

40645

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKİYATRİDE ONAM VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Etik, Hukuk ve Bilim Açısından

DOKTORA TEZİ

Dr. N. Yasemin OĞUZ

TIP FAKÜLTESİ DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI

40645

Danışman

Prof. Dr. Yaman ÖRS

Ankara - 1994

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZİ MERKEZİ
KURULU

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
2. TIPTA AYDINLATILMIŞ ONAM VE İLGİLİ BAŞKA KAVRAMLARLA İLİŞKİSİ	32
3. PSİKİYATRİDE ONAM VE AYDINLATILMIŞ ONAM	103
4. ETİK AÇISINDAN PSİKİYATRİDE ONAM VE AYDINLATILMIŞ ONAM	160
5. HUKUKSAL AÇIDAN PSİKİYATRİDE AYDINLATILMIŞ ONAM	181
6. KONUMUZUN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU	211
7. TARTIŞMA	265
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	298
9. ÖZET	308
10. İNGİLİZCE ÖZET	311
11. KAYNAKLAR	314
12. EKLER	

AYRINTILI BÖLÜMLENDİRME

	<u>SAYFA</u>
1- GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	1
1. 1. Sunuş	1
1. 2. Terminoloji	5
1. 2. 1. Etik bağlamında "Onam"	5
1. 2. 2. "Aydınlatılmış Onam"	8
1. 2. 3. Tıpta ve psikiyatride "Hastalık"	9
1. 3. Tarihçe	19
1. 3. 1. Tıpta "Onam" ve "Aydınlatılmış Onam"ın tarihçesi	19
1. 3. 2. Psikiyatride "Onam" ve "Aydınlatılmış Onam" ın tarihçesi	22
2- TIPTA AYDINLATILMIŞ ONAM VE İLGİLİ BAŞKA KAVRAMLARLA İLİŞKİSİ	32
2. 1. Konunun Felsefi ve Bilimsel Boyutları	32
2. 1. 1. Tıp etkinliğinde onam kavramı	32
2. 1. 2. "İnsan Olma Hakkı" açısından aydınlatılmış onam	40
2. 1. 3. Bireysellik ve özerklik açısından aydınlatılmış onam	44
2. 1. 4. "Paternalizm"	48

2. 1. 5. Beden bütünlüğü ve ruh bütünlüğü açılarından aydınlatılmış onam	51
2. 1. 6. Değerler felsefesi açısından aydınlatılmış onam	52
2. 1. 7. Toplumbilimsel açıdan aydınlatılmış onam	56
2. 2. Tıpta Aydınlatılmış Onam	58
2. 2. 1. Aydınlatılmış onamın kapsamı	58
2. 2. 1. 1. Özerklik ve sınırlı özerklik	
2. 2. 1. 2. Aldatma, baskı ve "geleneksel paternalizm"	
2. 2. 2. Aydınlatılmış onamın özellikleri	66
2. 2. 2. 1. Gönüllülük	
2. 2. 2. 2. Yeterlik	
2. 2. 2. 3. Bilgilendirme	
2. 2. 3. Aydınlatılmış onamın türleri	72
2. 2. 3. 1. Genel olarak	
2. 2. 3. 2. Klinikte	
2. 2. 3. 3. Eğitimde	
2. 2. 3. 4. Araştırmada	
2. 2. 4. Aydınlatılmış onamın işlevsel gerekliliği ve uygulanış biçimleri	77
2. 2. 4. 1. Aydınlatılmış onamın işlevleri	
2. 2. 4. 2. Aydınlatılmış onamda uygulama modelleri	

2. 2. 5. Aydınlatılmış onamın "normatif" yönden dayanakları	98
2. 2. 5. 1. Etik	
2. 2. 5. 2. Hukuksal	
3- PSİKİYATRİDE ONAM VE AYDINLATILMIŞ ONAM	103
3. 1. Psikiyatride Hastalık Kavramının Özellikleri	103
3. 2. Psikiyatride Hekim-Hasta İlişkisi ve Tanı-Tedavi Açısından Aydınlatılmış Onamın Özellikleri	107
3. 2. 1. Neden "Tanı-Tedavi?"	107
3. 2. 2. Psikiyatride tanı ve aydınlatılmış onam	113
3. 2. 3. "Tanı-Tedavi"nin bir parçası olarak psikolojik testler ve aydınlatılmış onam	115
3. 2. 4. Psikiyatride "Hastalık" kavramının aydınlatılmış onama yansımaları	116
3. 2. 5. Psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinde aydınlatılmış onamın yeri	120
3. 2. 6. Psikiyatride tedavi için aydınlatılmış onam elde etme yöntemleri	123
3. 2. 6. 1. Giriş	
3. 2. 6. 2. Zorla yatırma ve aydınlatılmış onam	
3. 2. 6. 3. Zorla yatırmada "Ulysses Sözleşmesi"	
3. 2. 6. 4. Hak - yeterlik yaklaşımı ve psikiyatride işlevsellik	

3. 3. Psikiyatrideki Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam	138
3. 3. 1. Tıpta insan üzerindeki araştırmalarda aydınlatılmış onamın yeri	138
3. 3. 1. 1. Konumuzla ilgili iki ayrı görüş	
3. 3. 1. 2. İnsan üzerindeki araştırmalar ve araç-amaç ayırımı	
3. 3. 1. 3. Tedaviye yönelik olmayan araştırmalarda aydınlatılmış onam	
3. 3. 2. Psikiyatrideki araştırmalarda aydınlatılmış onamın yeri ve denek olarak ruh hastası	146
3. 3. 2. 1. Konunun genel çerçevesi	
3. 3. 2. 2. Psikiyatri araştırmaları ve aydınlatılmış onam	
3. 4. Psikiyatri Eğitiminde Aydınlatılmış Onam	156
4- ETİK AÇISINDAN PSİKİYATRİDE ONAM VE AYDINLATILMIş ONAM	160
4. 1. Psikiyatride Aydınlatılmış Onamla İlgili Değer Sorunları	160
4. 1. 1. Hekim, araştırmacı ve eğitimci açısından	160
4. 1. 1. 1. Klinik uygulayıcı olarak psikiyatrist yönünden	
4. 1. 1. 2. Araştırmacı olarak psikiyatrist yönünden	
4. 1. 1. 3. Eğitimci konumundaki psikiyatrist açısından	
4. 1. 2. Hasta ve/veya denek açısından	166
4. 1. 2. 1. Psikiyatri hastasının aydınlatılmış onamı	
4. 1. 2. 2. Psikiyatride deneklerin vereceği aydınlatılmış onam	

4. 1. 2. 3. Psikiyatrideki aydınlatılmış onamda hasta ile deneğin ortak yönleri	
4. 1. 3. Hasta ve/veya denek yakını (veya velisi) açısından	172
4. 2. Psikiyatride Öteki Etik İlkeleri ve Aydınlatılmış Onam İlkesi	174
4. 2. 1. Özerklik	174
4. 2. 2. Sır saklama	175
4. 2. 3. Toplum karşısında ruh hastası	177
4. 2. 4. Bir sosyal hizmet kurumu olarak psikiyatri kliniği	179
5- HUKUKSAL AÇIDAN PSİKİYATRİDE AYDINLATILMIŞ ONAM SORUNU	181
5. 1. Giriş	181
5. 2. Hukukta Sorumluluk ve Hekim	184
5. 2. 1. Ceza hukuku açısından	184
5. 2. 2. Medeni hukukta	184
5. 2. 3. İdare hukuku yönünden	187
5. 3. Hastanın Onamı ve Bunun Genel Olarak Hukuka Uygunluğu	187
5. 4. Hastanın Onamının Alınmamasının Hukuk Açısından İrdelenmesi	195
5. 5. Hukuk Yönünden Türkiye'de Psikiyatrideki Durum	199

5. 6. Zorla Yatırma ve Tedaviye Bir Örnek: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Uygulama	203
5. 7. Türkiye'de Hukuk Açısından Zorla Yatırma ve Tedavi	206
6- KONUMUZUN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU	211
6. 1. Genel Durum	211
6. 1. 1. Ülkemizde paternalizm ve psikiyatride hekim-hasta ilişkisi	211
6. 1. 2. Konumuzla ilgili olarak ülkemizde hastane bağlamındaki durum	214
6. 1. 3. Ruh hekiminin yetkisi ve zorla yatırma	218
6. 1. 4. Ülkemizde hukuk açısından zorla yatırma	220
6. 1. 5. Ruh sağlığının etik yönleri ve ülkemiz	221
6. 2. Ülkemizde Konuyla İlgili Sınırlı Bir Tutum Araştırması	224
6. 2. 1. Araştırmanın amacı	224
6. 2. 2. Gereç ve yöntem	225
6. 2. 3. Bulgular	229
6. 2. 3. 1. Demografik veriler	
6. 2. 3. 2. Hastalardan bilgilendirme, karar verme etkinliği, hasta-hekim hakları ve onamla ilgili olarak elde ettiğimiz bulgular	
6. 2. 3. 3. Hekimlerden bilgilendirme, hasta-hekim hakları ve onamla ilgili olarak elde ettiğimiz bulgular	

6. 2. 4. Araştırmanın tartışma ve yorumu	247
6. 2. 4. 1. Hastalar açısından	
6. 2. 4. 2. Hekimler açısından	
6. 2. 4. 3. Hastalarla hekimlerden elde edilen sonuçların karşılaştırılması	
7- TARTIŞMA	265
7. 1. İnsan Hakları ve Özerklik	265
7. 2. Hekim-hasta İlişkisi ve Hastanın Özerkliği	267
7. 3. Hekim-hasta İlişkisinde Onam ve Aydınlatılmış Onam	269
7. 4. Aydınlatılmış Onam ve Hastanın Yeterliği	272
7. 5. Hastanın Bilgilendirilmesi	273
7. 6. Aydınlatılmış Onamda Sınırlılıklar	276
7. 7. Aydınlatılmış Onamda Süreç ve Yönerge Modeli	281
7. 8. Psikiyatride Hastanın Özerkliğinin Korunması	284
7. 9. Psikiyatride Aydınlatılmış Onamın Alınışı	287
7. 10. Psikiyatri Araştırmalarında Onam Sorunu	290
7. 11. Özellikle Ülkemizde Hukuk Açısından Aydınlatılmış Onam	294
8- SONUÇ VE ÖNERİLER	298
9- ÖZET	308
10- İNGİLİZCE ÖZET	311
11- KAYNAKLAR	314
12- EKLER	

1- GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1. 1. Sunuş

Çağımızın en önemli değersel gelişmelerinden biri hiç kuşkusuz "insan hakları" kavramının ortaya çıkması ve insanların gündelik yaşamlarında belirgin bir uygulanma alanı bulmasıdır. Her ne kadar bu gelişmenin temellerini Fransız Devrimi'ne kadar götürmek olanaklıysa da, onun en yoğun biçimde 2. Dünya Savaşı sonrasında, 10.Aralık.1948'de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin yayınlanmasından sonra gündeme geldiği söylenebilir.(5) Bu tarihten başlayarak insan haklarının korunması ve gözetilmesi devletlerin temel ve ortak politikaları haline gelmiş, anayasaların kavramsal dayanağını oluşturmuştur.

Bu gelişmelerin uygulama alanlarına yansımalarının kaçınılmaz sonucu olarak tıpta da "hasta hakları" kavramı önem kazanmıştır. 1949 Nuremberg kararlarıyla hasta hakları hukuksal anlamda bir çerçeve kazanmış ve **onam** (Rıza, [İng."consent"]) kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kararlara göre insanın ve onun tıp etkinliği özelindeki karşılığı olarak hastanın, kendi bedeni üzerinde uygulanacak her türlü girişim konusunda karar verme hakkı bulunmaktadır. Bu nedenle de her türlü girişimden önce kişinin onamının alınması gerekmektedir. Söz konusu onamın geçerli bir onam olabilmesi için bilgi, özgürlük ve yeterlik öğelerine dayanması gerekmektedir. Bu gereklilik tıpta "aydınlatılmış onam" (bilgilendirilmiş rıza, [İng."informed consent"]) kavramının da temelini oluşturmaktadır. Aydınlatılmış onam, hastanın kendi bedensel ve ruhsal bütünlüğü

üzerinde uygulanacak her türlü girişim konusunda önceden bilgilendirilerek onamının alınması biçiminde tanımlanmaktadır. İnsan ve hasta hakları ile onam kavramının bu denli belirleyici bir bağlantısının olmasının nedeni, kişinin özgür istencinin ancak özgür istemini ortaya koymasıyla gerçekleşebilmesindedir.

Tıp alanında onam ve aydınlatılmış onam sorunu son on yıllarda üzerinde en çok durulan tıp etiği sorudur. Bugün hekim-hasta ilişkisinin temel belirleyicilerinin başında onam ve aydınlatılmış onam kavramları gelmektedir. Ancak bir doktora tezinin sınırları içinde, tıbbın tüm dallarında onamı ve aydınlatılmış onamı ayrıntılarıyla incelemek olanaklı değildi. Bu nedenle tezimi, bu konudaki sorunların en yoğun ve en karmaşık bir biçimde ortaya çıktığı tıp alanlarından biri olarak kabul edilen psikiyatri alanını incelemekle sınırladım. Psikiyatriyi seçmemin en önemli nedenlerinden biri de, bu alanda aydınlatılmış onamın nasıl uygulanacağı konusunda henüz uluslararası bir uzlaşmanın sağlanmamış olması idi. Ülkemizde ise psikiyatride aydınlatılmış onam alınması sorunu gündelik uğraşın bir parçası olmayan, gerekli olup olmadığı konusundaki tartışmaların bile henüz başlamakta olduğu bir sorundur. Psikiyatri alanında aydınlatılmış onamı tartışırken bazı konuları tez kapsamı dışında bıraktım. Bunlar ergenlerle ve çocuklarla ilgili olan aydınlatılmış onam sorunları, psikiyatrinin kötüye kullanımını gibi konulardır. Çocukları ve ergenleri kapsam dışında bırakmamın nedeni onlarla ilgili sorunları farklı bir bağlamda tartışmanın zorunluluğu ve bunun tezin hacmini fazlasıyla arttıracacağı kaygısıdır. Psikiyatrinin kötüye kullanımını ise konumuzla önemli ancak

dolaylı bağlantısı olduğundan kapsam dışı tutulmuş, yalnızca bazı bölümlerde doğrudan ilişkinin kurulduğu ölçüde söz konusu edilmiştir. Benzer bir durum klinik psikoloji için de geçerlidir. Klinik psikoloji uygulamalarında aydınlatılmış onam ayrıntılı olarak tek başına bir tez konusu olabilecek kapsamda olduğundan burada ona yalnızca kısaca değinilmekle yetinilmiştir.

Bu tezin temel amacı aydınlatılmış onam kavramını tanıtmak, onu çeşitli boyutlarıyla tartışmak, dünyada uygulanan ancak henüz üzerinde uzlaşmaya varılmamış olan aydınlatılmış onam alma yöntemlerini karşılaştırmak; bunun yanında ülkemizde psikiyatri alanında böyle bir uygulamanın başlatılmasının gereğini ortaya koymaktır. Bu tezin, ülkemizde psikiyatri alanında aydınlatılmış onam alma uygulamasının başlatılması sırasında, temel kavram, yapı ve yöntemleri karşılaştırmalı olarak ortaya koyarak bu konuda gösterilecek çabaya dayanak sağlayacağını umuyorum. Ayrıca tezin bir bölümünü oluşturan, hekimlerin ve hastaların hekim-hasta ilişkisinde bilgi verme ve onam alma konusundaki bilgilerini ve tutumlarını saptamayı amaçlayan sınırlı bir araştırma ile ülkemizde aydınlatılmış onam konusunda var olan durumu saptamaya çalıştım. Sonuç bölümünde yer alan temel önerileri de bu araştırmadan elde edilen verilere dayandırma amacını güttüm.

Tezin üzerine kurulu olduğu temel kavramlar, **kişinin kendi yazgısını saptama hakkı, özerklik ve aydınlatılmış onam kavramlarıdır.** Bu kavramların psikiyatri alanına uygulanıp uygulanamayacağı ise ancak ruh hastalığının tanımı ile hesaplaşarak saptanabilirdi. Bu

nedenle tezin omurgasını ruh hastalığının tanımı ile ruh hastasının özerkliği arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Ancak bu ilişkiye yakından bakıldığında, bunun ilkinin ikincisini dışladığı bir ilişki olduğunu görüyoruz. Böyle bir ilişkinin kilit noktası olan **yeterlik** [İng. "competency"] kavramı da ayrıntılarıyla tartışılacaktır.

Tezin odak noktasını psikiyatri alanındaki hekim-hasta ilişkisi konusu oluşturmakla birlikte, bu alandaki araştırma ve eğitim gibi etkinliklerde aydınlatılmış onamın yeri ve özellikleri de ele alınmıştır.

Tüm bu alanlara bakarken **konunun etik, hukuk ve bilim açısından farklı görünüşleri** vurgulanmaya çalışılmıştır. Konunun etik açısından tartışılmaz önemi yukarıda belirtilen öğeler göz önüne alındığında açıkça ortaya çıkmaktadır. Bilimsel açıdan önemi ise, bilimin anlamı ve amacı yanında, tıbbın bilimselliği ve amacı ile doğrudan ilintilidir. Aydınlatılmış onam alınması hekim-hasta ilişkisinin yasalar önündeki anlamı ve özellikleri açısından temel bir belirleyicidir. Bu nedenle konunun hukuksal boyutu tezin kapsamı içinde önemli bir ana bölüm olarak işlenmiştir. Bugün hekim-hasta ilişkisini yasalarla düzenleyen ülkelerde aydınlatılmış onam yasal bir zorunluluktur. Ülkemizde de bu zorunluluğu yasal olarak varsaymanın olanaklı olduğu savunulabilirse de, bunun açıkça ortaya konulduğunu ve ölçütlerinin belirlendiğini söyleyemeyiz. Bu nedenle özellikle ülkemizde hukuk açısından aydınlatılmış onamı vurgulamak önemli olsa gerektir.

Uygulamayı yakından dikkate alan bu çok yönlü bakış açısının, bazı somut sonuçlara ve işlevsel

önerilere ulaşmak için güvenilir bir yöntem olduğu kanısındayım. Böyle bir yaklaşımla, tezin aydınlatılmış onam konusunda uygulamaya yönelik bir katkı oluşturması da amaçlanmıştır.

1. 2. Terminoloji

1. 2. 1. Etik bağlamında "Onam"

Etik alanı felsefenin bir dalı olarak onun tarihi boyunca filozofların ilgisini çekmiştir. Etik; iyi eylemlerle kötü eylemlerin tanımını ve ayrımını saptamaya çalışan bir alan olarak tanımlanabilir. Etiğin ana konusu eylemdir; kişiyi eyleme götüren etkenler kadar, eylemin içinde yapıldığı koşullar, eylemin yöneldiği şey, sonuçları, eylemin doğruluğu-yanlışlığı ve gerektiğinde eylemin doğruluğunun temellendirilmesi etiğin alanını oluşturur.(130,164)

Neredeyse tüm filozofların, "varlık nedir?", "insan nedir?", "bilgi nedir?" gibi sorulara verdikleri yanıtları içeren felsefe dallarındaki yapıtların yanı sıra estetik (felsefenin güzel olanı inceleyen dalı) ve etik alanındaki görüşlerini belirten yapıtlar da verdiklerini görüyoruz.

Günümüzde etik, başka alanlarla kesişen uygulamalı felsefede önde gelen alanlardan birini oluşturmaktadır. Etik alanında bugün üzerinde en çok çalışılan konular biyoetiğin ilgi odağını oluşturan konulardır. Biyoetik; genel olarak canlıları ilgilendiren tüm değer sorunlarının tartışıldığı uygulamalı felsefe alanı olarak tanımlanabilir.(130) Böylece biyoetik, tıp etiğini de içine alan oldukça geniş kapsamlı bir küme

durumuna gelmektedir. Bugün genel olarak etik alanındaki çalışmaların birçoğu, tıp etiği ile uzaktan ya da yakından ilişki içindedir. Bunlar arasında klinik etik, insan ve hayvanlar üzerindeki deneylerle ilgili etik çalışmaları örnek olarak sayılabilir.

Tıp etiğinin en önemli sorunlarının başında **özerklik kavramının tanımlanması, sınırlarının çizilmesi ve bunun sonucunda bireyin tıp etkinliği içindeki rolüne bağlı olarak ortaya çıkan haklarının saptanması** gelmektedir. Bu hakların en temel olanlarından biri, bireyin kendi yazgısını saptama hakkıdır. Bireyin kendi yazgısını saptama hakkı, ondan kendi biyopsikososyal varlığı ile ilgili konularda onam almayı zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluk, kişinin doğrudan fiziksel ve ruhsal varlığına yönelik edimlerde bulunan tıp etkinliği için özellikle geçerlidir. Dolayısıyla tıp etiğinin önde gelen ilgi alanlarından biridir. Bu konudaki çalışmalar genel olarak etik açısından da önemlidir.

Onama onaylamadan farklıdır. Onamada gönüllü olarak hakların ve yükümlülüklerin devredilmesi söz konusu olur; oysa onaylamak kişinin haklarını devretmesi anlamına gelmez. Onam amaçlı bir eylemi gerektirir. (52)

Etik alanında onamın ve aydınlatılmış onamın yer alış biçimi konusunda bu çalışma çerçevesinde yapılan kaynak taraması bu açıdan oldukça ilginç sonuçlar vermiştir. Genel anlamda felsefe ve etik kaynaklarında "onam" kavramına raslanmamaktadır. (Bkz. 39, 46, 93, 148, 165) Sözcüğün İngilizcesi olan "consent" ancak tıp etiği ile ilgili kaynaklarda bulunmaktadır. Bu da tıp

etiğinin yöntembilgisel (metodolojik) açıdan etikten köken almasına karşın, kendi gereksinimleri doğrultusunda yeni kavramlar üreterek bunları alana kazandırdığını göstermektedir. Bu katkılarıyla tıp etiği, felsefenin bir dalı olan etiğin tıp etkinliği içindeki farklılaşmış bir uzantısı olmak yanında, etik alanını kavramsal ve işlevsel yönden besleyen ve ona zenginlik kazandıran bir alan durumuna gelmektedir.(63, 168)

Genel anlamda "consent" sözcüğü ilk kez hukuk alanında, yasal olarak kabul edilebilecek kararlar verebilmek için geçerli olan yaş anlamında 1529 yılında kullanılmıştır. Bu kullanılışında rıza anlamına gelmektedir. 1588'de Byron sözcüğü eylem biçiminde ve "rıza verme" anlamında kullanılmıştır.(102)

Onam'ın bugünkü kavramsal çerçevesiyle ilk kez kullanılması Aydınlanma döneminde gerçekleşmiştir. Aydınlanma hareketinin dayandığı siyasal kuram ve Locke'un yazıları paternalizme (babaca davranışa) karşı, insan özerkliğine saygıdan yana söylemin klasik kaynaklarıdır. Bu söylem, yönetimin davranışlarının ancak yurttaşın ona rıza göstermesi ile yasallaşabileceğini savunur. Yurttaşlar rıza göstererek yönetimin davranışlarının yönlendiricisi olurlar; halkın yetkesi kavramı onların rıza gösterdikleri, dolayısıyla yöneticisi oldukları yasalarla yönetilmeleridir. Bu yasalara uyarken onlar yalnızca yasaların nesnesi durumunda olmazlar, özerkliklerini de korumuş olurlar.(124) Ancak bu anlamda kullanılan "consent" sözcüğünün içeriği **doğrudan kişinin kendisi ile ilgili değildir; daha çok toplumsal düzenlemelere katılma anlamındadır.** Bu nedenle bugünkü "consent" ve

onun Türkçe karşılığı olarak kullandığımız "onam" ile belirttiğimiz kavramla örtüşmemektedir.

Sonuç olarak, **onam kavramının genel anlamda etik bağlamında ortaya çıkan bir kavram olmadığı, bu anlamıyla ortaya çıkışının çağdaş tıp etiğine bağlı olduğu** söylenebilir. Tıp etiğinde ise kuşkusuz önce onam, daha sonra aydınlatılmış onam kavramları ortaya çıkmıştır.

1. 2. 2. "Aydınlatılmış Onam"

Onam ve buna bağlı olarak aydınlatılmış onam genel anlamda etik terminolojisinde yer almadığından, her iki kavramı da tıp etiği bağlamında değerlendirmek ve tanımlamak gerekmektedir. Bu bağlamda ele alındığında **onam, kişinin kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise bu kabul ya da reddetme eyleminin kişiye konuyla ilgili olarak verilen bilgiye dayanması** anlamına gelmektedir.

Tıp etkinliğinde "aydınlatılmış onam" terimi içerdiği iki öge açısından da oldukça ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Terimin aydınlatma bölümü; uygulanacak yöntemin kapsamını, yapısını, yararlarını, olası istenmeyen sonuçlarını, bu yöntem seçeneği oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bu seçenek tedavilerin yapısal ve sonuçsal özelliklerini kapsar. Bu bilgilerin anlaşılmasının ve verilecek karara yönelik olarak işlenmesinin gerekli oluşu, terimde yalnızca bilgilendirme sözcüğünü kullanmak yerine aydınlatma sözcüğünün kullanılmasını gerektirmiştir. Onam bölümü ise, bu

bilgilerin ışığında kabul ya da reddetme eylemini içerir ki bu bölümde yeterliği olan kişinin bu eylemi özgürce usavurarak yapması temel koşuldur.

Buna göre **aydınlatılmış onam**, yeterliği olan bir kişinin kendisine uygulanacak tıbbi yöntemle ilgili kararını, bu yöntemle ve ona seçenek oluşturan öteki yöntemlerle ilgili **aydınlatıcı bilgi aldıktan sonra** hiç bir baskı altında kalmadan, özgürce usavurarak vermesi olarak tanımlanabilir.(1)

Aydınlatılmış onam almanın gündelik tıp uygulamasında yasal ve etik bir gereklilik konumuna gelmesi ile **tıpta aydınlatılmış onam öğretisinden** söz edilmeye başlanmıştır. Bu öğretiyi hukuksal açıdan anlam taşıyan iki temel ilkenin evriminin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu iki temel ilke güvene dayalı ilişki kavramına dayanan "güvenilirlik" ilkesi ile kendi hakkında karar verme hakkına dayanan "kendi yazgısını saptama" ilkesidir. Aydınlatılmış onam öğretisi hastanın karar vermek konusunda yeterli ve gönüllü olması kadar, bilginin açıklanmasını ve anlaşılır olmasını da zorunlu kılmaktadır. Ancak böylece hekim-hasta ilişkisi bir durumdan bir sözleşmeye dönüşebilecektir. (52)

Aydınlatılmış onam tüm ayrıntılarıyla ileride bir ana başlık altında tartışılacaktır.

1. 2. 3. Tıpta ve psikiyatride "Hastalık"

Değer sorunlarının tartışılmasında genelde olduğu gibi tıp ve psikiyatri etiği ile ilgili tartışmalar da bu alanda olup bitenlerin bağlamına bağlıdır. Bu da

bizi, bu etkinliklerdeki temel kavram olan Hastalık'ın ele alınmasına getirmektedir.

Hastalık sözcüğünün dilimizdeki tanımı; "Organiz-
mada birtakım değişikliklerin meydana gelmesiyle fizyolojik işlevlerinin bozulması hali, sayrılık; esenlik (afiyet) karşıtı." dır.(169) Bu sözcük Farsça "haste" sözcüğüne Türkçe "-lık" eki getirilerek türetilmiştir. Farsça'da "haste" sözcüğü "tedirgin, yorgun, halsiz" anlamında kullanılmaktadır. (76) Türk Dil Kurumu'nun Hekimlik Terimleri Kılavuzu'nda bu sözcüğün yerine "sayrılık" sözcüğü önerilmektedir. (170)

Tıp etkinliğinin amacı hastalık olgusunu ortadan kaldırmaktır. Bu temel amaç tıp etkinliği için o denli belirleyicidir ki onun evrimini bir anlamda hastalık kavramının evrimi ile koşt görebiliriz. Hastalık olgusunu anlama, açıklama, değiştirme ve ona karşı önlemler alma çabası tıbbın tarihsel süreç içindeki temel işlevi olmuştur. Bu çabanın ürünü olarak hastalık kuramları geliştirilmiştir. Bu kuramlar genelde hastalıkların özelde ise tek tek her hastalığın ya da hastalık kümesinin oluşum nedenlerini açıklamaya çalışmışlardır. Ancak hastalığın kendi başına ne olduğu, içeriğinin ne olacağı, sağlığın ne olduğu ve neyin sağlık sayılacağı konusu son yıllarda tartışılmaya başlanan bir konudur. (128)

Scadding'e göre "Hastalık; özgün ortak özellikler gösteren ya da bir özellikler kümesi ile birlikte bulunan bir grup canlının, kendi türlerinin normlarına göre farklılaşarak biyolojik açıdan dezavantajlı duruma düşmesine neden olan bir normal dışı olgular (fenomenler) bütünüdür." Kendell ise daha açıklayıcı olmaya

çalışarak sözü edilen biyolojik dezavantajın ölüm olasılığının artması veya üreme olanağının azalması biçiminde anlaşılması gerektiğini belirtmiştir. F. Kraupl Taylor ise "The Concepts of Illness, Disease and Morbus" adlı yapıtında Kendell'in açıklamasına tümüyle karşı çıkmakla birlikte Scadding'in tanımını doğru bulmakta, ancak "biyolojik dezavantaj" teriminin yeterince açık biçimde tanımlanmasının olanaksız olduğunu savunmaktadır. Ona göre "Hastalık; kişinin kendisi için ya da içinde bulunduğu çevrenin veya hekimlerin kişi için tedavinin gerekli olduğunu düşünmelerine neden olan durumdur." Taylor'a göre İngilizce "disease" sözcüğü hastalık kavramının daha çok patolojik yönünü, "illness" sözcüğü ise daha çok klinik belirtilerini ve hastada yarattığı hoş olmayan duygusal yükü ön planda tutmaktadır. Yazar kavramın her iki yönünü de kapsamak üzere "morbus" sözcüğünü önermiştir.(163) Türkçe'de "disease" sözcüğü bozukluk, "illness" sözcüğü ise rahatsızlık anlamına gelmektedir. Oysa "morbus" sözcüğü ile bu iki anlamın toplamını aşkın bir anlam amaçlanmaktadır. Dilimizdeki "hastalık" (ya da sayrılık) sözcüğü bu anlamda oldukça kapsamlıdır.

Hastalık kavramını tanımlamada karşılaşılan güçlüğü aşmak için sağlığı tanımlamak ve bunun olmaması durumunu hastalık olarak değerlendirmek yolu seçilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "yalnızca hastalığın veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. (4, 163)

Günümüzde herhangi bir klinik tablonun hastalık kavramının kapsamına girebilmesi için onun bütün

özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Özellikle etyoloji ve patogenezin (neden(ler)in ve oluşumun) bilinmesi durumunda klinik tablo "sendrom" olarak adlandırılır.(14)

Psikiyatride "hastalık" kavramına baktığımızda burada tıpta olduğundan daha büyük bir belirsizliğin söz konusu olduğunu görürüz. Yukarıdaki **genel hastalık tanım ve içeriğine göre psikiyatrideki hastalıkların büyük bir bölümü sendrom kümesine girmektedir.** Hastalıkların etyolojisi ve patogenezi hakkındaki bilginin bu denli kısıtlı oluşu, onların varlığını bile tartışılır duruma getirmiştir. Ampirik olarak ruh hastalığının varlığını reddetmek gerçekliği oldukça zorlamayı gerektiren bir yaklaşımdır. Ancak ruh hastalığının varlığını hastalık tanımı çerçevesinde temellendirmek de çok zaman güç olmaktadır. Bu nedenle psikiyatride sık sık hastalıkların sınıflandırılması çabası gündeme gelmektedir. Psikiyatrideki hastalıkların, daha gerçekçi bir bakışla sendromların kümelenmesi çalışmalarının değişik zamanlarda ulaştığı farklı sonuçlar o denli temel ayrımlar içermektedir ki, yalnızca bunlara bakılarak bile psikiyatride henüz hastalıklar konusunda bir tanıma ulaşılamadığı rahatlıkla savunulabilir. Ancak, bunun tüm ruh hastalıkları için böyle olduğunu söylemek kuşkusuz olanaksızdır.(65)

Ruh hastalıklarının tanımlanmasında temel olmak üzere genellikle kullanılan **kavramsal dayanak normal-normal dışı ayrımıdır.** Bu ayrımın diyalektik bir ilişki içinde olup olmadığı son derece tartışmalıdır, çünkü ayrımın her iki ögesi de kolay tanımlanamayan alt ögeler içermektedir. Normalle normal dışı davranışın

kesin sınırlarla ayrıldığı, bir yanda normal öteki yanda hasta insanların olduğu düşüncesine genellikle karşı çıkılmaktadır. Gerçekte uyum, bağdaşık (homojen) bir dağılım gösterir; insanların çoğu ortalama bir uyum yaparken, dağılımın bir ucunda tedavi gerektirecek düzeyde uyum bozukluğu gösteren kişiler, öteki ucunda olağanüstü uyumlu ve anlamlı bir yaşam sürdürenler bulunmaktadır.(136)

Normali tanımlama konusunda iki temel görüş vardır. Bunlardan birincisine göre toplumsal normlara uyma oranı normal, bu normlardan sapma oranı ise normal dışını belirlemektedir. İkinci temel görüşe göreyse belirli bir oranda toplum kurallarına uymak toplu halde yaşamak için gerekli ise de ve bunun karşıtı tutumlar bireyin kendisi için de toplum için de zararlı olabilese de, gerçek normallik ölçütü toplumun onayı değil, kişinin kendisini iyi hissedebilmesidir. İnsanın başarıya da yenilgisi yalnızca temel biyolojik varlığını sürdürebilmiş olmasıyla ölçülemez, onun dünya içindeki kendine özgü yeriyle de değerlendirilmelidir.(67) Bu tanım, Scadding ve Kendell'in genel hastalık tanımlarına temelde karşıt bir yaklaşıma dayanmaktadır. Son çözümlemede, hem Scadding'in hem de Kendell'in tanımladığı hastalığa psikiyatri açısından baktığımızda, bugün birçoğu için organik bir etyolojinin varlığı düşünülen ve bu yönde yapılan araştırmalardan olumlu sonuçlar alınmaya başlanan bazı hastalıklar dışında bu tanımlamaların ruh hastalıklarını dışladığını görmekteyiz.

