARTLARI

Sağlık personelinin oluşan komitede, üyelerin en aşağı yarısı doktorlardan oluşmak zorundadır. Mütevelli heyeti komitelerinde, mütevelli heyeti üyelerinin belli bir kısmı komitenin üyesi olmak zorundadır. İdarecilerin atadığı üyelerden oluşan komitede ise böyle zorunluluklar yoktur ve bu komite tipi üyelerin seçiminde çok farklı mesleklerden ve farklı özgeçmişli kişileri biraraya getirebilme yeteneği açısından denenmişler arasında en başarılı olanıdır. Bununla beraber, sağlık personelinin oluşan komitelerde de belli bir oranda doktor olmayan üyeler vardır ve karma bir komite sayılabilir.

Sağlık personelinin oluşan etik komitenin üyelerini, yönetici doktorlardan oluşan bir grup, idarecilerin atadığı üyelerden oluşan etik komitenin üyelerini hastanenin yüksek düzeydeki idarecileri ve mütevelli heyeti etik komitesinin üyelerini de hastanenin mütevelli heyetinin üyeleri atarlar. Sağlık personelinin oluşan komitenin başkanı doktordur, diğer iki tür komitenin başkanlığını da çoğunlukla doktorlar yapar.

ETİK KOMİTESİNİN NİTELİĞİ

Yukarıda anlatılan üç tip komiteden , üyeleri sağlık personelinden oluşan komitenin ilgilendiği vakalardaki soruların niteliği çoğunlukla daha bilimsel ve direkt tıbbi bilgi ile ilgilidir ve bu komiteler hastanenin hastanedeki hiyerarşik yapıyı azaltmak yerine arttırmırlar. Diğer iki tip komitede ise, etik çelişkilerle ilgili sorunlar da ağırlık kazanır ve komitenin üyelerinin yapısı dolayısı ile özellikle de idarecilerin atadığı üyelerden oluşan komite çok daha karma bir nitelik taşır.

ETİK KOMİTELERDEKİ ÜYELERİN KİMLİKLERİ VE ETİK KOMİTENİN GENİŞLİĞİ

Etik komitenin genişliği daha çok yapacağı işlerin niteliği ile ilgilidir. Komitenin ana görevi eğitim ise geniş bir komite, eğer vaka incelemesi ise diğerine oranla daha küçük bir komite tercih edilir ve bu şartlarda çok daha verimli çalışılmaktadır. Eğer komite özellikle protokol hazırlamak üzerinde yoğunlaşacaksa, orta genişlikte bir komite tercih edilir. Üye sayısı genelde 8-25 arasında komitenin fonksiyonuna göre değişir. Etik komite eğer küçük bir bioetik çalışma grubu olarak kurulup zamanla gelişti ise üyelerinin hepsini korumaya çalışır ve bu da bazen 25 üyeden fazla üye sayısı demektir.

KOMİTE ÜYELERİNİN KİMLİKLERİ VE ARANAN TEMEL ÖZELLİKLER

Üyelerin seçiminde akla ilk gelen sorular, üyelerin kişilikleri ve özgeçmişlerinin nasıl olması gerektiğidir. Bazen düşünürler üyelerin, davranış biçimlerinin, açık fikirliliklerinin, sinirliliklerinin ve çok yönlü düşünme yeteneklerinin bu kişilerin ünvan ve mesleklerinden çok daha önemli olabileceğini savunmaktadırlar. Bu görüşe göre, eğer üyeler ince

düşünceli, sabırlı, farklı görüşleri tolere edebilen ve birbirlerinin fikirlerine saygılı kişiler arasından seçilmezler ise etik komite hastane bünyesinde hizmet verirken başarılı olamaz.⁴⁹

ÜYELERİN MESLEKİ ÖZGEÇMİŞLERİ

Bugünkü etik komiteleri üzerinde yapılan çalışmaların çoğuna göre, etik komitelerin yapısı için en uygun bileşimin üçte birini doktorlar, üçte birini hemşireler ve diğer üçte birini sosyal hizmetliler, din adamları, idareciler, hastane dışından bir avukat ve etik uzmanları ve hastane dışında görevli meslek sahipleri oluşturmalıdır. Ayrıca Avustralya ve İngilterede de görüldüğü gibi bazen ilgili vakalarda komitede sakat yetişkinler, sakat çocukların aileleri, hastane bünyesi dışından davet edilmiş din adamları da görev alabilirler.

AVUKATLAR: Etik komitelerde, hastanede görevli olmayan bir avukatın üye olması çoğunlukla salık verilir. Kanuni yükümlülükleri ve gereksinimleri iyi bilen bir kişinin komiteye büyük yardımının olacağına inanılır. Avukat da komitede aynen doktor gibi sorumludur, kendisinden beklenen uzmanlık bilgilerini komiteye sunar. Avukatın hastanede çalışmayan bir avukat olması uygundur çünkü hastane için çalışan bir avukat hastanenin menfaatlerini korumakla sorumludur, oysa hastanenin menfaatleri bazen hastanın arzuları ile çelişebilir. Avukat ise menfaatlerin

⁴⁹ Ross JW, *ibid*

çeliştiği bir vakanın ortasında bırakılmamalıdır.⁵⁰ Böyle bir durum komitenin genel amacını ve işleyişini zedeleyebilir.

ETİK UZMANLARI: Bioetik hareketi, bioetik uzmanları deneni yeni uzmanları ortaya çıkarmıştır. Bunlar çoğunlukla, sağlık hizmetlerindeki kararların etik yönü üzerinde çalışmış din adamları veya felsefecilerdir. Bazı bioetik uzmanları da halk sağlığı uzmanları ve hukukçular arasından yetişmiştir. Bu kişilerin uzmanlık alanları, bioetik çelişkiler içeren sağlık hizmetlerindeki kararları incelemek ve değerlendirmektir. Etik komitelerinin çoğu, üye olarak en az bir etik uzman seçerler çünkü etik uzmanın düşünme sistematığı üzerine aldığı eğitim komiteye önemli bir katkıdır. Tıp eğitiminin getirdiği eyleme yatkınlığı etik uzmanları düşünme yöntemleri ile dengelemeye çalışırlar. Komite yeni yeni toplanmaya başlayan bir komite ise, komitenin sebatı, prensiplere dayanan mantikli yaklaşımları ve vakalardaki çelişkileri netleştirebilmek için etik uzmanı gereklidir. Ayrıca etik uzmanı, hastaneye bağımlı çalışan görevlilere, hastane dışından bir bakış açısı getirerek görmedikleri noktaları görmelerini sağlar. Ayrıca, etik uzmanlar her zaman komite üyelerinin bakış açılarını genişletmede önemli bir rol oynamışlardır.

⁵⁰ *Ibid*, p 39.

ETİK KOMİTELERİN İŞLEYİŞ VE GÖREVLERİ

GENEL BİR BAKIŞ

Her kurumun olaylara yaklaşımı farklıdır, fakat bazı ortak noktalar da vardır. Herşeyden önce, kurumlardaki etik komitelerin işleyişleri yavaştır. Uzun süreli tecrübeleri olan komiteler bile, kayda değer sonuçlara ancak birkaç yıllık bir çalışma sonucunda ulaşabildiklerini bildirmektedirler. Diğer pekçok komite gibi etik komitelerin işleri bilinen kurallarla yürütülemez ve bilimsel yaklaşımlarla rahatlıkla çözülemez. Doğal yapıları gereği, komitelere gelen vakalar oldukça problemlidir ve insanlara ait derin duygularla doludur.

Pekçok düşünür komitelerin esnek bir işleyiş yöntemlerinin olması gerektiğini savunmaktadır çünkü katı kurallar değişik konulara uyarlanamayıp başarısızlığa neden olabilir. Bu ifade şüphesiz, doğru prosedürlere ulaşabilmek için zaman harcanmaması gerektiği anlamına gelmez fakat sonuçlara ulaşmadan önce, eğitim aşamasında bunlar üzerinde yeterli derecede tartışmak gerektiğini ima eder. İlk yapılacak şey, komitenin içinde bulunduğu kuruma ne şekilde faydalı olabileceğini saptamak ve sonra işleyişini ilgilendiren kararlar almaktır.⁵¹

⁵¹ Bayley C, Cranford RE: Techniques for committee self-education and institution-wide education. in: Cranford and Doudera eds., *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1984, pp. 149-155.

ETİK KOMİTELERİNİN İŞLEYİŞ VE GÖREVLERİ

GENEL BİR BAKIŞ

Her kurumun olaylara yaklaşımı farklıdır, fakat bazı ortak noktalar da vardır. Herşeyden önce, kurumlardaki etik komitelerin işleyişleri yavaştır. Uzun süreli tecrübeleri olan komiteler bile, kayda değer sonuçlara ancak birkaç yıllık bir çalışma sonucunda ulaşabildiklerini bildirmektedirler. Diğer pekçok komite gibi etik komitelerin işleri bilinen kurallarla yürütülemez ve bilimsel yaklaşımlarla rahatlıkla çözülemez. Doğal yapıları gereği, komitelere gelen vakalar oldukça problemlidir ve insanlara ait derin duygularla doludur.

Pekçok düşünür komitelerin esnek bir işleyiş yöntemlerinin olması gerektiğini savunmaktadır çünkü katı kurallar değişik konulara uyarlanamayıp başarısızlığa neden olabilir. Bu ifade şüphesiz, doğru prosedürlere ulaşabilmek için zaman harcanmaması gerektiği anlamına gelmez fakat sonuçlara ulaşmadan önce, eğitim aşamasında bunlar üzerinde yeterli derecede tartışmak gerektiğini ima eder. İlk yapılacak şey, komitenin içinde bulunduğu kuruma ne şekilde faydalı olabileceğini saptamak ve sonra işleyişini ilgilendiren kararlar almaktır.⁵¹

⁵¹ Bayley C, Cranford RE: Techniques for committee self-education and institution-wide education. in: Cranford and Doudera eds., *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1984, pp. 149-155.

Komiteler kurulduktan sonra özellikle, amaçları görevleri ve güvenilirlikleri için ⁵² mücadele ederler. Bu gelişimlerinin doğal ve kaçınılmaz bir parçasıdır.

Bütün bu gerçeklere dayanarak, bir etik komitenin kurulurken ve kendisini geliştirirken yapması gereken en önemli şey, hizmet ettiği kurumun ihtiyaçları doğrultusunda, kendisini ve hastane camiasını (sağlık hizmeti görevlilerini) eğitmesidir.

ETİK KOMİTELERİNİN GÖREVLERİ

I- EĞİTİM

Her sağlık hizmeti veren kurumda, ortaya çıkan konuları aydınlatılabilmek, farklı kişiler arasındaki iletişimi hızlandırabilmek ve karar alma düzeyini geliştirebilmek için, kuruma bağlı çalışan yardımcı bir organa ihtiyaç vardır. Bu etik komitelerin kurulmasını gerekli kılan temel nedendir. Böyle bir çevre oluşturabilmek için, etik komite ilk önce her meslek gurubunun ve bireyin belli değerleri anlamasını sağlamak zorundadır. Bu ancak eğitimle mümkündür. Eski bir deyişe göre: " Sahip olmadığınızı veremezsiniz. " Komitelerin de, kendilerinden beklenenleri verebilmeleri için, ilk görevleri kendi kendilerini eğitmektir.

⁵² *ibid.*

Görev ve eğitim kelimeleri beraber kullanıldıklarında, komite dışındakilerin eğitilmesini ima ediyor gibi gözükse de, önemli olan adım yukarıda açıklanan nedenlerle komitenin kendisini eğitmesidir.

Komitelere yeni üyeler katıldıkları zaman, onlar için tanışma oturumları düzenlenir. Bunun amacı, komiteyi ilgilendiren konulara, yeni katılanların yaklaşımlarını sağlamaktır. Tanışma oturumlarında, etik tanımlamalar ve prensipler üzerinde durulur. Üyeler, sağlık hizmetlerinde bioetiği ilgilendiren konularda karar vermenin ne demek olduğunu anlamak zorundadırlar. Ayrıca yeni katılan üyeler kendi kendilerini geliştirmeye teşvik edilirler.

Komitenin kendisini eğitebilmesi kitapların okunması ve tartışılmasına bağlıdır. Daha sonra bu prensipler özel vakalara uygulanır çünkü prensipleri vakalar olmadan okumak gerçek anlamda hiçbir şey öğretmez. Etik komitenin amacı, eğitim sırasında teorik ve pratiği birbiri ile bağdaştırabilmektir.

Etik komitelerin çoğu için, hayatı devam ettiren tedavinin durdurulması üzerinde çalıştıkları temel konudur. Üyeler bu konunun hem hukuki hem de tıbbi yönlerini de öğrenirler. Üyeler eğitim sırasında, vakaları ilgilendiren kanunlaşmamış mahkeme kararları, eyaletin ölümün tanımı ve yaşayan dilek (ek5) ile ilgili yasaları⁵³, kalıcı vekalet

⁵³ bkz. ilgili ek. Yasayan Dilek örneği. Yasayan Dilek, (*Living Will*) ismi 1969'da Luis Kutner tarafından konan ve ABD'de yeni yeni yasalaşan bir resmi dokümandır. Bu belgede, akl-i selim, eriskin bir kisi, günün birinde suursuz bir hasta olursa eğer, kendisine ne tür bir tedavi uygulanmasını istediğini şahitler ve noter huzurunda belirtir. Bu doküman, kisi eğer ileride bitkisel hayat veya komaya girerse, bakımından mesul sağlık personeline gereken talimatları bildirmek üzere hazırlanmıştır. Kaynak: Kutner, Due Process of Euthanasia: The Living Will, a proposal, 44 Ind L Rev. 539 (1969); bkz BD Colen, the Essential Guide to the Living Will (New York) Pharos Books, 1987).

gücü,⁵⁴ (ek5) ve yaşayan dileğin kanunlaşma sürecini öğrenmekle sorumludurlar. Üyeler aynı zamanda farklı niteliklerdeki hasta istekleri arasındaki farkları da tanımak ve öğrenmek zorundadırlar. Yaşamın devamını sağlayan cihazın çekilmesini isteyen veya yazılarak vasiyet edilmiş "hayata döndürmeyin"⁵⁵ (DNR) şeklindeki hasta arzuları pek çok sorunun ortaya çıkmasına sebep olabilirler.

Bioetik çok geniş bir alandır ve çoğunlukla tanışma oturumlarına gelen üyeler kısa sürede çok fazla şey öğrenmek istemektedirler. Etik komitelerin varolmasını sağlayan konular basit bir şekilde kurumun ya da sağlık personelinin sorunları değildir bazen çok basit sosyal değerler karşısında uyanmış sorularla karşı karşıya kalabilirler. Komite üyeleri, komitelerin bu tür sorunlar karşısında söylenmiş son değil, ilk sözler olduğunu anlamalıdır ve üyelik gibi bir görevin ağır çalışma ve baskılara direnç gerektirdiğini kabul etmelidirler.

HASTANE CAMİASINI EĞİTME

Etik komitenin önemli görevlerinden bir tanesi de, hastaların tedavisi veya bakımında rolü olan sağlık personelinin eğitmektir. Bu amaçla komiteler, düzenli etik toplantıları yapar ve konferanslar düzenlerler. Etik toplantıları, hastanenin bir bölümünde çalışanlar gibi

⁵⁴ Durable Power of Attorney [For Health Care Decisions] Kalıcı Vekalet Gücü, hasta tarafından imzalanan ve onun birinde tıbbi tedavisi konusunda karar veremeyecek kadar suursuz hale gelirse eğer, hangi şahsın kendisi adına karar verme yetkisine sahip olduğunu gösteren resmi bir belgedir.

⁵⁵ Kurumsal Etik Komiteleri "Hayata Döndürmeyin" (*Do-not-resuscitate -DNR - not to try to restore the condition of a terminally ill patient*) emirleri ve suursuz hastaların tedavisi için protokoller hazırlayabilirler. DNR emirleri, suurunu kaybetmiş ve böyle bir durumda hayata döndürülme konusundaki dileklerini daha evvel hiç beyan etmemiş hastaların durumunda etik ve yasal çelişkilere yol açabilirler.

küçük bir dinleyici topluluğuna hitap etmeyi amaçlar. Etik konferansları ise, genellikle bütün hastane personeli için düzenlenir. Etik toplantılarda genellikle, hipotetik olan bir vaka tartışılır ve toplantıya gelenler aktif olarak vakadaki etik problemleri tanımlamaya uğraşırlar. Etik konferanslarda ise, yeni kanunlar hakkında bildiriler sunulur ve toplumda büyük yankılara yol açmış veya güncel gerçek vakalar tartışılır.

Bir sonraki bölümde detaylı bir şekilde incelenecek olan, etik vakalarla ilgili protokol ve rehberlerin hazırlanması, etik komitenin eğitim programı içinde yer alır. Bu protokol ve rehberler taslak halinde iken, hastane personeli ve doktorlara sunulurak görüşleri alınır ve bunlar hakkında tartışma fırsatı bulunur.

Bazı etik komiteleri, ticari amaçlarla hazırlanmış video filmlerini⁵⁶ eğitim toplantıları sırasında gösterirler ve sonra bunlar hakkında hep beraber tartışırlar.