Offer ve Sabshin'e göre ise normal ve normal dışı konusundaki ayrımları daha da çeşitlendirmek olasıdır.

Onlara göre;

1. Normal sağlıklı ile, normal dışı ise hasta ile eşanlamlı olarak kullanılabilir. Bu tür bir tanımlama günümüzdeki geleneksel hekimlik anlayışının temelini oluşturmaktadır.

2. Normal yoktur; her durumda az ya da çok normal dışı olmaktan söz edilebilir. Bu tür bir yaklaşım Freud'un ruh hastalığını algılayış biçimine yakındır.

3. Normallik ortalama ile eşanlamlıdır. Bu durumda ortalama insan davranışı dışında bir davranış, tümüyle daha olumlu sonuçlar verse bile hastalık sayılacaktır.

4. Normallik bir süreçtir ve normal davranış bir-biriyle etkileşim içinde olan sistemlerin ortak ürünüdür. Bu yaklaşıma göre normallik sisteme bağlı bir değişkendir ve canlı bir sistemin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişkenlerin katkısıyla ve zamanın sürekliliği içinde işlevlerini sürdürebilmesi ile tanımlanır. Bu, yararlı bir yaklaşımdır ve bugünkü modern psikiyatride tedavinin amacı olarak görülmektedir.(67)

Bu tanımlar, sonuçta hastalıkları birbirinden önemli ölçüde farklı biçimde algılandığı yaklaşımların oluşmasına yol açmaktadır.

Geleneksel psikiyatrinin hastalık tanımına göre ruh hastalığı geniş anlamlı bir terimdir. Nevrozları da içerir; özellikle bunaltı gibi duygu alanına giren bir semptom burada kilit taşı konumundadır. Akıl hastalığı ise daha dar kapsamlı bir kümedir. Bu kümenin belirleyici özelliği bilişsel [İng."cognitive"] ve entel-

lektüel alana ait belirtilerin varlığıdır. Bu tanıma göre bir ruh hastasının aynı zamanda akıl hastası olup olmadığını saptamak için ayırıcı tanıya gitmek gerekir. Ayırıcı tanıda benlik (ego) işlevlerinin, özellikle dürtü denetimi ve gerçeği değerlendirme işlevlerinin durumu önemlidir.(11)

Meninger organizmadaki ruhsal dengenin bozulmasını 5 aşamada tanımlamıştır. Buna göre ilk aşama gerginlik ve uyum yapma yeteneklerinde hafif bozulmadır. Bunu izleyen aşama bunaltı (anksiyete) ve öteki nevrotik belirtilerdir. Bundan daha ağır bir tablo oluşturan üçüncü aşamada, belirli hedeflere yönelik şiddet ve saldırganlık söz konusudur. Organizmanın düzeninin dağılması ve çevreden gelen gerçekliğin yadsınmasıyla belirlenen psikotik tablo dördüncü aşamayı oluşturmaktadır. Beşinci ve son aşama ise, denetimin tümünden yitirilmesiyle ortaya çıkan bunaltı ve çökkünlük durumlarıdır.(107)

Freud ve Aaron Lazarre normalin varlığını kabul etmeyen yaklaşımı benimseyerek, bütün toplumu hasta ya da en azından olası hasta olarak kabul etmişlerdir. Bunun uygulamaya dönük yansıması olarak Lazarre ve arkadaşları ayaktan tedavi klinikleri oluşturmuşlardır.

Öte yandan antipsikiyatri akımı ise, normal dışının varlığını reddederek ruh hastalığının olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu akımın öncülerinden Thomas Szass'a göre ruh hastalığı olarak tanımlanan kişinin sahip olduğu bir şey değildir, onun yaptığı ya da olduğu şeydir. Ona göre gerçekte hastalık yalnızca bedeni etkileyebilir, ruh hastalığı diye bir şey yoktur. Kişinin tüm eylemleri onun benimsediği kurallara göre

düzenlenir, bir amaca yönelik, anlamlı ve öznel de olsa mantıksaldır. Ruh hastalığı olmadığına göre, onu anlamlı kılmak üzere yapılan tüm kümelenmeler de öznelidir. Bu kümelenmelere dayanan ve ruh hastalığını ortadan kaldırmak için yapılan tüm girişimler de anlamsızdır. Szass'a göre ruh hastalığı doğal (ya da biyolojik) değil, toplumsal bir sınıflandırmadır. Buna dayanarak yapılan kimi uygulamalar ise, bu temel dayanaksızlık nedeniyle Szass'a göre insanlığa karşı işlenen suçlar olarak değerlendirilebilmektedir.(160)

Antipsikiyatri akımının savunucularından biri olan David Ingleby "Eleştirel Psikiyatri" {İng."Critical Psychiatry"} adlı kitabında psikiyatrik tanıların hiçbir zaman doğabilimsel anlamda nesnel olmayacağını, genellikle az ya da çok güvenilirliğin söz konusu olmakla birlikte bunun kesinlik anlamına gelemeceğini belirtmektedir. Buna örnek olarak tedavisinde güçlük çekilen hastalara şizofreni tanısı koyma eğilimini göstermektedir.(79, 142)

Antipsikiyatri yaklaşımının psikiyatri uygulamalarını etkilediği dönemde, bu görüşün savunucuları kuramsal yaklaşımlarını yaşama geçirme olanağı bulmuşlardır. Ancak ruh hastalığının varlığı konusundaki ampirik gerçekliği göz ardı ettikleri için, uygulamada pek çok sorunla karşılaşmışlardır.

Psikiyatrideki hastalık tanımında ortaya çıkan bu değişiklikler hem alanın evrimini hem de tartışma sürecinin içeriğini belirlemektedir. **Bugün ulaşılan noktada ruh hastalığı; bir kişide ortaya çıkan klinik olarak anlamlı davranışsal veya duygusal sendrom ya da modellerdir.** Bunlar o anda var olan bir sıkıntı, bir

yetersizlik (işlevselliğin bir ya da daha çok alanında bozukluk), ölüm-acı-işlev kaybı türünden bir zarara uğrama olasılığının belirgin olarak artması ya da bireysel özgürlüğün önemli ölçüde kaybedilmesi durumundan doğrudan sorumludurlar. Bu sendrom ya da modeller belirli bir olayın beklenen yanıtı olmamalıdır. Asıl neden ne olursa olsun, sonuçta kişideki davranışsal, ruhsal veya biyolojik işlev bozukluğunun belirtisi olmalıdırlar. Yukarıdaki tanıma uyacak şekilde, kişideki işlevsel bir bozukluğun belirtisi olmadığı sürece hiçbir politik, dinsel ya da cinsel farklı tutum ve davranış ya da kişi ile toplum arasındaki çatışma ruh hastalığı sayılamaz.(41) (Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Bu tanıma göre bir bozukluğu ruh hastalığı yapan öge, onun nedeni değil, belirtileridir. Tanımda nesnelliği sağlamak amacıyla ruh hastalığı, bir zarara uğrama ya da özgürlük yitimi gibi bir koşula bağlanmıştır. Böylece ruh hastalığını, toplumsal ve kültürel değerlerden ve o değerlerin tedaviyi öngördüğü durumlardan ayırdetmek amaçlanmıştır. Bunun ne denli olanaklı olduğu kanımca son derece tartışmalıdır. Öte yandan ruh hastalığı, bir kimsenin en azından özel bir neden olmadıkça içine düşmek istemeyeceği bir durum olarak da tanımlanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışma boyunca ruh hastalığından söz edildiğinde, normalliğin bir süreç ve bir sistemler arası etkileşim ürünü olduğu temeline dayanan bir yaklaşımın ve yukarıdaki tanımın benimsendiği göz önüne alınmalıdır. Söz konusu tanım kusursuz olmamakla birlikte, kanımca, gerçekçi ve işlevsel bir tanımlama ola-

rak değerlendirilebilir. Bu tanım, tıbbın bütünü göz önüne alındığında onun amacı ve olmazsa olmaz koşulu sayılması gereken yararçı yaklaşımla uyum içindedir.

Ruh hastalığını tanımlamak konusunda bu bölüm boyunca vurgulanmaya çalışılan belirsizlik üç önemli sonuç doğurmaktadır. Bu sonuçların, genelde ruh sağlığı uğraşına ve bu tezin içeriğine yansımaları olması kaçınılmazdır. Bunlar;

1. Ruh hastalıklarının sınıflandırılması konusundaki çalışmalar, giderek ayrıntıların birer küme durumuna getirilmesi ile sonuçlanmaktadır. Bu da her vakanın bir küme durumuna gelmesi gibi, kümelenmenin temel mantığı ve amacı ile çelişen bir sonuca yol açmaktadır.

2. Sınıflandırmadaki söz konusu ayrıntıcılık, işlevselliğin yitirilmesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da ruh hastalıklarının sınıflandırılması akademik bir etkinlik olmaktan öteye bir anlam taşıyamamaktadır. Böylece gerçekte psikiyatri uygulamasında Kraepelin'in nitelendirici sınıflandırması, ne kadar eleştirilmekte olsa da, bugün de geçerliliğini sürdürmekte ve hastanın değerlendirilmesinde ve tedavisinde temel belirleyici olmaktadır.

3. Son yıllarda yapılan sınıflandırma çalışmaları büyük ölçüde toplumsal değerlerin ve eğilimlerin izlerini taşımaktadır. Bunun sonucunda, yapılan sınıflandırmalar bir tür toplumsal öznellik taşımakta, bilimselliği ve buna bağlı olarak evrensel geçerliliği kuşkulu hastalık tanımları ortaya çıkmaktadır.(63)

1. 3. Tarihçe

1. 3. 1. Tıpta "Onam" ve "Aydınlatılmış Onam"ın tarihçesi

Tıpta hastayı bilgilendirme ve onun onamını alma uygulamaları oldukça yenidir. Ancak bu uygulamalara hukusal ve kavramsal dayanak oluşturan noktaları tıp etkinliğinin başlangıcından bu yana çeşitli görünümleri ile saptayabiliriz.

Hukusal anlamdaki dayanakların başında Hamurabi Kanunları gelmektedir. Bu kanunlara göre hekimin uğraşı ile ilgili sorumluluğu tümüyle sonuçla bağlantılı kılınmıştır. Hekimin herhangi bir kusuru olmasa bile sonuçta bir zarar meydana gelmesi durumunda onun sorumlu tutulması öngörülmüştür.(26)

Bu türden hekim sorumluluğu kavramının gelişerek farklı kültürlerde farklı uygulamalara yol açtığını görüyoruz. Hekim sorumluluğunun gerçekleşmesi için hekimin kusurlu olduğunun saptanması koşulunun getirilmesi, yalnızca kusurun yeterli olmayıp kötü niyetin olmasını da gerekli bulan yaklaşımın ortaya çıkması, bu alanda birer gelişme olarak değerlendirilebilir. Kusurun kapsamını, biçimini ve ölçütünü belirleyen kurallara da eski uygarlıklarda rastlamak olasıdır.

Tıp deontolojisinde ise özellikle Hamurabi yasalarına ve Hipokrat andına baktığımızda hastanın onamı düşüncesini görmemekteyiz. Bu tarihsel metinlerde söz konusu edilen, hastanın özerkliği ve bunun gerçekleştirilmesi yerine, doğru ve iyi olarak kabul edilen ve hekimin hastası için en iyi olanı yapması biçiminde tanımlanabilecek olan eylemdir.(36)

Hastanın onamının hekimin sorumluluğunu belirleyen bir konuma gelmesi ile ilgili verilere İslam Hukuku'nda raslanmaktadır. Buna göre hastanın onam göstermesi hekimi olası kötü sonuçların sorumluluğundan koruyan bir unsurdur. Aynı hukuk sistemine göre, olumsuz sonuca yol açan bir kusuru yoksa hekim sorumlu tutulmamaktadır.(15)

Günümüzde uygulamanın bir parçası haline gelmeye başlayan aydınlatılmış onam kavramının temelinde bulunan onam kavramı Amerika Birleşik Devletleri Anayasası'nda ima edilmiş, Medeni Kanununda ise açıkça belirtilmiştir. 1914 yılında görülen bir davada onam alma zorunluluğu açıkça vurgulanmış ve bu zorunluluğu yerine getirmeyen hekim zararlardan sorumlu tutulmuştur. Bu karar onam alma zorunluluğunun yasal dayanaklarından birini oluşturmuştur. Burada temel alınan hukuksal kavram "kötü davranış"tır.(171)

2. Dünya Savaşı sonrasında oluşturulan Nuremberg Mahkemeleri'nde, en dramatik savaş suçlarından bir bölümünün tıbbın kötüye kullanılması yoluyla işlendiği gerçeğinin açığa çıkması, onamla ilgili duyarlılığın ve buna bağlı olarak bu alandaki çalışmaların hız kazanmasına neden olmuştur. 1945'de Nuremberg Kodu olarak adlandırılan kurallar kabul edilmiştir. Bu kurallar tıp yöntemlerinin, kişilerin onam alınmaksızın ve işkence amacıyla kullanılmasını savaş suçu saymıştır. Bu kuralardan yola çıkılarak hazırlanan ve 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile bu bildirgenin ışığında hazırlanan, bölgesel bir öneme sahip olan ve 1953'de yürürlüğe giren Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, onam kavramının uluslararası hukuk

açısından dayanaklarını oluşturmuştur.

Tarihsel süreç içinde söz konusu olan onamın bugünkü aydınlatılmış onam kavramının öncüsü olduğu savunulabilir. Ancak aydınlatılmış onam kavramının bugünkü anlamıyla ortaya çıkışı 1803'de Thomas Percival'in ilk tıbbi etik ilkelerini açıklamasıyla olmuştur. İlk kez "bir hekim hastasının yararına olduğunu varsayarak gerçeği saklarsa ya da çarpıtırsa ne ölçüde haklı görülebilir?" sorusunu gündeme getiren Percival, bu soruyu "kaygı verici durumlarda dürüstlük ilkesi ile hastanın yararı arasında bir denge kurulmalıdır." biçiminde yanıtlamıştır.(155)

"Aydınlatılmış onam", terimi ilk kez 1957 yılında Salgo adlı hastanın Leland Stanford Jr.Üniversitesi'nin mütevellî heyetine karşı açtığı davada kullanılmıştır. Böylece terim hem yasaya hem de terimler arasına girmiştir. İlk kez bu davada hastanın neyi seçtiğini bilerek onam vermesi için, önerilen tedavinin yapısı, sonuçları, yararları ve zararları, olası olumsuz etkileri ve bu tedaviye seçenek oluşturabilecek öteki yöntemler konusunda gerekli tüm bilgiyi alması önkoşulu söz konusu edilerek onamı aşkın bir kavram ortaya konulmuştur. Özel uygulamalar için hastaya gerçeği söyleme ve onamını arama uzun zamandır tıp geleneğinin bir parçası olmasına karşın, burada söz konusu olan yalnızca hekimin önerdiği tedavinin yapısını açıklamasının zorunluluğu idi; bunun ilk örneğine de 1767 yılında İngiltere'de rastlamaktayız. Oysa 1957'deki kararda ortaya konulan çok daha kapsamlı bir bilgilendirme dir.(52)

Klinik araştırmalarda aydınlatılmış onam ise, ilk

kez 1966 yılında, A.B.D'nde federal fonlardan destek alan araştırmalarda "güvenilir aydınlatılmış onam almak için uygun yöntemlerin kullanılıp kullanılmadığının" desteği sağlayan kurumca incelenmesini öngören "İnsan Deneklerin Kullanıldığı Klinik Araştırmalar" başlıklı andıçla [Lat."memorandum"], zorunlu tutulmuştur.(143)

Dünya Hekimler Birliği, 1977 Hawaii ve 1981 Lizbon Bildirgelerinde hekimlerin hastalarını aydınlatmak ve onamlarını aramak konusundaki yükümlülüklerini belirleyerek, Anglo-Saxon hukukunda yer alan bu uygulamayı evrensel tıp bağlamında bir ilke konumuna getirmiştir. (57)

Aydınlatılmış onam konusunda ülkemizdeki hukuksal durum ayrı bir ana başlık altında ileride tartışılacağından burada ondan söz edilmeyecektir.

1. 3. 2. Psikiyatride "Onam" ve "Aydınlatılmış Onam"ın tarihçesi

Psikiyatri uğraşının tıbbın içinde ayrı bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkışı tıbbın evriminde oldukça yeni bir olgudur. Bu yüzden psikiyatri etiği üzerindeki çalışmalar ancak son on yıllarda başlayabilmiştir. Bu alandaki çalışmaların ivme kazanması 2. Dünya Savaşı'ndan sonra olmuş, burada psikiyatride özel etik sorunlar odak noktası oluşturmuşlardır. Daha önceleri genel tıp uygulaması ile ilgili kuralların ve yasaların psikiyatri alanına uygulanması yeterli görülürken, son yıllarda tümüyle psikiyatride özel bildirgeler ve yasalar oluşturulmaya başlanmıştır.

20. yüzyıl öncesinde aydınlatılmış onamı incelerken, onu bir terim olarak değil bir kavram olarak ara-

mak gerektiği daha önce de vurgulanmıştı. Bu bağlamda tıp evrimine baktığımızda değil aydınlatılmış onamın, çağdaş anlamda ruh hastalığı kavramının bile oldukça yakın döneme ait olduğunu saptamaktayız.

Tarihsel bağlamda zaman zaman tıp uygulamasının temel metinlerinden birini oluşturmuş olan Hipokrat andında ruh hastalığı kavramını görmemekteyiz. Ancak bu andın Eski Yunan ve Roma tıbbında baskın olan anlayışı yansıttığı da son derece kuşkuludur. Çünkü söz konusu dönemde tıp, Pisagor okulunun katı ahlak kuralları ile yönetilmektedir ve bu yaklaşım and metninden çok daha fazla mistik öğeler içermektedir. Andda söz edilmemesine karşın Eski Yunan ve Roma hukukunda akıl hastaları için kimi özel yasa maddeleri bulunmaktadır. Örneğin akıl hastalarının mallarını yönetmek üzere temsilci atanması ve ceza sorumluluklarının olmaması gibi hükümler Roma yasalarında bulunmaktadır. Bu dönemde ruh hastalıkları organik ve doğal nedenlerle doğaüstü olanların etkileşiminin bir sonucu olarak görülmektedir. Bu dönemin hekimi için ruh hastasından onam ya da aydınlatılmış onam almak söz konusu değildir.(117)

Ortaçağ, ruh hastalarına ne hasta bakımı ne de hasta hakları konusunda bir ilerleme sağlamamıştır. Bu dönemde belirleyici olan tutum dinsel eğilimler olduğundan ve farklı dinler ruh hastalarına farklı yaklaştıklarından ortak bir anlayıştan söz etmek olanaksızdır. Örneğin Hristiyan dininin egemen olduğu toplumlarda ruh hastası şeytan tarafından lanetlenmiş bir varlık olarak görülürken ve buna bağlı olarak yüzer hastanelere kapatılarak toplumdan yalıtılmaya çalışılırken; İslam dininin egemen olduğu toplumlarda

Tanrı'nın özel kulları oldukları inancıyla saygı ve bakım görmekte, korunup kollanmaktaydılar. Yahudi toplumlarında ise ruh hastalığının kutsal bir belirti olmaktan çok organik bir bozukluk olduğuna inanılmaktaydı. Ancak bu farklı yaklaşımlar ruh hastalarının onamlarını almak konusunda farklı bir uygulamaya yol açmamıştır.(58)

Rönesans'ın ruh hastalarına en büyük katkısı, akıl hastanelerinin kurulmasıyla toplu halde bakılma olanağının sağlanması olmuştur.

Fransız Devrimi ve onu izleyen dönemde ruh hastalığı mistik görünümünden sıyrılmış ve onun toplum düzeninin bozukluğunun bir sonucu olduğu kanısı yaygınlaşmıştır. Bu kanı toplumun kendisini ruh hastalarına karşı borçlu ve sorumlu hissetmesi neden olmuştur. 1790'da Philippe Pinel'in çabalarıyla ruh hastaları bazı haklar elde etmişlerdir. Bunun için yapılan çalışmaların başında, geleneksel tıp uygulamalarının ruh hastalarının bireyselliğine ve insan olmalarından kaynaklanan saygınlıklarına uygun biçimde yeniden düzenlenmesi çalışmaları gelmektedir. Ancak ruh hastasının özerkliğinin ve buna bağlı olarak herhangi bir tür onam kavramının bu dönemde de hekimlerin ve hastaların duyarlılık alanında bulunmadığını görüyoruz.(59)

1803'de Thomas Percival'in tıp etiği konusunda önerdiği kurallar tıpta etik çalışmasının ilk adımlarının atılmasına olanak sağlamıştır. Ancak bu kurallar ruh hastalarını kapsam dışı bırakmıştır. Percival'e göre belli koşullarda akıl hastasının dövülmesi bir tedavi yöntemidir ve bu, hastaya zarar vermek

amacıyla değil, o günün anlayışına göre onu tedavi etmek amacıyla yapıldığı için haklı görülmelidir. Yine Percival'in kurallarına göre hastayı zorla yatırma konusunda tartışmak gereksizdir; ancak zorla yatırılmış hastanın korunması ve uygun bir tedavi ve bakım alması hekimin sorumluluğundadır. 1847'de Amerikan Tıp Birliği'nin kuruluşu ve Percival'in önerdiği kurallara dayanan bir etik metnin yayınlaması ile tıp etiği çalışmaları hızlanmıştır. 1849'da bir hekim olan Worthington Hooker, ilk kez ruh hastalarının haklarını da ayrı bir başlık altında toplayan bir etik çalışması yayınlamıştır. Bu çalışmada ruh hastalığı tanısının bir uzmanlar kurulu tarafından konulması ve hastanın haklarını elinden alırken belli ölçütlere göre davranılması konusunda öneriler getirilmektedir. Bu dönemde psikiyatri alanını da yakından ilgilendiren teknik gelişmeler ise ruh hastalarına bazı yeni olanaklar sağlamıştır. Ancak paternalist yaklaşım henüz tümüyle onaylanmakta ve desteklenmektedir.(117)

1844'de kurulan ve akıl hastanelerinin denetçilerinden oluşan bir kurul, psikiyatri alanındaki yaygın paternalistik eğilimin bir yansımasını oluşturacak biçimde ruh hastalarına tanı koymak ve onlar adına kararlar almak görevini üstlenmiştir. Bu kurul daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği'ni oluşturmuştur. Tıp çevreleri ruh hastaları için özel olarak oluşturulan bu kurulu dışlamış ve kararları yüzünden pek çok kez eleştirmiştir. Bu hatalı kararlardan en önemlisi olan Bayan Packard'ın zorla yatırılması ve tedavisi ile ilgili karar kurulun kararlarını ve varlığını sorgulanır duruma getirmiştir. E.P.W Packard'ın bu kurulun kararıyla 1860'dan 1864 yılına kadar

zorla hastanede tutulduktan sonra, mahkeme tarafından ruh hastası olmadığıнын saptanarak salıverilmesi o dönemde tıp çevreleri tarafından bir "skandal" olarak nitelendirilmiştir.(117)

1897'de Dr. George Rohe ve Dr. A.T. Hobbs ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarını yayınlamışlardır. Bu çalışmalarda ruh hastalıklarıyla kadın genital organları arasında bir bağlantı olduğu varsayımına dayanan cerrahi girişimlerin başarı oranları tartışılmaktadır. Bu makaleler başta tıp çevrelerinden olmak üzere büyük tepkiler almış, ancak ruh hastasının onam vermesi konusunda bir uygulama olmadığından yasal kovuşturma yapılmamıştır.(117)

Yukarıda sözü edilenlere benzer pek çok yanlış uygulama toplumun psikiyatriye olan güvenini sarsmıştır. Kuşkusuz bu gelişmeleri değerlendirirken o dönemin bilimsel, teknik ve "ideolojik" özelliklerini göz önünde tutmak gerekmektedir. Söz konusu dönem, gerek ruh hastalarını iyileştirmek gerekse onları denetim altında tutmak ve korumak konusundaki bilimsel ve teknik yetersizliklerin, psikiyatri alanında uğraş verenleri umutsuzluğa düşürdüğü ve ruh hastasını insandan farklı ve daha alt düzeyde bir canlı olarak görmelerine neden olduğu bir dönemdir. Doğaldır ki bu ikinci sınıf canlıнын özerkliğı ve onamı söz konusu bile edilememektedir.(26)

20. yüzyılda tıptaki yeni gelişmeler doğrultusunda ruh hastalarının tedavisinde bir umut, bir iyimserlik ortaya çıkmıştır. Bu yüzyılın başında pek çok yeni ve etkili tedavi yöntemi önerilmiştir. Ancak bu yeni yöntemler kimi sorunları çözerken pek çok

yeni etik sorunları da gündeme getirmişlerdir. Bunlar arasında ECT (elektro konvülsif terapi), frontal lobotomi ve ototoksikasyonu önlemek amacıyla yapılan barsak rezeksiyonları sayılabilir. Paternalizm hâlâ açıkça varlığını sürdürmektedir. Psikodinamik psikiyatrinin gelişmesi psikiyatrinin ruh hastalıklarının tedavisi konusundaki yetkinliği arttırmış, ancak bir grup uzmanın davranış "normlarını" saptayıp bunları dayatmaya haklarının olup olmadığı, bunun hastanın onamı olmadan yapılıp yapılamayacağı konusundaki tartışmaları da başlatmıştır.(162) Bu gelişmeler bağlamında uğraşın içeriğinde de temel bir değişiklik ortaya çıkmıştır. Artık psikiyatri kendisine getirilen hastaları kabul eden, onları bir ölçüde tedavi etmeye, ama sıklıkla korumaya çalışan edilgin rolünü bırakıp toplumun tümüne ulaşmayı amaçlayan etkin bir rol üstlenmeye başlamıştır. Psikiyatrinin gelişmesinin yanısıra yanlış uygulamalar ve uygun olmayan kapatma kararları gibi nedenlerle sorgulanması da bu döneme rastlamaktadır.

Ancak psikiyatri etiği ve aydınlatılmış onam konusundaki gelişmelerin çağımızdaki evriminde en belirleyici olay 2. Dünya Savaşı'nda tıbbın dramatik bir biçimde kötüye kullanılması olmuştur. Bunun sonucunda tıp araştırmaları ile ilgili Nuremberg Kodu ve buna dayanan Helsinki Bildirgesi ortaya çıkmıştır. 1948'de Cenevre Bildirgesi ve 1949'da Uluslararası Tıp Etiği Kodu yayınlanmıştır.

Psikiyatri alanında bu gelişmelerin yansımalarını görmek için daha bir süre beklemek gerekmiştir. Bu dönemde Thomas Szasz ve R. D. Laing'in öncülüğünü yaptıkları antipsikiyatri akımı, hastanın istemi ve

onamı dışında yapılan psikiyatri uygulamasını işkenceyle bir tutan bir yaklaşımı benimsemiş ve eleştirilerini ruh hastalığının varlığını sorgulama noktasına getirmiştir.(150)

Amerikan Psikiyatri Birliği 1973'de Amerikan Tıp Birliği'nin "Tıp Etiği İlkeleri" başlıklı metninden uyarlayarak "Özellikle psikiyatriye uygulanabilecek yönleriyle tıp etiği ilkeleri" başlıklı bir metni, uğraşsal etik kod olarak kabul etmiştir. Bu metin hekimle hasta arasında eşitlikçi bir ilişkiyi ve aydınlatılmış onamı öngörmemektedir.(4)

Yine aynı dönemde SSCB'nde rejim karşıtlarını susturmak için psikiyatrik tanı ve tedavilerin kötüye kullanıldığı ortaya çıkmıştır.(108) Dünya Psikiyatri Birliği bu uygulamaya bir yanıt olarak 1977'de Hawaii Bildirgesi'ni yayınlamıştır. Bu bildirme yalnızca psikiyatri alanında uğraş veren hekimler ve ruh hastaları için düzenlenmiş ilk uluslararası etik metnidir. Bu bildirgenin zamanlamasında SSCB'nin etik dışı uygulamaları kadar antipsikiyatri akımının Batı'daki paternalist psikiyatri anlayışına ve uygulamasına karşı yürüttüğü etkili eleştiri kampanyasının da etkisi vardır. 1977 Hawaii Bildirgesi'nin aydınlatılmış onamla ilgili maddeleri şöyledir;

1. Psikiyatrinin amacı ruh hastalığını tedavi etmek ve ruh sağlığını geliştirmektir. Psikiyatrist olanca yeteneği ile, kabul edilmiş bilimsel bilgiler ve etik ilkelerle donanmış olarak hastanın en iyi yararına hizmet etmek, toplumun genel yararını ve sağlık kaynaklarının hakça dağıtımını gözetmek durumundadır. Bu görevin yerine getirilmesi ise, sürekli araştırmayı ve

sağlık çalışanlarının, hastaların ve toplumun sürekli eğitimini gerektirmektedir.

2. Her psikiyatrist hastasına bilgisi kapsamındaki olası en iyi tedaviyi önerme ve eğer kabul edilirse onu ilgiyle ve tüm insanların gönencini koruyacak biçimde tedavi etmelidir. Psikiyatrist başkalarının verdiği tedaviden sorumlu ise onlara yetkin danışmanlık hizmeti ve eğitim sunmakla yükümlüdür. Gerekli olduğunda ya da hastadan mantıklı bir nedene dayanan bir istem geldiğinde psikiyatrist bir başka meslektaşından yardım istemelidir.

3. (Bildirge metninde 4. madde) Psikiyatrist hastaya içinde bulunduğu durumu ve olası seçenekleri de kapsayacak biçimde tedavi yöntemleri ve bunların olası sonuçları konusunda bilgi vermelidir. Bu bilgi anlaşılabilir bir biçimde verilmeli ve hastaya uygun ve olası yöntemler arasından seçim yapma olanağı tanınmalıdır.

4. (Bildirge metninde 5. madde) Hastanın ruhsal hastalığı nedeniyle, kendi en iyi yararının ne olduğu konusunda bir yargı oluşturamayacak durumda olması ve tedavi olmaması halinde kendisi ve/veya çevresi için ciddi bir zararın söz konusu olma olasılığının bulunması gibi durumların dışında, hastanın onamından bağımsız olarak ya da onun onamına karşı hiçbir yöntem uygulanamaz ya da tedavi verilemez.

5. (Bildirge metninde 6. madde) Zorla tedaviyi gerektiren koşullar ortadan kalktığında psikiyatrist hastayı zorla tedavi uygulamasından derhal çıkarmalı ve tedavinin sürmesi gerekiyorsa onamını almalıdır. Psikiyatrist, zorla tedaviye karşı çıkmak ya da uygulanan

yöntemle ilgili öteki yakınmalarını hukuksal olarak belirtmek için yasal yolların var olduğu konusunda, hastayı, yakınlarını ve onun için anlamı olan kişileri bilgilendirmelidir.

6. (Bildirge metninde 8. madde) Psikiyatrist, hasta onu bu yükümlülükten kurtarmadığı sürece, onunla konuştuğu, muayene ve tedavi aşamasında not aldığı her türlü veriyi gizli tutmakla yükümlüdür. Bu bilgilerin açıklanması hastanın kendisini ya da başkalarını ciddi bir zarardan korumak için zorunlu hale gelmişse, bu durum hastaya önceden bildirilmelidir.

7. (Bildirge metninde 9. madde) Psikiyatri alanındaki bilgiyi ve uygulama yeteneğini arttırmak ve aktarmak için hastanın katılımı zorunludur. Hasta bir sınıfa tanıştıırılacağı zaman aydınlatılmış onam alınmalıdır. Hastanın bir vaka olarak sunulduğu bilimsel yayınlarda onun gönencini, anonimliğini ve kişisel ününü korumak için olanaklar ölçüsünde tüm önlemler alınmalıdır. Hastanın katılımı amaç, yöntem, olası olumsuz sonuçlar açısından ve konu bir araştırma ise onun kapsamındaki tüm belirsizliklerle ilgili yeterli bilgiye dayanan gönüllü bir katılım olmalıdır. Klinik araştırmadaki tüm deneklerin hasta olarak hakları korunur. Çocukların ve onam veremeyecek durumdaki öteki hastaların yasal bir temsilciye sahip olmaları sağlanır. Her hasta ve denek, her istemli tedavi sürecinden, eğitim ve araştırma programından herhangi bir nedenle ve istediği zaman çekilebilir. Bu karar psikiyatristin hasta ya da deneğe yardım çabalarını engellememelidir.(26)

Bu kurallar çeşitli ülkelerin yasalarına girmiştir ve pek çok ülkede psikiyatri uğraşının sınırlarını ve kapsamını, ruh hastasının haklarını belirlemektedirler.



2- TIPTA AYDINLATILMIŞ ONAM VE İLGİLİ BAŞKA KAVRAMLARLA İLİŞKİSİ

2. 1. Konunun Felsefi ve Bilimsel Boyutları

2. 1. 1. Tıp etkinliğinde onam kavramı

Tıbbın evrimi göz önüne alındığında, onam kavramının tıp etkinliği için yeni bir kavram olduğu düşünülebilir. Daha önceki bölümde değinildiği gibi, tıp etiğinin gelişiminde önce onam daha sonra aydınlatılmış onam kavramları ortaya çıkmıştır.(52) Tıpta onam kavramının ortaya çıkışı bireyin özerkliğinin ön plana alındığı Fransız Devrimi'nden sonra gerçekleşmiştir. Bu kavramın ve ona dayanan uygulamanın temel amacı bireyin özerkliğine saygı göstermek ve onun insan olmakla doğuştan getirdiği kendi yazgısını saptama hakkını kullanmasına olanak sağlamaktır.

Bireyler belirsizliğin söz konusu olduğu durumlarda kendi yargılarını kullanmak durumundadırlar. Gereksinimleri konusunda farklı önceliklere sahip olduklarından farklı yargılarda bulunmaları kaçınılmazdır. Bu yargıları etkileyen öğelerin göreceli etkilerinin oluşu, onları karşılaştırmayı olanaksız hale getirmektedir. Bu nedenle yargıları değerlendirmek güçtür ve bu ikilemi çözmek konusunda üzerinde uzlaşmaya varılmış ortak bir yöntem yoktur.(50) Ancak her bireyin sık sık kendisi ile ilgili konularda yargıda bulunmak zorunda olduğu da açıktır. Tıp etkinliği bu belirsizlikleri büyük ölçüde içinde barındıran ve bireyi kendisi ile ilgili önemli yargılarda bulunmak durumuyla karşı karşıya getiren alanların başta gelenlerinden biridir.

Bu alanda bireylerin karar vermeleri, onların özgür istençlerine dayanan bir etkinliktir ve bunun gerçekleşmesi sonucunda onam ortaya çıkar.(68)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Özgür istenç; bireylerin kendi planlarını, isteklerini ve politikalarını birer söylem biçimine getirebilmeleri ve bunları yaşam alanlarında gerçekleştirmeleridir. Buna, kendi yaşam içerikleri konusunda karar vermeleri de denebilir. Özgür istenç kavramının hem bireyin fiziksel ve ruhsal yetenekleriyle hem de toplumun bireye sağladığı koşullarla ilintili olduğu kabul edilmektedir. Özgür istencin gerçekleşmesine değer veren toplumlar seçme şansını arttırıcı yollar ararlar.(16) Tıp etkinliği açısından da kuşkusuz bu geçerlidir. Bireyler sağlıkla ilgili özgür istençlerini, onamlarını vererek ya da vermeyerek belirtirler. Bireyin özgür istencinin önemsendiği sağlık sistemlerinde hem onamın uygun biçimde alınmasını hem de bireyin istencini tümüyle yansıtmasını sağlamak için yöntemler geliştirilir. Ayrıca böyle bir sistem, bireyin istencini gerçekleştirebilmesi için gereken seçenekleri de içerir ve bu içerik konusunda onu bilgilendirerek işlevselliği sağlar.

Tıpta özgür istencin onam alma işlemi ile yakından ilişkili oluşu, onamı tıp bağlamında tanımlamamızı ve anlamamızı önemli kılmaktadır. Bireyin, kendisine tanı, tedavi ya da araştırma amacıyla uygulanacak tüm girişimler konusundaki olumlu ya da olumsuz yargısını ortaya koyması ve bu yargının onun tıpla olan ilişkisini yönlendirmesi tıpta onam kav-

ramının temel çerçevesini oluşturmaktadır. Tıpta onam kavramı ile ilgili tartışmalar, önerilen eylem ya da uygulamaya herhangi bir kişinin verdiği "gerçek" bir onamın mı, yoksa tümüyle ussal ve özgür olan varsayımsal bir kişinin verebileceği "ideal" bir onamın mı temel alınması gerektiği konusunda yoğunluk kazanmaktadır. "İdeal" onam, özerkliğin zedelenmiş olduğu durumlarda, kişinin özerkliğine saygı ile "paternalistik" tıbbi bakımı birleştirebilme olanağını sağlar. Çünkü yalnızca hastalığın varlığı bile, "ideal" özerkliği zedeleyen bir etken olarak kabul edilebilir. Kimi uygulamalara yalnızca "ideal" onamı verebilen kişilerin onam verebileceğini kabul ederek, bunları özerkliği tam olmayan gerçek hastalara dayatmak olanaklı olabilir. Ancak bu, insanı birey olarak görme ve onu kendi isteğine karşı kullanmama ilkesine uygun bir usavurma biçimi değildir. "İdeal" onam yerine "gerçek" onam temel alınırsa, o zaman bu onamın ne zaman ve ne düzeyde gerçek ve doğru yönlendirici ya da sahte ve yanlış yönlendirici olduğunu saptamak gerekir. Ancak bu yolla, açıkça onam verilen bir uygulamanın yasal sayılıp sayılamayacağını bilebiliriz.

Kişinin özerkliğine saygı, onam vermeyi onun için olanaklı kılmakla ve onda kısmen de olsa var olan özerkliği değerlendirmekle gerçekleştirilebilir. Tıpta hastanın özerkliğine saygı onun kendisine önerilen uygulamayı kabul ya da reddetmesine olanak sağlayarak ve buna uygun etkinlikte bulunarak olur. Bazı yetersizlikler bu çabayı engelleyici rol oynayabilir; ancak genellikle hastada ortalamanın üzerinde bir anlama gerçekleştirilmektedir. Hasta için verilen bilgiyi anlamak ve amaca uygun biçimde işlemlemek, tıbbın bugün

ulaştığı karmaşıklık düzeyi göz önüne alındığında, oldukça güç bir zihinsel etkinliktir. Bu konuda ona yardımcı olmak için öncelikle, hekimin ve sağlık ekibinin öteki üyelerinin ona baskı yapmaktan ve hastanın alışık olmadığı, teknolojik açıdan şaşırtıcı ve toplumsal açıdan yabancı olan tıp ortamını, ona karşı bir gözdağı verme aracı olarak kullanmaktan kaçınmaları gerekir. Zamanın kısıtlılığının sürekli vurgulanarak hastanın zorlanması da kimi zaman onun özerkliğini zedeleyen bir başka uygulama olabilmektedir. (124)

Tüm öteki alanlarda olduğu gibi tıpta da insanın özerkliği sınırlı ve tartışmalıdır. Bir başkasının eylem ve uygulamalarını belirlemek için verilen onam da genellikle seçici ve eksiktir; ancak belli varsayımlarla ilgili olarak ve belli koşullarda geçerlidir. Hasta bir uygulamaya ya da bir tasarıya onam verdiğinde, bu karar, onam verilen konunun tüm mantıksal kapsamını, olası tüm sonuçlarını, onunla ilgili engellenebilecek ya da engellenemeyecek yan oluşumları kapsayan saydam bir onam değildir. En saydam, en çok bilinen ve en kesin anlaşmalara dayalı onamlar bile, açıklık ve kapsam genişliği bakımından ancak belli bir aşamaya erişebilirler; dolayısıyla tıbbi durumlar onam kavramının geçerli olmadığı, kuraldışı durumlar değil, insan özerkliği ve onamın tipik sınırlarını vurgulayan durumlardır. (124)

Bir tıp yöntemine onam vermek ya da onu reddetmek özerk bir davranıştır; ancak bu davranış için hasta kendisiyle ilgili ona sağlanan bilgiyi dayanak olarak kullanmak durumundadır. Bu nedenle tıp alanında onamın aydınlatılmış olma özelliği ön plandadır. Bu bilginin

özellikleri ise bilgiyi veren hekimin değerlerine ve bu değerlerin oluşturduğu etik çerçeveye doğrudan bağlıdır. Eğer hekim, hastanın her koşuldaki iyiliğini öne alan bir etik yaklaşımı benimsemişse, onda huzursuzluk ya da kendine yönelik şiddet eğilimi yaratabilecek bilgiyi saklamayı yeğleyebilir. Hastanın özerkliğine saygı ilkesinin yönlendirdiği bir hekim ise herhangi bir karardan önce, hastayı üzme ya da bazı istenmeyen durumlara yol açmak pahasına ona tüm bilgiyi vermeyi yeğleyebilir.(23, 96)

Hastaya verilecek bilginin içeriği onun verilmiş biçimini ve hekimin tutumunu önemli ölçüde etkiler. Tedavi ile ilgili bilgiler ya da hastanın katılması planlanan bir araştırma ile ilgili olanlar kimi özellikleri yönünden benzeşmeler bile ayrı ayrı ele alınmaları daha uygun olur. Bunlara dayanılarak verilen onam da farklı düzeylerde değerlendirilmelidir.(95)

Bu noktada amaç-araç ilişkisi çok önemlidir. Kişinin bir eylemde bulunurken amacının ne olduğu, bu amaca ulaşmak için seçilecek araçların neler olduğu ve onlar arasında ne gibi değersel farklılıklar bulunduğu konusunda duyarlı bulunması etik açısından çok temel bir kaygıdır. Kişinin amacını seçerken gösterdiği titizliği aracı belirlerken de göstermesi ve amacına ulaşmak için en az değer yitimine neden olacak en etkin aracı yeğlemesi çok önemlidir. Etik açıdan olumlu bir amaç için, önemli değer yitimine yol açacak bir aracı kullanmak, o amacın olumlu değersel niteliğini kuşkulu duruma düşürebilir ya da azaltabilir. Amaçları için her aracı, onu etik açıdan değerlendirmeksizin kullanan kişilerin etik duyarlılıkları oldukça kuşkuludur. Ancak

amacın değerliliği ölçüsünde ve belirli koşullara bağlı olarak kimi araçların kullanımını haklılık kazanabilir. Bu ilişki etik değerlendirmelerde göz önünde tutulması gereken en temel öğelerden biridir.

Onam alma yöntemlerinin sistemleştirilmesi ve gündelik uygulamalar durumuna getirilmesi konusunda birçok çalışma vardır, ancak bu alanda tüm ilgili tarafların etkinliği ve güvenilirliği konusunda uzlaştığı bir yöntem henüz geliştirilememiştir.(137) Bunun nedeni insan özerkliğinin sınırlarının çok değişken oluşudur. Onam belgelerinin gündelik uygulama sırasında imzalatılması hukuksal açıdan hekimi güvenceye alabilirse de bu, kişinin özerkliğinin gerçekleştiği biçiminde bir güvence değildir.(29) Hasta ancak tanısının dayanaklarını ve önerilen tedaviyi anladığı ve kendisini tedaviyi reddedebilecek ya da bazı değişiklikler konusunda diretebilecek kadar güvenlikte hissettiği ölçüde özerk kararlar alabilir. Öneri, gerçek bir hastanın kabul ya da red edebileceği kadar açık bir duruma getirildiğinde hastanın yapılanlara sessizce uyum göstermesi bir kabulleniş ya da onam olarak görülebilir. Elde edilen onam hastanın önerilen tedaviye verdiği gerçek yanıtı yansıtmıyorsa, onam arama ve özerkliğe saygı ilkeleri yönünden değerini yitirir.(125)

Yukarıdaki bilgilerin ve yaklaşımların ışığında, bu tezde kişinin özerkliğinin gerçekleşmesi için "gerçek" onamın temel alınmasının uygun olacağı ve bu gerçek onamın hastayı bilgilendirme koşuluna bağlanmasının gerektiği savunulacaktır. Hastanın bilgilendirilmesi konusundaki sınırı belirlemek üzere "aydınlatma" sözcüğü terimde yer almıştır. Çünkü burada

amaçlanan bilgilendirme hastayı sorunuyla ilgili tüm tıp bilgileriyle donatmak değil, **kendisinden beklenen seçimi yapabilmesi için gereken yeterli ve uygun bilgiyi** ona sağlamaktır.

Tıpta özerkliğe saygı ve onam arama ilkelerinin bu denli önemli olmasının temel nedeni tıbbın tarihsel evrimi boyunca kazandığı ve yapısının neredeyse ayrılmaz bir parçası durumuna getirdiği "paternalizm" eğilimidir. Bu eğilim tıp etkinliğinin o denli ayrılmaz bir parçası konumuna gelmiştir ki, bunca sorgulanmasına karşın onu etkinlikten tümüyle silmenin olanaklı olup olmadığı konusunda bile henüz bir uzlaşma sağlanamamıştır. Paternalizm genel olarak tıbbın ve özelde psikiyatrinin çok temel sorunlarından biridir. Bu nedenle ayrı bir başlık altında, ayrıntılarıyla tartışılacaktır. Burada vurgulanması gereken, tıpta onam kavramının hekim-hasta ilişkisinde varlığı yadsınamayacak kadar belirgin olan ve ilişkiyi neredeyse her anlamda belirleyen, tarihsel süreç içinde kimi zaman "sınırsız" niteliğini hak edecek kadar yaygın ve sorgulanamaz boyutlara ulaşan paternalizm eğilimine karşı bir güvence oluşturduğudur. Hekimler kendilerinde var olan, etkinliğin doğası ve hastaların tutumları ile beslenen bu eğilimi, genelde hem etik nedenlerle hem de işlevsel amaçlarla denetim altında tutabilmek ve kendi kendilerini sınırlayabilmek için onam ilkesini benimsemek durumunda kalmışlardır. Bu ilkenin en etkin biçimde uygulanması için gereken yöntemsel çalışmaları yürütenler de yine hekimlerdir.

Sağlık çalışanları özerklikten çok yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerini ön planda tutmaktadırlar.

Hekimin hastası için en iyi olanı seçeceği biçimindeki yaygın kanı ve bunun uygulamadaki yansımaları tıpta paternalizmin temel öğeleridir. Etik alanında yapılan bir çalışmada, Baum ve arkadaşları özerkliğin tek ilke olmadığını, bu tek ilkeye aşırı bağlılığın yalnızca bilimsel tıp uygulamasını değil, tümüyle hekim-hasta ilişkisi kavramını zedeleyebileceğini öne sürmüşlerdir. Onlara göre hekimin görevi hastaya içinden kendi istek ve gereksinimlerine göre özgürce seçim yapabileceği bir seçenekler listesi sunmak değil, onun için elinden gelenin en iyisini yapmaktır. (21,90) Eğer bu doğruysa, Dr. Ingelfinger'ın saptaması bu görüşün ön gördüğü adımlar konusunda oldukça bilgi vericidir:

"Eğer hekimin birinci görevinin hastanın daha iyi hissetmesini sağlamak olduğuna inanıyorsak, o zaman belli düzeyde yetkenin, paternalizmin ve baskıcılığın hekimin etkinliğinin temeli olduğunu da kabul etmek zorundayız." (80) İşte bu tehlikeli çıkarım, yani tıp etkinliğinin doğasında paternalizmin bulunduğu görüşü, onam, özellikle de aydınlatılmış onam alma uygulaması ile dengelenebilmektedir. Çünkü gerçekte her ne kadar hekim aldığı tıp eğitimi nedeniyle hasta için en iyi olanı bilmek konusunda daha yetkinse de onun adına en iyi kararı vermesi için bu yeterli değildir. Bu bağlamda hastanın değerleri ve öncelikleri konusundaki bilgi de en az teknik bilgi kadar önemlidir; ancak bunun aktarılması daha güçtür. Eğer hastanın hekim-hasta ilişkisinde temel bir öğe olduğunu kabul ediyorsak, onunla ilgili belirleyici etkenlerin önemini gözardı edemeyiz. Bu nedenle günümüzde geliştirilmeye çalışılan yöntem hekimin sahip olduğu teknik bilginin bir bölümünü hastaya aktarması biçimindeki bir uygula-

maya dayanmaktadır. Bu bağlamda tıpta paternalizmin etkinliğin doğasında bulunan bir öge olamayacağını, onun tıbbın uygulanış biçimi ile ilgili ve genellikle hekim tarafından yapılan bir seçim olduğunu vurgulamak gerekir. Ancak kimi zaman hasta hekimin kendi adına karar vermesini ister, buna **izinli paternalist davranış** denir. Bu durumda hekimin hastanın gerçekten ne istediğini, nelere değer ve öncelik verdiğini anlamak için zaman ve çaba harcaması, bunu yapabilmek için iletişim alanındaki yeteneğini geliştirmeye çalışması gereklidir. Aksi durumda izinli bile olsa paternalist davranış etik açısından kuşku ile karşılanır.(70) (Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Görüldüğü gibi tıp etkinliğinde onam kavramı bir ucu genel anlamda felsefeye ve etiğe dayanan öte yandan uygulama alanındaki etkili yansımaları ile tümüyle kavramsal tartışma düzeyinde bırakılması olanaksız olan bir konudur. Uygulama alanında önerilerde bulunurken onun temel etik boyutunu gözden kaçırmamak, ilintili olduğu kavramlarla etkileşimini değerlendirmek ve tıbbın gerçeklerini ve olanaklarını göz önünde tutmak gerekmektedir.

2. 1. 2. "İnsan Olma Hakkı" açısından aydınlatılmış onam

Bireylerin doğuştan getirdikleri, reddedilemez ve devredilemez hakları olduğu ve bu hakların kapsamı 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde belirtilmiştir. Bu bildirge uluslararası hukukun temel metinlerinden biridir; bu nedenle de çağımızda son derece önemlidir. Ancak bu çalışma bağlamında onun

asıl önemi 20. yüzyılda insanın nasıl algılandığını göstermesindedir. Söz konusu bildirge 20. yüzyıl insanının en temel hakkı olarak yaşam hakkını görmektedir. Bu hakkın gerçek anlamda kullanıldığını savunabilmek için, insan yaşamının niteliklerini belirlemek gerekmiştir. Bildirgede temel insan hakları olarak sıralanan tüm öteki haklar bu nitelikleri belirlemeye yöneliktir. İnsan, ancak sağlıklı bir yaşam sürme olanağı varsa, bu yaşamı anlamlandırması için gereken eğitimi alabiliyorsa, yaşamını sürdürmesi için gerekli kaynaklara ulaşmak için bir işe sahipse, yaşam hakkını tam olarak kullandığı varsayılabilir. Bu niteliklerin tek tek bireylerin yaşamına hangi biçimde yansıtacağı konusu da insan hakları açısından temel bir kaygıdır. Bu konuda kişisel ve toplumsal pek çok etken rol oynar. Bildirgede toplumsal etkenleri büyük ölçüde belirleyen ve düzenleyen kurum olan devlete bazı yükümlülükler getirilmiştir. Kişisel etkenleri temellendirmek için ise genel ilkeler konulmuştur. Buna göre insanın yaşam hakkını tam olarak kullandığını savunabilmek için, bu yaşamın onun özgür istenci ile yönlendirilmesi, kişinin kendi yazgısını saptayabilmesi ve özerkliğini gerçekleştirebilmesi gerekmektedir. Devlet kişiye bu olanağı sağlamak ve yasalarla güvenceye almakla yükümlüdür.

Tıp uygulamaları açısından bakıldığında kişinin söz konusu haklarının korunması için bazı yöntemlerin geliştirildiği görülmektedir. Bunların başında hekime yüklenen, iyi davranma, önce zarar vermeme, hastanın en iyi yararını gözetme, güvenilir ve dürüst olma gibi görevler gelmektedir. Bunun bir uzantısı ve hastanın özgür istencini, kendi yazgısını saptama hakkını ve

özerkliğini korumanın uygulamaya yönelik bir yansıması olarak **aydınlatılmış onam alma işlemi** ortaya çıkmıştır. Yukarıda tarihsel gelişimi açısından incelenen aydınlatılmış onam, insan haklarını koruma du yarlılığının artmasına koşut olarak tıbbın birçok alanında gündelik uygulamanın bir parçası durumuna gelmiştir. Başlangıçtan bu yana insanın kendi bedeni üzerindeki hakları ve insan bedeninin saygınlığı ve dokunulmazlığı vurgulanmıştır. Bu nedenle aydınlatılmış onam alma gereği ilk olarak cerrahi dallar gibi insan bedeni üzerinde doğrudan etkinlikte bulunan tıp dallarında söz konusu olmuştur.

Psikiyatride aydınlatılmış onam alma gereğinin günümüzde bile kuşkulu bulunması ya da olanaksız olduğunun savunulması tümüyle ruh hastasının insan olma özelliğinin kuşkulu bulunmasına dayanmaktadır. Bu konudaki tartışmaların kökenini tıbbın evrimi sürecinde oldukça gerilere götürmek olanaklıdır. Ruh hastasının insanla hayvan arasında bir canlılık düzeyi gösterdiği, biçimsel olarak insan, ruhsal olarak hayvan sayılabileceği konusunda toplumsal bir uzlaşmanın bulunduğu dönemlerde toplumun ve hekimlerin tutumları bu yaklaşımla tutarlılık göstermekteydi. Bu dönemlerde aydınlatılmış onam gibi bir kavram da söz konusu değildi. (58,59,117)

Toplumun ve tıp çevrelerinin, özellikle de ruh hastaları ile uğraşan hekimlerin ruh hastalarının insan sayılıp sayılmayacağı konusunda tartıştıkları ve sonuçta insan sayılmaları gerektiğine karar verdikleri bir geçiş döneminden söz etmek de olanaklıdır. Bu dönemde toplumun ve hekimlerin ruh hastalarına yönelik

tutumları geçiş dönemiyle uyumlu olmak üzere büyük lde çeşitlilik içermektedir. Aydınlatılmış onam kavramı ancak bu dönemin sonlarına doğru söz konusu olmuştur ve uygulamayı belirlemekten çok ilkesel bir özellik göstermiştir.

Buğun gerek toplum gerekse hekim çevresi, özellikle de psikiyatristler, ruh hastasının insan olma özelliğini tümüyle kabul etmektedirler. İşte bu uzlaşma aydınlatılmış onam alma gereğini gündeme getirmektedir. Ancak gerek aydınlatılmış onam konusunda gerekse gündelik psikiyatri uygulamasının genelinde bu uzlaşmayla tutarlı olmayan bir yaklaşımın yaygın olduğunu görüyoruz. Görünürdeki uzlaşma toplumun ve psikiyatri çevresinin tutum sistemlerinde yerleşmemiştir, bu nedenle de davranışlarında belirleyici olmamaktadır. Genelde yeğlenen eylem biçimine bakıldığında, ruh hastasının ne lde "insan" sayıldığı ve bunun ne lde toplumsal bir uzlaşmaya dayandığı konusunda kuşkular ortaya çıkmaktadır. Belki de şu anda içinde bulunduğumuz dönemi de bir geçiş dönemi olarak değerlendirmek daha uygun olacaktır.

Bu tez, ruh hastasının insan olduğunu, insan olmaktan gelen bütün haklara sahip olduğunun kabul edilmesi gerektiğini ve yapılan tüm etik değerlendirmelerde, hukuksal düzenlemelerde ve bilimsel etkinliklerde bu gereğin temel alınmasının zorunlu olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada ruh hastasının özerkliği, zgr istenci ve kendi yazgısını saptama hakkı konusunda onun yeterliğine yönelik bir kuşku söz konusu olduğunda, bu, onun insan olup olmadığı kaygısından kaynaklanmayacak; başka herhangi

bir hastalıktan dolayı yeterliği kuşkulu olan bir insandan farklı olmadığı biçiminde değerlendirilecektir.

2. 1. 3. Bireysellik ve özerklik açısından aydınlatılmış onam

Özerklik [İng. "Autonomy"] kişinin kendi hakkında karar verme, özgür istencini ve düşünme yeteneğini kullanarak verdiği bu özgün kararı eyleme dönüştürme özelliğidir. (69) Özerklik özgür istenç kadar, bireylerin yaşamlarını kendi değerleri ve kuralları doğrultusunda yönetebilmesini de gerektirir. Kant bunu "Eyleminin maximi evrensel bir yasa olacakmış gibi eyle." biçiminde söze dökmekte ve kendi etik anlayışı bağlamında insanı us ve duygu olarak ikiye ayırmaktadır. Kant bu ayrımı yaptıktan sonra usa daha çok değer vermesinin dayanaklarını açıklamakta ve bu dayanakların evrensel gerçekler olduklarını savunmaktadır. (85) Oysa insan doğasının öteki yönleri Kant'ın bu ayrımını doğrulamamaktadır. İnsan birleşik ve karmaşık bir bütündür. Özerk insan, özgür istenci, özerkliği ve duygusal tepkileri ile bir bütündür. Bu yaklaşım özellikle tıp alanında her zaman göz önünde tutulması gereken temel bir özelliktir. Etik açısından, özerk bir insanı tedavi etmek için yöntem belirlerken, insan doğasının bu özelliğini temel almak çok önemlidir. (44, 131)

Eylem bağlamında özerklikten söz ettiğimizde bir yanda özgürlük, bağımsızlık ve yetkinlik söz konusudur. Öte yandan özerk eylemde bulunmak, düşünce ve karar açısından da özerkliği gerektirir. Özerklik, bağımsızlık ve özgürlüğün altkümesidir; ancak her özgür

ve bağımsız olan özerk değildir. Aristo'nun dediği gibi özerklik ussallıkla sağlanır. (69)

Özerklik üç biçimde söz konusu olabilir.

a. **Düşünce özerkliği:** Düşüncenin özerk olması karar verme, inanç oluşturma, estetik seçimler yapma ve etik değerlendirmelerde bulunma gibi geniş bir ussal etkinliği kapsar. Bu etkinlikte bulunurken bireyin yanlışlar yapması doğrudan özerkliğin olmayışını kanıtlamaz. Bilgi eksikliği ya da değerlerin ve duyarlılıkların farklı olması önemli etkenler olarak bireyin ussallıkta etkinliğinde sonucu belirleyebilir.

b. **İstenc özerkliği:** İstencin özerk olması kişinin kendi yargılarına dayanarak bir eylemde bulunup bulunmama kararı vermekte özgür olmasıdır. Kişinin istencinin bulunduğu varsayılması konusunda toplumda bir uzlaşma vardır. Ancak istencin gücü kişiler arasında farklılık gösterir. Bu güç, örneğin bazı hastalıklar nedeniyle ya da kimyasal maddelerle azaltılabilir.

c. **Eylem özerkliği:** Eylem özerkliği bireyin düşünce ve istenc özerkliğine dayanarak eylemde bulunmasıdır. Bireyin özgün eylemleri onun ussallıkla karar verdiği kararları uygulaması ile anlam kazanır.

Özerkliği farklı kişilerde değişen düzeylerde sahip olunan bir özellik olarak kabul eden yaklaşım, bir yetenek veya bir erdem olarak değerlendiren görüş karşısında giderek artan sayıda yandaş kazanmaktadır. Özerklik kendi başına bir erdem olmaktan çok erdemlerin erdem olarak var olabilmeleri için gerekli bir önkoşuldur. (69)

Özerklik ilkesi; bireyin özerkliğine saygı gösterilmesinin öncelikle ahlaki açıdan bir zorunluluk olduğunun kabul edilmesidir.(52) Uygulama alanında herkes özerkliğe saygı ilkesini bir ölçüde kabul etmektedir. Öncelikle kendi özerkliğimize saygı gösterilmesini gerekli görmekteyiz ve buna karşılık biz de bazı insanların özerkliklerine en azından bazı koşullarda saygı göstermeyi kabul etmekteyiz. Ancak özellikle eylem özerkliğinde kimi sınırlamalar getirmek de zorunludur; yoksa, sonucu etik açısından ne denli olumsuz olursa olsun her türlü eyleme saygı göstermek zorunlu olurdu. Bu sınırlamaların neler olması gerektiği konusunda farklı etik yaklaşımların farklı öncelikleri ve önerileri vardır.

Yararcılık kuramının kurucuları John Stuart Mill (1806-1873) ve Jeremy Bentham'a (1748-1832) göre tüm insanların gönencini yüceltmek için başkalarının özerkliğine saygı göstermek gerekir; ancak bu saygı başkalarına zarar vermemeli ve özerkliğine saygı gösterilen kişi tartışmayla geliştirilebilecek belli bir olgunluk düzeyine ulaşmış olmalıdır. Başkalarına zarar vermediği ve onların ve toplumun gönencini engellemediği sürece her bireyin özerkliği tümüyle saygındır. İnsanın özerkliğini gerçekleştirmesi en büyük insansal mutluluk olduğuna ve insanların özerk seçimleri birbirinden çok farklı olduğuna göre bunu en yüksek oranda sağlamak yararcı yaklaşımın temel görevidir. Onlara göre "eylemin özgürlüğü yalnızca kendini korumak için engellenebilir. Kişinin istenci ancak başkalarına zararlı olacaksa gözardı edilebilir. İster

fiziksel ister etik açısından olsun yalnızca kişinin kendisine zararlı olma olasılığı yeterli değildir." (61,62)

Ödevbilgisel ("deontolojik") yaklaşımın kurucusu Immanuel Kant'a (1724-1804) göre ise "ister kendin ol, ister başkası olsun, her zaman, insanı bir araç olarak değil, bir amaç olarak gör." kuralı doğrultusunda, hem özerkliğin hem de özerkliğe saygının bireyin usuna saygının zorunlu ardılı olarak evrensel bir değer olması gereklidir. Kant'ın düşüncesinde yalnızca eylemde bulunmak yeterli değildir, bu eylem mutlaka özerkliğin ürünü olmalıdır.(61,62)

Bu tez, hastanın bir insan ve bir birey olarak özerkliğini koruyabilmesi ve bunu yaşama geçirebilmesi için aydınlatılmasının ve onamının alınmasının tıp alanı için uygun bir yöntem olduğunu savunmaktadır. Savunulan görüşün iki önemli boyutu vardır. Öncelikle, **aydınlatılmış onamın tıp etkinliğinin doğasına aykırı olmadığı ve gündelik uygulama içinde işlevsel bir yeri olabileceği ön kabulüne dayanmaktadır.** Ayrıca bir yöntem olarak, **hastayla ilgili koruması beklenen hakları güvenceye almak ve yaşama geçirmek konusunda etkin olduğu öne sürülmektedir.**

Çalışmanın kapsamına girmemekle birlikte, aydınlatılmış onamın bir kişinin eylemlerinin başka bir kişinin yazgısı üzerinde etkili olduğu tüm alanlarda uygulanabilecek bir yöntem olduğu savunulabilir. Kuşkusuz böyle bir tartışmada bu uygulamanın tıptakinden farklı bir içerik taşıyabilmesi olasıdır.

2. 1. 4. "Paternalizm"

Genel olarak paternalizm, bir kişinin başka bir kişi adına ve onun onamı olmaksızın eylemde bulunması, bunu yaparken de söz konusu eylemin o kişinin iyiliği için olduğu varsayımına dayanmasıdır. Buna **babaca davranış** da denilebilir.(6, 12, 84) Bu tür davranış iki ögeden oluşur:

1. Davranışta bulunan bunu, davranışın yöneldiği kişiye karşı olan duyarlılığına dayanarak yapar.

2. Davranışın yöneldiği kişinin isteği ya gözardı edilir ya da aşılr.(101)

Bunlara ek olarak iki ölçütten daha söz edilebilir. Bunlar:

1. Bu davranışın sonucunda davranışın yöneldiği kişi açısından bir değer kuralının çiğnenmesi söz konusu olur. Burada değer kuralının çiğnenmesi demekle anlatılmak istenen, kişinin ya doğrudan zarar görmesine neden olacak ya da zarara uğrama olasılığını arttıracak biçimde davranmaktır. Eğer geçerli bir neden yoksa böyle bir davranış her zaman etikdışıdır.

2. Kişi en azından kısmen yeterlidir ya da gelecekte onun en azından kısmen yeterli duruma gelmesi beklenmektedir. (16)

Paternalizm yalnızca kişinin davranışları ile sınırlanamaz. Kimi zaman uzun erimli özerklik uğruna kısa erimli özerklikten vazgeçilebilir. Böyle durumlarda paternalizm kişinin geleceği açısından yararlı olabilir.