Pekçok komiteler, eğitim programlarına diyetisyenler, eczacılar veya teknisyenler gibi hastanelerin diğer görevlilerini de alırlar. Bazen, hastalarla direk ilişkisi olmayan memurlar da bu toplantılarla ilgilenirler. Komiteler bu tür görevlileri toplantılara genellikle, hastane dışından gelecek halktan dinleyiciler yerine katarlar. Diğer bazı komiteler de, hastane personeli arasında inceleme yaparak o anda ilgilerini çeken konuları saptarlar.

⁵⁶ En çok kullanılan iki mükemmel film şunlardır: *Who Should Survive?* (Joseph P. Kennedy Foundation, 1972) and *Please Let Me Die* (University of Texas Medical Branch at Galveston, 1974).

Bazı üniversite hastanelerinde kurulmuş etik komiteleri de, eğitim programlarını, tıp öğrencilerinin etik eğitimlerinden sorumlu etik anabilim dallarının eğitim programları ile birleştirirler.

Etik eğitimi ile ilgilenen yalnız sağlık personeli değildir. Dinleyici iki büyük ve önemli grup daha vardır: HASTALAR VE HALK

KURUMLARIN DIŞINDAKİ CAMİANIN EĞİTİLMESİ

Toplum her geçen gün, ölüm döşegindeki hastaların ömrünü uzatma tedavilerini ilgilendiren ikilem ve çelişkilerin daha çok farkına varıyor ve bunlarla daha çok ilgileniyor. Etik komiteleri, bugün toplumu eğiterek, geleceğin hastalarını da bilinçlendirmeyi hedefliyorlar. Yakın bir gelecekte hastalar ve aileleri, kurumlara ömrü uzatan tedavinin devamı veya durdurulması, sakat doğan çocukların bakımı gibi konularda hazırlanan protokollarla ilgili sorular yöneltmeye başlayacaklar⁵⁷. Bazı etik komiteleri,⁵⁸ kasabalarda veya şehir merkezlerinde toplantılar düzenleyerek halkı, hasta adına atanmış vekiller, "hayata döndürme istekleri ", yaşayan vasiyet gibi konularda aydınlatmaya çalışıyorlar.

Bugün son hızla artan ve çözüme ulaşmayı bekleyen etik ikilemler konusunda, etik komiteleri, hastane personelini ve halkı eğiterek faydalı bir girişimde bulunmuş olur ve başarıya yaklaşırlar.

⁵⁷ Bayley and Cranford, *ibid.*

⁵⁸ Ornegin; *Unity Hospital, Friendly, Minnesota.*

II- PROTOKOL ve REHBERLERİN HAZIRLANMASI

Kurulmuş olan pekçok komite, hastaneler için değişik konularda protokoller hazırlamaktadır. Bu protokoller, sağlık personeline zor vakalarla ilgilenirken yol gösterdiği gibi, etik prensipler açısından kabul edilebilir davranışların sınırını da çizmektedir.⁵⁹

Pekçok komite, ölüm aşamasındaki hastaların hayatının devamını sağlayacak destekleyici tedaviler ile ilgili protokoller hazırlamışlardır. Muhtemelen yakın bir gelecekte, organ nakli, tedavi masraflarının karşılanması ve AIDS gibi konularda da protokoller hazırlanacaktır.

Benzer konularda hazırlanan rehberlerin protokollerden tek farkı, sadece yol gösterici olup, zorlayıcı olmamalarıdır. Son zamanlarda pekçok hastane etik komitelerini, protokol hazırlama konusunda yetkili kıldılar.

Rehberlerin ve protokollerin hazırlanması, kendi içinde eğitici bir işlemdir. Rehber ve protokollerini kağıda döküp resmilestirmek, uzun süreli ve detaylı çalışmaları gerektirir. Bu çalışmalar bazen aylarca bazen de yıllarca sürebilir.

Protokol, bir kurumun vakalar hakkında yapacağı herhangi bir uygulama hakkında, etik komitelerin hazırladığı yazılı kurallar bütünüdür ve bunlara uyulması zorunludur.

Protokoller genellikle dört bölümden oluşurlar: Protokolün içeriğinin tanımlanması, uyulacak prensiplerin tanımlanması, uygulamadaki

⁵⁹ Murray T: Where are the ethics in ethics committees? *The Hastings Center Rep* 1988;18,1:12-13.

yeni tanımların listesi ve uygulanacak işlemlerin sırası ile anlatıldığı son bölüm.

A. PROTOKOL BİLDİRİMİ (POLİCY STATEMENT)

Bu kısa tanım, protokolün genel ilgi alanını özetler. Örnekler verilmistir:⁶⁰

- Yeni doğan bebekler, tedavi zararlı olmadığı veya ölüm sürecini ızdıraplı bir şekilde uzatmadığı sürece, gerektiği anda hayatlarını kurtaracak her türlü tedaviyi almalıdırlar. Bütün bebekler, hastalığın seyrinden bağımsız olarak, gerekli olan bütün gıda, sıvı ve her türlü bakımı almalıdır.
- Dolaşım veya solunumları duran bütün hastalar "hayata geri döndürmeyin " emri dosyalarına işlenmediği sürece, hayata geri döndürülmelidirler.
- Bitkisel hayata girmiş hastalar, aileleri veya mahkemenin tayin ettiği vekil aksinin yapılmasını yazılı bir şekilde bildirmediği sürece, yaşamları için gerekli bütün tedavileri almalıdırlar.

⁶⁰ Bu örnekler, kurumsal etik komitelerinin karşılaştığı ana konuları da temsil etmektedir.

B. UYULACAK PRENSİPLERİN TANIMLANMASI

Protokolun hazırlanmasında esas teşkil eden birtakım etik prensipler vardır. Prensipier değişik nitelikteki kurumlarda, değişik şekillerde olabilir. Dini idareye sahip olan kurumlarda, daha çok dini prensipler, diğerlerinde ise felsefi prensipler geçerlidir.

Bu prensipler hiçbir zaman mutlak gerçekleri veya yasaları dile getirmezler. Mutlaka doğru veya yanlış olarak nitelendirilemezler. Genelde, kabul edilen inançları, mantık zincirlerini, ve bir ahlak sisteminin sağduyusunu dile getirirler.

Protokollerde prensiplere yer vermek gereklidir çünkü kurumun aldığı kararların dayandığı değerlerin anlaşılması gerekir ve bu şekilde protokollerin etik temellere dayandığı keşinleşir. Asağıda, bu tür prensiplere örnekler verilmiştir: ⁶¹

- Yaşam çok değerli olduğu için belirsiz durumlarda her zaman yaşamın devamını sağlayan tedaviler tercih edilmelidir. (HAYATIN KUTSALLIĞI)
- Yeterliliği olan hastalar, kararlarının sonuçlarını ve diğer olası bütün tedavileri anladıkları sürece, hayatlarının devaminiğini sağlayacak tedavileri reddetme hakkına sahiptirler. (OZERKLİK)
- Hastalar ve aileler hakkındaki bilgiler, onların izni veya hukuki bir gereklilik olmadığı sürece, hastanın tedavisiyle ilgili olmayan hiçkimseye verilmemelidir. (SIR veya GİZLİLİK)

⁶¹ Bu örnekler, tip etiginde kurumsal etik komitelerinin en çok üzerinde durduğu temel prensipleri de simgelemektedir.

- Yeterliliği olan hastaların kendi seçimlerini yapma konusunda hukuki ve ahlaki hakları olduğu için sağlık personeli onlara doğru ve yeterli bilgi vermek mecburiyetindedir. (DOĞRUYU SOYLEME)
- Sağlık ęalıřanlarının kendi inanęlarına aykırı hareket etmesi beklenmemelidir (SADLIK PERSONELİNİN OZERKLIğI)
- Hayatın devamını sağlayan tedavi durdurulduğu anda, sağlık personelinin hastaya maksimum bakım ve rahatlık sağlama zorunluluğu vardır.

C. TERİMLERİN TANIMLANMASI

Protokoldeki tartışmaya açık terimler serih bir sekilde tarif edilmeli ve böylece, protokol takip edilirken mümkün olabilecek yanılığlar önceden durdurulmalıdır. Açık tanımlamalar, protokollerin farklı zamanlarda farklı kişiler tarafından doğru yorumlanmasını garanti eder. Aşağıda, protokollerde şu ana kadar yanlış yorumlamalara yol ağagelmiş terimlere örnekler verilmistir:

- UMUTSUZ HASTALIKLARIN SON DÖNEMİ, ÖLÜM AşAMASI. Bu konum, her protokolda, her hastalık için--hastalardaki semptomlar da belirtilerek--tanımlanmalıdır.
- ANİ ÖLÜM. Hastanın, beklenmeyen bir anda, aniden, yaşam fonksiyonlarını yitirmesi. Hangi hastalıklarda ani ölümün kabul edilebilir olduğunun tanımlanması gerekir.
- DANISMAK. Danışma sözcüğü, kararda yetkili kılınmiş kişi açısından sorunlar yaratmaktadır. Bu sözcük doktorlar tarafından yanlış yorumlanabilmektedir.

- **YETERLİLİĞİ OLAN VEYA OLMAYAN HASTA.** Bu, hukuki bir terim olmakla beraber, protokollerde her zaman hukuki anlamını koruyamayabilir. Çok net bir şekilde her hastalık durumu için açıklanmalıdır.
- **YAŞAM KALİTESİ.** Bu terim çok dikkatli tanımlanmalıdır. Özellikle yaşam kalitesinin kimin açısından ve nasıl saptanabileceği dikkate alınmalıdır.
- **TIBBİ İŞLEMLER: HAYATA DÖNDÜRME, SUN'İ SOLUNUM, KALP MASAJI (Cardiopulmonary resuscitation), ve "HAYATA DÖNDÜRMEYİN" (do-not-resuscitate orders) emirlerinin her hastane ve protokol için çok iyi tanımlanması gerekir.**

D. İŞLEMLERİN YAZILMASI

Protokolün uygulanması sırasında çok önemli olan bu yazılı işlemlere aşağıda örnek verilmiştir:

- Doktorlar, tıbbi kayıtlara, "hayata döndürmeyin" emrini yazılı olarak işlemek ve buna kararın gerekçesini eklemek zorundadırlar.
- Hayati tehlikede olan bir bebeğin ailesi bebek için gerekli tedaviyi reddettiği anda, bu kararın uygulanıp uygulanmaması konusunda etik komitesine başvurunuz.⁶²

⁶² Bu başvurunun doktordan istenip istenmemesi, komitenin, danışma ve inceleme odevlerinin isteğe bağlı veya zorunlu olmasıyla tanımlanacak, tipine bağlıdır. Bu komite tiplerini bir sonraki bölümde işleyeceğiz.

- Ailesi veya vekili olmadığı gibi yeterliliği de olmayan bir hastanın durumunda, "Hayata Döndürmeyin" emrini vermeden önce, hasta ve şimdiye kadarki tedavisi hakkında bilgisi olmayan bir doktorun da fikri alınmalıdır.
- Eger sağlık hizmetlileri, hastanın yeterliliği konusunda hemfikir değillerse, bir psikiyatristin veya mahkemenin kararı alınmalıdır.
- Eğer sağlık hizmetlileri, tedavinin hukuki ve ahlaki gerekliliğine inanıyorlarsa fakat aile hemfikir değilse, hastadan sorumlu doktor etik komitesine veya *risk idaresi komitesine* başvuracaktır.⁶³
- Vekiller, "Adına Karar Verme"⁶⁴ esaslarına uymalıdır. "En İyisi Ne Olur"⁶⁵ esaslarına bu durumda uyulmamalıdır.

⁶³ Pek çok hastane, tıbbi malpraktis iddiaları yüzünden maruz kaldığı maddi kaybı kontrol etmek ve sınırlayabilmek amacıyla "RISK MANAGEMENT" (risk idaresi) programları oluşturmıştır. Bu programlar birer risk idaresi komitesi tarafından yürütülüp, hastane personelinin hasta hakları, hasta güvenliği, ve hasta çıkarları konularında eğitime yöneliktir. Bazı eyaletlerde, hastaneler, bu tür risk idaresi komiteleri kurmakta da yukumudurlar.

⁶⁴ Hem "Adına Karar Verme, hem de "En İyisi Ne Olur" yaklaşımları öncelikle şu önemli soruya cevap bulmaya uğrasır: terminal suursuz bir hastanın hayatını idame ettiren tedaviyi kendisi yerine karar veren bir baskasının isteği üzerine durdurmalı mı/surdurmalı mı? Durumun zorluğu, hastanın kendi dileğini suursuzluk sebebiyle ifade edememesinden kaynaklanıyor. ADINA KARAR VERME doktrini (ki ilk defa Quinlan davasında NJ Yüksek Mahkemesi tarafından uyarlanmıştır), hastanın tedaviyi reddetme hakkını zedelememenin en iyi yolunun, hastanın yasal vasisinin, vekilinin, ya da ailesinden bir kişinin hastanın o anda suurunun yerinde olması durumunda neye karar vereceğini kestirebilip en iyi kararını hasta adına vermesini ongormektedir. Bu durumda karar verici kimse, "Hasta eğer suurlu olup, bizlerle konuşabiliyor olsaydı ne karar verirdi?" sorusunu aklından geçirerek hasta adına karar vermekle mukellef oluyor. Tabii ki bu prosedurun belirli esasları (standartları) var ki kotuye kullanılmasin, ya da büyük bir yanlışlık yapılmış olmasın: (1) Hasta adına karar verecek kimsenin, hastayı, o anda neya karar verebileceğini kestirebilecek kadar uzun süredir ve yakından tanınması; (2) hastanın suursuzluga dayalı ehliyetsizliğinin, hasta, kabul edilebilir uzunlukta bir hayati suurlu yasadıktan sonra birdenbire vukuu bulmuş olması -ki kendi adına karar verebilecek kişinin, hastayı, hastanın suurlu, akli basında bir bireyken geçirdiği zamanlarda tanıyıyor olması sağlanmış olsun.

⁶⁵ ADINA KARAR VERME'nin ikinci esasına (standardına) uylamadığı durumlarda, yani hasta, hayati boyunca komada kalmış ise veya akıl hastası ise -kendisinin ne isteyebileceğine karar vermek suursuzluğu sebebiyle mümkün olmayacağından kendisi için EN İYİSİ NE OLUR esaslarını bu duruma uyarlamak gerekir. EN İYİSİ NE OLUR yaklaşımının tek bir esası (standartı) vardır: Akli basında ve mantıklı bir insan hasta için neyin sozkonusu durumda en iyi olacağını düşünüyor? hastanın bir değerler sistemi veya bir ahlaki prensipler yığını olup olmadığını kimsenin bilmesi mümkün olmadığı için toplumun genel etik akil yoluna bu durumda başvurulmakta.

PROTOKOL TASLAKLARININ HAZIRLANMASI

Komitelerin protokol hazırlaması, bir komite fonksiyonu olarak A.B.D.'de yakın zamanda başlamıştır. Protokollere ihtiyaç doğuran etik vakalar, özellikle daha ani ortaya çıkabilecek ve ortaya çıktığında ise iletişim ve karar için en az zaman tanıyabilen türden vakalardır.

I- Komiteler ilk olarak protokollerin konularını belirlerler. Bunda, tarif edilmesi gereken aşamalar vardır. Protokol konuları şunlar olabilir⁶⁶

:

- Beyin ölümüne girmiş hastaların tedavisini durdurmak için gerekli idari işlemler.
- "Hayata Geri Döndürmeyin" emirleri.
- Hayatın devamını sağlayan bakım ve cihazların durdurulması.
- Yoğun bakım ünitesindeki hastaların tedavileri.
- Ciddi sakatlıklarla doğmuş bebekleri destekleyici tedaviler.
- Hasta arzularını dile getiren dokümanların kullanımı.
- Karar aşamasını kolaylaştıracak uygulamalar.

⁶⁶ Bu konular genelde kurumsal etik komitelerinin uğrastığı konuları özetleyip isimlendirirken, aynı zamanda, ülkedeki belli başlı tıbbi etik acmazları olarak komitenin Amerika Birleşik Devletleri'ndeki varlık sebeplerini oluştururlar.

II- Komiteler, kullanılabilir yardımcı bilgileri, diğer hastanelerin protokollerini, veya aynı hastanede başka konularda kullanılmış protokolleri toplayıp incelerler.

III- Protokol taslağının dili incelenir. Dilin herkes tarafından anlaşılabilir olması, uygulamaya konacak işlemlerin yeteri kadar anlaşılabilir olması açısından hayati önem taşır. Ayrıca zorlayıcı veya tavsiye niteliğindeki kararlar çok iyi vurgulanmalıdır.

IV- Sağlık personelinin konuyla ilgili olarak beklenen bütün eylem ve kararlar, protokollere uyulmaması hallerinde hastanenin güvenilirliğini koruyabilmek için, protokollere dahil edilir.

V- Pekçok taslak çalışması yapıldıktan sonra, geleneksel olarak, bilgili ve tecrübeli personele taslaklar verilir ve uygulamaya konacak kuralların doğru dile getirilip getirilmediği test edilir. Her düzeltmeden sonra yeni bir taslak hazırlanır.⁶⁷

VI- Son olarak, en son taslak hastane avukatları tarafından incelenir ve yeniden sağlık personelinin incelemesine sunulur. Bu testten geçerse, kurum tarafından kabul edilip uygulamaya konur.

Pekçok görüşe göre, etik komiteleri, protokol hazırlamanın yanısıra, çeşitli ikilemelerinde sağlık personelinin yardımına koşmalıdır. Bazen protokoller çok bürokratik ve karışık olabileceği için sağlık personelinin tepkisiyle karşılaşabilir. Bu durumda, komite, formalitelerle

⁶⁷ Ross JW: *ibid.* p 55.

uğraşıp durumu güçleştireceğine, direkt olarak ikilem içindeki personele yaklaşmış, yardım etmelidir.⁶⁸

III- ETİK KOMİTELERİNİN KLİNİK VAK'ALARI İNCELEME VE DANIŞMANLIK GÖREVİ

Klinik vakaların incelenmesi ve ortaya çıkan karmaşık sorulara net cevaplar alınması, sağlık personelinin etik komitelerinden en çok ümit ettiği ve ısrarla yerine getirilmesini beklediği bir görevdir.

Etik komiteleri için ise, kendilerinden en çok istenen bu ödev, problemleri ve çelişkileri en fazla olanı haline gelmiştir.

Kurumlar, etik komitelerini kurmaya teşebbüs ettikleri zaman, komitenin ana görevinin vaka değerlendirmesi olup olmayacağı, en zor soru halini alır. Ülke çapında etik komitelerinin gayet yavaş gelişmesinin, başarı gösterdikleri yerlerde ise ancak orta derecede hizmet gösterebilmesinin en önemli sebebi, sağlık personelinin vaka inceleme ve danışmanlık işlevine gelen itirazlardır.⁶⁹

Uç noktadaki çeşitli görüşler, etik komitelerinin kurulmasına tamamen karşı çıkmakta ve tecrübeli bir klinisyen ile olgun bir ailenin bu komitelerden daha doğru ve çabuk karar verebildiklerini savunmaktadırlar.⁷⁰

⁶⁸ Fleetwood, Janet E., et. al. Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees. *Journal of Medical Ethics*, 1989, 15, 137-142.

⁶⁹ Fost N, Cranford RE. Hospital Ethics Committees. Administrative Aspects. *JAMA*, 1985;253(18):2687-2692.

⁷⁰ Duff RS. Counseling families and deciding care in severely defective children: A way of coping with 'medical Vietnam.' *Pediatrics* 1981;67:315-320.

Ortalarda yer alan görüşler ise, komitelerin varolabileceğini, fakat vaka danışma ve incelemenin yine de kişilerin elinde kalması gerektiğini savunmaktadırlar.

Komitelerden yana görüşlerin en ucundakiler ise, belirli vakalar için danışmanın mecburi olması gerektiğini savunmaktadırlar.⁷¹

Hastaneler, etik komiteleri kurmaya başlarken, belli itiraz ve direnmelere yer vermemek için, komiteye nihai karar verme yetkisi tanımamaktadırlar.

Resmi olmayan tartışmalar ve ulaşılan sonuçlar, başarılı olmaları halinde, alışkanlıklar vasıtasıyla standardize edilebilir. eğer verdikleri kararlar ile başarılı olabileceklerini ispat edebilir ve sağlık personeline hizmette faydalı olabilirlerse, zorunlu danışma kendiliğinden bir ihtiyaç haline gelebilir. Bugünkü, keyfiyete kalmış haliyle, komitelerin vak'a yükü fazla olmamakta ve zorlayıcı protokoller sağlık personeline fazla baskı yaratmadan hazırlanabilmektedir.⁷²

Bir hastane, keyfiyete dayalı danışmanlık sorumluluğu ile gönüllü bir komite kurarsa, komiteye doktorlar dışında kimlerin vak'a sunabileceği sorusunun da cevaplandırılması gerekir. Bu sorunun cevabı, hastane bünyesinde bulunabilir, fakat komitenin önemli amaçlarından birine hizmet edebilmek için, komitenin karar ve görüşlerine ulaşabilecek insan sayısını da arttırmak uygun olur.⁷³ Eğer bölümde görevli hemşire,

⁷¹ *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment*. Government Printing office, 1983, pp. 227-228.

⁷² Fost and Cranford, *ibid*.

⁷³ *ibid*.

öğrenci, hastanın kendisi ve ailesi,vs, hastanın durumu için edışeleniyor ve doktorlardan tatmin edici yanıt alamıyorlar ise, komite, bu sorunu, kurumun icinde, geleceğe bırakmadan çözebilmelidir.

Komitenin genel işleyişı keyfiyete dayalı danışmanlık ise de, bazı vak'alarda, zorunlu danışmanlık gerekli olabilir, hatta kurum tarafından tavsiye edilebilir. Böyle bir vak'a grubu, sakat doğmuş bebeklerin tedavisi ve hayatlarının devamiyetinin sağlanıp sağlanmamasıdır. Tedavi etmeme, genelde herkesin menfaatine uygun düştüğü halde, bu ve benzeri--hastanın söz hakkının minimum olduğu--vak'alar, devletin zorlayıcı çıkarlarını esas olarak ilgilendirmektedir.⁷⁴

Danışmanlık görevlerine göre kurulması mümkün olan etik komite tipleri aşağıda özetlenmiştir:

⁷⁴ Baby Doe cases and federal regulations. Bebek Doe vak'aları ve federal düzenlemeler.

ETİK KOMİTESİ TİPLERİ

		VAKA DANIŞMA	
		İSTEĞE BAĞLI	ZORUNLU
KOMİTENİN ÖNERİLERİ	İSTEĞE BAĞLI	A	B
	ZORLAYICI	C	D

Genelde etik komitelerin danışmanlığı zorlayıcı veya isteğe bağlı olabilir. Komitenin vardığı sonuçlar veya öneriler de aynı şekilde zorlayıcı veya isteğe bağlı olabilir. Yukarıdaki figür bu bileşimleri özetlemektedir.

■ SECENEK A- İSTEĞE BAĞLI/İSTEĞE BAĞLI. Günümüzdeki etik komitelerinin çoğu bu esasa göre işler. Danışma isteğe bağlı olup, kararlar (eğer varsa) bağlayıcı değildir.

■ SECENEK D- ZORUNLU/ZORLAYICI. Bu durumda doktorun danışması ve komitenin kararlarını uygulaması zorunludur. Bu, en çok tepkiyi alan⁷⁵ komite tipidir. Şu ana kadar, hiçbir etik komitesine böyle bir yetki verilememiştir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, bu tür bir zorunluluk, yalnızca, federal önerilerde, hasta ve sakat doğan bebeklerin durumunda varolup, bunlara da özel komiteler bakmaktadır.

■ SECENEK B- ZORUNLU/İSTEĞE BAĞLI. Amerikan Çocuk Hastalıkları Akademiyası'nın hazırlamış olduğu rehber⁷⁶ bu tür etik komitelerini önermekte olup, bu gruba giren komite çeşitleri Başkan'ın Komisyonu'nca⁷⁷ da desteklenmiştir. Bu tanımlamada, vak'anın danışılması mecburi olup komitenin önerilerine uyulması personelin veya ailenin keyfine bırakılmıştır.

■ SECENEK C- İSTEĞE BAĞLI/ZORUNLU. Kurumların kurmayı pek düşünmedikleri bir komite türü değildir. Danışmanın keyfi olup kararlara uymanın mecburi olduğu bu durum, zaten akla da yatkın kabul edilmemektedir.

Bugünkü komitelerin çoğu SECENEK A, daha küçük bir bölümü de SECENEK B'deki gibi hizmet vermektedirler.

⁷⁵ Committee on the Legal and Ethical Aspects of Health Care for Children: Comments and recommendations on the "Infant Doe" proposed regulations. *Law Med Health Care* 1983;11:203-209,213.

⁷⁶ American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Bioethics Committees: Guidelines for infant bioethics committees. *Pediatrics*. 1984;72:306-310.

⁷⁷ *Deciding to Forego Treatment*. Government Printing Office, 1983, p. 164.

SECENEK A'da önemli bir soru, isteğe bağlı danışmada, vak'ayı etik komitesine kimin sunacak oluşudur?⁷⁸ Bazı komiteler vak'aları yalnız doktorlardan kabul ediyor olup, bunun, başlangıçta doktorlardan gelecek itiraz ve direnci hafifletmek için gerekli olduğunu haklı olarak öne sürüyorlar. Fakat, etik komitelerinin kuruluşunu destekleyen temel grupların, klinik vak'alarda yeterli ölçüde etik prensip ve metodlara uyulmadığını iddia eden (doktorlar haricindeki) sağlık personeli olduğunu gözönünde bulundurduğumuz takdirde, vak'aların komitelere yalnızca doktorlar tarafından sunulabilecek olmasının, etik komitelerinin varoluşunun ardında yatan temel felsefeye ters düştüğünü açıkça görmekteyiz.

Hastaların vak'a sunmasına müsaade eden SECENEK A'daki etik komitesi işleyişini ilgilendiren diğer bir problem ise pek çok hastanın böyle bir komitenin varlığından haberdar olmayışdır. Haberdar olan hastalar ise, bağımsız bir şekilde vak'ayı sunmaya cesaret edememektedirler. Etik komitelerinin temel amaçlarından en önemli olanının hasta ve yakınlarına hizmet vermek olduğunu düşünürsek, bu kişilerin tablonun dışında kalmasının, amacın mantığını nasıl zedelediğini müşahade etmiş oluruz.

Etik komitesi, değerlendirdiği vak'a için özel bir tavsiyede bulunabilir, birtakım istekleri onaylayabilir, yeni önerilerde bulunabilir veya olasılıkların avantaj ve dezavantajlarını özetleyebilir. Bazı komiteler hiçbir tavsiyede bulunmamakta, bazen de komitenin sonucunu, açıklama yapmadan, tek bir cümle ile ifade etmektedirler.

⁷⁸ Ross JW. *et al. ibid.* p. 59.

GERİYE DÖNÜK İNCELEME VE DEĞERLENDİRME

Şu ana kadar tartıştığımız vak'a değerlendirmeleri ileriye dönük sonuçlara yönelmiştir. Oysa etik komiteleri, geride kalmış vak'aları da incelemeye ve değerlendirmeye tabi tutmaktadır.

İleriye dönük incelemede tek bir vaka ile ilgili değişik olasılıklar incelendiği halde, geriye dönük incelemede birbirine benzeyen vak'alardan oluşan gruplar değerlendirilir. Yeni oluşturulan komitelerin, üyelerin yeteneklerini anlamak ve geliştirmek için, bir nevi eğitim ve egzersiz niteliğinde, çalışmaya, geriye dönük incelemelerle başlamaları önerilir. Geriye dönük incelemenin çok faydalı olabileceği başka bir konu ise, etik komitelerinin hastanedeki rehber ve protokol gerektiren vak'aları gruplayıp ve toparlamasıdır.

Günümüzde, geriye dönük inceleme hiçbir etik komitesi için zorunlu değildir. Komiteler geriye dönük incelemeyi kendi arzularıyla, önceden saptamış oldukları amaçlar doğrultusunda yaparlar.

Etik komitelerinin geriye dönük inceleme için seçtiği başlıca konular, tedavisi alınmış, ya da tedavisi çekilmiş⁷⁹ yenidoğan bebeklerdir. Geriye dönük incelemeden sorumlu kılınan tek komite grubu Bebek Bakımından Sorumlu Komitelerdir. Bu incelemeler, özellikle, yenidoğanların bakımından sorumlu sağlık personelinin karar verme yetkilerini geçmişte kötüye kullanıp kullanmadığını ortaya çıkarmak açısından önemli görülmüştür.

⁷⁹ Tedaviyi alıkoymak -bastan vermemek- İngilizce metinlerde "Withholding Treatment" olarak; tedaviyi çekmek verilene kesmek- ise "Withdrawing Treatment" olarak geçer.

Etik komitelerinin vak'a inceleme ve değerlendirme işlevlerinin genel 6zelliklerini şu sekilde 6zetleyebiliriz:

Komitelerin ilgilendiği vak'aların en başta gelen ortak 6zelliği, etik prensiplerin birbiriyle 6eliştiği, etik ikilemlerin varolduğu vak'alar olmalarıdır. George Annas'ın da vurguladığı gibi, etik komiteleri, hastaların, ailelerinin, veya sağlık personelinin karar verirken kendilerini "huzursuz ve rahatsız" hissettikleri durumlarda, onlara yardımcı olmak için devreye girerler. Karar aşamasında devreye giren b6t6n bireyler toplumun farklı kesimlerini ve birbirinden farklı etik mantığı g6den tabakalarını simgelemektedir. Lawrence Kohlberg adlı araştırmacı farklı toplumlarda yaptığı araştırmalar ile b6t6n bu bireylerin gelişimleri boyunca geçirebilecekleri ahlakı d6ř6nme aşamalarını gruplamıştır(bkz. Ek 1).

Bu huzursuzluk ve rahatsızlık çoğunlukla, bir bireyin karar verirken kendi başına rahat edemediği, sonuçları denenmemiş olan yeni tekniklerin uygulandığı, doktorun bilgisini aşan, 6l6m ve yaşamın karşı karşıya geldiği ve buna benzer durumlarda ortaya çıkmaktadır.

Genellikle, etik komiteleri yeterliliği olan hastaların kararlarıyla, çok 6zel durumlar dışında, ilgilenmezler.

Kabaca, etik komitelerinin ilgilendiği durumları 6e ayırabiliriz:

1. Yeterliliği olan hastaların kararlarından, karar verme yeterliliği olmayan veya devletin zorlayıcı çıkarlarını ilgilendiren başka bir canlı birey etkileniyorsa (fetus, yeni doğmuş bebekler, vs); veya yeterli kişilerin kararı, hiç uygulanmamış bir tekniğin kullanılmasını gerektiriyorsa (sonucu bilinmeyen tekniklerin denendiği insan üzerine deney veya yeni bir cerrahi yöntem), devletin zorlayıcı çıkarlarından dolayı "Herkes Canının İstedini Yapamaz" ilkesine göre etik komiteleri devreye girer. Ayrıca, yine yeterliliği olan kişilerin kararına göre yaşam sona eriyorsa ve bu kararlar çevredeki bireyler hemfikir değilse, etik komitelere görev düser.
2. Etik komitelerinin ilgilendiği en önemli grup yeterliliği olmayan hastalardır: koma halinde, bitkisel hayattaki kimseler; akıl hastaları; yeni doğmuş bebekler; fetus; ve bunlarla ilgili girişimlerdir (beyin ölümü, hayatın devamını sağlayan tedavinin kesilmesi, "Hayata Döndürmeyin Emirleri"nin uygulanması, düşük, suni döllenme, vs.).
3. Etik komitelerinin nadiren ele aldığı bir konu olup hasta haklarını arttırmaya yöneliktir: Bunlarla ilgilenen etik komitelerinde hastalar komitenin üyesidirler ve bu komiteler daha çok akıl hastalarının veya yaşlıların bakıldığı hastanelerde kurulur. Yapıları gereği hastaların uzun süreli olarak kurumda bulunmaları gerekir. Komitelerin başlıca görevi hastaların bakım standartlarını arttırmaktır (Bu işlerle ilgilenen ilk komite 1972 yılında Massachusetts eyaletindeki The Fernald School'da kurulmuştur⁸⁰).

⁸⁰ Cranford and Doudera, ibid.

BOLUM III. SOMUT VERILER

Materyal ve metod bölümünün başında açıkladığımız gibi, etik komitelerin bugünkü işleyişlerini ve kendilerinden beklenenleri tartışabilmek için Amerika Birleşik Devletlerindeki etik komiteleri ile ilgili bir çalışma yaptık. Etik komitelerin nasıl geliştiklerini, üyelerini, ve çeşitlerini tanıdıktan sonra, Amerika'nın farklı coğrafi bölgeleri ve kurumlarındaki etik komitelerin bugünkü işleyişleri ile ilgili toplamış olduğumuz verileri sunacağız.

Eldeki veriler, aşağıdaki sorulara cevap oluşturacak nitelikteki bilgilerdir:

- 1) Komitenin bulunduğu kurumun adı ve adresi nedir?
- 2) Komite hakkındaki bilgileri açıklayan kişinin adı ve ünvanı nedir?
- 3) Komitenin başkanı kimdir?
- 4) Kurumun idari niteliği nedir?
- 5) Komitenin kaç üyesi vardır ve üyeler hangi meslek gruplarından gelmektedirler?
- 6) Komite toplantılarına üyelerden başka kimler katılabilmektedir?
- 7) Komiteye vakaları kimler sunmaktadır?
- 8) Komite hangi yılda kuruldu?
- 9) Komitede yılda ortalama kaç vaka tartışılmaktadır?

- 10) Komitenin kararları bağlayıcı nitelikte midir?
- 11) Komitenin görevleri aşağıdakilerden hangileridir?
 - a) Eğitim toplantıları ve konferansları düzenlemek.
 - b) Protokol ve rehberler hazırlamak.
 - c) Vaka değerlendirmesi yapmak.
- 12) Komite düzenli toplantılar düzenliyor mu ve acil vaka değerlendirmelerinde nasıl biraraya geliyor?
- 13) Komite vaka değerlendirmelerinde sonuca ne kadar sürede ulaşıyor?
- 14) Sizce komitenin en başarılı olduğu görevleri hangileridir?
- 15) Sizce komitenin problemleri nelerdir?
- 16) Komite hakkında ayrıca yorumlarınız nelerdir?
- 17) Komitenin kurum içindeki niteliği nedir?

BULGULAR

Araştırılan komiteler ve yukarıdaki soruların cevapları olan bilgiler sırası ile sunulmuştur.