Yarar adına yapılan davranışları engellemek kişilere zarar verebilir, ancak sınırsız paternalizm de özerkliği yok ederek zarar verir. Kişinin özerkliği gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmasıyla olanaklıdır, oysa kimi kez zaman yetersizliğinden kimi kez de kişinin özellikleri nedeniyle, örneğin bir ruh hastasında bulunabilen sanrılar ya da saplantılar yüzünden, bilgi aktarımı olanaksız hale gelebilir.(56) Daha önce de vurgulandığı gibi bu tezin temel aldığı özerklik "ideal" değil, gerçek özerkliktir. Tıp uğraşı söz konusu ikilemin en açık örneklerinden biridir. Burada sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının paternalist bir tutumu benimsemeleri ve etkinliklerini bu tutumu temel alarak yapılandırmaları, geliştirmeleri gereken özerkliği reddetmelerine neden olabilir. (16) Öyleyse tıp etkinliği bağlamında paternalizmi tümüyle reddetmek olanaksız olmakla birlikte, bu tür davranışın sınırlarını iyi çizmenin, bu sınırları olanaklar ölçüsünde dar tutmanın ve bu davranışın haklı gerekçelerini çok iyi saptamanın gereğini vurgulamak durumundayız. Tıp alanında tedavi açısından bu değerlendirmeyi yaparken yardımcı olabilecek bazı ölçütler vardır. Bunlar:

1. Tedavinin hastada engelleyeceği ya da düzelteceği zararlar çok önemli olmalıdır.

2. Tedavi ile ortaya çıkabilecek zararlar birincilerle karşılaştırıldığında çok daha az olmalıdır.

3. Hastanın tedavi olmama isteğinin usdışı olduğu yolunda ciddi kanıtlar bulunmalıdır.

4. Makul kişiler yukarıdaki üç ölçütle tanımlanan ve değerler açısından tipik özelliklere sahip olan du-

rumlarda her zaman zorunlu tedaviye izin verilmesini savunurlar. Dolayısıyla, eğer tedaviyi reddeden hastanın yerinde olsalardı bu kanılarına uygun biçimde davranmaları beklenirdi. Bu sonuncu ölçüt etik değerlendirmede gerekli bir öge olan yansızlık ilkesini sağlamayı amaçlamaktadır.(70)

Bu ölçütlerle ilgili olarak açıklığa kavuşturulması gereken bir başka önemli nokta da **usdışı karar ya da davranış kavramıdır**. Eğer bir kararın ya da davranışın öngörülebilir sonuçları ilgili kişinin yeterli neden olmaksızın zarara uğrayacağını gösteriyorsa bu karar ya da davranış usdışıdır. **Yeterli neden kavramı** ise şöyle tanımlanabilir: Kişinin, kararının kendisine yarar sağlayacağı ya da zarara engel olacağı veya ortaya çıkmış bir zararı gidereceği yolundaki bilinçli inancı, burada onun davranışının nedenidir. Eğer makul kişilerin büyük bir bölümü tasarlanan bu davranışın neden olacağı zararın kabullenilmesinin daha önemli bir zararı engelleyeceği konusunda görüş birliğine varıyorlarsa, bu neden yeterli bir neden durumuna gelir. Motivasyonlar her zaman yeterli bir neden olarak kabul edilemezler.(70)

Benzer değerlendirmeler, ölçüt belirleme ve sınırlandırmalar, paternalistik ilişki biçiminin söz konusu olduğu ve bunun tümüyle dışlanması herhangi bir nedenle olanaksız olduğunun kabul edildiği, her türden ilişki için yapılabilir.

2. 1. 5. Beden bütünlüğü ve ruh bütünlüğü açılarından aydınlatılmış onam

Tarihsel bağlamda ele aldığımızda gördüğümüz gibi aydınlatılmış onam ilk kez insanın bedeni üzerindeki hakları ile ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak tıbbın kavramsal alandaki gelişimi sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlanması sonucuna ulaşınca bu uygulamanın ruh hastalıkları alanında da ele alınması söz konusu olmuştur. Günümüzde hâlâ pek çok hukuksal metinde kişinin bedeni üzerinde herhangi bir girişimde bulunmak için onamının alınması koşulu getirilirken, ruhsal ve davranışsal sistemlerinden söz edilmemektedir. Genellikle hukukçular bunu insanın bedensel ve ruhsal bir bütün olarak yorumlanmasının bir yansıması olarak görmekte ve bir ilerleme olarak kabul etmektedirler. Bu varsayımın aydınlatılmış onam üzerinde iki temel ve olumsuz etkisi olduğundan söz edilebilir. Öncelikle, kişiye yönelik herhangi bir girişim için aydınlatılmış onam gerektiğinde, ikna gibi büyük ölçüde onun ruhsal bütünlüğüne yönelik bir edimi olanaklı kılar. Ayrıca, özellikle psikiyatri alanında söz konusu olan psikoterapi gibi tedavi yöntemlerinde aydınlatılmış onam uygulamasını gözardı edilebilir konuma getirir.(145)

Özellikle yasalarda sık sık kullanılan "beden bütünlüğü" teriminin anlambilgisel açıdan temellendirilmesi gerekmektedir. Bu terimden beden ve ruhun birlikteliği ve bunların birini etkileyen eylemin doğrudan ötekine de yöneldiğinin kabul edileceği anlamı çıkarılabileceği gibi, bedenin maddesel anlamda bir sürekliliğinin söz konusu olduğu ve bu sürekliliğe

yönelik eylemlerin onu değiştirdiği oranda bütünlüğü etkilediği anlamı da çıkarılabilir. Özellikle ikinci anlam bağlamında, ruh hastalıklarının tedavisine yönelik psikodinamik yöntemlerde aydınlatılmış onam alınmamasından doğacak yasal bir sorumluluktan söz etmek güçtür. Bu tanım kişinin ruh bütünlüğünün güvencesi olamaz. İlk tanım bağlamında aydınlatılmış onam açısından ortaya çıkan güçlük ise, beden sözcüğünün kişinin ruhsal özelliklerini de kapsayıcı bir anlam yükü taşımak açısından uygun olamayacak denli somut bir anlam yükü taşımasıdır. Beden sözcüğünün yüklendiği anlam daha çok insanın fiziksel varlığı ile ilgilidir. Bu nedenle aydınlatılmış onamla ilgili kapsamı belirlerken "kişiye yönelik her türlü tıbbi girişim" biçiminde bir vurgulama yapılmalı, "kişinin bedenine yönelik her türlü girişim" biçimindeki kısıtlayıcı tanımlardan kaçınılmalıdır.

2. 1. 6. Değerler felsefesi açısından aydınlatılmış onam

Değerler felsefesi denildiğinde etik ve estetik değerleri konu edinen oldukça kapsamlı bir alan söz konusudur. Değerler felsefesi teriminin zaman zaman bu alanın insan eylemini değerler açısından inceleyen altkümesi olan etikle örtüşecek biçimde kullanıldığını görmekteyiz. Bu bölümde de değerler felsefesi terimi, böyle dar kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Değerler felsefesi açısından bakmak, her türlü insan eylemini iyi-kötü, doğru-yanlış biçiminde tanımlamaya çalışmak demektir. Bunu yaparken bazı soruları yanıtlamak durumunda kalırız. Değerli (iyi ya da doğru) olan nedir?

Kimin değerleri temel alınmalıdır? Hangi değerler ötekilerden üstündür ve onlar için zaman zaman ötekilerden özveride bulunulabilir mi? Bu soruların yanıtları aydınlatılmış onam açısından son derece belirleyici ve önemlidir.(90)

Burada daha önce de belirtildiği gibi, etikte ya da ahlaki değerler felsefesi konusunda görüşlerini ortaya koyanlar bu sorulara farklı yanıtlar vermişlerdir. En temel değerin erdem olduğunu savunanların karşısına mutluluğu savunanlar çıkmıştır. Toplumun değerlerinin temel alınmasını savunanlar ise karşılarında bireyin amaç olduğunu ve onun değerlerinden vazgeçilemeyeceğini savunanları bulmuşlardır. Ne yarar ne de haz için özce iyi olandan özveride bulunulamayacağını savunan Moore'a karşı Mill yarar sağlamayanın özce iyi olamayacağını savunmaktadır. Sonuçta oluşanın her zaman etik açıdan değeri belirlediği görüşünün karşısına sonuca ulaşmak için seçilen yolun değer açısından temel alınması gerektiğini savunan görüş çıkmıştır. Bu görüş farklılıklarının uygulama alanında çok temel yansımaları olmuştur. Bu yansımaları yasaların oluşturulmasından, bilimde çağdaş "paradigmanın" yapılanmasına, etik ilkelerin saptanmasından, günlük yaşamın düzenlenmesine kadar her düzeydeki insan etkinliğinde görmekteyiz.(91) Kuşkusuz tıp uğraşı bilim, hukuk, etik ve günlük yaşam alanlarını kapsayan çok katmanlı yapıya tipik bir örnektir. Özerklik temeline dayanan aydınlatılmış onam kavramı ve uygulaması ise, tıp uğraşının içinde, bu farklı yaklaşımların uygulamaya yansıyan sonuçlarını sergileyen oldukça bilgi verici bir kesit oluşturmaktadır.

Özerklik ve bunun tıp uygulamasındaki biçimi olan aydınlatılmış onam açısından bu ayrımlar, onun algılanışı ve uygulanışı açısından son derece belirleyicidir. Örneğin erdemi temel değer olarak kabul eden bir yaklaşım aydınlatmayı dürüstlüğün bir uzantısı olarak görüp onu her koşulda tümüyle gerekli bulurken, mutluluğu en üstün değer olarak kabul eden yaklaşım onu ancak bu değere ulaşmayı engellemediği durumlarda gerekli bulabilmektedir.

Toplumun gönencini ve değerlerini üstün tutan bir yaklaşım, onun için bireyin özerkliğinden özveride bulunabilmekte, özerkliği tam bile olsa bireyin aydınlatılmış onamını, toplumun gönenci adına gözardı edebilmektedir.

Sonucun değeri belirlediği etik yargılamaların çoğunda özerklik temel sorun olarak ele alınmamaktadır. Tıp etkinliği bu tür etik yönelim konusunda örnek gösterilebilecek alanların başında gelmektedir. Tıp etkinliğinin amacına ve buna bağlı olarak sağlık uğraşanlarının genel eğilimine göre doğru davranışın ölçütü iyilik ve göneng üretmesidir. Örneğin eğer hastanın özerkliğine saygı onun gönencini arttırıyorsa etik açısından gereklidir. Eğer paternalistik olmayan bir davranış gönenci daha çok yükseltecekse, özerkliği dikkate almayan bir davranış etik açısından yanlış kabul edilir. Yalnızca bazı "ideal" tipteki yararçı yaklaşımlar özerkliğin sürdürülmesini kendi içinde ayrı bir değer olarak ele alırlar ve yarar uğruna özerkliğin feda edilmesini yanlış bulurlar. Yararçı etik görüşte özerklik sınırlı bir etik öneme sahiptir. Eğer özerkliğin korunması yarar açısından bir kayıpla

sonuçlanacak gibi görünüyorsa ondan vazgeçilmesi yararlı etik açısından bir değer yitimi olarak değerlendirilmez.(124)

Özerklik, sonuçlardan çok tutumları temel alan ve davranışta bulunanın ilkelerinin ön planda tutulduğu bir etik sisteminde ağırlıklı rol oynayabilir. Davranışta bulunan daha başta belli düzeyde bir özerkliği varsaydığından, kuramsal temeli ister insan hakları, ister yükümlülük ya da ahlaki değer ilkeleri olsun tutumları değerlendiren bir etik sisteminde onu ikincil bir etik sorun değil, temel bir etik ilke olarak kabul etmek durumundadır. Burada davranışta bulunanın kaygısı başkalarını kullanmamak, onlara saygı göstermek, istemlerini güvenceye almak ve tüm zorlamaları engellemek kaygısıdır. Bu tür etik kuramların eleştiriye açık yönü ampirik bir güçlükten kaynaklanmaktadır. Bunun en açık örneklerini yine tıp alanında görmek olasıdır. Bazı insanların, özerk oldukları konusunda kuşku uyandıracak düzeyde bilişsel ve istençsel yeteneklerden yoksun olmaları, tıpta, özellikle psikiyatri alanında sık rastlanan bir durumdur. Özerk davranışın yok sayıldığı böylesi durumlarda "insan özerkliğine saygı konusunda direktmenin etik dayanağı ne olabilir?" sorusu doğrudan tıp etiğine yöneltilmiş bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun yanıtı özellikle tıp açısından, özerkliğin ya tümüyle var olan ya da tümüyle yok sayılan bir yetenek değil, bazı açılardan tümüyle sağlamken öteki açılardan bozulmuş ya da zedelenmiş olabilen bir özellik olarak görülmesi gerektiği biçiminde verilebilir. Tıp etkinliği sırasında kimi hastaların özerklikleri en açık bir biçimde zedelenildiğinde bile bazı davranışlarda bulunmak için gerekli

yeteneklerini korudukları görülmektedir.(124) Bu nedenle tıp etiği alanında, hastanın özerkliğini değerlendirirken onu derecelendirmek ve her düzeydeki özerkliğe o düzeye uygun biçimde saygı göstermek gereklidir.

Görüldüğü gibi, aydınlatılmış onam uygulamasını belirleyen yaklaşımlar ahlaki değerler felsefesinde en geniş biçimde tartışılmaktadır. Bu nedenle konuyla ilgili tutum belirlerken temelde yatan yaklaşımı göz önünde tutmak ve onu sorgulamak gerekir.

Yazarın tez boyunca sorgulayarak benimseyeceği yaklaşım, tıbbın erdeme dayanan bir etkinlik olduğu; yeterliği tam olan özerk bir bireyin değerlerinin, ancak bunların gözetilmesi durumunda toplumun önemli bir zarar göreceği yolunda ciddi kanıtlar olduğu zaman gözardı edilebileceği ve sonuçlardan çok sonuca ulaşmak için seçilen yolun etik açıdan önemli olduğudur. Bu çalışma boyunca söz konusu yaklaşım psikiyatri açısından ele alınmaktadır, dolayısıyla klinik tıp alanlarını içine alacak biçimde genişletilebilir. Tıbbın öteki alanlarında ve klinik tıpta bazı özel durumlarda sonucun ön planda olduğu farklı yaklaşım ve değerlendirmelerde bulunulmasının gerekebileceği göz ardı edilmemelidir.

2. 1. 7. Toplumbilimsel açıdan aydınlatılmış onam

Toplumların yönetiliş biçimleri ve geleneksel yapıları bireylerin özerkliklerini kullanma olanaklarını ve aydınlatılmış onam uygulamasını büyük ölçüde etkilemektedir. Örneğin totaliter rejimlerde bireyler

fiziksel ve ekonomik gönenç içinde olabildikleri halde yönetim biçiminden dolayı özerkliklerini yaşama geçiremezler. Bireylerin tümüyle özerk olmadıkları toplumlarda politik ve toplumsal kısıtlamalar seçenekleri sınırlar. Bu hem hizmetlerin hakça dağılımını engeller, hem de var olan hizmetlere kişilerin başvurmaktan çekinmesine yol açabilir.

Benzer biçimde, ataerkil toplumlarda da bireylerin özerkliklerini yaşama geçirme olanakları kısıtlıdır. Bunun temel nedeni bu tür toplumlarda geleneksel ilişki biçimlerinin paternalist özellik göstermesidir. Bu tür toplumlarda en küçük toplum birimi olan çekirdek aileden başlayarak, bireyle devletin ilişkisine kadar her ilişki basamağında bir aşama sırası ["hiyerarşi"] söz konusudur.

Yukarıda anılan her iki tür toplumda da kişinin aydınlatılmış onamının alınması türünden oldukça ileri düzeyde bir özerklik anlayışını gerektiren uygulamaların düzenlenmesi, yaşama geçirilmesi ve topluma benimsetilmesi güç olacaktır. Çağımızın bir iletişim çağı olduğu da göz önüne alınırsa, bu güçlüğü böyle bir uygulamanın bilgisine ulaşmaktan çok, uygulamayı destekleyecek istemi yaratmak konusunda ortaya çıktığı savunulabilir. Böyle bir istemin oluşmadığı toplumlarda bu türden uygulamalar hastaların böyle bir istemi olmadığı belirtilerek geciktirilmeye çalışılacaktır. Çünkü aydınlatılmış onam alma işlemi fazladan zaman ve çaba isteyen bir işlemdir.

Ülkemizin geleneksel toplumsal yapısı ataerkil toplumlara iyi bir örnektir. Ancak pek çok alanda bu yapının sonuçlarının neler olduğu konusunda gözleme ve

varsayıma dayanan bilgilerden öte, sayımbilimsel (istatistiksel) anlam taşıyan veriler bulunmamaktadır. Hastaların tıp uygulamaları konusunda bilgi almak ve seçim yapmak istemediği biçimindeki yaygın kanı da bu tür varsayımlardan biridir. Bu varsayımın sayımbilimsel anlamda geçerli olup olmadığını denetlemek amacıyla, bu tez çalışması içinde yalnızca psikiyatristleri ve ruh hastalarını kapsayan sınırlı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Her ne kadar örneklem grubu sayı ve çeşitlilik açısından tüm toplum hakkında kesin yargılara ulaşmak için yeterli değilse de sayımbilimsel açıdan bir fikir verecek düzeyde tutulmuştur. Bu araştırma ve sonuçları Bölüm 6. 2' de tartışılacaktır.

2. 2. Tıpta Aydınlatılmış Onam

2. 2. 1. Aydınlatılmış onamın kapsamı

Geleneksel tıbbın "önce zarar verme" (primum non nocere) kuralı, temel etik ilke olarak yakın zamana kadar tüm tıp uygulamasını belirlemiştir. Ancak, tıpta ileri bilimsel-teknik gelişmelerin yanında, insan hakları kavramının gelişmesi ve bunun kişinin özerkliğini en temel değerlerden biri olarak ön plana çıkarması hekim-hasta ilişkisinde hastanın onamının önemini arttırmıştır. Son yıllarda hastaların tıbbi kararlara katılıp katılmayacağı konusundaki tartışmada taraflar iki gruba ayrılmıştır. Eğer tıp etkinliğinde en yüce değer hastanın iyiliği ise onun kararlara katılması ikinci planda kalmaktadır. Hastanın iyiliğini ön planda tutan yaklaşımda özerklik geri planda kalan bir kavramdır ve paternalizm yalnızca hasta için sağlayacağı umulan yararlar elde edilemediği zaman yanlış sayılmaktadır.

Hastanın özerkliğinin saygı görmesi en yüksek etik değerse, bu, hasta kimi zaman kendi iyiliğine olmayan kararlar da verebilir anlamına gelecektir. Hekim ilke olarak bu kararlara saygı göstermek durumundadır. Ancak bütün bunlardan önce hastanın kararını bilmek zorundadır. Buna dayanarak, hastanın onamının alınması ön plana çıkmıştır ki bu yaklaşım giderek daha çok destek bulmaktadır. Özerkliğin tümüyle uygulanabilmesi için söz konusu onam yeni bir boyut kazanmıştır. Bu boyut **hastayı aydınlatma** boyutudur. Buna dayanılarak **aydınlatılmış onam, bireyin özerkliğine saygıyı zorunlu kılan özerklik ilkesine dayandırılarak, yeterliği bulunan hastaya kendisine uygulanacak işlemi açıklamak, tedavinin yararları, olası zararları ve tehlikeleri konusunda bilgi vererek onu uyarmak ve onun makul, aydınlatılmış bir seçim yapmasına olanak sağlamak** olarak tanımlanmıştır.(89, 104)(Koyu yazılar tezin yazarınıdır.)

2. 2. 2. 1. Özerklik ve sınırlı özerklik

Tıbbın temel amaçları doğrultusunda hastanın özerkliğini güvence altına almak ve özerkliğe saygı ilkesini uygulamak için aydınlatılmış onam uygun bir yöntemdir. Ancak onun gerçek bir onam olabilmesi için özerk davranışın tüm özelliklerini içermesi gereklidir. Buna göre;

1. Hasta en alt düzeyde de olsa yeterliğe sahip olmalıdır. Bu yeterlik düzeyi kapsama bağlı ve dinamik olarak saptanmalıdır.

2. Kişi gerçek sorunlardan yeterince haberli

olmalıdır. Bunun gerçekleşebilmesi için ona tüm ilgili bilgi, yeterince ve uygun biçimde açıklanarak verilmelidir.

Burada tıp alanı söz konusu olduğunda, hasta için önemli olan bilginin yalnızca kendisi değil, onunla birlikte, belki ondan da çok bilginin işleniş aşamasını paylaşmaktır.

3. Onam gönüllü olarak ve hiçbir zorlama altında kalmadan verilmelidir.(143)

Genellikle aydınlatılmış onam vermeye ya da vermemeye olanak tanıyan ortalama erişkinin özerkliği ile paternalistik tedaviye gerek gösteren hastaların azalmış özerkliği arasında bir karşıtlık gösterilir. Oysa özerklik açısından tüm insanların yetileri sınırlıdır ve bu nedenle hastanın durumu bir karşıtlıktan çok bir derecelendirme ile açıklanmalıdır. Buna bağlı olarak yukarıda da belirtildiği gibi, paternalizmin ve kişilerin özerkliğine saygı ilkesine dayanarak onam almanın tıp uygulamasındaki rolünü, sınırsız bir özerklik gibi "ideal" bir tablo çizmeyen, gerçek insan özerkliğinin değişken ve sınırlı olma özelliklerini olanaklı kılan bir etik yaklaşımla belirlemek gerekmektedir.

Özerklik, bilişsel ve istençsel yetilerle yakından bağıntılıdır. Bilişsel ya da istençsel yetilerin birinde ya da her ikisinde birden bir bozulma ya da tümüyle ortadan kalkma söz konusu olursa özerklik de azalır ya da kaybolur. Özerklik yaşamın her döneminde yok olabilir ya da azalabilir. Örneğin bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde onun tümüyle yokluğundan söz edilebilir. Bazı insanların yaşamlarının bir

bölümünde azalabilir ya da kaybolabilir; bilinç kaybı, bazı ruh hastalıkları ya da yaşlılık gibi durumlarda bu söz konusu olabilir. Kimi insanlarsa yaşamlarının tümünde özerklikleri olmaksızın yaşarlar, örneğin ağır zeka geriliklerinde durum böyledir. Eğer özerkliğe saygı ilkesi temel bir etik ilke olarak kabul ediliyorsa, özerkliğin geçici olarak bozulduğu durumlarda onu onarmak ahlaki açıdan öncelik taşımak durumundadır. Yaşamın sürdürülmesi bunun için gereklidir. Ancak bu yeterli değildir. Eğer özerklik bir gereklilikse onu olanaklı kılan yetilerin tedavisi de bir gerekliliktir.(95)

Ancak böyle bir durumda, özerkliği onaracak riskli bir yöntem kimi zaman yalnızca yaşamı sürdürmeyi sağlayacak bir yönetime yeğlenebilir. Hastalık sıklıkla özerkliğe zarar verir. Bu nedenle hastanın özerkliğine saygı göstermenin tıp etiğinin temel ilkesi olarak kabul edilmesi kuşkuyla karşılanmaktadır. Bu kuşkuyu taşıyanlar için hastanın iyiliği daha uygun bir ilke olarak görülmektedir. Ancak yalnızca iyilik tıp uygulamasının tek temel amacı olamaz. Eğer öyle olsaydı, tıbbi tedavi hastanın standart özerkliğe mi kısıtlı özerkliğe mi sahip olduğuyla ya da özerkliğe hiç mi sahip olmadığıyla ilgilenmez, tüm hastalara, bebeklerden en özerk olanına kadar aynı biçimde yaklaşırdı. Böylece giderek daha paternalist bir özellik kazanırdı. Hastaları ancak iyilik gerektiğinde kişiler olarak kabul edip tedavi ederdi. (124) Bu hem onun temel amaçlarından olan kişinin özerkliğini geliştirme ilkesine yani etkinliğin ruhuna aykırı olurdu, hem de araştırma gibi doğrudan kişinin iyiliğine yönelik olmayan etkinlikleri olanaksız kılardı.

Gerçek hastaların sınırlı özerkliği göz önüne alındığında önerilen tedavinin tüm yönlerine ve tanımlarına onam vermelerinin olanaklı ve gerekli olmadığı açıktır. Böyle bir onam ancak ideal ve sınırsız özerkliğe sahip bir birey için söz konusu olabilir. Öyleyse beklentimiz, onun tedavinin en temel ve en önemli kısmına onam vermesi olabilir.

Kısmi özerkliğe saygı ilkesi, ideal anlamda özerkliğe sahip olan kişinin reddedeceği bir yöntemin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle onu reddedemeyecek durumda olan bir hastaya uygulanmasını engellemeyi gerektirir. Hastalar içinde buldukları durum nedeniyle reddedemeyecekleri önerilerle karşı karşıya bırakılırlarsa kötüye kullanılmış olurlar. Örneğin bir hasta tedaviyi reddettiğinde kendisine daha ileri bakım uygulanmayacağını ya da taburcu edileceğini bilirse onu reddedemez. Onamın kötüye kullanılmamasını güvence altına almak için seçenekler gerekli ve yeterli ayrıntıları ile açıklanmalı ve **reddetme olanağı gerçek bir seçenek olarak ortaya konulmalıdır**. Aldatıcı veya panik yaratıcı prognoz tanımlamalarına dayanan, tedavi hakkında gerçek bilgiler verilmeden ve seçenekler sunulmadan alınan onam gerçekte etik bir değer taşımaz. Anlama ve karar verme yetisi önemli ölçüde bozulmuş kişilerde paternalistik bir tutum takınmamak güçtür. Hekimle hasta arasında güç, bilgi ve bağımlılık açısından sıklıkla eşitsizlik bulunduğundan, bu ilişkide hastanın kötüye kullanılmasını ve paternalizmi engellemek için hekimin çaba harcaması gerekmektedir.

2. 2. 1. 2. Aldatma, baskı ve "geleneksel paternalizm"

Hastayı herhangi bir biçimde kullanan kişiler nasıl bir başkasının bilgisizliğini ve zayıflığını kendi amaçları için kullanıyorlar ve böylece etik açısından değer yitimine yol açıyorlarsa, paternalistler de başkalarının özgün amaçlarının olabileceğini ya da bu amaçların dile getirilmesini kabul etmeyerek onları yok saymakta ve başka bir biçimde değer yitimine yol açmaktadırlar. Hastalar da seçme yetisi ve anlama yönünden sınırlı bütün öteki insanlar gibi amaçlarına ulaşmak için bilgi, öğüt ve yardıma gereksinim duyarlar. Ancak tıbbi girişimin amaçlarını ve sınırlarını hastanın değil başkalarının değer öncelikleri belirli yorsa, aldatma ve baskı olmasa bile bu girişim onaylanamayacak bir paternalizm içermekte demektir.

Bir tıbbi öneri baskı ya da aldatma içeriyorsa en akılcı ve bağımsız kişi bile buna onam veremez ya da reddedemez. Aldatan kişi önerinin gerçek özelliklerini ortaya koymadığı için, baskı yapan kişi ise önerisini açıkça ortaya koymasına karşın onamla red arasındaki seçim şansını ortadan kaldırdığı için, kişinin özerkliğinin gerçekleşmesini engellemiş olmaktadır. Aldatmada onam geçersizdir, çünkü onamın bilişsel koşulları gerçekleşmemiştir.(19) Baskıda ise istençsel koşullar gerçekleşmediğinden onam geçersiz olmaktadır. Ancak tedavinin bazı temel olmayan yönleri aldatma ya da baskı unsurları içerebilir. Örneğin placebo kullanımı ya da beklenen ağrının kesin olmayan düzeyi konusundaki güvence hakkında hastayı aldatma, acılı bir uygulama sırasında hastayı tutma biçimindeki baskı kimi

zaman kabul edilebilmektedir. Ancak hastanın bilmeden bir deneyin kapsamına alınması, tanı ve prognozun ondan saklanması, tıbbi tedavinin dayatılması ve reddetme olanağının ortadan kaldırılması veya reddin göz ardı edilmesi, her zaman hastanın kullanılması anlamına gelir. Böyle bir davranış iyi niyete dayanıyorsa kabul edilemez bir paternalizm, kötü niyete dayanıyorsa ona karşı saldırı ve işkence söz konusu olmaktadır.

Hastanın önceliklerinin temelini sağlığına kavuşmak oluşturmaktadır. Bu öncelik tedavinin temel özelliklerini belirlediği ölçüde hekimi paternalist olmakla suçlanmaktan korumaktadır. Ancak hastanın amacının hekiminkinden farklı olduğu durumlarda (örneğin yaşam kalitesinin arttırılması, ağrının ya da bağımlılığın azaltılması durumlarında) hastanın amaçlarını gözardı etmek, onun önceliklerinin yerine onun paylaşmadığı öğeleri koymak paternalist bir tutum olarak kabul edilmektedir.(49)

Paternalizm ile ilgili tartışmalarda hemen her zaman tıbbi girişimin hastanın beklentilerinden bağımsız olarak kararlaştırılabileceği varsayılmaktadır. Oysa eylemi sorgulayan etik görüşte bu olanaklı değildir. Bu görüşe göre bu tür bir yaklaşım paternalizmi olumlamaktadır ve başkalarının kararlarını hastaya dayatmayı olanaklı kılmaktadır. Eğer özerkliğe saygı ilkesi geçerliyse, bu saygı özerkliğin söz konusu olduğu bağlamı da dikkate almalıdır. **Bağlamı dikkate alan ve eylemi sorgulayan görüşte amaçlanan, tıp uygulamasında alıcının erkini ve sözleşmeyi dayatmak değildir.** Bu görüşte öneriler, kişinin özerkliğinin farklı durumlar açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi

ve onun özerkliğine saygı gösterilmesinin neye malolacağına o bağlamda karar verilmesidir. Hastanın kısmi özerkliği varsa yalnızca aldatma ve baskı değil, hastayı herhangi bir biçimde kullanma ve paternalizm de engellenmelidir. Kuşkusuz varolmadığı yerde özerkliğe saygı gösterme zorunluluğundan da söz edilemez.(124) (Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Özerkliğin uzun süreli bozukluklarının söz konusu olduğu durumlarda ailesel paternalizmin çeşitli boyutlarda ortaya çıktığını görmekteyiz. Böyle durumlarda kişinin değişen yetilerine göre ailenin paternalist tutumunda da değişiklik olmaktadır. Bu yaklaşımı tıpta da uygularsak, bazı kararları veremeyecek durumda olduğunu kabul ettiğimiz kişilerin hiçbir karar veremeyeceğini savunmak için geçerli bir neden olmadığını görürüz.

. Kişinin tam ya da sınırlı özerkliğinin varolduğu bir dönemin ardından, bu özerkliğin kalıcı bir biçimde yitirilmesi durumunda varsayımsal onam söz konusu olmaktadır. Bu durumda hastanın belirli bir düzeyde özerkliğe sahipken verdiği kararlar, seçimleri ve özerk davranışları göz önünde tutularak, onun belli bir bağlamda nasıl bir tutumu benimseyeceği varsayılmaktadır. Burada ideal bir özerklikten kaynaklanan karardan çok hastanın özerk kararı dikkate alınmaktadır.(124)

Özerkliğin yaşam boyunca hiç bir dönemde var olmaması halinde paternalizm kaçınılmaz olarak gündeme gelmektedir. Yasal işlemler yalnızca bu paternalistik karar verme yetkisinin kimin tarafından kullanılacağına karar vermekle sınırlı kalmaktadır. Genellikle yasalar bu yetkiyi hastanın ailesi, yakınları ve sağlık hizme-

tinini veren ekip arasında uygun bir biçimde bölüştürmeye çalışmaktadırlar.(124)

2. 2. 2. Aydınlatılmış onamın özellikleri

Aydınlatılmış onamın temel özelliği özerk bir davranışa dayanmasıdır. Özerk davranış, kişinin kendi kararıyla gerçekleştirdiği davranış demektir.

Aydınlatılmış onam kavramının iki temel boyutu ve bunların belirlediği dört temel özelliği bulunmaktadır. Kavramın aydınlatma boyutu bilginin sunulmasını ve anlaşılmasını içeren iki temel öğeden oluşmaktadır. Onam boyutu ise gönüllülük ve yeterlik öğelerini içermektedir. Tüm bu unsurların temel işlevi ise hastanın özerkliğini en geniş anlamda yaşama geçirebilmesini sağlamaktır. (52,60)

2. 2. 2. 1. Gönüllülük

Gönüllülük, hastanın kendisi için uygun gördüğü kararın uygulanmasına izin vermesi demektir. Yasaların zorunlu kıldığı, ahlâk değerlerinin ve tüm etik metinlerinin insan onuruna saygının bir göstergesi olarak değerlendirdiği gönüllülük, aydınlatılmış onamın da önemli bir öğesidir. Hekimin ya da hasta yakınlarının kendi kararlarının daha iyi olduğunu hastaya kabul ettirmek için baskı yapmaları gönüllülüğü engeller. Baskı hastanın içinde bulunduğu durumu abartma ya da onu aşırı ödüllendirme ile de yapılabilir. Gönüllülük engellendiğinde özerklik de bozulmuş olur. Ancak hasta karar verme hakkını gönüllü olarak hekimine ya da bir

yakınına devretmişse o zaman özerklik bozulmuş olmaz.
(52)

2. 2. 2. 2. Yeterlik

Aydınlatılmış onamın öteki temel unsurlarından biri olan yeterlik ("medeni ehliyet") aslında bir hukuk terimidir ve hastanın karar verme sürecine katılma yeteneğini anlatır. Bu konudaki resmi ve bağlayıcı karar ancak bir mahkemece verilebilir. Ancak klinik tıbbın saatten saate değişen ritmine göre hukukun işleyişi çok yavaştır. Hukukçular da bunu kabul etmekte ve acil yeterlik değerlendirmesinin hastayı tedavi eden hekim ya da konsültanlar tarafından yapılmasının uygun görmekte-dirler.