- 1) St. Joseph Hospital
1000 W.Stewart Drive
Orange, California 92668
Bilgiyi veren kişi: Sister Corrine Bayley, C.S.J.
Komite başkanı,
Sisters of St.Joseph of Orange
Health System
440 S.Batavia Orange, California

Kurum bir Katolik hastanesidir, Komite idarecilerin atadığı üyelerden oluşur, 1979 yılında kurulmuştur, 24 üyesi vardır, üyelerinin üçte biri doktorlar, üçte biri hemşireler, diğer üçte biri ise sosyal hizmetliler, idareciler ve etik uzmanlarından oluşmaktadır. Toplantılara faydalı olacağına inanılırsa, üye olmayanlar da katılabilirler, vakayı komiteye herhangi bir sağlık personeli sunabilir. Sorulardaki üç görevle de ilgilenmektedir. Komitenin kararları sadece tavsiye niteliğindedir, bağlayıcı değildir, heryıl 12 kadar vaka değerlendirmesi yapılmaktadır, vaka değerlendirmeleri genellikle uzun sürüyor. (En aşağı 5-6 ay). Komite her ay toplanmaktadır, acil vakalarda haber verilebilen ve işi olmayan üyeler toplanmaktadır. Komitenin başarıları özellikle protokol ve rehber hazırlama yönündedir, üyeler konu ile ilgili ve çalışkan kişilerdir. Komitenin problemleri acil vakalarda yeterli üyenin bir araya gelemeysisi, çabuk sonuca ulaşamayışıdır. Komite vaka değerlendirirken çok fazla bürokratik işlem vardır ve bunlar düşünme ve tartışma saatlerini azaltmaktadır, ayrıca komite sonuca çabuk ulaşamayınca sağlık personeli geçmişte olmayan komitelerin bugün de olmamaları gerektiğini savunmaktadırlar. Komitenin adı "Bioetik Çalışma Grubudur."

2) University of California Hospitals and Clinics
 University of California, San Francisco
 1362 Third Avenue
 San Francisco, California 94102
 Bilgiyi veren kişi: Albert R. Johnsen, Ph.D.
 Etik Uzmanı ve komite başkanı, adres aynı.

Kurum bir üniversite hastanesidir, Etik komite direkt olarak başhekkime bağlıdır, uyeleri başhekkim atar, 1978 yılında kurulmuştur, 13 üyesi vardır, uyeleri 6 doktor, iki hemşire, 1 sosyal hizmetli, din adamı, hastanenin avukatı, 1 idareci ve bir etik uzmanından oluşmaktadır.

Vakalar herhangi bir sağlık personeli tarafından sunulabilir. Komite protokol hazırlar ve vaka değerlendirmesi yapar. Komitede üye olmayanlar toplantılara katılamazlar, komite hiçbir zaman hasta ve yakınları ile görüşmez. Komite her ay toplanır, acil vakalarda haber verilebilen üyeler biraraya gelir, her yıl ortalama üç vaka değerlendirilir. Vakalar ilk önce başhekiye sunulur ve tüm komiteye sunulması gerekenler seçilir ve komiteye getirilir. Komitenin başarıları, sağlık personelinden fazla eleştiri almamış olmasıdır ve vaka değerlendirmelerinde genellikle üyeler sonuçta hem fikirdirler. Komitenin problemleri, kendilerine sunulmayan vakalar hakkında hiçbir fikirleri yok, vaka değerlendirmeleri bazen aylarca sürüyor, üyelerin saatleri uyuşmadığı için genellikle bütün komite bir araya gelemiyor, düzenli bir çalışma planları henüz yok ve bazen vakaları beklendiği kadar tatmin edici netlikte sonuçlara ulaştıramıyorlar. Komitenin adı "Tıbbi Etik Komitesidir."

3) Rose Medical Center

4567 East Ninth Avenue

Denver, Colorado 80220

Bilgiyi veren kişi: Frederick R. Abrams, M.D.

Komite başkanı, adres aynı.

Kurum devlet hastanesidir, hastalarının çoğu Yahudidir, komitenin üyelerini başhekim atar, 25 üyesi vardır, üyeleri 7 doktordan, 9 hemşire, 2 din adamı, 1 idareci, 1 avukat, 4 sosyal hizmetli, 2 tane de hastane dışından toplumu temsil eden kişiden oluşur. 1978 yılında kuruldu, toplantılara üyeler dışında faydalı olacağına inanılan herkes katılabilir, sağlık personeli veya hasta ailesi komiteye hasta sunabilir, komite yukarıda belirtilen üç görevle de ilgilenmektedir, komite umutsuz

hastalıklarda tedavinin kesilmesi yanı sıra, tıp bebek, sakat yeni doğanlarda tedavi gibi konularla da ilgilenmektedir. Komite her ay toplanmaktadır, yılda 12 ye yakın vaka değerlendirmektedir, acil vakalarda kimsenin bulunamaması söz konusu olduğu için, belli kişiler belli günlerde acil durumlarda çağırılmak üzere hazır beklemektedirler. Komitenin başarıları, gerçek anlamda sağlık personelinin eğitim programları sayesinde etik prensipler hakkında bilinçlendirmiş olmasıdır. Kliniklerdeki sürtüşmeler yavaş, yavaş azalmaktadır. Komitenin problemleri, toplantıların,, sonuca bağlayıcı ortamlar yerine sonuca varamayan tartışma alanlarına dönmesi, acil vakaların sonuca bağlanamayışıdır. Komitelerde, vaka değerlendirmeleri sırasında, tecrübeli etik uzmanlarının hazır bulunup yol göstermeleri şarttır. Komitenin adı, " İnsan Değerler Komitesidir. "

- 4) Northwestern Memorial Hospital
 Superior Street at Fairbanks Court
 Chicago, Illinois 60611
 Bilgiyi veren kişi: Norma Shaw Hogan
 Hasta temsilciliği bölümünün
 başkanıdır, adres aynı.

Komitenin başkanı, din adamı olan John Serkland'dir. Adres aynı. Kurum kâr amacı gütmeyen, üniversiteye bağlı eğitim hastanesidir. Komitenin üyeleri idareciler tarafından atanır, 1976 yılında kurulmuştur, 20 üyesi vardır, üyeleri, doktorlar, hemşireler, sosyal hizmetliler, idareciler, din adamları ve hasta temsilcilerinden oluşur, komite heray toplanır, üyeler dışında sağlık personelinin isteyen olursa toplantılara katılır, geriye dönük vakalar üyeler tarafından komiteye sunulur, komitenin tek görevi eğitimidir ve bu amaçla toplantılar, konferanslar düzenlemektedir. Komitenin başarıları, düzenlediği eğitim toplantılarına

ilginin çok fazla olması ve üyelerin çok istekli ve çalışkan olmalarıdır. Problemleri ise, maddi desteklerinin çok az olmasıdır. Komitenin adı, " Klinik Etik Komitesidir.

5) Hebrew Home of Greater Washington

6121 Montrose Road

Rockville, Maryland 20852

Bilgiyi veren kişi: Shulamith Weisman

Kişi hizmetleri bölümünün başkanı,
komitenin başkanı, adres aynı.

Komitenin başkanı her iki yılda bir değişmektedir. Kurum yaşlılar evidir, Yahudilere hizmet vermektedir, 1979 yılında kurulmuştur, 13 üyesi vardır, üyeleri idareciler tarafından atanır, üyeleri adli tabip, etik uzmanı, kurum dışı bir doktor, iki rabbi, sosyal hizmetli, kişi hizmetleri bölüm başkanı ve iki avukattan oluşur. Herhangi bir görevli veya hasta ailesi komiteye vaka sunabilir. Komitenin son yıllara kadar görevi eğitim ile ilgilenmekti, fakat son zamanlarda vaka değerlendirmektedir ve kararları tavsiye niteliğindedir. Her yıl ortalama 4 vaka değerlendirmektedir. Acil vakalar hastanelere gönderilmektedir. Komitenin başarıları, hastalardan hizmetlerle ilgili ciddi şikayetler gelmemektedir ve hasta aileleri kurumdan memnundur. Problemler, görevli doktorların komiteye vaka getirmekten kaçınmaları ve toplantılarda rabbilerin diğer üyeler üzerinde kontrol kurmaya çalışmalarıdır. Komitenin adı, " Etik Komitesidir."

6) Holy Cross Hospital

1500 Forest Glen Road

Silver Spring, Maryland 20910

Bilgiyi veren kişi: Thomas R. Golden, L.c.s.w.

Psikiyatrist ve sosyal görevli,

Komitenin başkanı Leonard Wisneski isimli hastanede görevli bir doktordur. Adresler aynı. Kurum bir Katolik hastanesidir. Komitenin üyelerini başhekim atar, 1982 yılında kurulmuştur, üyeleri başhekim, 6 doktor, etik uzmanı, sosyal hizmetli, 7 hemşire ve hasta temsilcilerinden oluşur. Komiteye vakalar, hastalar da dahil olmak üzere herkes tarafından getirilebilir. Komitenin görevleri, eğitim ve vaka değerlendirmesidir. Kararlar tavsiye niteliğindedir, ayda iki kere toplanmaktadır, vakaların değerlendirilmesi bazen aylarca sürmektedir, acil vakalarda haber verilebilen ve uygun olan üyeler toplanmaktadırlar. Komitenin başarıları, etik uzmanı sayesinde vakalardaki prensipler üzerinde bir sonuca varabilmeleridir. Problemler, komitenin genelde çok yavaş çalışması ve kendisinden beklenen oranda faydalı olamamasıdır. Komitenin adı " Tavsiye Komitesidir."

7) St. Joseph Hospital
215 North Avenue
Mt. Clemens, Michigan 48043
Bilgiyi veren kişi: Sister Ann Fidelis.

Komitenin başkanı, Hastanede görevli ortopedist John Corbett'dir. Adresler aynı. Hastane rahibeler tarafından desteklenen bir acil bakım ünitesidir. Komitenin üyelerini idareciler atar, 1977 yılında kurulmuştur, üyeleri 5 doktor, etik uzmanı, sosyal hizmetliler, hemşire ve hasta temsilcilerinden oluşmaktadır. Toplumu temsil edecek hastane dışından bir üye de son zamanlarda toplantılara katılmaktadır. Toplantılar ilgililenenlere açıktır, komite yılda 5 kere toplanmaktadır. Komiteye herkes vaka getirebilir fakat şimdiye kadar yalnızca doktorlar getirmiştir. Komite üç görevle de ilgilienmektedir. Vaka değerlendirmeleri ve protokol hazırlanması genellikle uzun sürmektedir. Komitenin başarıları,

hazırladıkları protokollerin kabul edilmesi, vakalarda geç de olsa üyelerin hemfikir olmasıdır. Problemleri, vakalarda üyelerin yeteri kadar esnek olamamaları, düzenli çalışma programlarının olmaması ve acil vakalarda biraraya gelememeleridir. Komitenin adı "Tibbi Ahlak Komitesidir."

8) Hennepin County Medical Center
701 Park Avenue South
Minneapolis, Minnesota 55415
Bilgiyi veren kişinin adı: Ronald. E. Cranford M.D.
Komite başkanı, adres aynı.

Kurum üniversiteye bağlı bir eğitim hastanesidir. Komite üyelerini başhekim atar, 1979 yılında kurulmuştur, 23 üyesi vardır, üyeleri 10 doktor, 7 hemşire, iki din adamı ve iki idareciden oluşmaktadır. Toplantılara ilgilenenler katılabilir, komiteye herkes vaka sunabilir fakat şu ana kadar doktorlardan başka kimse sunmadı. Komite üç görevle de ilgilenmektedir. Vaka değerlendirmeleri bazen yıllarca sürmektedir, vakalar için genellikle bütün komite toplanmaz, doktor vakayı bulabildiği bir üyeye götürür, bu vaka ile vakti oldukça bu üye ilgilenmektedir, gerektiğinde diğer üyelere fikir almaktadır. Komitenin başarıları, etik ikilemlerle karşılaşan hastane personelini her ihtiyaçları olduğunda etik prensipler hakkında eğitmiş olmak, üyelerin de zaman içinde kendilerini eğitmiş olmalarıdır. Problemler, komite üyeleri konu ile ne kadar ilgili olurlarsa olsunlar, toplantılara katılacak zamanı düzenli olarak bulamamaları, vakaların yavaş değerlendirilmesi ve doktorların vakalar hakkında etik komite fikirlerini onaylamamalarıdır. Kararlar tavsiye niteliğindedir. Komitenin adı " Biomedikal Etik Komitesidir. "

9) University of Minnesota Hospitals and Clinics
420 Delaware Street S.E.
Box 39, Mayo Memorial Building

Minneapolis, Minnesota 55455

Bilgiyi veren kişi: Diane Bartels, R.N., M.A.

Yardımcı başhemsire ve komite başkanı, adres aynı.

Kurum, üniversite hastanesidir, komitenin üyelerini başhekim atar, komite 1975 yılında kurulmuştur, üyeleri, 8 doktor, 8 hemşire, 1 din adamı, 1 sosyal hizmetli, 1 idareci ve hasta ile ilişkiler uzmanından oluşmaktadır. Toplumunu temsil edecek bir üyenin ilâve edilmesi düşünülmektedir, vakaları komiteye hastanede görevli bir kişi getirebilir fakat şimdiye kadar yalnızca üyeler getirmişlerdir. Komite daha çok eğitim işleri ve protokol hazırlanması ile ilgilenmektedir. Komite her ay toplanmaktadır. Komitenin başarıları, hastanede sağlık personelini eğiten ve destekleyen bir organ olarak saygı görmesidir. Problemler, eğitim amaçlı tartışmalar için üyelerin zamanlarının kısıtlı olmasıdır. Komitenin adı, " Biomedikal Etik Komitesidir."

10) Mount Sinai Hospital

2215 Park Avenue

Minneapolis, Minnesota 55404

Bilgiyi veren kişi: D. Gay Moldow, B.S.N., M.S.W.

Hasta Hizmetleri Bölümü başkanı, komite başkanı adres aynı.

Kurum üniversite hastanesidir, Komite üyelerini idareciler atar, komite 1980 yılında kurulmuştur, üyeleri 5 doktor, 9 hemşire, 3 sosyal hizmetli, 2 idareci, 1 hasta temsilcisi, 2 dinadamı, 1 etik uzmanı, ve 1 avukattan oluşmaktadır. Toplantılara hastanede görevli olan herkes katılabilir, komiteye isteyen herkes vaka sunabilir, komite üç görevle de ilgilenmektedir. Ortalama yılda üç vaka değerlendirmektedir, vaka değerlendirmeleri çok uzun sürmektedir, acil vakalar şimdiye kadar komiteye getirilmemiştir, kararları bağlayıcı değildir. Komitenin başarıları, özellikle düzenlediği eğitim programları ile olmuştur ve uzun süredir aynı üyelerle uyum içinde çalışmaktadır. Problemleri, komitenin

beklenenden daha yavaş işliyor olmasıdır. Komitenin adı, " Bioeti Komitesidir."

11) Morris View Nursing Home

West Hanover Avenue

Morris Plains, New Jersey 07950

Bilgiyi veren kişi: Rev. Dale H. Forsman, Yaşlılar evinin başkanı, komitenin başkanı, adres aynı.

Kurum bir yaşlılar evidir, komite üyeleri idareciler tarafından atanır, üyeleri, doktor, avukat, sosyal hizmetli, din adamı ve toplumu temsil eden yaşlılar evi dışından kişilerden oluşur. Komite 1976 yılında kurulmuştur. Toplantılar yalnızca üyelere açıktır. Şimdiye kadar komiteye, bir hasta ailesi tarafından yalnızca tek bir vaka sunuldu. Bu vaka, doktora danışıldı ve tedavisine devam edildi. Komite düzenli olarak her yıl toplanmaktadır. Toplantılarda yaşayan arzu veya doktorlar tarafından ortaya atılan benzer konular tartışılmaktadır. Komitenin başarıları, şimdiye kadar yalnızca tek bir vaka değerlendirmiş olmalarına rağmen, düzenli toplantıları sayesinde komitenin halen varolmasıdır. Problemler, komitenin görevlerinde çok kısıtlı kalmış olmasıdır. Komite halen varolmasına rağmen, vaka sunulduğunda ne yapacağını bilmemektedir. Komitenin kurulmasını etkileyen olay Quinlan vakası olmuştur. Komitenin adı, " Etik Komitesidir. "

12) St. Joseph Hospital

400 Walter N.E.

Albuquerque, New Mexico 87102

Bilgiyi veren kişi: Father Edward J. Dietrich, din adamı.

Komitenin başkanı, Joan M. Gibson, Ph.D., isimli bir etik uzmanıdır. Adresler aynı. Kurum bir Katolik hastanesidir, komitenin üyelerini idareciler atar, 1975 yılında kurulmuştur, üyeleri, 3 doktor, 1

avukat, hastanenin başhekim, din adamı, etik uzmanları ve baş hemşireden oluşmaktadır. Komiteye vakalar üyeler tarafından getirilir, toplantılar yalnızca üyelere açıktır, başlıca görevleri eğitim ve protokol hazırlamaktır. Komitenin başarıları, üyelerin hastane problemleri ile yakından gönüllü olarak ilgilenmeye başlamaları, eğitim amacı ile komitede faydalı tartışmaların yer alabilmesidir. Problemler, komitenin henüz belli bir amacının ve düzenli bir çalışma programının olmamasıdır. Komitenin adı, "Tıbbi Etik Komitesidir."

13) The Hospital of the Albert Einstein College of Medicine
Division of Montefiore Medical Center
1825 Eastchester Road
Bronx, New York 10461
Bilgiyi veren kişi: Joan H. Bilder

Yardımcı başhemşire, komite başkanı, adres aynı.

Kurum, 431 yataklı bir eğitim hastanesidir. Komite üyeleri, idareciler tarafından atanmaktadır. Komite 1975 yılında kurulmuştur, üyeleri doktorlardan, hemşirelerden, sosyal hizmetlilerden ve idarecilerden oluşmaktadır. Komiteye vakalar çoğunlukla sağlık personeli tarafından getirilir, ilk önce üyelerin birisine gösterilir ve o gerekli görürse komite toplanır, toplantılar hastane de görevli olanlara açıktır. Komite eğitim ile ilgilenmektedir, rehberler hazırlamaktadır ve nadiren tavsiye vermek üzere özellikle umutsuz hastalıkların son dönemindeki hastaların tedavileri ile ilgili vakaları değerlendirmektedir. Yılda dört kere toplanmaktadır. Komitenin başarıları, sağlık personelinin bilgilendirme yönünde olmuştur. Problemleri ise, vakaları başarılı bir şekilde değerlendiremeyişleri, etkili olamayışları ve doktorlar tarafından sunulan vakalarının fazla olmayışlarıdır. Komitenin adı 'Bioetik Komitesi'dir.

- 14) Montefiore Medical Center
 111 East 210 Street
 Bronx, New York 10467
 Bilgiyi veren kişi: Alan R. Fleischman, M.D.
 Komite başkanı, adres aynı.

Kurum, bir eğitim hastanesidir. Komite üyelerini başhekim atar. Komite 1977 yılında kurulmuştur. Komite üyeleri, 10 doktor, 4 hemşire, 2 sosyal hizmetli, 3 idareci, 1 hasta temsilcisi, 2 etik uzmanı ve 1 avukattan oluşmaktadır. Toplantılara komite üyeleri dışında ilgilenen herkes katılabilir. Komiteye ancak hastanede görevliler vaka sunabilirler, hastalar ve yakınları sunamazlar. Komitenin başlıca fonksiyonları, protokol hazırlamak ve rehberler basmak olmuştur. İlgilendikleri konular, umutsuz hastalıkların son dönemindeki hastalar, kan transfüzyonları, yaşayan vasiyet ve hastanenin maddi imkanlarının araştırma amacı için kullanılması gibi konulardır. Komitenin başarıları, protokoller yazarak kuruma faydalı olmasıdır. Problemler ise, komitenin amaçlarını belirleyememiş olması ve bundan dolayı bazen sadece bir tartışma komitesi olarak kalmasıdır. Komitenin adı, ' Bioetik Komitesi'dir.

- 15) North Shore University Hospital
 300 Community Drive
 Manhasset, New York 11030
 Bilgiyi veren kişi; William F. Finn, M.D.
 Komite başkanı, 1380 Northern Boulevard
 Manhasset, New York 11030

Kurum, Cornell universitesinin eğitim hastanesidir. Komite, büyük çoğunluğu doktorlardan oluşan bir komitedir. 10 üyesi vardır ve üyeleri 8 doktor, 1 hemşire ve 1 sosyal hizmetliden oluşmaktadır. 1974 yılında kurulmuştur. Komiteye her isteyen kişi vaka sunabilir, toplantılara gönüllü olan herkes katılabilir, komite ayda iki kere olmak üzere düzenli olarak toplanmaktadır. Komitenin başlıca görevleri, ölüm

döşeginde olan hastaların tedavileri ve sakat doğmuş yeni doğanların tedavileri ile ilgili protokoller hazırlamak ve gerektiğinde klinikten gelen vakaları değerlendirmektir. Acil vakalarda, olağanüstü toplanmaktadır ve üyelerin çoğu hastane doktorları olduğu için, üye çoğunluğu sağlanabilmektedir. Komite ayrıca, her ay etik ile ilgili bir ders vermekte ve yılda 4 kere Hastings Center dan misafir konuşmacı davet etmektedir. Komitenin başarıları, aldığı bütün kararlar, sağlık personeli tarafından saygı görmekte ve uygulamaya konmaktadır. Komitenin kararları tavsiye niteliğindedir ve komitenin bütün çabası farklı durumlarda varolan bütün etik prensipleri anlaşılır bir şekilde ortaya çıkarmaktır. Komitenin adı, "Tibbi Etik Komitesi'dir.

16) University Hospitals of Cleveland
 2065 Adelbert Road
 Cleveland, Ohio 44106
 Bilgiyi veren kişi: Stuart J. Youngner, M.D.
 Psikiyatride uzman doktor, komite başkanı
 2040 Albington Road
 Cleveland, Ohio 44106.

Kurum, bir üniversite hastanesidir. Komite üyelerini başhekim atamaktadır. 1978 yılında, Quinlan vakasının uyandırdığı yankılardan sonra kurulmuştur. 17 üyesi vardır, üyeleri 11 doktor, 2 hemşire, 1 din adamı, 1 sosyal görevli ve 1 idareciden oluşmaktadır. Toplumunu temsil eden hastane dışından bir üye yoktur, ilave edilmesi düşünülmektedir, komite toplantılarına hastalar da dahil olmak üzere isteyen herkes katılabilir ve vakadan etkilenen herkes komiteye vaka getirebilir fakat şimdiye kadar yalnız doktorlar vaka sunmuşlardır. Komite şu anda aktif olarak eğitim ile ilgilenmemekte, protokol hazırlamamakta yalnız, gelen vakaları

değerlendiren ve kararları tavsiye niteliğinde olan bir komite olarak çalışmaktadır. Heryıl 8-9 vaka değerlendirmektedir. Acil vakalarda, uygun olan üyeler 24 saat içinde toplanmaktadırlar. Komite düzenli olarak heray toplanır, vaka değerlendirmeleri genellikle 3-5 ay sürmektedir. Komitenin başarıları, doktorlara etik prensipleri ve vakaları aydınlatırken tavsiyelerde bulunarak yardımcı olmalarıdır. Problemler, acil vaka çağrularına çok az kişinin ilgi göstermesidir. Komitenin adı, ' Kritik durumdaki Hasta Bakımında Tavsiye Komitesi 'dir.

17) United Hospital Center

P.O. Box 1680

Clarksburg, West Virginia 26301

Bilgiyi veren kişi: W. Delma Parris.,

Din görevlisi, komite başkanı: W.M.Walker, M.D., adres aynı.

Kurum, özel bir Katolik hastanesidir, komite üyelerini idareciler atar, komite 1976 yılında kurulmuştur. Komite ilk olarak, kurulması düşünülen böbrek diyaliz ünitesi için kurulmuş ve sonra ünite kurulamadığı için, komite uzun süre işlevsiz kalmıştır. 1981 yılında, sağlık personelinden danışmak üzere vakalar getirilince, komite yeniden düzenlenmiştir. Üyeleri, 3 doktor,1 hemşire ve 1 din adamından oluşmaktadır. Toplantılara protokole göre isteyen herkes katılabilir, fakat komiteye ancak sorumlu doktor veya bölüm başkanı vaka sunabilir. Komite şu anda yalnız, vaka değerlendirmektedir ve kararları tavsiye niteliğindedir. Yılda 6 vaka değerlendirmektedir, vaka değerlendirmeleri uzun sürmektedir. Acil vakalar hakkında açıklama yapılmamıştır. Komitenin başarıları, vakalarda hem doktorlara destek olmaları, hem de bunu yaparken doktorların karar özerkliğini hiçbir şekilde tehdit etmemiş olmalarıdır. Problemler, komiteye yeterli sayıda vaka sunulmaması ve şimdiye kadar sadece, beyin ölümü kriterlerine karar verilecek

vakaların komiteye getirilmiş olmasıdır. Komitenin adı, "Tıbbi Ahlak Komitesi"dir.

BULGULAR ve TABLOLAR

TABLO 1

KURUMUN NİTELİĞİ	KOMİTE SAYISI
DİNİ HASTANELER	5
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	5
DEVLET HASTANELERİ	6
YAŞILAR EVİ	1
TOPLAM	17

TABLO II

KOMİTE ÜYELERİ	KOMİTE SAYISI
ÇOĞUNLUĞU DOKTOR	3
DEĞİŞİK MESLEK GRUPLARI	14
TOPLUMU TEMSİLEN	3
MÜTEVELLİ HEYETİNDEN	0
ETİK UZMANLARI	8

TABLO III

TOPLANTILARA KATILABİLEN	KOMİTE SAYISI
YALNIZCA ÜYELER	4
BÜTÜN PERSONEL	10
HASTA VE YAKINLARI	2
TOPLUMU TEMSİLEN	1

TABLO IV

VAK'A SUNABİLEN	KOMİTE SAYISI
YALNIZCA ÜYELER	2
HASTANE PERSONELİ	12
HASTA VE YAKINLARI	5
YALNIZ DOKTORLAR	2

TABLO V

KOMİTE GÖREVLERİ	KOMİTE SAYISI
PROTOKOL HAZIRLAMA	8
EĞİTİM	15
VAK'A DEĞERLENDİRME	13
ÜÇÜ BİRDEN	6

TABLO VI

KOMİTE GÖREVLERİ	DİNİ HASTANELER	ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	DEVLET HASTANELERİ
EĞİTİM	5	3	6
PROTOKOL	2	2	3
VAK'A DEG.	4	5	4
HEPSİ	1	3	2

TABLO VII

KURUMUN NİTELİĞİ	ÜYELER
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	KARMA MESLEK GRUPLARI VE ETİK UZMANI
DİNİ HASTANE	KARMA MESLEK GRUPLARI ETİK UZMANI TOPLUM TEMSİLCİLERİ
DEVLET HASTANESİ	KARMA MESLEK GRUPLARI TOPLUM TEMSİLCİLERİ

TABLO VIII

KOMİTE KARARLARININ NİTELİĞİ	KOMİTE SAYISI
TAVSİYE	17
ZORLAYICI	0

TABLO IX

KOMİTELERE AİT GENEL BİLGİLER

GENEL BİLGİLER	KOMİTE SAYISI
ÖLÜM DÖŞEĞİNDEKİ YETİŞKİNLERİN TEDAVİSİYLE İLGİLENEN KOMİTELER	14
SAKAT DOĞAN BEBEKLERİN TEDAVİSİYLE İLGİLENENLER	3
DİĞER VAK'ALARLA İLGİLENENLER	2
VAK'A DEĞERLENDİRME SÜRESİ < 6 AY OLANLAR	0
ÜYELERİN HEPSİNİN DÜZENLİ OLARAK TOPLANTILARA KATILDIĞI KOMİTELER	2
ACIL VAK'ALARLA İLGİLENEBİLEN KOMİTELER	1

TABLO X
KOMİTELERİN ÖZ-YORUMLARI

YORUMLAR	KOMİTE SAYISI
EĞİTİM VE PROTOKOLDE BAŞARILIYIZ	14
VAK'A DANIŞMANLIĞINDA BAŞARILIYIZ	4
PERSONEL BENİMSEDİ	3
DOKTORLAR, KARAR YETKİLERİ ALINIR DİYE İTİRAZ ETTİ	7
AMACIMIZ BELİRSİZ	6
AÇIL VAK'ALARLA İLGİLENEMİYORUZ	17
ÜYELER VAKİT AYIRAMIYOR	14
VAK'ALARI GEREKEN SÜREDE ÇÖZEMİYORUZ	17

BOLUM IV. TARTISMA VE SONUC

Fost ve Cranford'a göre¹, hastanelerde kurulmuş etik komiteleri, etik prensipleri ilgilendiren vakaların değerlendirmesinde hergeçen gün daha etkin bir yere sahip oluyorlar. Yine Cranford'a göre ve bizimde yaptığımız araştırmanın sonuçlarını özetlediğimiz Tablo 9'da gördüğümüz üzere, komitelerin değerlendirdiği vakaların büyük çoğunluğu, farklı sebeplerle ölüm aşamasına gelmiş hastaların, hayatlarını devam ettirecek tedavinin devam etmesi veya durdurulması üzerinde yoğunlaşmaktadır. Vakalardaki etik prensipleri aydınlatabilmek ve uygulamaya geçirebilmek için komiteler dört yol seçmişlerdir: sağlık personelinin ve komite üyelerinin eğitilmesi, vakalarla ilgili rehber ve protokollerin hazırlanması, vakaların ve ilgili etik prensiplerin incelenmesi ve vakalarla ilgili karar verilmesi.

Tablo 9 ve 10' da da görüldüğü üzere, etik komitelerin bugünkü işleyişlerine göre özellikle yetkili oldukları alanlar, ölüm döşğinde olan yeterli durumdaki hastaların kararlarını arzuları üzerine değerlendirmek, yetersiz hastalar adına alınmış kararları incelemek, sakat yeni doğanlar, düşük veya insan üzerine deney gibi etik prensiplere dayanan tıbbi kararları incelemek, ihtiyaç duyulduğunda sağlık personeline destek olup, danışmanlık yapmak, rehberler, protokoller hazırlamak ve eğitim programlarını sürdürmektir.^{2,3,4,5,6,7}

¹ Fost and Cranford. *Ibid.*

² Rosner F: *ibid*

Etik komitelerin, vaka değerlendirirken çelişkilerin ve itirazların üstesinden ikna edici bir şekilde gelebilmeleri için, üyelerin birbirlerinin fikirlerine son derece saygılı olmaları, bütün üyelerin etik prensipler ve etik sorular hakkında tecrübeli ve vakaları incelerken kendilerine güvenli olmaları ve hastane bünyesinde komitenin güven kazanmış bir izlenime sahip olması gerekir.⁸

Ross, J' ye göre ve bizim de etik komiteleri hakkında yaptığımız araştırmada elde ettiğimiz bilgilere göre, özellikle doktorlar ve bazı hastalar arasında, etik komitelerin, karar verme özerkliğini ellerinden alacağı ve bu şekilde, çözümler yerine daha çok problemlerin ortaya çıkacağı konusunda endişeler vardır.

University of California'dan Bernard Lo'ya (etik komite üyesi, doktor) göre, etik komiteleri, etik prensiplerin çeliştiği problemlili vakalara çözüm getirebilmek için yapılmış çok iyi girişimlerdi.⁹ Etik komiteleri, tedavi yöntemlerinin toplumun değer ve inançları ile elişmemesinin gerektiğini vurgulayan önemli güç kaynakları idi. Bütün bunların yanısıra, Tablo 2'de de görüldüğü gibi, etik komiteleri, etik prensipler üzerinde düşünmek üzere doktorlar, hemşireler, yardımcı

³ Levine C: Hospital ethics committees: A guarded prognosis. *Hastings Center Rep* 1977; 7:25-27.

⁴ Veatch RM: Hospital ethics committees: Is there a role? *Hastings Center Rep* 1977; 7:22-25.

⁵ Fleishman AR, Murray TH: Ethics committees for infants Doe? *Hastings Center Rep* 1983; 309:659-661.

⁶ Randal J: Are ethics committees alive and well? *Hastings Center Rep* 1983;13:10-12.

⁷ *Deciding to Forego Life-sustaining Treatment*. Washington DC, 1983.

⁸ Ross J., et al *Ibid* p 56.

⁹ Lo, Bernard; Behind closed doors: promises and pitfalls of ethics committees. *N Engl J Med*. 1987; 317:46-50.

olacak diğ̈er meslek gruplarını ve hatta, toplumun değerlerini temsil etmek üzere hastane dışından, vakayı kişisel olarak tanımayan kişileri biraraya getirmeyi amaçlıyordu. Bu yöntem, komiteler hakkında büyük bir çelişkiyi gündeme getirdi. Eldeki verilere göre tablo 9 ve 10'da da özetlendiği gibi, etik komiteleri temel amaçlarına ulaşmak için çok yönlü olması gereken karma bir üye topluluğunu bir araya getirirken, çok farklı ortamlardan gelen üyelerdeki bilgi, eğitim ve tecrübe çeşitliliği ve komiteye ayrılacak zaman yetersizliği gibi problemlerden dolayı acil vakalara yetişememe, vaka değerlendirmelerini zamanında yetiştirememe gibi komiteyi temel amaçlarından uzaklaştıran problemlerle karşılaşmaya başladı.