Çoğunlukla bilişsel yetiler zarar görmediği zaman, hastanın tedavi ile ilgili kararlara katılması kolayca sağlanabilir. Ancak bazen bu yetilerin değerlendirilmesi yasal bir işlemi tıp alanında uygulamanın zorluğu nedeniyle sorun yaratabilir. Böyle durumlarda tedavi ekibi, hastanın aydınlatılmış onam uygulamasına katılma yeterliğinden çok hastanın kararının mantıklı olup olmadığı konusunda kararsızlığa düşer. Bu konuyla ilgilenen hemen herkes yeterliğin her durumda değerlendirilmesi için işlevsel bir yöntemin geliştirilmesinin gerektiğini savunuyorsa da hastanın makul olduğunun düşünüldüğü durumlarda onun yeterliği pek sorgulanmaz. Yeterlik ancak hekimin akılcı bulduğu bir yonteme hastanın onam vermemesi durumunda sorgulanmaya başlanır. Her ne kadar yeterlik yasal bir terimse de onun değerlendirilmesinde klinik belirtiler göz önüne alınır. Düşünce işleyişindeki bozukluklar yeterliğin olmadığını kanıtlamaz. Bunun yanında kişinin ne

kadar ve hangi durumlarda karar verme yeterliğinin bozuk sayılacağıının da saptanması gereklidir. (45,153,159)

Tıbbi kararlar verme konusundaki yeterlik ekonomik ya da genel anlamda hukuksal kararlar verme konusundaki yeterlikten farklıdır ve tanıya bağımlı değildir. Bu nedenle demans ya da bazı öteki ruh hastalıkları bu yeterliği tümüyle ortadan kaldırmaz. Çoğu yazara göre tedavi kararlarına katılmak için gereken yeterlik kişinin içinde bulunduğu durumu, önerilen tedavileri, bunların yararlarını ve olası zararlarını anlama yeteneğine bağlıdır. Bu durumda ussallığın sağlanması yeterlik için yeterli ve zorunlu değildir. Bazı yazarlara göre, kişi yeterli neden olmaksızın sonucunda kötülüklerle karşılaşma olasılığı bulunabilen kararlar veriyorsa, onun ussal olmadığı savunulabilir. Ussallığı temel unsur olarak kabul etme eğilimi, hastanın uygun olmadığı düşünülen kararının onun yeterliğinin bulunmadığına kanıt olarak görme eğilimine koşut bir yaklaşımdır. Ussallığı yeterlikten ayırmak hastaya başkalarının anlayamadığı kararlar verebilmek hakkını tanıır. Başka bazı yazarlarsa ussallığın yeterliğin zorunlu ama biricik olmayan koşulu sayarlar. Onlara göre ussallık, bilgiyi başlangıç verilerini mantıklı bir biçimde içerecek şekilde kullanma işlemidir. Böyle bir yaklaşım hastanın makul olmayan bir karar verebilme hakkını daha az da olsa korur. Bu iki çok farklı yaklaşımı uzlaştırmak için, farklı ölçütlerin etkilerini olası zararlarla görecelilik bağlamında dikkate alan kaygan ve değişken bir ölçek önerilmiştir. Ancak bu tür bir uygulama için öncelikle bazı koşullar yerine gelmelidir. Örneğin bilindiği gibi

bir yeterlik sorunu ortaya çıktığında hekimin bununla ilgili kararını ivedilikle vermesi beklenir ve çoğunlukla bunun için ona baskı yapılır. Oysa söz konusu kaygan ölçeği kullanmak için ayrıntılı ve dikkatli bir değerlendirmeye, kısacası zamana gerek vardır. Hekimin hastanın kararı ile ilgili ilk andaki yargısı, onun kendi değerlerinden çok hastanın özelliklerine dayanmalıdır. Hastanın kararının mantıklı gelmesi, kararın altında yatan düşünme işleminin değerlendirilmesini engellememelidir. Veri tabanı genişledikçe hastanın kendi değerleri ve ussallık anlayışı daha açık bir biçimde ortaya çıkabilmektedir. (140)

Tüm bu öğelere değerlendirme işlemi çerçevesinde yer verilmesini güvence altına alan standart bir yöntemin oluşturulması yeterliğin değerlendirilmesi için gereklidir. Duygusal açıdan oldukça yüklü öğeler içeren böyle bir konuda, değerlendirme için uygun ölçütler oluşturmak, bizi hastanın açısından ve sıkıntılılarından uzak, güvenli bir konuma getirebilir. Ancak bu türden evrensel ölçütlere ulaşmak bir düştür. Hastanın kararının ussal oluşu ya da öyleymiş gibi görünüşü hastanın kendi bilincinde olduğundan çok onu gözleyen bilincinde açık olmaktadır ve bu da onun karar verme yeterliğinin sorgulanmasını engellemektedir. Bütün bunlar, hastadan tıbbi uygulamalarla ilgili karar vermesinin beklendiği her durumda yeterlik değerlendirmesi yapmanın önemini göstermektedir. (140)

Bazı durumlarda aydınlatılmış onam alınamamaktadır. Bunların başında hastanın yeterliğinin olmadığı acil durumlar gelmektedir. Ancak bazı

lkelerde bu durumda bile süre kısıtlamaları getirilerek, hastadan olanaklı olan en kısa zamanda onam alınmasına çalışılmaktadır.(40) nk hastanın yeterliği değişkendir. (152)

2. 2. 2. 3. Bilgilendirme

Aydınlatılmış onamın en önemli özelliği hastaya bir bilgi aktarımının söz konusu olmasıdır. Böylece hastanın onamının geçerliliği artmakta ve özerklik bağlamında daha üst düzeyde bir anlam kazanmaktadır. Bu konudaki en önemli sorunlardan biri hastaya yeterli bilginin verilip verilemeyeceğidir.

Bu sorunun temelinde, hastanın bilgiyi alma yeteneğinin olduğu düşünülmektedir. Hastaları bireyler olarak görüp tedavi etmek, onların özerkliklerine saygı göstermek ve onaylanamaz bir tıbbi paternalizme engel olmak amacıyla çeşitli ölçütler saptamak istendiğinde, kişiler arasında önemli farklılıklar olabileceğini öncelikle kabul etmek gerekir. (124) Bu bağlamda hastanın aydınlatılması için yeterli bilgi tek tek bireyler için ayrı ayrı düşünmeli ve her hasta için o andaki bilgi alma ve o bilgi üzerinde işlemde bulunma yeteneği de değerlendirilmelidir.(172)

Hastanın hangi ölçüde bilgilendirileceği konusunda ise temel kaygı hastanın iyiliği olmalıdır. Hekim hastayı bilgilendirirken seçimini onun tüm gereksinimlerini göz önüne alarak yapmalıdır. Son yıllarda yazarlar, bilgi verilirken makul bir hastanın karar vermek için gereksinim duyacağı tüm bilginin aktarılması gerektiği üzerinde önemle durmaktadırlar. Bu, gerçek bir

riskin hekim tarafından hastaya açıklanması anlamına gelmektedir. Ancak her durumda hekim tedavi uygulamasında bir ayrıcalığa sahiptir. Eğer riskin açıklanması hastanın sağlığına yönelik ciddi bir zarara neden olacaksa, o zaman bu bilgi hekim tarafından hastadan saklanabilir. (114, 147, 174)

Yeniden belirtmek gerekir ki, gerçek bir aydınlatılmış onamdan söz edebilmek için, hastaya verilen bilgi hastanın hastalığını, öngörülen tedavi yöntemini, bu tedavi yönteminin yararlarını, zararlarını ve tehlikelerini, varsa seçenek tedavi yöntemlerini ve onların yarar, zarar ve tehlikelerini içermelidir. Ayrıca hastaya soru sorma ve kaygılarını dile getirme fırsatı da verilmelidir. Bilginin hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının denetlenmesi ve anlaşılmadığının saptanması halinde yeniden çaba gösterilmesi çok önemlidir. Hastaya sağlanan bilginin onun tarafından anlaşılabilmesi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Bunların başında onun tıp terimlerini anlamaması gelir; bu nedenle bilgilendirme sırasında hastanın anlayacağı bir dil kullanılmalıdır. Hastanın hastalığından dolayı korku ve panik halinde olması da onun anlama yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir; bu durumu gidermek için hastayı sakin bir ortamda, zaman ayırarak ve onu zorlamadan bilgilendirmek gerekir. Hastanın inançları ve değerleri onun verilen bilgiyi anlamamasına ya da yanlış anlamasına neden olabilir; bu yüzden hekim, hastayı bilgilendirmeden önce onun değer sistemleri ve inançları konusunda bir fikir sahibi olmaya yetecek bir süreyi onunla konuşmaya ve onu tanımaya ayırmalıdır. Bu sakıncaları gidermek, verilen bilginin uygunluğunu ölçütlere bağlamak ve bunu

kanıtlayabilmek için birçok ülkede standart onam formları kullanılmaya başlanmıştır. Ancak bu formların yeterince anlaşılır olmadığı konusunda eleştiriler sürmektedir. Ayrıca formların kullanılması hastanın duyguları, inançları ve değerleri açısından duyarlılıkla ele alınmasına da engel olmaktadır. Onam formları ile ilgili olarak ileride daha ayrıntılı bir tartışma yapılacağından burada bu sakıncalara değinmekle yetinilecektir. (29,172)

Hastanın bilgiyi istemediğini açıkça belirttiği ya da uygulanacak yöntemin herkesce bilinen basit bir yöntem olduğu ve tehlikesinin bulunmadığı durumlar ve onun bilgiyi almasını ve anlamasını engelleyen bir durum söz konusu değilse, ona bilgi verilmeyebilir. Hastanın yeterliğinin olmaması durumunda onun adına kim karar verecekse bilgi ona verilmelidir. (17)

Hekimin bilgilendirme zorunluluğu ona nasıl bir sorumluluk yüklüyorsa, hastaya da bu bilgiyi anlama, hatırlama ve işleme sorumluluğunu yüklemektedir. Hastanın bu sorumluluğunu ihmal ettiği durumlarda herhangi bir hak iddia etmesi ya da hekimi sorumlu tutması olanaklı değildir.

2. 2. 3. Aydınlatılmış onamın türleri

2. 2. 3. 1. Genel olarak

Aydınlatılmış onamın yazılı ya da sözlü olması olanaklıdır. Bazı çok basit yöntemler için sözlü onam yeterli sayılabilirse de yazılı onam esas olarak görülmektedir. Bu amaçla çeşitli onam formları hazırlanmıştır. Bunlardan bir bölümü hastaya verilmesi

gereken bilgiyi de içerir; bir bölümü ise yalnızca neye onam verildiğini belirtir. Her durumda onun imzasını içermektedir.

Bu tezin yazarı her iki tür yazılı onam formunun da bazı sakıncalara yol açtığı kanısındadır. Uygun bir onam formu çok temel bilgileri içermelidir. Ancak hastanın soru sormasına olanak tanımayan ve onun ne düzeyde bilgilendiğini anlamaya da engel olabilen bir uygulama aydınlatılmış onam alma işleminin amacına aykırıdır. Bu nedenle hastaya bilgi edinebileceği bir kitapçık sağlanmalı, ancak bilgilendirme doğrudan hekim tarafından hastayla yüz yüze yapılmalıdır. **Onam formu hem hastanın hem de onu bilgilendiren hekimin imzasını taşımalıdır.** Böylece hastadan kimin verdiği bilgilerin ışığında onam alındığını saptamak olanaklı olacak ve onamın sorumluluğunu hasta kadar hekim de taşıyacaktır.

Hekim hastasının kabul edeceğini düşünerek, ondan onam almadan, onun için en uygun tedaviyi yaparsa, buna varsayılan onam [İng. "assumed consent"] denir. Bu durumda hastanın yeterliğinin olup olmadığı önemsiz; bu nedenle de ileride söz edeceğimiz öngörülen onamdan [İng. "presumed consent"] farklıdır. Bu tür onamda hastanın gönüllülüğü ortadan kalkar.

Hekim hastaya kendi kararını kabul ettirmek için abartılı bilgiler verir, onu umutsuzluğa düşürerek uygulamayı çaresizlik içinde kabul etmesine neden olursa buna zorlanan onam [İng. "forced consent"] denir. Bu onam gerçek ve geçerli bir onam değildir.

Hekim-hasta ilişkisinde hem hekimi hem de hastayı koruyan onam **açık onam**dır. **Açık onam, gönüllü ve aydınlatılmış onam demektir.**

Genellikle hastaneye yatan hastalardan alınan onam genel bir onamdır. Bu onamla hasta hastanede kaldığı sürece kendisine uygulanacak, bildiği ve bilmediği, her türlü yöntemi kabul etmiş sayılır. Bu, örtülü bir onamdır ve bir bakıma boş bir kağıdı imzalamak gibidir.

Hastanın, uygulanacak yöntemi anlamasına karşı, buna engel olacak herhangi bir hareket yapmaması, dolaylı olarak anlatılan bir onamdır. Buna sözsüz, davranışla anlatılan onam [İng. "tacit consent"] denir.

Hastanın hareketlerinden çıkarılan onama ise kastedilen ya da ima edilen onam [İng. "implied consent"] denir. Bu onam daha çok hastanın genel bir onam vermesinin gerektiği gündelik işlemler için geçerlidir; örneğin kanının alınması için kolunu uzatması gibi.

Acil durumlarda ve hastanın yeterliğinin olmadığı hallerde, "hasta ne yapılacağını bilseydi mutlaka onam verirdi." biçimindeki bir varsayıma dayanılarak girişimde bulunulduğunda buna öngörülen onam [İng. "presumed consent"] denir. Bunun yukarıda sözü geçen varsayılan onamdan farkı, hekimin kendisini onam almış varsayması ve hastanın yeterliğinin olmamasıdır.

Bazı durumlarda hastadan daha önce alınan onam daha sonra hasta tarafından reddedilebilir. Bu durumda bu onama geçmiş onam [İng. "past consent"] denmektedir. Bu türden bir onam hastanın gerekçelerini ve yeterliğini sorgulamak gereğini doğurur.

Geleceğe yönelik onam [İng. "future consent"] anababaların çocukları için gelecekte kabul edeceklerini düşünerek verdikleri onamdır.

Son yıllarda kullanılmaya başlanan bir başka onam türü temsili onam [İng. "advanced directives"] uygulamalarıdır. Bu tür onamda kişi, yeterliğinin bulunduğu dönemde, onu kaybetmesi durumunda tıbbi girişimler konusunda alınacak kararları belirleyen yazılı bir belge oluşturur. Bu tür belgelere yönerge [İng. "instructive directives"] adı verilebilir. Bu belgelerin yeterliğin ortadan kalkması durumunda ortaya çıkan tüm gereksinimleri karşılayamadığı gerekçesiyle son zamanlarda kişinin gelecekte kendisini temsil edecek kişiyi seçmesi biçiminde bir uygulama da başlamıştır. Buna vekil atama [İng. "proxy directives"] denebilir.

Ruh hastalıklarında yeterlik dönemler halinde değişim gösterdiğinden bu tür onamın psikiyatri alanında kullanılması olanaklı ve yararlıdır.

2. 2. 3. 2. Klinikte

Klinikte uygulanan aydınlatılmış onam genel bir onamdır. Hastaya yapılacak pek çok uygulamanın bu onamın kapsamına girdiği varsayılır. Ancak cerrahi girişim ya da EKT (elektrokonvülzif terapi) gibi hastayı ek risklere sokabilecek tedaviler için ayrıca onam alma yoluna gidilmektedir.(118) Ayrıca sözsüz ve ima edilen onamlar da klinik uygulamasında sıkça kabul edilen onamlardır. Hastanın röntgen çekilirken hareketsiz kalması, boğaz kültürü vermek için ağzını açması veya nörolojik muayene yapılırken taban derisinin çizilmesi için çorabını çıkarması bu türden onamlardan sayılabilirler.

Acil klinik uygulamalarda hastanın yeterliğinin bulunmaması sık rastlanan bir durum olduğundan öngörülen onam önemli ölçüde geçerlidir.

Çocuk hastalıkları kliniklerinde ise geleceğe yönelik onam kabul görmektedir. Ancak yasal açıdan 18 yaşın altında bu tür onam geçerli olabilirken özellikle son yıllarda etik kurullar çok daha erken yaşlarda açık onam alma olanağının olduğunu ve bunun uygulanması gerektiğini savunmaktadırlar.

2. 2. 3. 3. Eğitimde

Tıp eğitimi, hastanın eğitim sürecine katılmasını gerektiren bir özellik gösterir. Hastanın bu sürece katılmayı kabul etmesi ve bunun gereklerini yerine getirmesi açısından onam çok önemlidir. Eğitim de tıpkı araştırmada olduğu gibi hastanın araç olduğu bir durumdur. Bu nedenle açık onam dışında başka tür bir onam kabul edilemez. Eğitim sürecinde hastanın özerkliği ve en iyi yararı özenle korunmalıdır. Bu bağlamda hastanın en iyi yararına olmadığı sürece, onun açık onam alınmış bile olsa, yalnızca eğitim amacıyla herhangi bir girişimde bulunulmamalıdır. Eğitimde ayrıca tutulan kayıtların kullanılması için de onam almak gerekmektedir.

2. 2. 3. 4. Araştırmada

Tıbbi araştırmalar, çağdaş bilimsel tıbbın vazgeçilmez bir parçasıdır. Araştırmanın türü (klinik, temel bilim, halk sağlığı vb.) ne olursa olsun, hasta (insan) bu ilişkide her zaman araç durumundadır. Tedavi amaçlı araştırmalar gibi bazı araştırmalarda aynı za-

manda amaç durumunda da olabilmektedir. İster tümüyle araç durumunda olsun isterse aynı zamanda amaç olma özelliğini de korusun, hastanın denek olarak kullanılmasında temel koşul açık onamının alınmış olmasıdır. Klinik uygulamada geçerli sayılabilecek ya da en azından kimi zaman hoşgörülebilecek öteki onam biçimleri araştırmalarda kesinlikle geçerli olamaz. Araştırmalarda aydınlatılmış onamla ilgili özellikler Bölüm 3. 3.'de ayrıntıları ile tartışılacaktır.

2. 2. 4. Aydınlatılmış onamın işlevsel gerekliliği ve uygulanış biçimleri

Hastanın özerkliği ile hekimin hastası için en iyi kararı verme ödevi zaman zaman gelişmektedir. Aydınlatılmış onam bu bağlamda hastanın özerkliğini koruyan bir mekanizmadır ve hastanın gereksinimlerine ve isteklerine göre ortak kararlar verilmesini zorunlu kılmaktadır. Kişinin kendisinin veya başkasının zarar görmesi söz konusu olmadığında, hastanın kararının gözardı edilmesi etik açıdan olumsuz bir tutumdur. (52)

2. 2. 4. 1. Aydınlatılmış onamın işlevleri

Aydınlatılmış onamın hekim-hasta ilişkisi bağlamında birçok işlevi vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir;

1. Bireysel özerkliği geliştirmek,
2. Hekim-hasta ilişkisinde hekimi ve hastayı korumak,
3. Hastaların herhangi bir biçimde baskı ve zor altında kalmalarını engellemek,

4. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alma konusunda tıp uğraşanlarınca y¼reklendirilmesi,

5. Tıp etkinliği bağlamında akılcı kararlara ulaşma olanağını arttırmak,

6. Özerkliğin bir değer olarak kamuoyunca benim-senmesini ve biyomedikal araştırmaların kamu tarafından denetlenmesini sağlamak.(35)

Son yıllarda, aydınlatılmış onamın bir tedavi stratejisi olarak da kullanılabileceği yolunda g¼r¼řler ortaya çıkmıştır. Buna g¼re, özellikle psikiyatri alanında aydınlatılmış onam tedavide bir gereç olarak etkili olabilmektedir. Psikoterapide olası yan etkilerin açıklanması ve tartışılması hem bir g¼ven ortamı yaratmakta, hem de hastanın tedaviye direncini azaltarak onun tedavide daha etkin rol oynamasını kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla aydınlatılmış onam yalnız etik ve yasal bir zorunluluk olmaktan çıkip klinik etkinlikte yararlı olabilecek bir y¼ntem durumuna gelmektedir. Yalnızca psikiyatri alanında değil, öteki tıp alanlarında da hekimin kendinden emin olamadığı durumda bunu hasta ile paylaşması, hastanın tedaviden beklentisinin gerçekdişi bir biçimde artmasını engelleyerek bir yarar sağlayabilir. Tedavinin zarar verici olabileceği, olumlu ve olumsuz etkilerin bir arada bulunabileceği, bir tedavi y¼nteminin ötekine belirgin bir üst¼nl¼k sağlayamadığı ya da tedavinin başarısı için hastayla tam bir işbirliği yapmanın zorunlu olduğu durumlarda bu yaklaşım özellikle etkili olabilir.(82)

Aydınlatılmış onamın uygun biçimde kullanılması empatik bir hekim-hasta ilişkisinin kurulmasına ve hastanın tedavi s¼recine katılıp etkin olmasına yol

açacağı için birçok yetkiyle donanmış olan hekimin omnipotansının hastada yarattığı çaresizlik ve bunu izleyen öfke ve ilişkide düşkünlüğüne uğrama gibi yaşantıları da azaltacaktır. Bu süreç hekim ile hastayı aynı zorluklara karşı birlikte çaba göstermeye yöneltecektir. Ayrıca hekime kendi sorumluluğunun ve ulaşabileceği bilginin sınırını çizmesi, kendi değer sistemini ve bunu anlatış biçimlerini denetlemesi açısından yardımcı olacaktır. Çünkü bilindiği gibi pek çok araştırma, hekimlerin tedavi seçimlerinin büyük ölçüde kendi değer yargılarını yansıttığını göstermiştir ve bu durum özellikle psikiyatri alanında geçerlidir.(82)

2. 2. 4. 2. Aydınlatılmış onamda uygulama modelleri

Aydınlatılmış onam alma işleminin uygulanması ile ilgili bazı modeller geliştirilmiştir.

Klasik model, bunlardan klinik tıp açısından en kullanışlı bulunan, geleneksel tıp uygulaması açısından en az sorun çıkaran, ancak hastanın özerkliğinin korunması ve sınırlı yeterliğinin değerlendirilmesi konusunda en çok soru işareti taşıyan türdür. Bu modele göre;

1. Bir hastalık ya da bozukluk için etkili ve risksiz bir tedavi varsa ve başka tedavi seçeneği de yoksa, sözsüz onam kabul edilebilir. Buna karşılık tedavinin boşuna olacağını bilen, terminal dönemdeki bir hasta bunu reddedebilir.

2. Eğer bir tedavi seçeneği varsa veya önerilen tedavi riskli ise, hasta önündeki seçenekleri ve bunların içerdiği riski anlamalı, kararını buna göre ver-

melidir. Hastanın anlama yeteneğinin olmaması veya anlamak istememesi onun yeterliğini kuşkulu konuma getirir ki bu durumda hekim hasta için en uygun gördüğü seçeneği uygulayabilir.

3. Hastanın yeterliği, özellikle usdışı, tehlikeli ve tıbbi değerlendirmeye uygun olmayan kararlar verdiğinde daha özenle değerlendirilmelidir. Yeterliğinin olduğunun kabul edilebilmesi için, hastanın verdiği kararın doğasını ve sonuçlarını bilmesi gerekir. **Buradaki "bilmek" en yüksek düzeyde anlamak anlamına gelmektedir.** Tümüyle usdışı karar veren birinin yeterliğinin olduğunun kabul edilebilmesi için, hastalığının tüm ayrıntılarını ve tedavi seçeneklerini bildiğini ve anladığını göstermesi ve kararının nedenlerini açıklayabilmesi gerekir.

Görüldüğü gibi bu modelle ilgili sorunlar, hastanın yıkıcı ve usdışı kararlarının, özerkliğinin değil hekimin tedavi etmekle yükümlü olduğu hastalığının bir sonucu olduğu zaman ortaya çıkmaktadır.(95)

Süreç modelini ortaya atan ikinci yaklaşıma göre ise her ne kadar aydınlatılmış onam ilk kez 1957 yılında ortaya atılmış hukuksal bir kavramsa da, bugün bu kavramın içeriği tıp etiği açısından incelendiğinde oldukça değişmiş ve genişlemiştir. Hukuk açısından aydınlatılmış onam hekimin önerdiği bir tıbbi yönteme girişmeden önce, hastaya, karar verebilmesi için gereken tüm bilgiyi açıklamasıdır. Hasta önerilen yöntemin doğasını, amacını, yararlarını, olası zararlarını ve seçenekleri kapsayan bu bilgiye dayanarak, onu kısmen ya da tümüyle kabul ya da reddeder. Oysa etik bağlamında aydınlatılmış onamın ilkesel dayanakları,

hekim herhangi bir tıbbi girişimle ilgili seçenekleri saptarken ve değerlendirirken hastanın onunla işbirliği yapmasının gerektiği ve bu işbirliğinin altında yatan amaçların ve değerlerin ancak hastanın önerilen girişimi reddetme hakkının kabul edilmesiyle gelişebileceğidir. Bu durumda hukuk açısından doyurucu olan kimi onamlar etik açısından yeterli olmayabilmektedir.(100)

Gerçekte, bugünkü tıp uygulamasında her iki model açısından da aydınlatılmış onam neredeyse boş bir ritüel durumundadır. Her iki türde de hastaya anlamadığı, karmaşık bir bilgi paketi sunulmakta ve bu bilgi onun karar alma etkinliğinde çok az rol oynamaktadır. Hekimler açısından aydınlatılmış onam alma işlemi, hastanın tedavisi için ayrılan ve zaten kısıtlı olan çok değerli bir süreyi boşa harcayan ve sonuçta kimi zaman hastaların tıbbi açıdan çok uygun bir tedaviyi reddetmesine neden olabilen bir engel olabilmektedir. Bu eleştiriler gerçekten birtakım haklı öğeler taşımaktadır. Ancak bu durum aydınlatılmış onamın yasal gereklerinden ve kavramsal içeriğinden çok klinik uygulamasından kaynaklanmaktadır.

Aydınlatılmış onam genel tıp uğraşı sırasında iki biçimde uygulanır. Bunların her ikisi de yasal gerekleri karşılamakla birlikte hekim-hasta ilişkisini tümüyle farklı biçimlerde etkilerler.

Bunlardan birincisi **olay modelidir** ve ne yazık ki en yaygın modeldir. Bu yöntemi benimseyen hekimler aydınlatılmış onam almayı zaman içindeki bir noktada ortaya çıkan bir olay olarak algırlar. Onlara göre tıbbi karar verme olgusu sınırlı bir zaman içinde

gerçekleşen ayrı bir davranıştır ve bu zaman genellikle herhangi bir girişimden hemen öncedir. Olay modeli tam ve kesin bilgiyi vurguladığından yasal gerekleri büyük ölçüde karşılar, çünkü yasa hastanın yapılan açıklamayı gerçekten anlayıp anlamadığından çok, açıklamanın geçerliliğini ve kapsamını göz önüne alır. Olay modelinde tedaviden önce bilgiler açıklanır ve hastanın herhangi bir yardıma başvurmadan girişimi kabul ya da reddetmesi beklenir. Risklerin ve yararların ayrıntılı bir biçimde açıklandığı onam formu bu modelin simgesi sayılabilir.

Bu model yasal zorunluluğu karşılamakla birlikte hastanın katılımına yardımcı olmaz. Bu modelin uygulanması çok az işlem gerektirir. Aydınlatılmış onamın alınmasından önce ya da sonra söylenen hiç bir şey onunla ilgili sayılmaz. Bu modelin amacı karar verme sürecinin niteliğini arttırmak ya da hastanın tedaviyi anlamasını sağlamaktan çok, kuramsal olarak makul bir insanın isteyeceği bilgiyi hekimin tahmin etmesidir.

Ancak bu yöntemin bazı yararları da vardır:

1. Hem hekim hem de hasta sorumluluk ve yetkileri konusunda kesin bir fikre sahip olurlar.

2. Yalnızca onam formunun imzalanması dışında aydınlatılmış onam, geleneksel hekim-hasta ilişkisini hiç etkilemez.

3. Onam formu savcılar için bir belge niteliğindedir ve iyi hazırlanmışsa hekimi onam alınmadığı savına karşı bir ölçüde korur.

4. Bu model hastaneyi ve klinik tıbbı temel alan tıp modelinin örgütlenme biçimine kolaylıkla uyar.

Ancak aydınlatılmış onam uygulamasının kavramsal temellerini zedeleyen çok önemli zararları da vardır:

1. Hasta verilen bilgiyi anlamadığı ve karar verme sürecine katılmasının aslında istenmediğini hissettiği için, bu model aydınlatılmış onam kavramının tümüyle gerçekleşmesini sağlayamaz.

2. Hekimler de bu modelin yararsızlığını sezdiklerinden, bu onların aydınlatılmış onamı yararsız bir zaman kaybı olarak görme eğilimlerini pekiştirir.

3. Hekim-hasta ilişkisi bu model nedeniyle daha çok bürokratik ve daha az insan yönelimli bir özellik kazanır.

4. Hastasının iyiliğini istemek durumundaki her hekim için aydınlatılmış onamın bu modeli hasta bakımını engelleyici bir uygulamadır.

İkinci olarak, bu tezde de savunulan, ancak daha az uygulanan model **süreç modelidir**. Bunda aydınlatılmış onam hekim-hasta ilişkisinin bir türevi, sürekli bir bölümü olarak algılanır. Bu modelde hasta karar verme sürecine etkin biçimde katılır. Olay modelinde olduğu gibi hekim-hasta ilişkisine bir basamak eklemek yerine, aydınlatılmış onamı tıbbi karar verme sürecinin her aşamasının, en azından her ana aşamasının, bir bölümünü oluşturacak biçimde ilişkiyle birleştirmek temeline dayanır. Burada sözü edilen süreç, sağlıkla ilgili bir sorun olduğu kuşkusunun başladığı andan, hastanın hasta izleme hizmetini terketmesine dek, **kimi zaman çok yoğun olmak üzere sürekli**dir. Bu modelin başarılı olabilmesi için ise üç koşulun oluşması gerekmektedir.(100)

1. Hem hekimin hem de hastanın geleneksel rol beklentileri değişmelidir. Klasik hekim-hasta ilişkisinde hekimin tedaviyi yönetme ve yönlendirme yetkisi yaygın olarak kabul edilir, hastadan tedaviye yardımcı olması ve önerilere uyması beklenir. Bu, hastanın psikolojik olarak gerilemesi ve anababa-çocuk ilişkisinin bir benzerini yeniden oluşturması ile desteklenir. Acil durumlarda işe yarayan bu ilişki biçimi sürekli bağımlılık durumuna dönüştüğünde hastanın özerklik duygusunu zedeler, onun hekime karşı ergenlik dönemine dayanan isyan duyguları geliştirmesine neden olur. Böyle bir durum, aydınlatılmış onam kavramı ile bağdaşamaz. Hekimle hastanın ilişkisinde, kişilerarası ilişkinin oyun modeline göre yetişkin-yetişkin biçiminde bir ilişki kurulmalıdır.(127) Bu bağlamda hekim de işbirliğine ya da tartışmaya dayalı bir ilişki biçimini paternalistik ilişki biçimine yeğlemek konusunda istekli olmalıdır. Tıbbi kararlara hastanın katılmasını sağlamak için hastayı tedavi ekibinin özel uzmanlığa sahip bir üyesi olarak görmek gerekir. Bu özel konum şu öğeleri içermektedir; ekibin öteki üyelerinin sahip olmadığı yaşantısal ve konunun bağlamıyla ilgili bilgiler, belirtilerin yalnızca hastanın anlayabileceği karmaşık içeriklerini değerlendirme yetisi, birçok durumda sağlık hizmetini başlatma sorumluluğu ve uzun süreli tedavilerin başarısı için en önemli unsur olan kendine bakma ve yaşamında değişiklik yapma sorumluluğu. Bu bağlamda hasta hekimle karşılıklı katılma biçiminde bir ilişki kurmak ve bu ilişkideki rolünün sorumluluğunu taşımak durumundadır. Özellikle ruh hekimliği alanı, bu tür hekim-hasta ilişkisini gerektirmektedir.(127)

2. Hekim ile hastanın hastalık modelleri uyuşmalıdır. Hastalar genellikle halk arasında yaygın olan bilgi ve inanışlarla hekime gelirler ve eğer hekim bunun farkında olmazsa işbirliği için çok gerekli bir temelden, bilimsellikten yoksun kalır.

3. Her iki taraf ta değerlerini ve beklentilerini açıklığa kavuşturmalıdır. Özellikle hasta eğer daha önceden konuyla ilgili olarak düşünmemişse, ona değerlerini ayırdetmesi ve çevresine danışması için yeterli bir süre tanınmalıdır. Bir hasta karar verirken tümüyle tıbbi olanların ötesinde pek çok kaygısını değerlendirir. Hekimin bu noktayı anlaması ve hastanın bu düşünce ve değerlendirme sürecine saygı göstermesi gerekir. Hekim ve hasta kültürel farklılıkları anlamaya ve alışılmadık inançların üstesinden gelmeye çalışmalıdırlar.(100)

Her ikisi de öngörülen ilişkinin amaçlarını ve tedaviden beklentilerini belirlemelidirler.(35) Bu koşullar ancak karşılıklı gözlemle gerçekleşebilir, bunun için de hekimle hastanın karşılıklı olarak birbirlerini eğittikleri gerçek bir etkileşime girmeleri gerekecektir.

Bu modelin, sürecin farklı aşamalarında farklı uygulanma biçimleri vardır.

1. Sorumluluğun saptanması: Bu aşamada hekimin tedavideki rolü, sorumluluğunun sınırı ve süresi belirlenir. Hasta hekimin ilişkideki ve tıbbi tedavi ve bakım düzenindeki yerini bilmelidir, çünkü tutumunu bu bilgiye göre belirleyecektir.

2. Sorunun tanımlanması: Genellikle tanı aşaması hastanın hiç rol almadığı, tümüyle teknik bir aşama olarak görülür. Oysa hekimin hastaya tanıyla ilgili bilgi vermediği durumlarda, hastanın açıklamalardan tatmin olmadığı ve tıbbi önerilere uymadığı gözlenmektedir. Tersine, hekimle hasta sorun konusunda ortak bir tanımlı paylaşılırsa, bu belli bir tedavi yaklaşımına yönelmelerini de olanaklı kılmakta ve hastanın tedaviye uyumu daha kolay olmaktadır. Burada hekimin hastaya yüksüz sorular sorması, yanıtları dinlemesi ve bu paylaşımı hastanın yanlış düşüncelerini düzeltmek için bir fırsat olarak görmemesi gerekmektedir. Hasta genellikle hastalığının altında yatan patolojik süreçten çok onun yaşamına olan etkisi ile ilgilenir. Bu nedenle hastanın yaşam sorunlarını çözmeye yönelik tedaviler onun tarafından daha kolay kabul edilmektedir.

3. Tedavi için amaçların saptanması: Hekim ve hasta sorunlar konusunda anlaşsalar bile onların tedaviden beklentileri çok farklıdır. Hasta genelde kendisinin az bir çabası ile iyileşmeyi bekler; bu gerçekleşmezse tedavinin başarısız olduğunu düşünür. Bu nedenle tedavide amaçlar belirlenerek hastanın beklentileri makul bir düzeye çekilmelidir.

4. Tedavi yaklaşımını seçmek: Bu aşama yasalarca en çok sorgulanan bölümdür. Yasalara göre hekim, makul bir hastanın karar vermek için gerek duyacağı veya sağduyulu bir hekimin açıklamayı uygun bulacağı kadar bilgiyi vermek zorundadır. Bu ölçütün saptanması çok zordur. Genellikle hekim bir yöntemi yeğlemektedir; kimi zaman da seçenek bir tedavi yoktur. Bu aşamada he-

kimin kendi görüşünü açıklaması sakıncalı değildir, çünkü hastanın hekime gitmekteki temel amaçlarından biri de ne yapılabileceği konusunda onun bilgisinden ve yargılarından yararlanmaktır.

5. Uzayan tedavi ve izleme süreci: Hastalar genellikle tedavi konusundaki görüşlerini aktarmakta çekimser davranırlar, bu nedenle onlara sorunları konusunda değişen görüşleri, amaçları ve yeğledikleri yaklaşım ısrarla sorulmalıdır. Hasta sorunu üzerinde düşündükçe bu konuda içgörü kazanır ve bu da ilişkiye yardımcı olur.(127)

Aydınlatılmış onam sürecini sürdürebilmek için tedavinin her aşaması hastaya önceden haber verilmelidir. Bu, hastanın bilgiyi sindirebilmesi için gereklidir. Hekim-hasta görüşmesi her zaman tüm tedavi planının yeniden gözden geçirilmesi ve bunun hastanın durumunu nasıl etkileyeceğinin tartışılması ile bitmelidir.

Tedavinin sonuçlanmasında en önemli sorun hastanın kendi sağlığı konusundaki sorumluluğunu yeniden kurmaktır. Bunun için hastanın özerklik duygusu desteklenmelidir.

Süreç modelinin de kimi sınırlılıkları vardır. Bunlar;

1. Evrensel olarak uygulanabilecek bir model değildir. Hastayla ilişkisi sınırlı olan kimi uzmanlık alanları (radyoloji, anesteziyoloji vb.) bu yöntemi kullanamazlar. Ancak bu tez bağlamında vurgulamak gerekirse, psikiyatri bu tür uzmanlık alanlarından biri değildir.

2. Hekimin zamanını ekonomik kullanması açısından sorun yaratabilir.(100)

Aydınlatılmış onam, önce hekim-hasta ilişkisini düzeltebilecek bir öge olarak görülmüş ve desteklenmiş, sonra da herhangi bir olumlu katkısı olmadığı gerekçesiyle eleştirilmiştir. Aydınlatılmış onamda tıbbi girişimler konusundaki karar sürecine hastanın katılımının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bunun yalnızca kendi içinde amaç olmayıp pek çok tedavi açısından getirisinin de olduğu konusunda da kanıtlar vardır. Ancak bugün yeğlenen olay modeli, yasal öğretinin dar kapsamlı bir uygulaması olup yalnızca yasal gereği yerine getirmekle sınırlı kalan bir "formalite" durumundadır. Oysa süreç modeli, bu eleştirileri aşacak sonuçlar verebilir.

A.B.D., İngiltere, Hollanda gibi pek çok ülkede yerleşmiş uygulamalar nedeniyle olay modelinden süreç modeline geçiş son derece güç olmaktadır. Ülkemizde henüz yaygın bir uygulama olmadığından, daha başlangıçta süreç modelinin yerleşebileceği umulabilir. Bunun içindir ki bu model, tezin kapsamında yol gösterici olması amacıyla ayrıntılı biçimde tartışılmıştır.

Aydınlatılmış onamla ilgili başka modeller de bulunmaktadır. Bunlardan biri, -aydınlatılmış onamın- **hava raporu** modelidir. Bu modele göre hekim tıbbi karar verme sürecinde yalnızca gerçekleri ortaya koyan, öneride bulunmayan bir rol üstlenmelidir. Bu model mahkemelerin, yasal, etik ve toplumsal açılardan konuyu yorumlayanların köktenci bir yaklaşımla gerçekleri değerlerden ayırma çabalarının sonucunda ulaştıkları

bir yaklaşımdır. Onlara göre hekimin hastaya gerçekleri bildirmesi önemlidir, çünkü bu gerçekler olmaksızın hasta akılcı bir karar veremez; ancak değerler hastanın özel sorunudur. Bu modelin savunucularından Freidson "Özgür bir toplumda profesyonelin rolü insanlara kendi değerlerine dayanarak kendi kararlarını verebilmeleri için gereksindikleri teknik bilgiyi sağlamakla sınırlı olmalıdır." demektedir. Bu modeli, telefon aracılığıyla hava durumu konusunda bilgi veren bir şirketin hizmetine benzetebiliriz. Bu modeli savunanların ulaştıkları en etkin yöntem aydınlatılmış onam alma uygulamasında formların kullanılmasıdır. Bu modeli savunanlar hastanın seçme özgürlüğü konusunda bir bakıma haklı bir kaygı taşımaktadırlar. Gerçekten toplumun tıp profesyonellerine sağladığı yetke (otorite) o denli büyüktür ki, hastanın, onların ima ettiği bir isteğe karşı koyması son derece güçtür. Hava raporu modelinde profesyonelin uyması gereken pek çok kural belirtilmiştir. Bunlara göre o, hastaya tüm akılcı seçenekleri ve onlarla ilgili bilgiyi açıklayacak, ancak bunu yaparken hiç bir biçimde baskı yapmayacaktır. Hiç bir değer yargılamasında bulunmayacaktır. Verdiği bilgiyi tümüyle teknik bilgi oluşturacak; buna eklenen değerler, karar verme sürecindeki rolü kendi değerlerini profesyonelin ortaya koyduğu gerçeklere uygulamak olan hastanın değerleri olacaktır. Hastanın üzerinde aile, hukuk ve ahlâk sistemi gibi pek çok baskı ögesi bulunmaktadır. Her ne kadar profesyonelin bu baskıları denetleyemeyeceği varsayılıyorsa da o, bunları kendi amacı ve istekleri doğrultusunda kullanabilmektedir. Örneğin hastaya ailesine ve topluma karşı sorumluluklarını ve onların isteklerini içeren yorum ve hatırlatmalarda bulunabil-

mektedir. Kimi zaman sahip olduğu bilgiyi hastasına karşı bir tehdit unsuru olarak kullanıp onu "ikna" etmeye çalışabilmektedir. Tedavi ile ilgili bilgi ve gerçek ile baskı öğesi olarak kullanılan gerçek arasında gündelik yaşamda açık bir ayırım yapmak çok güçtür. Bu modelle uygulamadaki bu tür davranışlar ve sakıncalar önlenmeye çalışılmıştır.(98)

Bu bağlamda ortaya çıkan onam formları, yalnızca bilgi verdiğini ve onam alındığını belirten imzadan fazlasını içermektedirler. Bu formlar öncelikle verilen bilginin içeriğini ortaya koymaktadırlar. Bu formlar yasal bir soruşturmada korunmak, öngörülen işin yapılmasını güvenceye almak ya da yönetimle ilgili işlemleri yerine getirmek gibi pek çok amaç için yaygın biçimde kullanılmaktadırlar. Her ne kadar hava raporu modelinin savunucuları bu formların bilgilendirme ve özêrklıđi gerçekleştirme konusunda mükemmel olmaları için çok çaba harcamaktaysalar da henüz tümüyle anlaşılabilirlik testlerini geçebilen bir form oluşturmayı başaramamışlardır. Bu yöntemi savunanlardan Lidz, yaptığı araştırmada formlarla ilgili temel sorunun içeriklerinden çok temsil ettikleri erkle ilgili olduğunu saptamıştır. Sözü geçen araştırmada formların genellikle sağlık ekibini denetim altında tutmak amacıyla kurum tarafından hazırlandığı, bu nedenle tüm çalışanların bu formlara karşı olumsuz duygular besledikleri saptanmıştır. Bunun bir yansıması olarak uygulamada hastaya aslında bu formların hiç bir değerlerinin olmadığı iletisi sözlü ve sözsüz olarak iletilmekte ve bu yaklaşım başarılı olmaktadır. Gerçekten araştırmanın sonuçlarına göre hastalar bu formları hiç önemsememekte hatta okumadan imzalamak-

tadırlar. Genellikle onam formlarının kullanıldığı kliniklerdeki uygulama, tedavi ekibinin özellikle kendisi için önemli gördüğü bölümleri formda işaretleyerek hastaya yalnızca bu bölümleri okutması ya da genel bir bilgi vererek hastadan formu imzalamasını istemesi biçiminde olmaktadır. Araştırmaya göre gerek hastalar gerekse denekler onam formunu karar vermek için içerdiği bilgilerden yararlanılacak bir kaynak olarak değil, verilen karardan sonra imzalanacak bir belge olarak görmektedirler. Sonuç olarak tümüyle mükemmel bir onam formu hazırlamanın son derece güç olduğu bu onam türünü savunanlar tarafından da kabul edilmektedir.(97)

Ayrıca, ne denli mükemmel olursa olsun salt form- la onam alma yönteminin kişiler arası ilişkiyi zayıflatması, onun önlenemez bir eksikliği olmaktadır. (97)

Aydınlatılmış onamla ilgili bir başka modele göre, geçerli bir karar verilebilmesi için hem hekimin hem de hastanın akılcı ve sorumluluk sahibi bir tutum izlemeleri gerekir. **Karşılıklı sorumluluk modeli** olarak da adlandırılabilir bu modelde, her hasta önerilen tedavinin önemli, belirgin ve en sık raslanan riskleri ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmekte ve bu bilgi güvene dayalı hekim-hasta ilişkisinin bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu model üç temel öge üzerine kurulmuştur.

1. Açık ve yeterli bilgi: Bu ögenin ön koşulu etkin iletişimidir. Bu koşulun gerçekleşmesi için ise hekimin dikkatli ve sorumluluk sahibi bir danışmanlıkla hastaya sorunu gösterme kaygısı gütmesi, hastaninsa

genel gerçekler ve bunların uygulanışları konusunda hekime güven duyması ve onu anlamaya çalışması gerekmektedir.

2. Akılcı karar: Bu ögenin ön koşulu zorlamanın olmamasıdır. Bu koşulun gerçekleşmesi için hekimden destek, yol gösterme ve açıklama, hastadansa makul bir değerlendirme, açık ve dürüst bir yargı ve sorumluluk beklenmektedir.

3. Geçerli bir onamın verilmesi ve formun imzalanması.

Bu aşamaların herhangi birinde sorun çıkabilir. Bilgi düzeyinde çıkabilecek sorun, hastaya verilen bilginin açık olmaması biçiminde olabilir. Bunda hekimin yeterli bilgiye sahip bulunmaması ya da o durum için kesin yargıda bulunmanın olanaksız olması etken olabilir. Bilgiyle ilgili bir başka sorun iletişim bağlamında ortaya çıkabilir. Hekimin iletişim için yeterli zaman ve emek harcamaması, hasta tarafından anlaşılacak bir dil kullanması ya da hastanın hastalığı nedeniyle bilişsel yetilerini yitirmesi bu tür sorunlara neden olabilir.(29)

Karar aşamasındaki sorunların başında baskı uygulanması gelir. Bu baskı iknadan zorlamaya kadar çeşitli derecelerde olabilir. Önyargılar ve bazı inançlar da karar aşamasını olumsuz etkileyebilen etkenlerdir.

Onam formu ile ilgili sorunlar formun içeriği ve yapısı ile doğrudan ilgilidir. Bu formun açık anlatımlı ve bilgi verici olması gerekir, aynı zamanda hastaya bazı özel seçimlerini belirtme olanağını da tanımalıdır. Bu modeli savunan Gillett "hekim formu

kendisi doldurtmamış bile olsa herhangi bir girişimden önce onu mutlaka görmelidir." demektedir ve hekimin hastaya uygulanacak girişimle ilgili bilgiyi bir koğuş ziyareti ya da hasta başı sohbeti sırasında vermesini yeterli görmektedir. Tüm bu işlemler sırasında yazılı kayıt tutmanın önemini de ayrıca vurgulamaktadır. Bu yorumları da dikkate aldığımızda aslında bu yöntemin temel amacının hastanın özerkliğini korumaktan çok hekimin yasal soruşturmadan korumak olduğunu, iletişimle ilgili bölümün ise bu temel amaçla tutarlılık göstermediğini görüyoruz.

Geleceğe yönelik onam alma anlamına gelen **yönerge modeli** [İng. "advance directives"] tümüyle kendi başına bir model sayılamasa da onam formları aracılığıyla aydınlatılmış onam alma uygulamasının ulaştığı en yetkin aşamadır. Bu tür yönergelerin kullanılması yeterliği olan kişilerin seçimlerini ileriye yansıtmalarına olanak vererek bireyin özerkliğini arttırır. Yeterliği olmayan hastaların önceden belirttikleri istemlerine dayanılarak onların adil bir tedavi almaları sağlanır. Hastanın ailesini ve yakınlarını onun yerine seçim yapmanın getireceği sıkıntıdan kurtarır, onlara seçimi hastanın onamı doğrultusunda yaptıkları konusunda güvence verir. Sağlık hizmetini sunanları da hasta adına karar verme zorunluluğundan kurtarır. Hekimle hasta arasındaki iletişimi arttırır ve bu iletişim için bir omurga görevi görür.

Ancak onun da eleştiriye açık bazı yönleri vardır. Bu tür yönergeleri yeni gelişmeler doğrultusunda sık sık gözden geçirmek gerekir. Bunlar, genellikle tedaviyi reddetmek amacıyla

hazırlanmaktadır, dolayısıyla böyle bir yönerge hazırlamayan kişinin tedaviyi kabul ettiği gibi yanlış bir varsayıma yol açabilir. Bu tür bir uygulamanın bazı hastaları ya da bazı yöntemleri kapsam dışı bırakarak yaşama geçirilmesi hasta haklarını ve eşitlik ilkesini zedeleyebilir. Yazılı onam formlarında ortaya çıkan çoğu olumsuzluk bu tür yönergeler için de geçerlidir.

Yönerge oluşturma biçimindeki geleceğe yönelik onam biçimlerine yaşayan vasiyetler de denmektedir. Bunlarda ileride ortaya çıkabilecek durumlarda hastanın alınmasını istediği kararlar ve belli davranış biçimleri belirtilir. Tüm seçeneklerin öngörülebildiği ve açıkça kümelendirilebildiği durumlarda bu tür belgeler yararlı olmaktadır. Ancak gelecekte ortaya çıkabilecek her durumu önceden saptamak güçtür. Bu nedenle bu belgeler kimi zaman yetersiz kalabilmektedirler. Yaşayan vasiyetlerin en önde gelen savunucusu Thomas Szasz'dır. Szasz'a göre kişinin yeterliği varken zorla tedavi konusunda bir yönerge hazırlayarak bu konuda kendi yazgısını saptama hakkını kullanabilir.(161) Bu tür yönergeleri savunan öteki yazarlar ise, kendi üzerlerindeki denetimlerini yitirdikleri dönemde tüm girişimleri reddeden hastaların, yeterliklerine sahip oldukları dönemde hastaneye yatırılmaya ve tedaviye onam verdiklerine ilişkin bir yönerge hazırlamalarına olanak sağlayacağı için bu yöntemi benimsemektedirler.

Bu yönetime karşı olanlar da iki gruba ayrılmaktadır. Kendilerini sivil özgürlükçü olarak tanımlayan bir grup, hekimlerin, yatırma ve tedaviyi kendilerine bırakan yönergeler hazırlamaları için hastaları zorlayabileceklerini öne sürerek bu tür onam

alma uygulamasına karşı çıkmaktadırlar. Paternalist yaklaşımı benimseyen bir grup ise bu tür yönergelerin psikiyatri alanında kullanılmasının ruh hastasına yapılacak girişimin gecikmesine yol açacağını ve bunun da sonuçta hem hastanın hem de onun çevresinin gereksiz yere acı çekmesine neden olacağını savunarak bu tür yönergelere karşı çıkmaktadırlar.

Vekil saptama yoluyla onam verme uygulaması oldukça yeni bir yaklaşım olduğundan henüz gündelik uğraş alanında ne gibi sonuçları olduğu konusunda yeterli çalışmalar yapılamamıştır. Bu tür uygulamalara sözlü yönerge de denebilir. Sözlü yönergelerde, hasta yeterliğini yitirdiğinde kendisi yerine karar verecek kişiyi yeterliğe sahipken saptar. Onunla kendi değerleri, yaşamdan beklentileri ve amaçları konusunda konuşabilir. Böylece vekil ileride ortaya çıkacak herhangi bir durumda bu ilkeleri uygulayabilir. Bu tür yönergelerde vekilin kararları hastanın kararları ile eşit değere sahiptir. Bu uygulamanın üstünlüğü, gelecekle ilgili öngörülemeyecek durumlara çözüm getirmesidir. Buna ek olarak bir vekilin varlığı, aile üyeleri veya hastanın öteki yakınları arasında hastanın istekleri ve en iyi yararı konusunda anlaşmazlık çıktığında, son kararın belirlenmesi açısından da yararlıdır. Bu yöntem hukukta kullanılan vekaletname verme uygulamasına büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.(51) Bu uygulama daha çok yaşam destek sistemleri ile ilgili olarak düşünülmüştür, ancak psikiyatri alanında da kullanılabilir kadar geniş bir çerçeveye sahiptir. Hasta seçtiği vekilin yetkilerini sınırlayabilir, hatta bazı özel durumlarda bazı özel tedavi formlarına vekilinin onam vermesini kesinlikle engelleyebilir. Hasta, vekil-

linin onam verdiği bir girişimi reddederse, mahkeme tarafından yeterliği olmadığı saptanana kadar kendisine bu girişim uygulanamaz.(10, 27)

Bu modelin yaşama geçirilebilmesi için hastalar bu tür bir onam yönteminin varlığı konusunda hastaneye başvurdukları anda bilgilendirilmelidirler. Özellikle yeterliğini yitirmesi olasılığı bulunan tüm hastalar böyle bir yönerge hazırlamak konusunda yöreklendirilebilir ve bilgilendirilebilirler. Daha geniş bir bilgilendirme çabası kitle iletişim araçları yoluyla tüm kamuoyu hedeflenerek gerçekleştirilebilir. Eğer yazılı ya da sözlü bir yönerge oluşturduğu sırada hastanın yeterliğinin olmadığı konusunda bir mahkeme kararı bulunmuyorsa, yeterlik varsayılır. Hasta düşüncesini değiştirdiğinde yönergenin değiştirilmesi gerekmektedir. Ancak bu gereklilik ortaya çıkmadığı zaman bile belirli aralıklarla onu gözden geçirmesi yararlı olacaktır. Böylece uygulamanın, hastanın en son isteklerini yansıttığı konusunda güvence sağlanabilir. Ayrıca hastanın klinik durumunda bir değişiklik olması, yeni bir tedavi için başvurması, hasta açısından önemli bir sosyal olay olması gibi durumlarda yönerge yeniden ele alınmalıdır. Görüldüğü gibi yönerge pek çok nedenle değiştirilebilmektedir. Bu nedenle yönerge yapı ve içerik olarak kolayca değiştirilebilme özelliği taşımalı, katılan tüm kişiler bundan haberli kılınmalıdır. Bunların gerçekleşebilmesi için yönergenin tıbbi kayıtların bir parçası durumuna getirilmesi gerekmektedir. Hastanın yönergede yaptığı değişikliklerin geçerli olabilmesi için önkoşul, bu işlemi yaptığı sırada yeterliğinin olmasıdır. Ancak yeterliği varken tedaviyi reddetmiş hasta yeterliği orta-

dan kalktığıında tedaviyi isterse, tedavi verilmelidir.

Bu tür bir onam alma sisteminin uygulanabilmesi için yasal düzenleme şarttır. Böyle bir yönergeye uymayan hekime yaptırım getirilmesi gerekir, ancak bunun da bazı sakıncaları olabilir. Örneğin hastanın düşüncesini değiştirdiğini gösteren bulgular olmasına karşın hekim elindeki yönergeyi uygulamak zorunda kalabilir, ya da hekim sonradan uymak zorunda kalmamak için hastayı böyle bir olanaktan haberdar etmekten kaçınabilir.(156)

Yönerge modeli ve yazılı onam formları ile aydınlatılmış onam alma uygulaması, yeterliği olmayan hastalarla ilgili sorunları çözmek amacıyla düşünülmüşse de, gerçekte farklı modellere eklenerek onların yetkinliğini arttırabilir. Örneğin süreç modeline eklenerek yeterliğini yitiren hastalar konusunda onu daha yetkin hale getirebilir. Dolayısıyla bu modeli tek başına bir model olmaktan çok, değişik modellere yeterliğini yitiren hastalar bağlamında destek verebilen bir yardımcı öge olarak görmek daha uygun olur.

Tüm bu yöntemler içinde gerçek özerkliği hedefleyen ve gerçekleştirebilecek gibi görünen aydınlatılmış onamın süreç modelidir. Ancak geleneksel hekim-hasta ilişkisi ve tıp etkinliğinin örgütlenmesi bağlamında çok köklü değişiklikler içerdiğinden, onun uygulanması üzerinde daha çok durmak ve bunu gündelik klinik yaşamına uygun duruma getirmek gerekmektedir.

2. 2. 5. Aydınlatılmış onamın "normatif" yünden dayanakları

2. 2. 5. 1. Etik

Aydınlatılmış onamın en temel etik dayanağı insan haklarıdır. Bu hakların kapsamına giren yaşama hakkı, kişinin kendi yazgısını saptama hakkı ve bu hakkın kapsamına giren tedaviyi red ya da kabul etme, kendisiyle ilgili gerçekleri bilme hakları ile bireysel özerklik ilkesi hem evrensel etik metinlerinin hem de bir çok ülkede anayasaların, dolayısıyla hukuk sisteminin temelini oluşturan öğelerdir.

Haklar başkalarına sınırlandırma getiren ya da onları belli bir biçimde eyleme zorlayan (onlara pozitif ya da negatif görevler yükleyen) kabul edilmiş taleplerdir. Haklar denildiğinde bir yanda yasal ya da kurumsal haklar, öteki yanda ahlâki haklar söz konusudur. **Ahlâki haklar da evrensel olanlar ve olmayanlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Yasal ve kurumsal hakların ortak özelliği bunların yetkili bir kişi ya da kişiler tarafından verilen kararlarla oluşturulması ya da ortadan kaldırılmalarıdır.**

Konuyla ilgilenmiş felsefecilerden Bentham'a göre bunlar var olabilen tek hak türüdür, ona göre ahlâki haklar diye bir şey yoktur. Bu görüşe karşı ileri sürülebilecek olan nokta, güçlü ve yaygın ahlâki sezgidir. İnsanların belirli temel ahlâki hakları olduğu yolundaki bu sezgileri, bu haklar yokedilmek istendiği zaman buna kalkışanlara karşı bireysel ve kolektif bir tepki doğurur. Aquinas bu hakların insanın doğasından geldiğini, Locke ise "yaşam, özgürlük ve mülkiyet" haklarını tanrının insana verdiğini savunmuştur. Ahlâksal

bir sezginin varlığını kabul etmek ahlâki hakların varlığını da kabul etmek demektir.(71)(Koyu yazılar tezin yazarınındır.)

Hak kavramını reddedenlerden yararçı yaklaşımı savunanlar, gönenci arttıran ve genel kabul gören eylemlerin ahlâki açıdan da haklı olduğunu öne sürerler. Gerek bireysel eylemlerin gerekse toplumsal politikaların en çok sayıda kişinin en fazla mutluluğunu sağlayacak biçimde olması gerektiğini savunan bu yararçı yaklaşım için önemli olan sonuçtur. Bu yaklaşımın aydınlatılmış onam konusundaki tutumu, öteki etik sorunlarda olduğu gibi, yarar-bedel karşılaştırması yapmak ve yarar yönünde ağır basan eylemi yeğlemektedir. İleri ölçüdeki yararçı yaklaşım için kişiye saygı, bireyin gönenci ve huzuru gibi değerler ikinci plandadır ve çoğunluğun yararı için her zaman feda edilebilir. Yararçı yaklaşımı benimseyenlerin dışında kalan ve hak kavramına karşı çıkanlar ise insan haklarının zorunlu kıldığı ahlâki yükümlülüğü kabul ederler, ancak görevlerin bunu karşılamaya yeterli olduğunu, haktan söz etmeye gerek olmadığını savunurlar.(71)

Hakların varlığını bir kez kabul ettikten sonra onları sınıflandırmanın gereği ortaya çıkmaktadır. Bunların başında evrensel haklar gelir ki bu haklar tüm bireylere, tüm insanlara uygulanacak haklardır. Prof. H.L.A Hare'e göre evrensel haklar tek ve temel bir haktan türemişlerdir. Bu temel hak "tüm insanlara özgür olabilmeleri için eşit hak" biçiminde anlatılabilir. Toplumsal sistemin ortaya çıkardığı bazı özel ahlâki haklardan da söz edilebilir; örneğin ailenin çocuğuna bakması gibi.

Bazı haklar öteki kişileri bazı eylemlerde bulunmakla yükümlü kılar; bunlara pozitif haklar denir. Bazı haklarsa yalnızca başkalarının müdahale etmemesini zorunlu kılar ki bunlara da negatif haklar denir. "Kişileri bazı eylemlerde bulunmakla yükümlü kılacak evrensel ahlâki haklar var mıdır?" sorusu haklara dayanan etik yaklaşımın temel bir sorunsalıdır. Çağımızda genelgeçer uygulama bu tür hakların varlığını varsayan bir temele dayanmaktadır; örneğin yaşam hakkı gibi. (71) Yararcı etik yaklaşımına karşı en kalıcı seçenek, haklara dayalı etik yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel mantığı yasaların mantığıyla önemli ölçüde benzer ve evrensel bir adalet ölçütü oluşturmayı amaçlar. **Temel kaygısı davranışların sonuçlarından çok kendileridir. Haklara dayanan etik yaklaşım eylemleri gerekli, izin verilen ve yasaklanan olarak sınıflar.** Bu sınıflamayı yaparken sonuçlarına değil hakları zedeleyip zedelediklerine bakar. Bu tür etik yaklaşımın temel amacı hakların varlığını göstermek ve neler olduklarını saptamaktır. Bugün Aquinas'ın insanın doğası geleneğine dayanan, insanın doğasına uygun hakları oluşturma çabalarının yanında ve çoğunlukla hakları çağdaş toplumsal sözleşme geleneğine dayandıran, adalet ilkesini temel alan hakları oluşturmaya yönelik çabaları görmekteyiz.

Haklara dayalı etik yaklaşım insana ve onun gönencine saygı açısından kanımca üstündür, ancak özellikle adaletle ilgili olmayan etik konularda hakları ortaya koymak konusunda güçlük çekmektedir. Bu türden etik sorunların başında da aydınlatılmış onam ve hastanın kişilik haklarına saygı sorunları gelmektedir. Bu güçlüğün temel nedeni haklara dayalı etik yaklaşımın

insanları sağduyulu ve özerk olarak kabul etmesinden ve söylemini buna dayandırmasından kaynaklanmaktadır. Oysa tıpta, özellikle de psikiyatride insanın, yani söz konusu hastanın bu özellikleri taşımadığı durumlar hiç te ender değildir.(125) Haklara dayanan etik yaklaşım zorlanarak da olsa, bu hakların varlığını hastalar bağlamında da savunmaktadır. Hastanın haklarını belirleyen etik metinleri, varlığı varsayılan bu haklara dayanılarak oluşturulmuştur. Aydınlatılmış onam alma işlemi bu hakları kullanmak ve onları güvence altına almak konusunda geçerli bir yöntem olarak sunulmuştur. Söz konusu etik metinlerinden Lizbon ve Hawaii bildirgeleri hastalar için aydınlatılmış onam kavramını doğrudan vurgularken, Helsinki bildirgesi aynı kavramı denekler açısından ortaya koymaktadır.

Bu uluslararası metinlere dayanan kurumsal tüzükler belli ülkelerde ya da belirli kurumlarda aydınlatılmış onam alma uygulamasının etik dayanaklarını oluşturmuştur. Örneğin ülkemizde 1960'da kabul edilen Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu türden bir tüzüktür. Bu tüzüğün 14. maddesi, hekimi belirli durumlar dışında hastayı hastalığı konusunda aydınlatmakla yükümlü kılmaktadır. Ancak hastanın onamının alınması konusuna değinmemektedir.(166)

2. 2. 5. 2. Hukuksal

Yukarıda değinildiği gibi insan hakları çağdaş anayasaların da temelini oluşturmaktadır. Bu anayasalardan yola çıkılarak hazırlanan yasalar, bu hakların kurumsallaşmasını, gündelik yaşama geçmesini ve güvence altına alınmasını amaçlamaktadırlar.

Yalnızca tıp alanında değil, birçok başka alanda da aydınlatılmış onam alma uygulaması yasalarca öngörülmektedir. Hukuk mantığı temelinde, aydınlatılmış onamı insan ilişkilerindeki sözleşme modelinde insanın özerkliğini gerçekleştirilmesi ve korunması için uygun bir yöntem olarak kabul etmektedir. Ancak tıpta aydınlatılmış onam uygulamasını kuşkulu bulanlar, toplumsal ve sözleşmeye dayalı ölçütlerin tıp etkinliğinde yeri olmadığını savunmaktadırlar.

Hukuk açısından bireylerin kişilik hakları en temel haklardır. Bu hakların başında kişinin bedeni üzerindeki hakları gelmektedir. Aydınlatılmış onamın tıp alanındaki ilk uygulamaları da kişinin bedensel bütünlüğüne yönelik eylemlerle ilgili olarak ortaya çıkmıştır.

Aydınlatılmış onamla, özellikle de onun psikiyatri alanındaki uygulaması ile ilgili yasal düzenlemeler 5. Bölümde ayrıntılarıyla tartışılacaktır.