Daha önceki bölümlerde vurgulanan Kohlberg isimli sosyal araştırmacının (ek 2) tanımlamaya çalıştığı, kişilerin ahlaki gelişimleri sırasında geçirdikleri aşamalar, karma etik komitelerinin vaka değerlendirmeleri sırasında karşılaştıkları zorlukları anlamaya şu açılardan yardımcıdır: Hiçbir etik problemin çözümünün doğruluğu, seçilen yolun doğruluğu ile paralel olmak zorunda değildir. Toplumsal değerlerin ve inançların ise önem sırasına göre sıralanması mümkün değildir çünkü bunlar göreceli olarak değisir. Kohlberg'in sınıflamasına göre, toplumdaki insanların hepsi karşılaştıkları farklı etkilerden dolayı, ahlaki gelişmenin farklı aşamalarında yer alırlar. Herhangi bir etik problemin çözümünde varılan sonuc, bu fikrin taraftarı olan kişi tarafından, bütün gereçleri, açıklamaları ve amaçları ile etik sınırlar çerçevesinde haklı çıkarılabilir. Bu sebeplerden dolayı çok farklı özgeçmişlere sahip kişiler, etik bir problemin çözümü için biraraya geldikleri zaman, herşeyden önce problemde varolan ve çelişen etik

prensipleri aydınlatırken hemfikir olmalılar, bundan sonra grubun üyelerinin benimsemiş oldukları ve birbiri ile çelişen etik prensipleri olup olmadığını aydınlığa kavuşturmalıdırlar. Bütün bunların yapılabilmesi için, komitelerde görevli kişilerin bu işe ayıracak yeterli zamanlarının olması, üyelerin birbirlerini bir süredir tanıyor ve beraber çalışıyor olmaları ve üyelerden bir kısmının etik konusunda önceden eğitim almış ve bu konuda uzmanlaşmış olması gerekmektedir. Yaptığımız araştırmada, komitelerin kendi problemlerine ait yapmış oldukları yorumlar bu bilgileri doğrulamaktadır.

Araştırmamızda, etik komitelerin kendi problemleri ile ilgili yaptıkları açıklamalara ve Purtillo, R'a göre, etik komiteleri çoğu zaman sağlık personeli tarafından, bir tıbbi danışmanlık modeli olarak görülmekte ve vaka değerlendirmelerinde ve karar verirken etik komitelerden çok fazla şey beklenmektedir. Sağlık personeli, aynen kalp hastasının durumunu kardiyoğa danışır gibi, etik problemlere de kesin, kolay anlaşılır ve uygulanır çözümler beklemekte ve bu çözümlere çok

kısa sürede ulaşmayı ummaktadır.¹⁰ Yine araştırmamızın verilerine göre, bugünkü işleyişleri ile etik komitelerin bu beklentilere cevap vermesi mümkün değildir. Acil vakalarda üyeler biraraya gelememekte ve vakaların sonuca bağlanması aylarca sürmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, etik komite üyelerinin büyük çoğunluğu etik alanında uzmanlaşmış kişilerden oluşmamaktadır, hatta bazı komitelerde etik uzmanı hiç görülmemektedir. Üyelerin çoğunluğunu hastanede görevli sağlık personeli veya etiğe özel ilgisi olan ve belirtilmiş meslek gurupları oluşturmaktadır. Bunlara heran danışılmaya hazır kişiler gözüyle bakılması ve vakaların kısa bir sürede ikna edici kesin çözümlere ulaşmasının beklenmesi, bugünün şartları içinde sağlık personeli için aldatıcı bir beklentidir.¹¹

Tablo 3 ve 4'de görüldüğü üzere, etik komiteleri çoğunlukla düzenli bir şekilde toplanmakta ve komiteye tabloda belirtilen değişik kişiler tarafından vaka sunulmasını beklemektedirler. Hastanelerde klinik hizmet, hastalıkların çeşitliliği, teknolojik gelişmelerin katkıları ve hastaların içinde bulunduğu psikolojik durum gibi etkenlerle oldukça zor ve karışık bir hizmettir. Bazen hastadan direk sorumlu sağlık personeli bile hasta ile ilgili bütün belgeleri, bütün bilgileri biraraya getirirken durumun zorluğundan şikayet etmektedirler. acil durumlarda ise hasta ile ilgili gerçekler çok çabuk değişebilir. Hastadan sorumlu personel, hasta ile ilgili bilgileri hergün takip ettiği halde, bunları yorumlamayı ve biraraya getirmeyi zor bir iş olarak nitelerken, üyeleri komite odasında belli zamanlarda buluşan, kliniklerde siksık inceleme yapmayan ve

¹⁰ Purtillo R: Eyhics consultations in the hospital. *N Engl J Med* 1984;311(15):983-6.

kendilerine belirledikleri kişiler tarafından vaka sunulmasını bekleyen komiteler, kendilerinden beklenen hızda ve açıklıkta, vakalar hakkında çözüme ulaşmayı bugün için gerçekleştirememektedirler.¹²

Brennan, Lo, ve Puma'ya göre^{13,14,15} de komiteler hastalarla ilgili bütün bilgilere ulaşamamaktan şikayetçidirler. Bu durum, heran hastalarla beraber olan doktorları, hastanın bakımı ile ilgili kararları komiteye bırakırken huzursuz etmektedir.^{16,17} Hastanın bakımı çoğu zaman komite bir sonuca ulaşana kadar ertelenmekte, üyeler çoğu zaman istenen zamanlarda biraraya gelememekte ve danışmanlık görevi olan komitelerin işlevleri, üyelerin gösterdikleri ilgi oranında gerçekleşmektedir.¹⁸

Etik komitelerin kararları, tablo 8'de de özetlendiği gibi, tavsiye niteliğindedir. Amerika'da kararları, mahkeme kararı yerine geçebilecek tek etik komite, Quinlan davasından sonra New Jersey'de mahkeme kararı ile kurulmuş olan etik komitedir. Bu komitenin bütün üyeleri doktordur ve görevi söz konusu olan hastalığın seyrini belirlemektir. Bunun dışında, etik komitelerin tavsiye etmiş oldukları eylemler zaman

¹¹ Basson M: Bioethics in the medical center. *Hosp Practice* 1984;19(7):177.

¹² La Puma J, Toulmin SE: Ethics Consultants and Ethics Committees. *Arch Intern Med* 1989;149:1109-1112.

¹³ Brennan TA: ethics committees' decisions to limit care. *JAMA*. 1988;260:803-807.

¹⁴ Lo B: Behind closed doors: promises and pitfalls of ethics committees. *N Engl J Med* 1987; 317:46-50.

¹⁵ La Puma J: Ethics by committee? *N Engl J Med*. 1987;317:14-18.

¹⁶ Volpintesta EJ: Ethics consultants need doctor's support. *Hastings Center Rep*. 1986;16:48

¹⁷ Cohen CB: Ethics committees: is case consultation in retreat? *Hastings Center Rep* 1988;18:23.

zaman mahkemeye verilmiş ve hatalı bulunmuştur. Minnesota, New Mexico ve Georgia daki yüksek mahkemeler, 1982 ve 83 yıllarında farklı etik komitelerin hayatın devamını sağlayan tedavilerin durdurulması ile ilgili verdikleri kararları onaylamamışlardır.^{19,20} Bu şartlar altında, tedavilerin durdurulması yönünde tavsiye kararı veren etik komiteleri yüzünden, pek çok kaynağa göre^{21,22,23,24,25,26,27,28} sağlık personeli, cinayet veya ihmalkârlık gibi suçlarla yargılanabilir. Komite kararlarının cinayet işleme amacı ile alındığı iddia edilebilir²⁹ veya doktorla anlaşmazlığa düşen komite üyesi doktorun aleyhine ifade verebilir.³⁰

¹⁸ Michaels RH, Oliver TK: Human rights consultation: a 12-year experience of a pediatric bioethics committee. *J Pediatr* 1986;78:566-572.

¹⁹ Siegler M: Ethics committees: decisions made by bureaucracy. *Hastings Center Rep* 1986;16:22-24.

²⁰ Wolf SM: Ethics committees in the courts. *Hastings Center Rep*. 1986;16:12-15.

²¹ Robertson JA: *The Rights of Critically Ill*. New York, Bentam Books Inc., 1983.

²² Robertson JA, Fost M: Passive euthanasia of defective newborn infants: Legal considerations. *J Pediatr*. 1976;88:883.

²³ Robertson JA: Involuntary euthanasia of defective newborns: Legal considerations. *Stanford Law Rev.* 1975;27:213.

²⁴ Robertson JA: After Edelin: Little guidance. *Hastings Center Rep* 1977;7:15-17.

²⁵ Robertson JA: Dilemma in Danville. *Hastings Center Rep* 1981;11:5-8.

²⁶ Towers B: Irreversible come and withdrawal of life support: Is it murder if the IV line is disconnected? *J Med Ethics* 1982;8:203-205.

²⁷ Breo DL, Lefton D, Rust ME: MDs face unprecedented murder charge. *Am Med News* 1983; pp 1,13-19, 21-22.

²⁸ *Barber v Sup Court for the State of California*. Court of Appeals, 2d Appellate District, Division Two, Sup Ct. #A025586, October 12, 1983.

²⁹ Robertson JA: involuntary euthanasia of defective newborns, *ibid*.

³⁰ Fost and Cranford: *ibid*.

La Puma'ya göre³¹, Etik komiteleri çalışma programları ve amaçları, kesinleşmemiş karma komiteler olarak, bugünkü işleyişleri ile vakalar hakkında tatminkâr ve hızlı sonuçlara ulaşamazlar. Amerika'da etik komiteleri ile ilgili yaptığımız araştırmanın tablo 9 ve 10'da özetlenen bulguları, benzer bilgiler vermektedir. Hatta Puma'ya göre, çok farklı insan guruplarının birarada yaşadıkları toplumlarda, karma bir komite vaka değerlendirme görevini beklendiği şekilde yerine getiremez.

Fleetwood, Janet'e göre ise,³² etik problemlerin çözümünde, sonuca ulaşmak için kullanılan yöntem de çok önemlidir. Sağlık personelinin çelişen bütün etik prensiplerin farkına varabilmesi için, çok farklı olasılıkların, değişik kişi topluluklarının değerlendirmesine sunulması gerekir. Farklı meslek guruplarından ve farklı özgecmisi olan kişiler, bugün işlemekte olan etik komitelerinde vardır.

Araştırmamızın sonuçlarının tablo 10'da gösterdiği, etik komitelere ait problemler (amaç belirsizliği, bazı komitelerin sadece vaka değerlendirmesi ve eğitim yapmaması, üyelerin yeterli eğitim almamış olmaları, üyelerin acil vaka toplantılarına katılamamaları ve vaka değerlendirmelerinin çok uzun sürmesi), yakın bir gelecekte çözülemezse, McCormic RA'ya göre³³, komiteler ve kurumlar için ciddi problemler doğuracaktır.

³¹ La Puma J, Toulmin SE: *ibid.*

³² Fleetwood J: *ibid.*

³³ McCormick RA: Ethics committees: promise or peril? *Law, Med Health Care* 1984. 12(4):150-5.

Weiden, P ve Macklin, Ruth'a göre^{34,35} etik komitelerin temel görevi, önerilen hasta veya doktor kararının etik açısından kabul edilebilir olup olmadığını aydınlatmaktır. Etik komiteleri bugün, kararları basit bir şekilde tartışmanın ötesinde, ilgili etik prensipleri aydınlatma başarısına ulaşmışlardır. Etik komiteleri, kesin sonuçlara varmıyorlarsa, bu davranışlarının sebebi, hastaya ait kararlardan sorumlu doktorun işine çok fazla karışmak istememeleri olabilir. Kesin kararlar vermek, bugün için sadece gönüllü danışmanlık yapma yetkileri olan komiteler için, karşı karşıya kalmak istemedikleri büyük bir kanuni sorumluluk olabilir. Yukarıda adı belirtilen yazarlara göre, etik komitelerin varlığı herşeye rağmen, hastaneyi ve sağlık personelinin kanun karşısında rahatlatmaktadır çünkü eylemlerini açıklayan tavsiye kararlar söz konusudur. Bunların yanısıra, alınacak bir karar pekçok kişi tarafından tartışıldığı zaman, büyük ve ani hatalar yapma şansı azalır.

Aynı yazarlara göre, etik komiteleri çabuk cevaplardan kaçınmalıdırlar. Janet Fleetwood da, etik komitelerin karar verirken pekçok olasılık üzerinde düşünerek, sağlık personelinin veya hastaların o ana kadar düşünmedikleri bakış açılarını ortaya çıkarmakta , ani ve yanlış kararlara karşı önleyici bir rol oynamaktadır.

Araştırmamızdaki bazı kurumların verilerine göre komite üyeleri, doktor ve hastaların, karar yetkileri ellerinden alınıyor diye komitelerin varlığına direnç göstermelerinden endişe duymaktadırlar.

³⁴ Weiden P: ethics by committee? [editorial]. *New Engl J Med* 1987;317,22:14-18.

³⁵ Macklin R: *Consultative roles and responsibilities*. In: RE Cranford and AE Doudera, eds., *Institutional Ethics Committees and Health Care decision making*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration press, 1984, pp 157-168.

Macklin Ruth'a göre ise, komitelerin varlığında da son karar yetkisi sorumlu doktor veya hastanıdır, komiteler sağlık personelinde gerektiğinde başka uzmanların yaptıkları danışmanlık görevini yapmaktadırlar.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, bugünkü tıp hizmetinde etik problemlerin farkına varılması, gerek toplum, gerekse sağlık personelinin bilinçlendirilmesi açısından etik komitelerin kurulması çok önemli bir girişim olmuştur. Etik komitelerin kendi verilerine göre de, eğitim, protokol ve rehberler hazırlanması konularında komiteler başarılı olmuşlardır. Etik komiteleri, prensiplerin çeliştiği vakalarda, tek yanlı, yanlış olma şansı yüksek ani kararları önlemiş ve taraflar huzursuz olduğu zaman, başvurabilecekleri resmi bir yetkili olarak var olmuşlardır.

Vaka değerlendirmelerinde, bugünkü işleyişleri ile kendilerinden beklenenleri yerine getirememişlerdir. Üyelerin zaman yetersizliği dolayısıyla biraraya gelemeyişi, acil vakalarda yardımcı olamayışları, üyelerin kliniklerden uzak olmaları, bazen kendilerinden yardım beklenirken üyelerin tecrübe , bilgi eksikliği gibi nedenlerle sonuca varamayan tartışmalar içinde kayboluşları ve vakaların bakımının gecikmesi gibi problemleri olmuştur. George Annas, komitelerdeki bu problemler aşılamazsa, yakın gelecekte danışmanlık görevlerinin daha iyi işleyen başka yetkililere bırakılacağını söylemiştir.³⁶ Ayrıca etik komiteleri kendilerine sunulan vaka çeşitliliği açısından ve vakaları sunan kişiler açısından sınırlı kalmışlardır (tablo 3ve 9).

³⁶ Annas G: *ibid.*

Etik komiteleri eğitim programlarında, rehber ve protokol hazırlama görevlerinde başarılı olmuşlardır. Vakalara danışmanlık görevlerinde ise bugünkü problemlerini aşabilmeleri için Bernard Lo'nun şöyle önerileri vardır:³⁷

- 1) Hastalar ve aileleri her zaman komiteye vaka sunma hakkına sahip olmalıdırlar.
- 2) Komiteler çok daha sık toplanmalı, üyeler kendilerini bu göreve adanmalı ve mümkünse bu üyelerin temel işlerinden biri olmalıdır.
- 3) Komiteye sunulan her vaka , mümkün olduğunca kısa sürede bir sonuca bağlanmalıdır.
- 4) Komite üyeleri, kliniklerde problemlı vakaları yakından takip etmelidirler.
- 5) Acil vaka durumlarında, belli sayıda üye, çağrılmaya hazır durumda beklemek üzere, komitede işbölümü yapılmalıdır.
- 6) Komitenin bütün kararları, belge olarak saklanmalıdır.
- 7) Komiteler, kurum icinde en rahat çalışabilecekleri üye bileşimini deneyerek bulmak sorumluluğuna sahip olmalıdırlar.

³⁷ Lo Bernard: Behind Closed Doors, *ibid.*

BÖLÜM V. EKLER

EK 1 - İNSANIN AHLÂKİ GELİŞİMİNDEKİ AŞAMALAR

Kohlberg'in sınıflamasına göre, bütün aşamalar dört temel devrede guruplanabilir. Devre A 'ya Gelenekler Öncesi Devre denir. Bu devrede 1 ve 2'inci olmak üzere iki aşama vardır. Aşama 1, Ceza ve İtaat aşamasıdır. Bu aşamaya göre, yapılması doğru olan, kuralları çiğnemekten kaçınmak, sadece itaat etmiş olmak için itaat etmek, kişilere ve eşyalara fiziksel zarar vermekten kaçınmaktır. Bu aşamada doğru olanı yapmanın tek sebebi, daha güçlü olan yetkili kişiler tarafından cezalandırılmamaktır. Bu aşamada yalnız, egosentrik bakış açıları hakimdir. Bu aşamadaki bir şahıs, başka insanların da bazı hakları olduğunu düşünüp, birden fazla bakış açısının sentezini yapamaz. Bu düzeydeki şahıslar, yapılan eylemlerin sadece fiziki sonuçları ile ilgilenirler, eylemlerin başka kişiler üzerinde ne gibi psikolojik sonuçları olacağını düşünmezler. Yetkili ve kendi üzerlerinde söz sahibi kişilerin bakış açıları ile kendilerinin bakış açılarını birbirine karıştırırlar.

Aşama 2, Bireylerin sadece kişisel çıkarlarını amaç edinip, bunun için alışverişe girdikleri aşamadır. Bu aşamada doğru olan, kişilerin kendilerinin veya başkalarının ihtiyaçları için hizmet verirken, maddi çıkarlarını çok iyi korumalarıdır. Doğru olan, bireyin acil menfaatlerini çok iyi bir şekilde koruması ve başkalarının da aynı şekilde hareket

etmesini haklı bulmasıdır. Doğru olan aynı zamanda adil olandır, alışverişlerde eşitlik ve anlaşmalara sadık kalma önemlidir. Bu aşamanın bireylerindeki mantık, ' bu dünyada kişiler kendi çıkarlarını korurken, başka insanların da çıkarları olduğunu unutmamalıdır', esasına dayanmaktadır. Bu aşamadaki bireyler, sosyal bakış açıları içinde, bireysel bakış açılarını da somutlaştırmaktadırlar. Bu düzeyde hareket eden bir kişi, kendisinden daha fazla söz sahibi yetkililerin bakış açılarını ve çıkarlarını, kendisine ait olanlardan ayırabilmektedir.