3- PSİKİYATRİDE AYDINLATILMIŞ ONAM

3.1. Psikiyatride Hastalık Kavramının Özellikleri

Yukarıda Bölüm 1. 2. 3.'de tıp ve psikiyatri açısından kavramsal özellikleri tartışılan hastalık olgusunu açıklamaya çalışan kuramlar, onu çok farklı açılardan ele almaktadırlar. Bazıları sağlık, bazıları rahatsızlık deneyiminin özellikleri, bazıları sağlığın amacı, bazıları ise bir yeti kaybı ya da eylem eksikliği olarak hastalığın doğası üzerinde durmaktadırlar. Bunu yaparken temel aldıkları hastalık modeli, genellikle fiziksel hastalıkları açıklamakta bir ölçüde başarılıdır, ama ruh hastalıkları söz konusu olduğunda yeterince açıklayıcı olamamaktadır. Bunun nedeni, fiziksel hastalıklarla ruh hastalıkları arasında önemli farklılıkların olmasıdır. Aslında fiziksel hastalıkların tümüyle nesnel olduğu ve değer yargılarından tümüyle arıtılabileceği varsayımı yanlış olduğundan, bu varsayımsal nesnelliğe ve işlev kaybı olgusuna dayanan söz konusu model, fiziksel hastalıkları açıklarken bile yetersiz kalmakta ve pek çok eleştiriye uğramaktadır. Ruh hastalıkları ise fiziksel hastalıklardan farklı olarak daha önemli ölçüde değersel anlam içerir; genelde bu hastalıklarda rahatsızlık daha öncelikli bir kavramdır. Bunun sonucu olarak fiziksel hastalıklarda somut anlamlar daha ön planda iken ve bu anlamların betimlediği bozuklukların ve işlev kayıplarınının tedavisi amaçlanırken, ruh hastalıklarında değersel anlamlar önceliklidir ve bunların betimlediği rahatsızlıklar ve eylem kayıplarınının tedavisi temel amaçtır. Tüm bunlara bağlı olarak fiziksel hastalığı model alan yaklaşımda rahatsızlık bozukluğun bir alt kümesi durumundayken,

ruh hastalığında genel olarak bozukluk rahatsızlığın alt kümesi durumundadır. Hekimlerin eğitimi fiziksel hastalık modelini benimseyen yaklaşıma dayanılarak gerçekleştirildiği için, bozukluğu temel almak onlara daha kolay ve gerçekçi gelmektedir, oysa hasta açısından rahatsızlık deneyimi daha önceliklidir.

Yukarıda söz konusu olan "fiziksel hastalık" terimi Descartes'ın beden-ruh ikileminden köken almamaktadır. Bu terimin kullanılmasında amaçlanan hem organik (doku-hücre düzeyinde saptanabilen) hem de biyolojik (bir sistem olarak insanda daha bütünsel olarak var olan) anlamda hastalığı kapsamaktır. Bu arada psikiyatride özel bir anlam yüklenmiş olan "organik" ve "biyolojik" terimleriyle herhangi bir karışıklığın engellenmesi kaygısı da güdülmüştür. Kuşkusuz bu ayırımın kabaca bir sınıflandırma olduğu, hiçbir biçimde fiziksel hastalıktaki ruhsal öğeleri ya da ruhsal hastalıktaki fiziksel gösterileri dışlamadığı vurgulanmalıdır.

Hekimler eğitimlerinin sonucu olarak tıptaki değer yükünü yadsımak eğiliminde olsalar da, genelde değer yargılarının tıbbın kavramsal yapısının yan öğelerinden biri değil, onun içrel bir ögesi olduğunu kabul etmek durumunda kalmaktadırlar. Hastalık konusundaki bu yaklaşım psikiyatrinin kavramsal yapısını anlamamızda önemli sonuçlar doğurur. Bunların başında fiziksel hastalıkla karşılaştırıldığında çok daha fazla değer yüklü olduğunu gördüğümüz ruh hastalığının farklı biçimde yorumlanmasının gereği gelmektedir. Pek çok yazarın belirttiği gibi tüm değer kavramlarının önemli özelliklerinden biri, bunların değer ağırlıklarının or-

taya çıkış şiddetinin bağlamlarına göre değişmesidir. Bu saptama en genel değer kavramları için bile geçerlidir. Eğer "hastalık" ta değer yüklü bir terim ise, o zaman yukarıda sözü edilen özelliklerinden dolayı ruh hastalığı değer yüklü zavallı bir tanım değil, tersine hastalığın önemli mantıksal bir yönünü fiziksel hastalık modeline göre daha doğrudan yansıtan bir kavramdır.

Dar kapsamlı değer nesnelere ilişkin değersel anlamları az çok belirlidir, çünkü pek çok kişi tarafından paylaşılır. Örneğin fiziksel belirtilerde bu böyledir. Oysa kapsam genişledikçe bağlamlar çeşitlenir ve değersel anlamdaki belirlilik azalır. Ruh hastalığı buna iyi bir örnektir. Neyin fiziksel hastalık olup neyin olmadığı konusunda belirli bir uzlaşma varken ruh hastalığı konusunda bunun olmayışı da buna bağlıdır. Fiziksel hastalıkta belirtiler daha somut ve kesinken, ruh hastalığında daha değişkendir. Örneğin acı gibi önemli bir fiziksel hastalık belirtisi, istenmeyen bir duygu oluşu, derecesinin az ya da çok ölçülebilirliğine karşın, ruhsal bir belirti olan bunaltının istenmeyen bir duygu oluşu bile üzerinde uzlaşılammamış bir olgudur. Bazı kişiler bu duyguyu yakalayabilmek için korku filmlerine ya da tehlikeli spor etkinliklerine başvurmaktadırlar.

Tıbbı tümüyle nesnellik taşıyan bilimsel bir gözle baktığımızda fiziksel hastalıkla ruh hastalığı arasındaki ayrımın açıklanış biçiminin, ruh hastalığını değerlendirilemez bir olgu durumuna getirdiği görülmektedir. Ruh hastalığının ancak bilimsel sına yöntemleri ile saptanabildiği ölçüde değerlendirmeye

alınması ve buna bağılı olarak tüm ruh hastalıklarını bilimsel olarak saptayabilme çabası bunun sonucudur. Çağdaş tıbbın umudu bir gün tümüyle değerden arınmış bir psikiyatriye ulaşmaktır; böylece değer yargıları nesnel açıklamalar tarafından yok edilebilecektir. Oysa psikiyatride rahatsızlığın bozukluğu belirlemesi, fiziksel hastalıklardaki bozukluğun rahatsızlığı belirlemesi olgusundan o denli temel bir farklılık yaratmaktadır ki, bu beklentinin gerçekleşmesi ve ruh hastalığı konusunda değer yükünün yarattığı belirsizliğin ortadan kalkması olgunun doğasına aykırıdır.(64)

Ruh hastalığının onun bu farklı doğasına uygun biçimde tanımlanması ve ona uygun bir model oluşturulması, uğraşın kendi gündelik sorunlarına bir çözüm getirebileceği gibi, psikiyatrideki etik sorunların algılanışını ve çözümünü de kolaylaştıracak, kimilerini ise belki tümüyle ortadan kaldıracaktır.

Psikiyatrideki hastalık kavramının özelliklikleri onun pek çok etik sorunda temel sorunsal olmasına yol açmaktadır. Psikiyatrinin kötüye kullanımı, özerklikle paternalizm arasındaki çatışma ve ilaç kullanımının deneysel olup olmadığı yolundaki tartışmalar hep hastalık kavramındaki belirsizlikten kaynaklanmaktadır. Ruh hastalığının değer yükünü gözardı eden hastalık modeline dayalı yaklaşımın yol açtığı en önemli etik sorunlardan biri de psikiyatride zorla yatırma sorunudur. Ruh hastalığı bilinci tümüyle açık ve zekâsı normal olan yetişkin bir bireyin zorla tedavi edilebildiği biricik durumdur. Bu durum ruh hastalığı kavramıyla sıkı sıkıya bağıntılıdır. Aynı biçimde özkıyımı amaçlayan kişinin tıp tarafından engellenmesini haklı gösteren neden, bu

kişiyi özkıyıma yönelten üzüntü, bunaltı ya da batıl inancın bir hastalığın ögesi olduğu, yani tıbbi temeli bulunduğu varsayımdır. Bu varsayım tıbbın ruh hastalığını tanımlayış ve algılayış biçimi ile doğrudan bağıntılıdır.(73)

Oysa ister fiziksel hastalıkla ister ruh hastalığı ile ilgili olsun değerden arınmış bir tıp ancak hayal edilebilir. Bu nedenle burada temel olan, gerçek ve somut olanla değersel olan arasındaki ilişkiyi açıklamaktır. Bu bağlamda ruh hastalığını temel alarak oluşturulan hastalık modelleri uğraşın gerek gündelik gerekse etik sorunlarını anlamak ve çözümlenmek açısından daha işlevsel olacaktır. (26)

3. 2. Psikiyatride Hekim-Hasta İlişkisi ve Tanı-Tedavi Açısından Aydınlatılmış Onamın Özellikleri

3. 2. 1. Neden "Tanı-Tedavi?"

Tıpta tanı kavramının ortaya çıkışı, hastalık olgusunu nedensel bir tabana oturtma gereğinden kaynaklanmıştır. Bu etkinlik sırasında, hasta tarafından kavranabilen ve bilinen öznel yakınmalar ve hekimin ya da hastanın saptayabildiği nesnel bulgular, hekim tarafından, yorumsal bir bakışla incelenmekte ve hasta tarafından bilinmeyen ve kavranamayan, hekimin mesleki tekelinde bulunan bilgiler aracılığıyla, altta yatan ve gene hasta tarafından bilinemeyecek ve kavranamayacak olan bir hastalığın adına, bilimsel ve nesnel bir biçimde bağlanmaktadır. Bu yolla hastalıklar, hasta olan insanlardan bağımsızlaşmakta ve özgün kimlikler kazanmaktadırlar.(18) Bu, hastalıkları sınıflandırma etkinliğine bir eleştiri değil, bir saptamadır. Tümel olmaksızın tikeli anlamak olanaksızdır. Hastalıkları

bağımsız olarak incelemek ve onların nedenlerini sınıflandırmak, çarelerini de sınıflandırabilme olanağını yaratmaktadır.(18) Bu etkinlik, her türden bilimsel etkinliğin temel bilinçdışı nedenlerinden biri olan insanların bilinmeyen karşısındaki korku ve güvensizliğini giderme çabasının bir yansımasıdır.(176)

Tanı koyma çabası bilimsel tıbbın gelişiminde önemli rol oynamıştır. Okul tıbbının gelişmesi, toplum sağlığı kavramının ortaya çıkması, tıp bilgisinin evrenselleşmesi ve bu bilginin yayılarak hekimlik dışındaki alanlarda da kullanılabilmesi, böylece sağlık sorunlarına disiplinler arası çözümler bulunmasının olanaklı duruma gelmesi bu çabanın sonuçlarıdır.(18) Tanının anlamak ve açıklamak, tedavinin ise değiştirmek gibi bir amacı vardır. Bu nedenle bu iki etkinliği birbirinden kesin sınırlarla ayırmak olanaksızdır. Araştırmadan benzerlikten çok etkileşim ilişkisinin söz konusu olduğu bir kesişen kümeler ilişkisi bulunmaktadır. Bilimsel tüm etkinliklerin amaçlarından biri olan kestirim de anlamayla ilişkilidir.(129)

Psikiyatride sistemli tanı koyma çabasının ilk örneklerinden olan Emil Kraepelin'in ruh hastalıklarını sınıflandırma çabası, tanı koyma etkinliğinin temel kurallarından olan düzeni sağlama amacına büyük kolaylık getirmekle birlikte gerek anlama-açıklama, gerekse değiştirme amaçlarına hemen hiçbir katkıda bulunmamıştır. Bunun nedeni, Kraepelin'in psikiyatride yaklaşımındaki temel noktanın, Kant'ın öğretisine benzer biçimde, aklın işleyiş öğelerinin akılla kavranamayacağı, dolayısıyla da akıldışı olanın hiç anlaşılabilir kavranamayacağı yolunda olmasıdır. Bunun sonucunda

akıldaki bozuklukların ancak izlenebilen sonuçlarıyla tanımlanabilen olgular oldukları görüşü, Kraepelin'de ve ardıllarında egemendir.

Sanayi devrimi, toplumun % 30'unu oluşturan ruh hastalarına işgücü olarak değer kazandırmıştır. O döneme kadar toplum dışında tutulan ve iyileştirilmesi konusunda fazla umut beslenmeyen bu grubu belli bir sağlıklılık düzeyine getirmek ve o düzeyde tutmak, toplum için tehdit oluşturabilecek olanları düzeltmek, bu düzeye getirilemeyecek durumda olanları ise gözden uzak tutmak önem kazanmış ve psikiyatrinin temel işlevini bu oluşturmuştur. Doğuşunda ve temelinde toplumun verdiği, topluma uygun olmayan bireyleri topluma uygun olanlardan ayırdetmek görevi bulunan psikiyatri, bunu yaparken her zaman toplumsal gerçeklik ölçütlerini kullanmak durumunda olmuştur. Bu zorunluluk ruh hekiminin hastasına, onun topluma yaptığı uyumu değerlendirmek yoluyla tanı koymasına yol açmaktadır.(18) Tanı kavramının bu biçimde tanımlanması ve algılanması tedavinin topluma uyumu düzeltmeye yönelik oluşunu getirmektedir. Hekim toplumun değer yargıları ışığında hastasına tanı koyup onu yine o toplumun normlarına uyum göstermesi yönünde tedavi ederken, kendi değer sistemlerinden de soyutlanmış değildir. Bu durumda tanı aşamasında hasta, bir bölümünü paylaşırsa bile büyük ölçüde kendisine ait olmayan iki değer sistemi açısından değerlendirilmektedir.(162) Bu iki değer sisteminin karşısında kendi değer sistemini korumaya çalışması ya da söz konusu iki değer sisteminin kendi iç çatışmaları nedeniyle uygun bir değerlendirmenin yapılamamış olması tedaviye yansıdığına, bunun yol açtığı başarısızlık tedaviye bir tür direnç olarak adlandırılmaktadır.

Tanının tedaviyi büyük ölçüde belirlediği bu yaklaşım, belirli ve kısa bir dönem dışında psikiyatrinin temel yaklaşımı olmuştur, günümüzde de uygulanış biçimi açısından değişiklik göstermekle birlikte egemenliğini sürdürmektedir.

1940-1970 yılları arasında psikiyatri, farmakoterapi ve psikoterapinin başarıları nedeniyle tedaviyi öne almaya, tanıya fazla önem vermemeye başlamıştır. Her iki tür tedavide de bireylerin tedaviye gereksinim duyduklarını düşünmeleri tedaviyi başlatmak için yeterli sayılıyordu ve bu bağlamda onlara uygun görülecek hastalık adları pek önemsenmiyordu. Aynı biçimde toplumun kolluk güçlerinin, yargıç ve savcılarının bireylerin davranışlarından yakınmaları da tedavi için yeterli neden olabiliyordu. Ancak tanıyı önemsemeyen tedavi yönelimli bu yaklaşım bir yanda psikiyatrinin kötüye kullanımını sorununu gündeme getirirken, öte yandan bu yeterli dayanağı olmayan tedavilerin maddi yükünü taşıyan aileler, sigorta şirketleri, sosyal güvence kuruluşları ve benzerlerinin eleştirilerine de hedef ol-maktaydı. Özellikle ruh sağlığı hizmetlerinin ekonomik yükünü taşıyan kesimlerin, kendilerinin de anlayıp denetleyebileceği, kesin ölçütlere dayalı tanı etkinliğini dayatan baskısı, ruh hekimlerini yeniden tanı ağırlıklı yaklaşıma yöneltmiştir.(28)

Günümüze kadar gelen bu yönelimde, her tanı biri-mi daha keskin çizgilerle tanımlanmaya ve onun bütün insanlar için geçerli standart tablolarının varlığı kanıtlanmaya çalışılmaktadır. Bu hastalık tablolarının öznel olmadığını kanıtlamak için yapılan çalışmalar, bilimsel olarak geçerli sonuçlara ulaşabilmek amacıyla,

önceki bölümde sözü edilen bozukluğu temel alan fiziksel hastalık modelini benimsemektedirler. Bu bağlamda kimi davranış kalıpları ya da davranış kalıpları içindeki öğeler, olmaması gereken özellikler olarak saptanmakta, bu öğelerden oluşan kimi tablolar bozukluk adı altında birleştirilmekte ve hasta ile karşılaşıldığında bu öğeler aranmaktadır. Ancak bu öğelerin her iki bakımdan da saptanmasında, yani hem tabloyu oluşturacak öğelerin saptanmasında hem de hastada bunların tanınmasında öznellik, değişen ölçülerde etkin olmaktadır.(18) Ayrıca hekimin bu öğeleri yakalayıp hastayı sınıflandırma çabası onun hastayla ilişkisinde kendiliğindenliği yakalamasına ve sürdürmesine engel olmaktadır, çünkü tanı koyma etkinliği aşamalı bir süreçtir ve mekanik bir akış içinde ya da doğrudan algoritmik bir düşünce etkinliği biçiminde ortaya çıkar. Bu biçimde bir adlandırma çabası ruh hekiminin normal olmayanın dışında kalan ve psikiyatrinin konusunun önemli bir bölümünü oluşturan olguları gözden kaçırmasına neden olur.

Psikiyatrinin konu çerçevesi göz önüne alındığında onun dili bir tanım dili değil, bir eylem dili olmalıdır. Buna bağlı olarak psikiyatrinin söylemi adlandırmalardan çok işlevsel tanımlardan oluşmalıdır. İşlevsel tanımlama, tanı düşüncesinin tedavi düşüncesini belirlediğini, birinin ötekinin içinde devingen olduğunu dikkate alarak, tanı düşünülürken başvuru söylemin bazen açık ya da örtülü tedavi ile ilgili olabileceğini veya onu saptayabileceğini göz önünde tutarak yapılan tanımlamadır. Bu tez boyunca "**tanı-tedavi**" diyerek, bireyin kendi iç ve dış gerçekliğini betimlerken aynı süreç içinde ve bir

süreklilik bağlamında sorunlara bakılmasının gerekli-
liği vurgulanmaya çalışılmıştır. Oysa tanı ve tedavi
dendiğinde kesin ve açık ayrımlar söz konusu olmakta,
aynı süreçte ve süreklilik gösteren tanı koyma etkin-
liği ve tedavi etme çabası iki ayrı ve keskin sınırlı
parçaya ayrılarak yalıtılma tehlikesiyle karşı karşıya
kalmaktadırlar. Ayrıca bu ayırım, psikiyatride son de-
rece önemli bir etkeni, özgün olmayan tedavi edici un-
surları da dışlamaktadır. Tıpta genel olarak placebo
etkisi olarak adlandırılan bu unsurlar, tıbbi model
etiğinin yapısı gereği, bilimsel tıp tarafından tedavi
edilebilir olarak değerlendirilen herhangi bir has-
talığın özgün tedavisi olarak kabul edilmemektedirler.
Oysa bu özgün olmayan tedavi edici etki, hekim-hasta
ilişkisinin doğasında bulunmaktadır ve tıbbi yanıtı
önemli ölçüde etkilemekte ve belirlemektedir. Psikiyat-
ride hekim-hasta ilişkisinde tanı ve onu izleyen tedavi
türünden bir nedensellik bağıntısına dayanmak, insan
düşüncesini, tutum ve davranışını anlamak ve
açıklamakta yetersiz kalmakta, kimi zaman yanıltıcı ol-
makta ve hemen her zaman yaftalayıcı bir uygulamayla
sonuçlanmaktadır. Bu iki etkinlik arasındaki ilişki bir
nedensellik ilişkisi değil, bir etkileşim ilişkisidir.
(175) Kimi zaman etkin ve işlevsel bir tanı tartışması
tedavi ile ilgili bir tartışmanın bir parçası olabilir.
Sonuç olarak tanı ve tedavi kavramsal ayrımlardır,
işlevsel düzeyde yalıtılmış anlamlar ve süreçler
değildirler ve olmamalıdır.

3. 2. 2. Psikiyatride tanı ve aydınlatılmış onam

Öteki tıp dallarında olduğu gibi psikiyatri alanında da tanı aşamasında hastaya bilgi vermek önemsenmeyen bir uygulamadır. Oysa hekim-hasta ilişkisinin bir paylaşma süreci olarak tanımlandığı ve tanı koyma ile tedavi arasında keskin sınırların koyulmadığı bir psikiyatri yaklaşımında hastayı tanı hakkında bilgilendirmek temel bir öneme sahiptir.

Etik açısından bakıldığında psikiyatride tanı koyma işleminin neden olduğu pek çok sorunla karşılaşmaktadır. Herhangi bir ruh hastalığı tanısı almak kişiyi hem kendi gözünde, hem yakın çevresinin gözünde hem de toplumun gözünde ansızın farklı bir konuma taşımaktadır; ancak bundan da daha önemli olarak hekimin gözünde onu özellikli bir duruma getirmektedir. Toplumun aldığı tanıya bağlı olarak hastaya tepkisi genellikle dışlama veya onu yalıtma biçiminde olmaktadır. Hekimin tanı koyma eylemi ise sıklıkla hastaya bir rol biçmek biçiminde olmaktadır. Bu rol genellikle hastanın sorumluluk sahibi erişkin yönünü dışlamakta ve onu bağımlı bir kişi durumunda görmektedir. Bunu yapmanın bir yolu da hastaya tanıyla ilgili bilgi vermemektir. Söz konusu bilgiye sahip olmaksızın hastanın sorunlarının nasıl algılandığını ve yorumlandığını bilmesi, bu yorumu sorgulaması, tartışması, gereğinde düzeltmesi ya da onaylaması olanaksızdır. Özellikle psikiyatride, hastanın kimi zaman böyle bir bilgiyi alamayacak kadar yıkık, elemli ya da iletişim kurulamaz durumda olması hekimi onunla ilgili konuları yakın çevresi ile konuşma ve uygulamasını buna dayandırarak sürdürme kolaycılığına yöneltebilmektedir. Bazı özel durumlarda, sap-

tanmış kurallara bağlı kalarak ve sınırlı bir süre için haklı görülebilecek böyle bir tutum gündelik uygulama durumuna geldiğinde, hastayla iletişim kurma olanaklarının gözardı edilmesine, bu olanakların aranmasında ve yaratılmasında hekimin istek ve çabasının ortadan kalkmasına yol açan bir kolaycılığa neden olmaktadır. (141)

Tanı konusundaki bilginin hastayla paylaşılması ona alışılmadık ve çoğu kez ürkütücü deneyimlerini anlamak ve değerlendirmek için kavramsal bir çerçeve sunarak onun bilişsel gereksinimlerini bir ölçüde karşılar. Bu bilgi aracılığıyla hasta başkalarının da benzer durumlarla karşılaştığı anlayarak yalıtılmışlık duygusundan uzaklaşabilir. Hastalığı hakkında aydınlatılmamış bir hastanın tedavi konusunda geçerli bir aydınlatılmış onam vermesi de beklenemez. Bu durumda olan bir hasta, tedaviyi kabul etmemesi durumunda kendisine iyileşmesi güç, ağır bir ruh hastalığı tanısı konulması ve buna dayanılarak kimi haklarının elinden alınması olasılığının baskısını duyumsar. (154)

Psikiyatride tanı ile ilgili etik sorunlar aydınlatılmış onam bağlamı ile sınırlı değildir. Amaçlı ya da amaçsız hatalı tanılar, ruh hastalığı tanılarının kötüye kullanılması gibi etik sorunlar da söz konusudur. Ancak özellikle psikiyatrinin kötüye kullanımı açısından önemli olan bu sorunlar bu tezin kapsamında tartışılmayacaktır.

3. 2. 3. "Tanı-tedavi"nin bir parçası olarak psikolojik testler ve aydınlatılmış onam

Psikiyatride psikolojik testlerin tanı aracı olarak kullanılması, bu alanda önemli etik sorunlara neden olmaktadır. Bunların arasında kullanılan ölçeğin seçimi, kültürler arası farklılıkların test sonuçlarına yansımaları ve tanıyı etkilemesi, genelde bu testlerin bilimsel güvenilirliği ve geçerliliği, testlerin kullanılış amaçları, sonuçlarının ve yorumlarının gizliliğinin korunması gibi konular bulunmaktadır.(120) Bu tezin bağlamında psikolojik testlerle ilgili bu sorunlar konuyla olan dolaylı ilgileri nedeniyle kapsam dışı bırakılacak, yalnızca test uygulamaları ile ilgili aydınlatılmış onam sorunu üzerinde durulacaktır.

Tanı amacıyla herhangi bir kişiye test uygulanması söz konusu olduğunda hastayı bilgilendirme görevi test uygulamasını isteyen hekimindir. Hekim testin hangi amaçla istendiğini hastaya açıklamak zorundadır. Uygulamayla ilgili olarak verilen bu bilginin ışığında alınacak onam, anket formları ile yapılan araştırmalarda beklenen onamın özelliklerini taşımaktadır. Bu durumda hastanın yazılı onam vermesi zorunlu değildir, hastanın testin uygulanacağı yere gitmesi, soruları yanıtlaması ve testin uygulayıcısı ile ilişki kurması onam sayılabilir. Eğer test uygulaması bir hekim tarafından istenmemişse, kişi bilgilendirilmemiş sayılır ve testi uygulayacak kişi, değerlendirilecek kişiyi bilgilendirmekle yükümlü duruma gelir. İster hekim tarafından ister bir başkası tarafından istenmiş olsun testi uygulayacak kişi, değerlendirilecek kişiye testin doğası ile ilgili

önbilgi vermek durumundadır. Bazı testler değerlendirilen kişinin uygulamayla ilk kez karşılaşmasını zorunlu kılmaktadır; bu nedenle, verilecek bilgi testlerin amacını, yorumların bilimsel sınırlarını, test sonuçlarının ve yorumlarının saklanma ve açıklanma koşullarını içeren genel bir bilgi olmalıdır. Eğer bu uygulama tedaviyi saptamaya yönelik bir tanı çabasından öte bir araştırma bağlamında yapılıyorsa, kişiye bu durum haber verilerek ayrıca onam alınmalıdır.

Psikolojik testlerin işe alma, üst kademeye yükseltme ve bunlar gibi daha pek çok amaçla kullanılması etik açıdan sorunlara neden olmaktadır, ancak bu sorunlar da tezin kapsamı dışında kalmaktadır.

3. 2. 4. Psikiyatride "Hastalık" kavramının aydınlatılmış onama yansımaları

Aydınlatılmış onam alma uygulamasının ruh hastalıkları alanında yerleşmesi konusunda karşılaştığımız en önemli güçlüklerden biri, bu alandaki hastalık kavramının tanımındaki belirsizlik ve hastalıkların sınıflandırılması sırasında kimilerine yüklenen olumsuz anlamdır. Aydınlatılmış onam ilkesinin tıp etkinliğinin bir parçası durumuna gelmesi sürecinde ruh hastalıkları alanının hep en sona kalması ve ilkenin uygulanmasının bu alanda hep sorun olması belki de bu nedendir. Ruh hastalıkları alanındaki hastalık kavramı üzerinde düşünmek ve bu kavramı olabildiğince açıklığa kavuşturmak, aydınlatılmış onam ilkesinin uygulanması konusunda ortaya çıkan zorlukları ve özellikleri anlamak, açıklamak ve onlara çözüm yolları önermekte yol

gösterici olabilir. Hastalık kavramı, aydınlatılmış onam sorununun temel noktalarından biri olan hekim-hasta ilişkisinin (gerek tedavi edici ilişki gerekse tedavi amaçlı olmayan ilişki) başta gelen belirleyicilerinden biridir. Hastalık kavramına yakından baktığımızda, onun belki de hiçbir zaman kesin bir tanım olarak ortaya koyulamayacağını farkedebiliriz; bunun nedeni, bu kavramın kesişen pek çok alt küme içermesi ve bu kümelerin taşıdığı belirsizliktir.

Belirsizlik genel olarak doğada vardır. Buna canlı sistemlerde, insanda, psikiyatride ve genel olarak etikte bulunan belirsizliği katarsak karmakarışık değil, ama karmaşık bir yapıyla karşılaşıyoruz. Etik sorunlardaki açık uçluluğun bir nedeni de bu olabilir.

Etikteki açık uçluluk iki yönlüdür. Toplumsal açıdan konuyu ele aldığımızda, farklı bireyler değerler konusunda anlaşamamakta, toplumsal seçimler toplumdaki tüm bireylerin değerlerini yansıtmamaktadır. Bireysel olarak baktığımızda ise kişi yaptığı seçimlere değerlerini tam olarak yansıtamamakta, seçeneklerden birini yeğlemediğinde de değer olarak benimsediği kimi öğeleri barındırdığını bile bile onu seçmemektedir.

Hastalık kavramına tüm yaklaşımlar bilgikuramsal ("epistemolojik") eksiklerimize bağlı olarak bir oranda yorum içerir. Bu yorumlardaki hata payı yöntemlerimizin ve epistemolojimizin gelişmesiyle giderek azalmakta ancak hiçbir zaman tümüyle ortadan kalkmamaktadır. Bölüm 1. 2. 3.'de açıklanmaya çalışılan hastalık tanımları bu gelişmelerin ve çabanın ürünüdür.

Yukarıda da sözünü ettiğimiz gibi anlama, anlamlandırma ve algılama ancak şeylerin kümelenmesiyle

olanaklıdır. Tıbbın tüm alanlarında ve tüm hastalıklarda olduğu gibi ruh hastalıkları alanında da hastalıkların sınıflandırılması bu kümeleştirme çabasının bir sonucudur. Ancak ruh hastalıklarının sınıflandırılması hekime hastayı anlama ve tedavi etme konusunda bir dayanak oluştururken, aynı zamanda onu hangi hastayı daha çok birey olarak algılayacağı konusunda da yönlendirmektedir. Hastanın yeterliği, özerkliği ve kendi yazgısını saptama hakkı konusunda da önemli ipuçları veren sınıflama, kimi zaman hekimin gözünde bir araç olmaktan çıkıp bir amaç niteliğini kazanabilmektedir. Sonuçta hastanın yer aldığı hastalık grubu, tedavi yöntemini ve beklenen olası sonuçları olduğu gibi onun aydınlatılmış bir onam verip veremeyeceğini ya da verse bile hekimin bunu önemseyip önemsemeyeceğini de belirlemektedir. **Bu noktada ruh hekimi öteki klinik tıp alanlarında da sıklıkla görülen bir yanılgıya düşebilir ve her sınıflandırmada mutlaka göz önünde tutulması gereken derecelendirme gereğini göz ardı edebilir.** Ruh hastalıkları alanındaki bu durum öteki klinik tıp alanlarıyla şaşırtıcı bir benzerlik gösterir. Bu benzerliğin şaşırtıcı olmasının nedeni, ruh hastalıkları alanının temelde insanlar ve kültürler arası farklılıkları anlamaya ve değerlendirmeye yönelik oluşudur. Öteki klinik tıp alanlarının hiçbirisinde, her hastalığın farklı hastalarda farklı görüntülere sahip olacağı yolundaki genelgeçer görüş, ruh hastalıkları alanında olduğu kadar sık bir biçimde olgularla gösterilmemiştir. (74, 160) Ancak bu ortak görüş hastalık sınıflarının kesin belirleyiciliğini aşmamaktadır. Örneğin ruh hastalıkları alanında öyle tanı sınıfları vardır ki hasta bir kez bu tanıyı alınca

düzelme gösterse bile bu yalnızca onun hastalığının bir dönemi olarak değerlendirilmekte, hekimin hastayı algılayışında temel bir değişikliğe hatta bir yeniden değerlendirme ya da gözden geçirme çabasına bile neden olamamaktadır.(149) Bu durumda hekim hastasının aydınlatılmış onam verme konusundaki yeterliğine ve güvenilirliğine henüz tanı aşamasında karar vermiş olmaktadır. Bundan sonraki her aşamada, hekimin bilgisi, deneyimi, sezgisi ve bütün bunların sonucundaki kazanımları ile gündelik uygulamaları sonucunda hastalık kavramına ve sınıflandırma olgusuna yüklediği anlam etkili olmaktadır, yani hekimin buradaki yorumu olgunun etik yorumunu oluşturmaktadır.(43, 55, 88, 113)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Sınıflandırma işleminin salt işlevsel amaçlarla yapıldığını düşünen bir hekim derecelendirme gereğini gözden kaçırmaz. Böyle bir hekim için aldığı tanıya göre aydınlatılmış onam alınabilecek ve alınamayacak hastalardan çok, hastanın hangi konularda ve hangi düzeyde aydınlatılmış onam verebileceğinin saptanması sorunu söz konusudur. Eğer hekimin gözünde sınıflandırma uygulamanın tümünü belirleyen bir olgu neredeyse bir amaçsa, hasta yalnızca tanı aşamasında bir değer kazanır. Tanı bir kez konulduktan sonra hasta hastalıkla özdeşleşir ve süreç içinde onda ortaya çıkan değişiklikler hastalığın seyrini tanımlamaktan öteye anlam taşımayabilir. Bu durumda hasta için yeni seçenekler oluşturmaktan çok, tanının belirlenmesiyle önceden saptanan seçeneklerde derecelendirmelere gidilir. Bunun sonucunda bir grup hasta hiçbir zaman aydınlatılmış onam verebilenler sınıfına geçemez.