Devre B, Geleneksel devredir. Bu devrede 3 ve 4'üncü aşamalar yer alır. 3' üncü aşama, " İnsan ilişkilerindeki karşılıklı beklentiler, alışverişler ve huzur ' aşamasıdır. Bu aşamada bireyin diğer kişilerle kurmuş olduğu ilişkilere belli bir bakış açısı vardır. Bu düzeydeki bireyler, insanlar arasında bazen kişisel çıkarlarından daha önemli olabilecek, paylaşılan duyguların, anlaşmaların ve beklentilerin farkındadırlar. Kişiler, olayları değerlendirirken kendilerini başkalarının yerine koyabilirler. Bu düzeydeki kişiler için doğru olan, iyi bir insan olmak, başkalarının iyiliğini istemek, onların duygularına saygılı olmak, ilişkilerde dürüst olmak ve kurallara uymak istediği için uymaktır. Bu davranışların sebebi ise, başkalarının gözünde iyi kişi olabilmektir.

4'üncü aşama, "Sosyal sistem ve bilincin korunduğu", aşamadır. Bu aşamada doğru olan, toplumun düzenini, güvenliğini ve huzurunu sağlamak amacı ile, sosyal kurallara uymaktır. Bu aşamadaki mantık, bireylerin kendilerine saygı bilinci ile, yükümlülüklerini ve sonuçlarını düşünüp, toplumun bütünlüğünü koruma ruhu ile hareket etmeleridir. Çoğunlukla bireyler, 'Herkes böyle yaparsa ne olur ? ' tarzında sorular sorarlar. Bu aşamadaki bireyler, kuralları ve görevleri belirleyen sosyal

bir bilinçe ulaşmışlardır. Bu kişiler için, insan ilişkilerinin sistemdeki rolü önemlidir.

Devre B/C , geçiş devresidir. Bu devre gelenekleri aşmıştır fakat henüz prensipleşmemiştir. Bu düzeyde bireylerin tercihleri tamamen kişisel ve subjektiftir. Tercihler tamamen duygulara dayanır, bilinç, görev ve ahlak açısından doğru olma kavramları tamamen görecelidir. Sosyal bakış açısındaki geçiş döneminde olan bireyler, kendilerini toplumun dışında bir yere oturturlar ve tercihlerini yaparken toplumla hiçbir bağlantılarının olmadığı esasına göre hareket ederler. Bireyler, belli toplumlar tarafından tanımlanmış bazı yükümlülükleri tercih edebilirler fakat bu tercihleri hiç bir prensibe dayanmaz.

Devre C, gelenekler sonrası ve prensipleri olan devredir. Bu devredeki bütün ahlâki kararlar, adaletli ve refah içinde yaşamaya karar vermiş bir toplumun bireylerinin hemfikir olduğu haklara, değerlere ve prensiplere dayanır. Bu devre, 5'inci ve 6'ıncı aşamaları içerir. 5'inci aşama, ' Öncelikli haklar ve sosyal faydalar ', aşamasıdır. Bu aşamadaki bireyler için doğru olan, toplumun temel haklarını, kanunlarını ve değerlerini korumaktır. Bu aşamada öncelik topluma verilir, bu düzeydeki birey, toplumun değerlerinden daha önemli olan değer ve hakları bilse bile, önceliği olan toplumun bütünlüğünü ilgilendirenlerdir. Bazen bu düzeydeki bireyler, hukuki ve ahlâki bakış açılarını mukayese eder, çelişkileri görür fakat bunları bağdaştıramazlar.

6'inci aşama, 'Evrensel etik prensipleri' aşamasıdır. Bu düzeydeki şahsın rehberi, evrensel etik prensiplerdir. Bu prensiplere dayanan kanunlar ve sosyal anlaşmalar geçerlidir. Kanunlar, bu prensipleri

çığnerse, birey prensiplere uygun hareket etmeyi seçer. Prensipler evrenseldir: İnsan haklarının eşitliği ve bireylerin insan olmanın verdiği şerefle saygıyı hakedişi gibi. Bu prensipler yalnız kabul edilmekle kalmaz, pekçok kararın alınmasında önemli rol oynarlar. Bu aşamanın mantığı, insanın prensiplerin doğruluğunu gördükten sonra onlara bağlı kalmayı tercih etmesidir. Bu düzeydeki bireylerin bakış açısı, ahlağın temeli olan insanlara saygı prensibinin benimsendikten sonra, terkedilemeyeceğidir.



EK 2- ETİK KOMİTELERİ TARAFINDAN HAZIRLANMIŞ REHBER VE PROTOKOLLERE ÖRNEKLER

GERİ DÖNÜŞÜMÜ MÜMKÜN OLMAYAN ÖLÜM AŞAMASINDAKİ HASTALIKLAR İÇİN REHBER

St. Joseph Hospital, Mt. Clements, Michigan

Değerler ve İnançlar

Biz, insan hayatının kıymeti bilinmesi gereken bir hediye olduğuna inanırız çünkü bu Tanrı huzurunda böyle kabul edilir.

Biz, sorumluluğumuzun insan hayatının kutsallığını korumak gerektiğine inanırız, bu sorumluluk için hayatın ölümden uzak tutulmalıdır.

Bu protokol ve ilgili rehberlerde, bütün niyetimizin, hastalık, acı çekme ve ölüm süreçlerinde insan hayatının haklarını korumak olduğunu ve ötonaziye tamamen karşı olduğumuzu bildiriyoruz.

KAVRAMLARIN AÇIKLANMASI

Bir hastalık, bilinen tedavi yöntemleri hastalığı iyileştirmeye yeterli olmadığı ve hastalığın seyri tedavisi açısından bugünkü tıbbi bilgi ve teknikleri aştığı zaman, 'Geri Dönüşümsüzdür.'

KLİNİK ÖRNEKLER

- 1) Pekçok organa yayılmış ve metastazları ileri dönemde olan kanser hastalığı.
- 2) Başka sistemleri de içine alarak, kalp, akciğerler, karaciğer gibi hayatî organların iflas etmeleri.
- 3) Aşırı yaşlanma ve güçten düşme halî.

HAYATA GERİ DÖNDÜRÜLMEMESİ GEREKEN DURUMLAR İÇİN REHBER

Tıbbi uygulama esaslarına göre, hastaların kendi istek ve arzuları yönünde tedavi edilme hakları vardır. Bundan da anlaşılır ki, hastanın hayatını uzatmak için gerekli tedavinin uygulanıp uygulanmaması, tıbbi teknolojik imkanları seçmesine veya reddetmesine bağlıdır. Hastanın bakımına karar verirken gerçek olan etkenler, kendisinin yaşayacağı veya yaşamaya başlamış olduğu ölümü seçme veya reddetme özgürlüğüdür. Yeterliliği olan hasta, ölüm halinde hayata geri döndürülmeyi istemiyorsa, bu fikir zıt görüşte olan aile bireyleri tarafından değiştirilemez. Hastanın izni ile, aile bireylerini önceden bu karardan haberdar etmek çok önemlidir.

Sorumlu doktor, ancak yeterliliği olan bir hastanın aydınlatılmış onamı veya yeterliliği olmayan bir hastanın ailesinin veya hukuki vekilinin aydınlatılmış onamı ile hasta hakkında kendisi karar verir veya başka bir meslekdaşına danışarak karar verir. Doktor, hastanın hayati faaliyetleri sona erdiğinde, vasiyetin nasıl uygulanacağını hastaya ve ailesine anlatmakla sorumludur.

PROTOKOL

Hayata geri döndürmemeyi bildiren protokol, tam bir döküman olarak hazırlanmalıdır. Bu türde kararlar, bir şahit ve doktor önünde yazılı olarak hazırlanmalı ve hergün gözden geçirilmelidir.

Ölüm sırasında veya hayata geri döndürmeme kararının alındığı sırada, hastaya veya hasta yakınlarına destek olmak üzere başka bölümlerden sağlık personeli çağırılabilir.



EK 3 BEYİN OLUMUNUN KRİTERLERİ

St. Joseph Hospital, Mt. Clemens, Michigan

Hastanın ölüm kararı, hastadan sorumlu doktor tarafından verilecektir. Ölüm, hayati fonksiyonlarının bir daha geri dönmeyecek şekilde durduğuna karar verilen an olarak tanımlanır.

Hayatın devamını sağlayabilecek cihazların kullanımının söz konusu olduğu vakalarda ise, beyin fonksiyonlarının durup durmadığına karar vermek gerekir.

Beyin ölümüne karar verebilmek için kabul edilmiş belli kriterler vardır. Bu kriterler, karar verirken doktora yardımcı olur. Bu kriterler, hiçbir zaman çok katı kurallar değildirler çünkü hiçbir kural listesi, doktorun hasta ile ilgili bütün şartları birarada değerlendirmesinin yerini tutamaz. Son karar her zaman doktorundur.

Kriterler şunlardır:

I. Hasta komadadır.

- A) Koma hipotermi sonucunda ortaya çıkmamıştır. (Vücut sıcaklığının 32.2 C nin altında olması)
- B) Koma, merkezi sinir sistemini baskılayıcı ilaçlar sonucunda ortaya çıkmamıştır.
- C) Hasta 5 yaşından küçük bir çocuk değildir.

II. Beyin sapı refleksleri kaybolmuştur.

A. Pupila refleksleri kaybolmuştur

B. Kornea refleksleri kaybolmuştur.

C. Okulovestibuler refleksler kaybolmuştur.

D. Bronş uyarısına karşılık gag refleksi
kaybolmuştur.

E. Apne

III. Elektroserebral sessizlik.

Yukarıda verilen kriterler, hastadan sorumlu doktora, bir üroloğa ve bir beyin cerrahına göre 6 saatten fazla süredir devam ediyorsa, EEG çekilmesi gerekir. EEG'nin enasağı 30 dakika izlenmesi gerekir. EEG'nin, Amerikan EEG birliği tarafından, supheli beyin ölümleri durumunda EEG çekimindeki minimum teknik standartlar adlı kılavuzunda belirttiğı şartlara uygun çekilmesi gerekir.

EK 4- AYDINLATILMIS ONAM FORMU

BOSTON UNIVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DENEY KONTROL KOMİTELERİNİN KONTROLLER İÇİN AYDINLATILMIS ONAM FORMU

Parvovirus isimli, artrit ve fibromiyalji (AGRILI KAS DURUMU) gibi sendromlara sebep olan bir virus ile ilgili yapılacak deneye katılmanız arzu edilmektedir. Kolunuzdaki bir venden kan alınacak ve parvovirus enfeksiyonu geçirip geçirmediğiniz test edilecektir. Çalışma boyunca isminiz gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda herhangi bir bildiride veya yayında isminiz açıklanmayacaktır. Venden kan alırken mümkün olan yan etkiler, enfeksiyon, bilinç kaybı, kankaybı veya morarmadır, fakat bu çalışmadaki kol veninden alınacak az miktardaki kan yüzünden bunların görülmesi pek olasılık dahili değildir. Herzaman için kan alınırken çok az da olsa huzursuzluk hissedilebilir. Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi, kan alırken ortaya çıkabilecek bütün komplikasyonların bakımından her yönü ile sorumludur.

Bu araştırma ile ilgili aklınıza gelebilecek bütün soruları herzaman sorabilirsiniz. Arastırma ekibi üyeleri, Alan Berg, M.D., ve Robert W. Simms, M.D., sorularınıza cevap vermek için 638-4310 numaralı telefonda hazır olacaklardır. Deneyde yer alacak bir denek olarak haklarınız hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi Deney Kontrol Komitesi başkanını 638-7266 numaralı telefonda arayabilirsiniz. Eger araştırmanın sonucunda herhangi bir problemle karşılaşırsanız, araştırma ekibinin başı olan Robert W. Simms, M.D.,'yi 638-4310 numaralı telefonda arayabilirsiniz.

Bu araştırmada hiçbir Şekilde yer almak zorunda değilsiniz. Araştırmaya katılmaya karar verdikten sonra da kararınızı değiştirirseniz, onamınızı geri çekebilirsiniz. Bu kararlarınızdan dolayı gelecekteki bakımınız veya elde edeceğiniz imkânlar hiçbir Şekilde olumsuz yönde etkilenmeyecektir.

Ben, araştırmadan doğacak fiziki bir zararın tedavisinin universite hastanesinde masrafları karşılanarak yapılacağını anlıyorum. Bu araştırmada yer aldığım icin, herhangi bir tazminat ödenmeyecektir. Bu paragraf, Boston niversitesi ve niversite hastanesi tarafından hazırlanmış bir protokoldur ve kanuni haklarımı ortadan kaldırmaz.

Yukarıda anlatılan deneyi okudum ve anladım. Bütün riskler ve faydalar aydınlatıldı ve sorduğum bütün sorulara tatminkar cevaplar aldım. Ayrıca, gelecekteki sorularımın da cevaplanacağından emin oldum. Bu formun bir kopyesi bende kalacaktır.

İstediğim her hangi bir zaman onamımı geri çekip çalışmadan ekilebileceğimi anlıyorum.

Gönüllü olarak çalışmaya katılma onamı veriyorum.

Burada çalışmada yer alacağımı onaylıyorum.

Tarih _____ Deneğin İmzası _____

Tarih _____ Sahidin İmzası _____

Tarih _____ Araştırma Ekibinin
Başkanının İmzası _____

Şu tarihlerde geçerlidir: _____

Deney Kontrol Komitesi : _____



EK 5 YAŞAYAN DİLEK VE KALICI VEKALET GÜCÜ'NE ÖRNEKLER

Aileme, doktoruma, avukatıma ve ilgililere:

YASAYAN DİLEK

Ölüm, dogmak, büyüme ve yaşlanmak gibi hayatta kaçınılmaz olan gerçeklerden biridir.Kendi ölümüm sırasında verilmesi gerekebilecek kararları şimdiden düşünerek, ölüm zamanı geldiğinde, uygulanabilecek tedavileri reddetmek istediğimi ifade edebilmek için,

Ben, (isim), aklım yerinde iken, ölüm anındaki tedavileri ilgilendiren arzularım ve direktiflerim için bu yazılı belgeyi hazırlıyorum.

Kanuni bağlayıcılığı olan bu belge ile, doktoruma, bana sağlık hizmeti verecek kişilere, aileme, benim tarafımdan veya mahkeme tarafından atanacak vekile emrediyorum. Eğer, bana sunulacak sağlık hizmeti hakkında karar veremeyecek kadar, fiziki ve akli olarak yetersiz duruma düşersem, bu belge karar aşamasında ihtiyaç duyulacak yetkilinin yerini tutacaktır.

Eğer tümü ile bilinçsiz bir duruma düşersem ve ölümcül hastalıktan şifa bulmak mümkün değil ise, suni yöntemlerle hayatımın devam etmesini istemiyorum.Acıyı dindirecek ilaçlar ölümümü çabuklaştırırsa bile acı duymamak için bu ilaçların verilmesini ve ölüm anında huzurlu olmayı istiyorum. Bu şartlarda hayatımın devamını

saglayacak hiçbir tedavi yönteminin uygulanmamasını ve özellikle belirtmemiş isem hiçbir suni gıdanın verilmemesini emrediyorum.

Bu isteğimin sizlerin omuzuna ağır bir sorumluluk yüklediğini biliyorum, fakat çok güçlü inançlarım doğrultusunda bu kararı alırken, sizin yükünüzü hafifletme niyeti içindeyim. Bütün herşeyi dikkatli bir şekilde gözden geçirdikten sonra ve arzu ettiğim eylemin bütün sonuçlarını anlamış bir şekilde kararımı verdim ve bu belgeyi hazırladım.

(Belgenin bu kısmı arzuya uygun bir şekilde hazırlanabilir.)



KALICI VEKALET GÜCÜ

Arzularımı yerine getirmek için, _____'de oturmakta olan _____'yi, bana sunulacak bütün sağlık hizmetlerini ilgilendiren kararlarda, adıma karar vermesi için vekil atıyorum. Bu kararlar içine, eğer ben karar veremeyecek durumda isem, hayatımın devamını sağlayan tedavinin reddi gibi kararlar da dahildir. Eger yukarıda belirttiğim kişinin bu işi yapması o anda mümkün değilse, _____de oturmakta olan _____'yi, diğer olası vekilim olarak atıyorum. Bu belge bundan sonra başıma gelecek hastalık, sakatlık ve yetersizlik durumlarında geçerli olacak ve değiştirilmeyecektir. Vekilimin, yaşamımla ilgili hazırlamış olduğum vasiyetnameyi yorumlama ve benim verdiğim direktifler doğrultusunda olmak şartı ile karar verme yetkisi vardır. Arzularım yeteri kadar anlaşılır değilse, vekilim benim için en iyi olduğuna inandığına karar verme yetkisindedir. Vekilimin, bu belgenin gücü ile, benim hakkımda iyi niyetle vermiş olduğu kararlardan doğabilecek sonuçlardan sorumlu tutulmamasını istiyorum.

Bu belgeyi dikkatli bir şekilde inceledikten sonra, bilerek ve isteyerek imzalıyorum.

Tarih:

Adres:

İmza:

Yukarıdaki belge 19 'de benim önümde hazırlandı ve imzalandı. Noter mühürü.

Şahit'in adı ve adresi

Şahit'in adı ve adresi

OZET

Bu çalışmada etik komitelerinin sağlık hizmetlerindeki rolünü anlatmaya çalıştık. Çalışmada ilk olarak etik prensiplerini ve sağlık hizmetlerinde her an karşımıza çıkabilecek, bu prensiplere dayanan etik problemleri ve ikilemleri tanıtmaya çalıştık.

Sonraki aşamada Amerika Birlesik Devletleri'nde kurulmuş olan etik komitelerinin gelişimlerini ve görevlerini inceledik. Bugünkü işleyişleriyle etik komitelerinin başarı düzeylerini belirleyebilmek için, Amerika'nın farklı coğrafi bölge ve kurumlarında kurulmuş onyedii etik komitesinden bilgi topladık.

Sonuçta bu komitelerin daha iyi nasıl hizmet verebileceklerini tartıştık.

Çalışmadaki temel amacımız, etik komitelerinin ne tür komiteler olduğunu tanıtabilmek ve kendilerinden beklenen şekilde hizmet verip veremedikleri sonucuna ulaşip, etik problemleri çözerken nasıl daha faydalı olabileceklerini tartışmak olmuştur.

SUMMARY

In this study we have tried to define the role institutional ethics committees have been playing in health care for some time.

First, we introduced the ethical principles in health care; and secondly, we cited major ethical issues that have become problems taking their roots from conflicts between the ethical principles. Then, we studied the evolution and functions of ethics committees in the U.S.. To be more consize about the success of ethics committees, we gathered

specific information from seventeen different institutional ethics committees, showing an even geographical distribution all across the United States. Finally, we concluded regarding existing problems of these committees and how those committees might have been functioning in different ways.

Our purpose has been to explore what the ethics committees have been; whether they have served as was expected of them; and how they be acting to ease the handling of ethical dilemmas which every health care provider in the world is facing day to day.



BİBLİYOGRAFYA

KİTAPLAR

- ANNAS, GEORGE J. *THE RIGHTS OF PATIENTS: THE BASIC AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION GUIDE TO PATIENT RIGHTS* (Southern Illinois University Press)(1989).
- ABRAMS, N and BUCKNER, MD. *MEDICAL ETHICS: A CLINICAL TEXTBOOK AND REFERENCE FOR THE HEALTH CARE PROFESSIONS* (MIT Press, Cambridge, MA)(1983).
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. *VALUES IN CONFLICT: RESOLVING ETHICAL ISSUES IN HOSPITAL CARE* (American Hospital Association, Chicago)(1985).
- BEAUCHAMP, T and CHILDRESS, J. *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS* (Oxford University Press, New York)(2nd ed. 1983).
- BEAUCHAMP, T and WALTERS, L. *CONTEMPORARY ISSUES IN BIOETHICS* (Wadsworth Publishing Co, Belmont, CA)(2nd ed. 1982)
- BENJAMIN, M and CURTIS J. *ETHICS IN NURSING*. (Oxford University Press, New York)(1981).
- BENTON G. *DEATH AND DYING: PRINCIPLES AND PRACTICES IN PATIENT CARE* (Van Nostrand Reinhold, New York)(1978).
- BRODY, H. *ETHICAL DECISIONS IN MEDICINE* (Little, Brown & Co., Boston)(1981).
- BIBLIOGRAPHY OF BIOETHICS* (L. Walters, ed.) (Macmillan Publishing Co., New York)(issued annually).
- BIOETHICS: BASIC WRITINGS ON THE KEY ETHICAL QUESTIONS THAT SURROUND THE MAJOR MODERN BIOLOGICAL POSSIBILITIES AND PROBLEMS* (T. A. Shannon, ed.)(Paulist Press, Ramsey, NJ)(rev. ed.1981).
- BIOMEDICAL ETHICS AND THE LAW* (JM Humber, RF Almeder, eds.)(Plenum Press, New York)(2nd ed. 1979).
- BIOMEDICAL ETHICS REVIEWS, 1983* (JM Humber, RF Almeder, eds.)(Humana Press, Clifton, NJ)(1983).

- JAMETON A. *NURSING PRACTICE: THE ETHICAL ISSUES*. (Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ)(1984).
- JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. *CLINICAL ETHICS: A PRACTICAL APPROACH TO ETHICAL DECISIONS IN CLINICAL MEDICINE* (Macmillan Publishing Co., New York)(1982).
- JONSEN AR, TOULMIN S. *THE ABUSE OF CASUISTRY: A HISTORY OF MORAL REASONING* (University of California Press, Berkeley, CA)(1988).
- KATZ J. *THE SILENT WORLD OF DOCTOR AND PATIENT* (Free Press, New York)(1984).
- KATZ J, CAPRON AM. *CATASTROPHIC DISEASES: WHO DECIDES WHAT?* (Russel Sage Foundation, New York)(1975).
- KIEFFER GH. *BIOETHICS: A TESTBOOK OF ISSUES* (Addison-Wesley Publishing Co., Reading, Mass.)(1979).
- KILLING AND LETTING DIE* (B Steinbock, ed.)(Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ)(1980).
- LEGAL AND ETHICAL ASPECTS OF TREATING CRITICALLY ILL AND TERMINALLY ILL PATIENTS* (AE Doudera, JD Peters, eds.)(Health Administration Press, AUPHA Press, Ann Arbor, MI)(1982).
- MACINTYRE A. *A SHORT HISTORY OF ETHICS* (Macmillan Publishing Co., New York)(6th ed. 1976).
- MCCORMICK R. *HEALTH AND MEDICINE IN THE CATHOLIC TRADITION* (Crossroad Publishing Co., New York)(1984).
- MCCORMICK R. *HOW BRAVE A NEW WORLD?* (Doubleday, New York)(1981).
- MEDICAL ETHICS: A CLINICAL TEXTBOOK AND REFERENCE FOR THE HEALTH PROFESSIONS* (N Abrams, MD Buckner, eds.)(Unit Press, Cambridge, MA)(1983).
- MEDICAL TREATMENT OF THE DYING: MORAL ISSUES* (MD Bayles, DM High, eds.)(Schenkman Publishing Co., Cambridge, MA)(1978).
- MEYERS DW. *MEDICO-LEGAL IMPLICATIONS OF DEATH AND DYING* (Lawyers Cooperative Publishing Co., New York)(1981).
- MORACZEWSKI AS, SHOWALTER JS. *DETERMINATION OF DEATH: THEOLOGICAL, MEDICAL, ETHICAL, AND LEGAL ISSUES* (Catholic Health Association of the United States, St. Louis, MO)(1982).
- NELSON JB, ROCHRICHT JS. *HUMAN MEDICINE: ETHICAL PESPECTIVES ON TODAY'S MEDICAL ISSUES* (Ausburg Publishing House, Minneapolis, MN)(rev. ed. 1984).

- O'ROURKE K, ASHLEY B. *HEALTH CARE ETHICS: A THEOLOGICAL ANALYSIS*. (Catholic Health Association of the United States, St. Louis, MO)(1982).
- PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *DEFINING DEATH* (1981); *WHISTLEBLOWING IN BIOMEDICAL RESEARCH* (1981); *COMPENSATING FOR RESEARCH INJURIES* (2 vols.)(1982); *PROTECTING HUMAN SUBJECTS* (1981); *SPLICING LIFE* (1982); *MAKING HEALTH CARE DECISIONS* (3 vols.)(1982-3); *DECIDING TO FOREGO LIFE-SUSTAINING TREATMENT* (1983); *IMPLEMENTING HUMAN RESEARCH REGULATIONS* (1983); *SCREENING AND COUNSELLING FOR GENETIC CONDITIONS* (1983); *SECURING ACCESS TO HEALTH CARE* (3 vols.)(1983); and *SUMMING UP* (1983) (United States Government Printing Office, Washington, DC)(1981-1983).
- REISER, S, DYCK A, CURRAN W. *ETHICS IN MEDICINE: HISTORICAL PERSPECTIVES AND CONTEMPORARY CONCERNS*. (MIT Press, Cambridge, MA)(1977).
- ROBERTSON JA. *THE RIGHTS OF THE CRITICALLY ILL* (Ballinger Publishing Co., Cambridge, MA)(1983).
- ROSS JW, BAYLEY C, MICHEL V, PUGH D. *HANDBOOK FOR HOSPITAL ETHICS COMMITTEES* (American Hospital Publishing Inc., Chicago, IL)(1986).
- SHAPIRO MH, SPECE JR. RG. *CASES, MATERIALS, AND PROBLEMS ON BIOETHICS AND LAW* (West Publishing Co., St. Paul, MN)(1981).
- STARR P. *THE SOCIAL TRANSFORMATION OF AMERICAN MEDICINE* (Basic Books, New York)(1984).
- THIROUX, JP. *ETHICS: THEORY AND PRACTICE* (Macmillan Publishing Co., New York)(3rd ed. 1986).
- VEATCH R. *A THEORY OF MEDICAL ETHICS* (Basic Books, New York)(1981).
- VEATCH R. *CASE STUDIES IN MEDICAL ETHICS* (Harvard University Press, Cambridge, MA)(1977).
- VEATCH R. *DEATH, DYING, AND THE BIOLOGICAL REVOLUTION* (Yale University Press, New Haven, CT)(1976).
- WALTON DN. *ETHICS OF WITHDRAWAL OF LIFE-SUPPORT SYSTEMS: CASE STUDIES ON DECISION MAKING IN INTENSIVE CARE* (Greenwood Press, Westport, CT)(1983).
- WEIR, R. *SELECTIVE NONTREATMENT OF HANDICAPPED NEWBORNS: MORAL DILEMMAS IN NEONATAL MEDICINE* (Oxford University Press, New York)(1984).

WINSLADE WJ, ROSS JW *CHOOSING LIFE OR DEATH: A GUIDE FOR PATIENTS, FAMILIES, AND HEALTH CARE PROFESSIONALS* (Free Press, New York)(1986).

WONG C, SWAZEY J. *DILEMMAS OF DYING: POLICIES AND PROCEDURES FOR DECISIONS NOT TO TREAT* (GK Hall, Medical Publishers, Boston, MA)(1981).

MAKALELER (REFERANSLARA EK OLARAK)

Allen DF, Fowler MD, *Cognitive Moral Development Theory and Moral Decisions in Health Care*, LAW, MEDICINE & HEALTH CARE 10(1):19-23 (February 1982).

Allen PA, et al., *Development of an Ethical Committee and Effects on a Research Design*, LANCET 1(82-83):1233-36 (May 1982).

Annas, GJ, *CPR: When the Beat Should Stop*, HASTINGS CENTER REPORT 12(5):30-31 (October 1982).

Annas, GJ. In re Quinlan: *Legal Comfort for Doctors*, HASTINGS CENTER REPORT 6:29-31 (1976).

Annas, GJ. *Informed Consent and Review Committees*, in THE PSYCHOSURGERY DEBATE (ES Valenstein, ed.)(Freeman Press, San Fransisco)(1980).

Annas, GJ. *Reconciling Quinlan and Saikewicz: Decision Making for the Terminally Ill Incompetent*, AMERICAN JOURNAL OF LAW AND MEDICINE 4(4):367-96 (1979).

Annas, GJ. *Refusing Treatment for Incompetent Patients: Why Quinlan and Saikewicz Cases Agree on Roles of Guardians, Physicians, Judges, and Ethics Committees*, NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE 80(5):816-21 (April 1980).

Aroskar M, *Anatomy of an Ethical Dilemma: The Theory*, AMERICAN JOURNAL OF NURSING 80(4):658-63 (April 1980).

Bader B, *Medical Moral Committees: Guarding Values in an Ambivalent Society*, HOSPITAL PROGRESS 63(12):80 (December 1982).

Baron CH, *Medical Paternalism and the Rule of Law*, AMERICAN JOURNAL OF LAW AND MEDICINE 4(4)337-65 (Winter 1979).

Bayley C, *Clinical Setting Enhances Bioethics Education*, HOSPITAL PROGRESS 64(12):50-53 (December 1983).

Bayley C, *Terminating Treatment: Asking the Right Questions*, HOSPITAL PROGRESS 61(9):50-53, 72 (September 1980).

- Beresford HR, *The Quinlan Decision: Problems and Legislative Alternatives*, ANNALS OF NEUROLOGY 2:74-80 (1977).
- Biomedical Ethics, A Symposium*, VIRGINIA LAW REVIEW 69:405-561 (April 1983).
- Buchanan A, *Medical Paternalism or Legal Imperialism: Not the Only Alternatives for Handling Saikewicz-type Cases*, AMERICAN JOURNAL OF LAW AND MEDICINE 5(2):97-117 (Summer 1979).
- Buchanan AE, *The Limits of Proxy Decision Making for Incompetent Patients*, UCLA LAW REVIEW 29(2):391-96 (1981).
- Capron AM, *The Quinlan Decision: Shifting the Burden of Decision-Making*, HASTINGS CENTER REPORT 6:17-19 (1976).
- Cohen CB, *Interdisciplinary Consultation on the Care of the Critically Ill and Dying: the Role of One Hospital Ethics Committee*, CRITICAL CARE MEDICINE 10(11):776-84 (1982).
- Curran WJ, *Quality of Life and Treatment Decisions: The Canadian Law Reform Report*, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 319(5):297-98 (Feb 2, 1984).
- Doudera AE, *Editorial: Section 504, Handicapped Newborns and Ethics Committees: An Alternative to the Hotline*, LAW, MEDICINE & HEALTH CARE 11(5):200 (October 1983).
- Ethics Committees in Hospitals* (CENTER FOR BIOETHICS, WASHINGTON,DC)(1983).
- Freedman B, *One Philosopher's Experience on an Ethics Committee*, HASTINGS CENTER REPORT 11(2):22 (1982).
- Guido DJ, *Hospital Ethics Committees: Potential Mediators for Educational and policy Change*, DISSERTATION ABSTRACTS INTERNATIONAL 43(11):3529-B.
- Gutteridge F, et al., *The Structure and Functioning of Ethical Review Committees*, SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE 16(20):1791-1800 (1982).
- Henry C, *The Ethics of Ethics: Nurses' Participation on Ethical Committees*, NURSING MIRROR 156(24):30 (June 15, 1983).
- Hirsch H, *Interview: Establish Ethics Committees to Minimize Liability, Authority Advises*, HOSPITAL RISK MANAGEMENT 3(4):45-48 (April 1981).
- Holmes C, *Bioethical Decision-Making: An Approach to Improve the Process*, MEDICAL CARE 17(11):1131-38 (November 1979).
- Keenan C, *Ethics Committees: Trend for Troubling Times*, HOSPITAL MEDICAL STAFF 12(6):2-11 (June 1983).

- Lestz P, *A Committee to Decide the Quality of Life*, AMERICAN JOURNAL OF NURSING 77(5):862-66 (May 1977).
- Levine C. *Hospital Ethics Committees: A Guarded Prognosis*, HASTINGS CENTER REPORT 7(3):25-27 (June 1977).
- MacIntyre A, *Theology, Ethics, and the Ethics of Medicine and Health Care: Comments on Papers by Novak, Mouw, Roach, Cahill, and Hart*, JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY (December 4, 1979).
- May W, *Composition and Function of Ethics Committees*, JOURNAL OF MEDICAL ETHICS 1:23 (May 1976).
- Noble CN, *Ethics and Experts*, HASTINGS CENTER REPORT 12(3):7-15 (June 1982).
- Pattulo EL, *Institutional Review Boards and the Freedom to Take Risks*, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 307(18):1156-59 (October 28, 1982).
- Pinkus RL, *Medical Foundations of Various Approaches to Medical-Ethical Decision-making*, JOURNAL OF MEDICAL PHILOSOPHY 6(3):295-307 (August 1981).
- Pope John Center Staff, *How Can Medical-Moral Committees Function Effectively in Catholic Health Facilities?*, HOSPITAL PROGRESS 64(4):77-78 (April 1983).
- Procaccino JA, *Life v. Quality of Life: The Dilemma of Emerging Medical-Legal Standards*, MEDICAL TRIAL TECHNIQUES QUARTERLY 29(1):45-60 (Summer 1982).
- Siegler M, *Decision-Making Strategy for Clinical-Ethical Problems in Medicine*, ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE 142(12):2178-79 (November 1982).
- Stevens JE, *Hospital Ethics Committees*, QUALITY REVIEW BULLETIN 9(6):162-63 (June 1983).
- Teel K, *The Physician's Dilemma--A Doctor's View: What the Law Should Be*, BAYLOR LAW REVIEW 27(1):6-9 (Winter 1975).
- Veatch RM, *Courts, Committees, and Caring*, AMERICAN MEDICAL NEWS, pp 1-2, 11-13 (May 23, 1980).
- Wallace-Barnhill GR, et al., *Medical, Legal, and Ethical Issues in Critical Care*, CRITICAL CARE MEDICINE 10:57 (1982).
- Younger SJ, et al., *A National Survey of Hospital Ethics Committees, in Deciding to Forego Treatment* (US GOV'T PRINTING OFFICE, WASHINGTON, DC).