Görüldüğü gibi psikiyatride hastalık kavramının taşıdığı yapısal belirsizlik aydınlatılmış onam ilkesinin kavramsal varlığı ve uygulanması konusunda doğrudan belirleyici özellik taşımaktadır. Ancak bu belirsizlik genel olarak tıptaki hastalık kavramının doğasında bulunan bir özellik olarak kabul edilmeli ve aydınlatılmış onam alınmaması için bir bahane olarak kullanılmamalıdır. (95)

Yine yukarıda belirtildiği gibi hastalık kavramının içeriği de aydınlatılmış onam ilkesinin uygulanışını ya da uygulanamayışını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle aydınlatılmış onam ilkesinin uygulanması ile ilgili tüm çalışmalar, kökenlerinde bulunan hastalık kavramının içeriği yönünden değerlendirilmelidir.

3. 2. 5. Psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinde aydınlatılmış onamın yeri

Hekim-hasta ilişkisinin başlangıcı hastanın ya da çevresindekilerin bir sağlık sorununu varsayarak bir hekimin yardımına başvurmaları ile olur. Bu aşamada hastanın ya da çevresinin hekimi seçmesi önemli bir etkinliktir. Çoğu kez hasta ya da çevresi bu seçimin kimi zaman tanıyı ama genellikle tedavi yöntemini belirlediğinin ayırında değildir. Hekim-hasta ilişkisinde hekimin hastayı aydınlatma görevi kanımca bu noktada başlar. Hekimin hastayı kendisiyle ilgili olarak aydınlatması ilişkinin ilk adımı olabilir. Burada hastanın karar vermesi ve seçim yapması için bilmesi gereken en önemli konu hekimin tedavinin yürütülmesindeki yeridir. Bu noktada **hasta hekimin tedaviden tümüyle so-**

rumlu olan kişi mi, geçici bir süre kendisiyle ilgile-
necek bir hekim mi, yoksa ötekilere yardımcı olan bir
hekim mi ya da eğitim amacıyla orada bulunan bir
öğrenci mi olduğu konusunda aydınlatılmalıdır. Ayrıca
başvurulan hekimin özellikle yeğlediği bir tedavi
yöntemi ya da kesinlikle kullanmadığı bir yöntem varsa,
bu da hastaya açıklanmalıdır. Başvurulan yer bir hasta-
ne olduğunda, hastanenin tedavi açısından seçimleri ve
varsa sınırlılıkları hastaya bildirilmelidir. (10) (Koyu
yazılar tezin yazarınınındır.)

Tanı ve tedavi yöntemleri ve bazı etik ilkelerin
uygulanış biçimleri ile ilgili bilgiler, hasta, kendisi
ile ilgili bilgileri açıklamadan önce ona verilmelidir.
Böylece hasta karşısında bulunduğu hekime gelmekle ken-
disi için uygun bir seçim yapmış olup olmadığına hemen
ilişkinin başında karar verebilecektir. Ayrıca hekimin
tedavi ekibindeki yeri konusunda bilgi alan hasta ona
soracağı soruları, ondan beklentilerini ve hekim
karşısında belirleyeceği tutumu bu bilginin ışığında
saptayabilir. Oysa günümüzde hâlâ pek çok ülkedeki ve
ülkemizdeki uygulama, hastanın yardımcı sağlık persone-
li ve hizmetliler de dahil beyaz önlük giyen herkesi
hekim ve dolayısıyla kendi tedavisinden sorumlu saydığı
bir klinik ortamında, hekimin hastayı kendisi hakkında
bilgilendirmeden, ondan kimi önemli ve kişisel bilgile-
ri vermesini, yapılan uygulamalara uyum göstermesini ve
işbirliği yapmasını beklemesi biçimindedir.

Ruh hastalıklarının tedavisinde, hekim-hasta
ilişkinde aydınlatılmış onamın yeri ve anlamı iki
farklı açıdan incelenmelidir. Hekim açısından
aydınlatılmış onam almanın hastayla olan ilişkinin bir

parçası konumuna gelişi, pek çok başka konuda duyarlılığı gerektirdiği için, ilişkide bir düzey farkı oluşturmaktadır. Böyle bir hekimin tıbbın temel dayanakları, insan olarak hastanın ve hastalığın anlamı, psikiyatrinin amacı ve yöntemi gibi kavramsal konulara duyarlılığı sonucu, aydınlatılmış onam alma uygulamasını, etkinliğinin olmazsa olmaz öğelerinden biri olarak görmesi beklenir ki, bu da o hekimin belli bir farklılaşma sonucu bu düzeye ulaşması demektir. Böyle bir hekim, aydınlatmanın uygulanacak tedavinin etkinliğini azaltabileceği varsayımının bilimsel bir veri olmaktan çok, bilimsel veri eksikliklerinin bir sonucu olduğunu bilmektedir. O, hastadan en uygun koşulda ve biçimde aydınlatılmış onam alma yöntemlerini öğrenmek ve gündelik uygulamasında bunları geliştirmek için çaba göstermektedir. Tüm bunları gerçekleştirebilmek amacıyla da gerekli donanıma sahip olabilmek için uğraş vermektedir.

Hasta açısından aydınlatılmış onam çoğunlukla ilk kez karşılaştığı bir uygulama olmaktadır. Hasta kimi zaman bu uygulamayı tedirgin edici bile bulabilir, ancak süreç içinde aydınlatılmış onamın kendisine ilişkiye etkin katılım olanağı sağladığını farkeder. Hasta açısından aydınlatılmış onamın tüm getirilerinin yanında bir de ona sorumluluk yükleyen yönü vardır. Bu uygulamanın yer aldığı bir ilişkide hasta artık arkasına yaslanıp "sen bilirsin doktor!" diyemez. Kendisinde olanı ve yapılacak uygulamaları, onların üstünlüklerini ve olası istenmeyen sonuçlarını, seçenekleri anlamak, değerlendirmek ve en önemlisi karar vermek zorundadır. Bunu başarmak için hekimle olan ilişkisine etkin olarak katılmak, yalnızca o anda

almakta olduğu bilgileri değil, tüm yaşamı boyunca edindiği bilgileri özellikle de kendi değerleri ile ilgili olanları bu amaç için kullanmak zorundadır.

Böyle bir ilişkide hekim kendi mesleki yeteneklerini, bilgisini ve belki de en önemlisi iyi bir iletişimci olma özelliğini ortaya koyarken, hasta da kavrama ve işbirliği yapma yeteneğini koymaktadır. Aydınlatılmış onam ilkesinin uygulandığı bir ilişki her iki taraf için de daha verimli ve paylaşımcı olmak açısından olumlu özellikler taşırken günümüzün genelgeçer ilişkisinin alışılmış kolaycılığından uzak, zorlayıcı, daha doğrusu sorumluluk yükleyici bir yönü de vardır.

3. 2. 6. Psikiyatride tedavi için aydınlatılmış onam elde etme yöntemleri

3. 2. 6. 1. Giriş

Kendi istemleri ile hastaneye yatan ruh hastalarının, en azından kuramsal olarak, aydınlatılmış onamlarının alınmasında önceki bölümlerde açıklanan yöntemlerin kullanılması yaygın olarak kabul gören bir eğilimdir. Bu hastalar antipsikotik tedavi de içinde olmak üzere tedaviyi reddetme hakkına sahiptirler. Tedavi onların kendi isteklerine uygun olmayan bir biçimde sürdürülmek istenirse, öteki tıp dallarındaki hastalar gibi hastaneyi terketmekte de özgürdürler. Gerçi gündelik uygulamada bu hastalardan pek çoğu bu hakkını kullanıp tedavi ekibine karşı çıkamayacak kadar edilgen ve bağımlıdırlar, bu yüzden de tedavi ekibi tarafından kolayca yönlendirilebilirler; ancak yine de

son on yıllarda bu hastaların tedaviyi reddetme hakları herhangi bir ilkesel zorlama olmaksızın, hemen tüm ruh sağlığı çalışanlarınca kabul edilmiştir.(8)

Ruh hastalarının öteki hastalara göre daha kolay bağımlılık geliştirmeleri ve daha kolay ikna edilebilmeleri, onlardan alınan onamın baskı ve zorlama altında alınıp alınmadığını daha dikkatle değerlendirmeyi gerektirir. Ayrıca onam almadan önce verilecek bilginin içeriği ve yoğunluğu konusunda da kimi özel düzenlemeler yapmak gerekebilmektedir. Öteki hastalarla olduğu gibi ruh hastalarıyla iletişim de dürüstlük ilkesine dayanmalıdır. Bilginin içeriği ile ilgili söz konusu olan düzenleme hastayı yanıltmak anlamında değil, hastanın bilişsel yeteneklerine göre bilginin yoğunluğunu, miktarını ve veriliş biçimini belirlemek anlamındadır. Aşırı bilgi yüklemesi ve aşırı yüzeleştirme birçok ruh hastasında panik, öfke ve bulantı gibi kötü sonuçlar doğurabilir. Bu kaygılarla düzenlenen ve hastaya sunulan bilgi, ondan beklenen kararı almasına yetecek düzeyde olmalıdır.(54)

Kendi istemleri ile hastaneye yatan hastaların bu az sayıda, ancak önemli birkaç özellikli durum dışında, aydınlatılmış onam ilkesi açısından konumları öteki tıp dallarında söz konusu olan hastalardan farklı değildir. Genel tıp etkinliği çerçevesinde aydınlatılmış onam alma yöntemleri yukarıda oldukça geniş biçimde tartışıldığı için burada bunları tekrarlamak gerekli görülmemektedir.

3. 2. 6. 2. Zorla yatırma ve aydınlatılmış onam

Psikiyatride tedavide aydınlatılmış onam alma konusunda temel sorun zorla yatırılan hastalar söz konusu

olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda aydınlatılmış onam ilkesinin nasıl yorumlanması gerektiği konusunu açıklığa kavuşturabilmek için öncelikle zorla yatırma olgusunu etik bağlamında açıklamak, ardından bu durumda aydınlatılmış onam almak için hangi yöntemlerin önerilebileceğini tartışmak gerekmektedir.

İstemleri dışında hastaneye yatırılan hastaların tedaviyi özellikle de antipsikotiklerle tedaviyi reddetme hakları 1970'lere kadar hayal bile edilememekteydi. Aydınlatılmış onam ilkesinin olgunlaşmasıyla başlangıçta kendi isteğiyle hastaneye yatan ve yeterliği olan hastalardan tedavi için onam alma uygulaması ortaya çıkmıştır. Bu hastalara önceleri yalnızca tedavi biçimi belirtilirken giderek yarar, risk, yan etki ve seçeneklerin de belirtilmesi gerekli kılınmıştır. Aynı tıbbi kararlarla ve aynı bilgilerle karşı karşıya kalan bireylerin, kişisel koşullarına ve değerlerine bağlı olarak birbirlerinden farklı kararlar aldıklarının ortaya çıkması hem tedavinin mesnelliğini hem de hekimin yetkesini sarstığından, bir süre sonra hekim tedavileri öneren, hasta da bu öneriler arasından tedaviyi reddetme seçeneği de içinde olmak üzere seçim yapan bir konuşma gelmiştir.(77,105)

Zorla yatırılan hastalarla ilgili ilk çalışmalar, A.B.D.'nde 1960'ların sonlarına doğru Kaliforniya eyaletinde başlamıştır. Söz konusu çalışmaların temel amacı zorla yatırma konusunda devlete geniş yetkiler verilmesine olanak sağlayan, geleneksel, " **tedaviye duyulan gereksinim** " ölçütünü sorgulayarak bu yetkiyi sınırlandırmaktı. Bu geleneksel ölçütün yerine, hastanın kendisi için ya da bir başkası için zararlı ola-

bilecek bir davranışta bulunma riski taşıması ya da onun yaşamını sürdürmesi için gerekli temel gereksinimlerini karşılayamayacak kadar ağır ve açık bir yetersizlik durumunda olması; bunun da ciddi biçimde yaşamsal tehdit oluşturması gibi ölçütler ortaya konulmaya çalışıldı. 1830'dan bu yana ruh sağlığı alanında genelgeçer eğilim olan **tedavi yönelimli sistem** 1970-1980 yılları arasında **tehlike yönelimli sisteme** dönüştü. Yasal olarak konulan "en az engelleyici yöntem" ilkesi bu konudaki en önemli değişikliklerden birini oluşturdu. Hastanın anayasal haklarından, kişisel özgürlüğüne kadar tüm yönlerden onu en az yoksun bırakacak yöntemin seçilmesi zorunlu tutulunca (1976), uzmanların yetkileri bir ölçüde kısıtlanmış oldu.(77) Bu yeni sistem hastanın tedaviyi reddetme hakkını da gündeme getirmiştir. Çeşitli ülkelerde ve çeşitli bağlamlarda hastanın bu hakkı kullanmasını olumlayan kararlar alınmış, yasalar çıkarılmış ve etik yönergeler oluşturulmuştur. Ancak bu uygulama da kimi eleştirilere hedef olmuştur. Örneğin onun geleneksel uygulamalara göre daha pahalı oluşu, ruh sağlığı hizmetinin etkin ve güvenli bir kurumsal düzenleme içinde verilmesini, hastanın kendi yararına belli bir sağlık durumuna getirilmesini ve o durumda tutulmasını güçleştirir gibi eleştiriler öne sürülmüştür. (111,115)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Tedaviyi red hakkının kabul edilmesi ruh sağlığı kurumlarındaki tedavi niteliğiyle yakından ilişkili olmuştur. Antipsikotik tedavinin ruh hastalıklarının tedavisinde kesin çözüm olmadığı ve yan etki riski taşıdığı belirlendikten sonra, buna bir de yeterli maddi kaynağa ve elemana sahip olmayan kurumların bu

tedaviye yalnızca hastayı sakinleştirmek, denetim altında tutmak ve kimi zaman da cezalandırmak amacıyla başvurdukları gerçeği eklenince, tedaviyi red hakkının kullanılmasının makul bir karar olduğu kanısı yaygınlaştı.(108) Böylece, acil durumlar dışında hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda ancak onun böyle bir karar verme yeterliği yoksa, bu kararın gözardı edilebileceği biçiminde bir kuralın oluştu. **Bu durumda bile tedavi hastanın en iyi yararı ölçütüne göre değil, makul bir hastanın vereceği karar ölçütüne göre sapta-
nacaktı.**(77)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Zorla yatırma uygulamasında hastanın tedaviyi reddetmesine olanak tanıyan ilk karar, 1975 yılında Okin'e karşı Rogers davasında, yargıcın Boston Eyalet Hastanesinin iki kliniğinde yatan hastalara onam vermedikleri ilaçların verilmesini geçici bir süre için yasaklaması biçiminde ortaya çıkmıştır. Bu karar, psikiyatrideki zorla yatırma uygulamasını bir tür gardiyanlık durumuna düşüreceği gerekçesi ile çok eleştirilmiştir. Bu durumda hastaların güvenliğinin nasıl sağlanacağı, hastanelerin cezaevlerinden ne farkı kalacağı ve bu uygulamanın getireceği parasal yükün nasıl karşılanacağı gibi sorular gündeme gelmiştir. Hasta haklarını savunanlar ise bu yeni ortaya çıkan hakkı, A.B.D.'nde eyalet hastanelerindeki karma-karışıklığı düzeltmek ve ruh hastalarının uygun tedaviyi almak konusunda çaba göstermelerine olanak sağlamak açısından yeni bir umut olarak değerlendirmişlerdir.
(77)

Zorla yatırılan hastanın tedaviye aydınlatılmış onam vermemesi konusunda pek çok yaklaşım vardır; bunun

nedeni, tek bir hakkın olmayışıdır. Hakların kavramsal kökenleri konusunda çok temel ayrılıklar bulunmaktadır ve bu ayrılıklar söz konusu hakların sınırlarının tanımlanmasında önemli rol oynamaktadırlar.(71)

Zorla yatırılmış bir hastanın tedavi konusunda aydınlatılmış onamının aranmasının, onun tedavi olma hakkına dayanan zorla yatırma işleminin mantıksal temeline ters düştüğünü savunan ve hastanın tedavi olma hakkını onun istemine karşın korumayı gerekli gören yaklaşım, günümüzde de ruh sağlığı alanındaki genel geçer eğilimdir, ruh hekimleri tarafından da işlevsel bulunmaktadır. Bu yaklaşım iki farklı biçimde ortaya konmaktadır.(81)

Daha geleneksel olan ilkinde göre zorla yatırmanın amacı tedavi etmektir. Bu işlem sırasında bireyin hakları tedavi amacıyla yasal olarak elinden alınmaktadır. Bu durum, tedavinin aydınlatılmış onam alınmadan ya da zorla uygulanabilmesi için gerekli koşulu sağlamaktadır. Bu bağlamda, tedaviyi yürüten hekimin, hastanın hangi tedaviye gereksinimi olduğunu hastanın kendisi de içinde olmak üzere herkesten daha iyi bildiğini varsaymak hatalı olmayacaktır. Buna dayanarak hekim hastanın isteğini dikkate almaksızın tedavinin gereğine, biçimine ve süresine karar vermekte haklı görülmektedir.(81)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Aynı görüşün farklı bir biçiminde, uygulanacak tedavinin uygun olup olmadığının zorla yatırma işleminden bağımsız olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşımda hastanın tedaviyi denetleme isteği bilindiği halde, tedavinin onun gereksinimlerine uygun olduğu kanısıyla, bu isteği

sınırlandırılmaktadır; çünkü burada tedavi amaç olmaktadır. Hekimler, tutumlarının dışarıdan denetlenmesini engellediği ve hastanın eninde sonunda onların uygun gördüğü tedaviyi almasını sağladığı için, yöneticilerse bürokrasiyi ve parasal yükü azalttığı için bu yaklaşımı desteklemektedirler. Oysa aydınlatılmış onam ilkesi açısından bu yaklaşım, yeterliği olan hastanın tedaviyi red hakkını ve kendi bakımı konusunda son kararı verme hakkını olanaksız kıldığı için doyurucu olmaktan uzaktır.(33)

İkinci olarak zorla yatırılan ve daha önce aydınlatılmış onam ilkesinin dışında tutulmuş olan ruh hastasının da bu ilkenin kapsamına alınmasına olanak sağlayan yaklaşım, yeterliği olan hastanın yalnızca uygun tedavi almasını değil, aynı zamanda kendi tedavisini denetlemesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım tüm yeterli bireylerin kendi varlıkları üzerinde yapılacak girişimleri denetleme hakkının olduğu ön kabulüne dayanır. Bu yaklaşımın üç farklı uygulama biçimi bulunmaktadır. (a) Bunlardan en basit olanı, yalnızca acil durumlarda ve hastanın yeterliği yoksa, yasal olmayan klinik bir temsilcinin tedavi konusunda karar vermesini haklı bulmaktadır. Bu durumda tedavinin uygunluğu da ayrıca sorgulanmaktadır. Burada söz konusu olan yeterlik yasal bir kavramdır. Hekimin yeterlik değerlendirmesi, bu yasal kavramın temelini oluşturmaktadır. Hastanın yeterliğinin nesnel bir biçimde değerlendirilmesi ve ona karşı benimsenecek tutumun buna göre belirlenmesi bu yaklaşımın birinci koşuludur. (b) Biraz daha karmaşık olan ikinci uygulamada yalnızca yeterliği olmayan hastalar zorla yatırılabilirler. Tedaviyi red hakkı ortadan kalk-

maktadır, ancak bu uygulama tedavi yönelimli yaklaşımın sonucunda ortaya çıkabilecek herhangi bir uygulamaya çok benzemektedir.(33)

Zorla yatırılan ancak yeterliği olan hastayla kendi isteği ile hastaneye yatan hasta arasında fark gözetmeyen, zorla yatırma olgusunu aydınlatılmış onam uygulamasını etkileyen bir öge olmaktan çıkaran üçüncü yaklaşıma (c) göre, aydınlatılmış onam konusunda değerlendirilmesi gereken temel ölçüt hastanın yeterliğidir. Zorla yatırılmış olsun olmasın, yeterliği olan hasta kendisiyle ilgili kararları verebilir. Bu yaklaşıma göre yaşamsal ivediliği olan durumlar dışında, hastanın yeterliğinin olup olmadığına karar verilecek olan yasal sürecin sonuna kadar, onun tüm kişisel hakları saklı tutulmalıdır. Temelde ruh hastasının özgürlüğünün hastalığından dolayı kısıtlı durumda olduğu, bunun ancak tedavi ile onarılabileceği ve hastanın birincil hakkı olan özgürlüğün tedavinin dayanağı olduğu ön kabulü, bu görüş tarafından dışlanmamaktadır. Eğer hastanın yeterliğinin olmadığı saptanırsa, ona yasal bir temsilci atanmalı ya da varsa yaşayan vasiyeti işleme konulmalıdır. Bu yaklaşım, hekimlerin hastaların en iyi yararları konusunda nesnel karar vermeleri koşulunu ortadan kaldırmakta, antipsikotik tedavinin uygun olduğu kesinlik kazanmadıkça ya da ceza, uyuşturma ve sakinleştirme amacıyla kullanılmasının kabul edilemeyecek kadar riskli olduğunu vurgulamaktadır. Böylece, zorla yatırılan hastaların zorla tedavi edilme olanaklarını, günümüzde en haklı görülebilecekleri bağlama ulaştırmakta, aydınlatılmış onam ilkesine en uygun onam alma yönteminin temelini oluşturmaktadır.(8)

Bu sonuncu yaklaşımın uygulama yöntemi aşağıdaki biçimiyle özetlenebilir:(8)

Hasta hastaneye zorla yatırılmıştır ya da kendi isteğiyle yatmıştır.

Hekim tedaviyi uygun görmüştür ve bir yöntem önermiştir.

Hasta aydınlatılmış onamını vermiştir ya da tedaviyi reddetmiştir.

1. Eğer hastanın yeterliği varsa onun kararına uyulur.

2. Eğer hastanın yeterliğinin olmadığına inanılıyorsa yasal süreç başlatılır.

Yargıçtan a) Tedavinin uygunluğu,

b) Hastanın yeterliği,

c) Hastanın en iyi yararı

konularında karar vermesi beklenir.

Eğer tedavinin uygun ve hastanın yetersiz olduğuna karar verilirse, hastanın en iyi yararına olması ve yeterliği olan bir hastanın kabul edeceği bir tedavi olması koşulu ile tedavi uygulanır.(8)

Bu konuda farklı yaklaşımların temel alındığı uygulamaları inceleyen bir çalışma aşağıdaki sonuçları vermiştir. Yalnızca acil durumlarda ve hasta yetersizse zorla tedavi uygulayan kliniklerde, tedaviyi reddetmek için başvuruda bulunan hastaların bu başvuruları % 95 oranında reddedilmiştir. Bu oran daha esnek davranan bir başka kurulda % 75'e düşmüştür. Aynı çalışmada,

hastanın yeterliğinin yasal olarak değerlendirilmesini öngören yaklaşımın temel alındığı bir uygulamayı yürüten kliniklerde bu oranın % 90'a ulaştığı saptanmıştır. Burada hastanın yeterliğinden çok tedavinin uygunluğunun tartışıldığı, yargıçların hastanın yeterliği konusunu yasal olmaktan çok tıbbi bir sorun olarak gördükleri saptanmıştır. Yasalar tedavi yönelimli aydınlatılmış onam modelini benimsediklerinde red hakkını, daha çok uygun olmayan tedaviden hastayı korumak yönünde değerlendirmekte ve bu konudaki karar verme yetkisini geniş ölçüde ruh hekimlerine tanımaktadırlar. **Bu sonuç, yargıçların hekim gibi davranmaya zorlandıklarında hekim gibi düşünme eğilimi gösterdikleri biçiminde yorumlanmıştır.** A. B. D.'nde yapılan bu araştırmaya göre hastaların % 1-1,5'i tedaviyi reddetmektedirler, bunların değerlendirmeye alınanlarından ortalama % 70-100'ü reddedilmektedir. Görüldüğü gibi uygulamada her iki modelde de tedavinin reddedilmesi nadiren kabul edilmektedir ve karar yetkisi son çözümlenmede genellikle bir klinikçiye bırakılmaktadır. Yasalar genellikle tedavinin etkinliği ile ilgilenmektedirler. Bu durum, "hasta eninde sonunda tedavi edilmektedir." biçiminde de anlatılabilir.(8)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Yapılan araştırmalar, zorla yatırma uygulaması sırasında tedaviyi reddeden hastaların büyük bir bölümünün bunu özerkliklerini gerçekleştirmek adına, inançlarından dolayı ya da tedavinin yan etkileri yüzünden değil, doğrudan hastalıklarına bağlı olarak yaptıklarını, bu tutumun hastanın gerçek istemini yansıtmadığını, itkilere dayandığını göstermektedir. Tedaviyi reddedenler daha çok bipolar affektif ve

şizoaffektif bozukluğu olanlar arasında bulunmaktadır. Bunlardan şizofrenik bozukluğu olanlar reddetme konusunda ısrarlı olmaktadır. Tedaviyi reddedenlerde hastalıkla ilgili içgörünün daha az olduğu, hastaneye yatma olgusuna, geçmişte, şimdiki ve gelecek için önerilen tedavilere karşı olumsuz bir tutum içinde buldukları saptanmıştır. Tedaviyi reddedenlerin hastanede kalış sürelerinin tedaviyi kabul edenlerden daha uzun olduğu ve bunun tedaviyi reddetme süresi ile orantılı olduğu saptanmışsa da, aynı grup tanı açısından incelendiğinde bu farkın olmadığı belirlenmiştir. (77,87,99)

Zorla yatırma sırasında hastanın tedavi konusundaki istemini gerçeğe en uygun biçimiyle uygulamaya yansıtma için çeşitli yöntemler önerilmektedir. Bunlar genel tıp uygulamasında daha yukarıda sözü edilen yönerge modeline koşut uygulamalardır.

3. 2. 6. 3. Zorla yatırmada "Ulysses Sözleşmesi"

Bunların başında Ulysses sözleşmesi gelmektedir. Bu uygulama adını Homeros'un Odysseus'unda anlatılan Ulysses'in öyküsünden almaktadır. Bu öyküye göre Ulysses gemisiyle bir kayalıktan geçmek zorundadır. Bu kayalıkta oturan Sirenler büyüleyici sesleriyle şarkılar söyleyip gemicileri kendilerine doğru çekmekte, o yöne giden gemiler kayalıklara çarparak batmaktadır. Buna karşı Ulysses adamlarının kulaklarını bal ve pamuktan yapılmış bir tıkaçla tıkar ve onlara eğer kendisi de bu seslere kanacak olursa kendisini bağlamalarını söyler. Böylece akli yetilerini yitirmesi durumunda kendisine yapılmasını istedikleri

hakkında bir anlamda yaşayan vasiyet düzenlemiş olmaktadır.(146)

Psikiyatri alanında zaman zaman düzelme gösteren ve ataklarla seyreden süreğen hastalıklar için önerilen Ulysses sözleşmesine göre; bu tür hastalığı olan hastalar düzelme dönemlerinde, herhangi bir atak sırasında kendilerine uygulanacak tedaviler konusunda hekimleriyle konuşup, aydınlatılmış onam vererek ilerdeki tedavilerini yönlendirmektedirler. Bu sözleşme A. B. D.'nde 1980 yılında yasal olarak oluşturulmuş ve hekim-hasta ilişkisinin bir parçası olarak kabul edilmiştir. Ancak zamanla uygulamadaki güçlükler nedeniyle unutulmuştur. (146) Bugün bu yönteme yeniden işlerlik kazandırılmaya çalışılmaktadır.

Bu sözleşme, psikiyatri alanında hastanın özerkliğine saygının en özgün anlatımlarından biridir. Ruhsal belirtileri remisyonunda olan bir hastanın bir atak durumunda yapılacak tedavi konusunda karar vermesi, hem hastanın hem de tedavi ekibinin bir atak olasılığını kabul etmesi ve her durumdaki sınırlı özerkliğe saygı göstermesi açısından önemlidir. Bu planlama yöntemi hastayı istenmeyen yan etkilerden korumak ve hangi tür tedavinin daha iyi olduğunu saptamak için hastanın katılımını desteklemektedir. Yöntemin başarıya ulaşabilmesi için hastanın seçimini ayrıntılarıyla belirtmesi gerekmektedir. Bu yöntemle hem hasta ve yakınları hem de tedavi ekibi erken belirtileri hep birlikte gözleyerek ve işbirliği içinde bulunarak tam bir atak oluşmasından önce, uygun dönemde tedaviyi başlatabilirler. Böylece, hastanın gereksiz yere acı çekmesinin önlenmesinin yanında, acil bakım

birimlerinin doluluk oranı ve getirdiği parasal yük de azaltılmış olmaktadır.(111) Bu birimler yerine koşullu taburculuk gibi hizmetler ve ayaktan bakım birimleri gibi hizmet yerleri ağırlık kazanmaktadır. Bu yöntemle hastanın sorumluluk alma hakkı da korunmaktadır. Zorla yatırma ve tedavide hastanın direnç göstermesi ya da en azından gönüllü işbirliği yapmaması nedeniyle uzun erimde olumlu sonuçlar alınamamaktadır. Ancak kısa erimde, tedaviye daha kısa zamanda yanıt alınması özellikle hasta yükü ile bunalan kliniklere zorla yatırma-zorla tedavi uygulamasını dayatmaktadır. Ulysses sözleşmesi bu bakımdan da çözüm için bir yol olabilir. 1982'de Thomas Szasz bu yöntemi "psikiyatrik vasiyet" olarak adlandırmıştır.(147)

Yöntemin uygulanmasında kimi engellerin ortaya çıkması, onun gündelik etkinlikte işlevsel bir biçimde kullanılmasını güçleştirmiştir. Bunların başında hastaların çok sık hekim değiştirmesi gelmektedir. İkinci bir sorun sözleşmenin ne zaman işlerlik kazanacağıının saptanması konusunda ortaya çıkmaktadır.(34) Bu sorunu çözmek için uygulamaya bazı sınırlamalar getirilmiştir. Öncelikle sözleşmenin işleme konmasından önce hastanın önceki atakta tedaviye ne kadar sürede yanıt verdiği ve atağın davranışsal gösterilerinin süresi değerlendirilmektedir. (sözleşmenin yürürlüğe girmesi için bu süre 2-3 haftadan kısa olmalıdır.) Öngörülemeyen olasılıkları saptamak ve karar vermek için sözleşmeye üçüncü kişilerin katılması (ki bu, temsilci saptama yönteminden farklıdır, daha çok tanık tutma biçimindedir.) ve hekimin sözleşmeyi zorla kabul ettirmek istemesi halinde yasal sürecin başlatılması, hastayı güvenceye almak için düşünülmüş önlemlerden

bazılarıdır.(146)

Bu sorun genel tıp uygulaması için geçerli olan yönergelerin yürürlüğe girme koşullarını bu sözleşmeye de uygulayarak aşılabilir. Bir başka sorun, hukuk açısından bu sözleşmenin geçerliliğidir. Bu sorun ancak bu konuda özel yasal düzenlemeler yapılarak aşılabilir. Ulysses sözleşmesi ruh hastasının ileriye yönelik olarak tedaviyi belirlemesi açısından bir aşama olarak kabul edilmekle birlikte, yazılı ve ileriye yönelik onam alma yöntemlerinin eksikliklerini tümüyle içermektedir. Bu yönetime karşı hasta haklarının daha kökten bir biçimde savunulması gerektiğine inanan gruplar tümüyle olumsuz ya da olumlu bir anlaşmadansa, daha ayrıntılı, hastanın kabul ettiği ya da reddettiği uygulamaları tüm boyutlarıyla anlatabileceği bir anlaşmayı önermektedirler. Hastanın tedaviyi kabul ya da reddetme hakkının ve karara katılma hakkının tümüyle devredilmesine karşı çıkan bu gruplar, bu hakların her koşulda tanınmasını ve bir sözleşme yapılsa bile bunun çiğnenmeyeceği yolunda yasal bir güvencenin olması gerektiğini savunmaktadırlar. (144)

Aydınlatılmış onamın temsilci saptama modeli de ruh hastalıkları alanında etkili bir biçimde kullanılabilir. Bu uygulama Ulysses sözleşmesi ile birleştirilerek daha etkili bir yönetime de ulaşılabilir.

3. 2. 6. 4. Hak- yeterlik yaklaşımı ve psikiyatride işlevsellik

Birçok durumda, eğer acil bir gereklilik söz konusu değilse, hekim hastanın itirazını gözardı etmemeli, buna neden olan etkenleri incelemelidir. Böyle bir

yaklaşım, pek çok klinik veriyi açıklığa kavuşturarak itirazı sonlandıracak bir tartışmaya olanak sağlayacak ve tedaviye uyumu arttıracaktır. Hekim hastanın itirazının gerçeğe dayandığı varsayımı ile değerlendirmeye başlamalıdır. Yararları, olası kötü sonuçları, yan etkileri ve seçenekleri konuşmak hastaya güven verecektir. Tüm bunlara karşın, hastanın ikincil kazançlar, kişiler arası olumsuz duygular, kendisine karşı olan genel tutumdan hoşnut olmaması ya da ilgi çekmek istemesi gibi nedenlerle tedaviyi reddettiği görülebilir. Bazen destekleyici bir tutum, hastayı tedaviyi kabul etmek konusunda ikna edebilir.

Her ne kadar yeterlik değerlendirmelerini temel alan ve haklara dayanan model aydınlatılmış onam ilkesi açısından en doyurucu model olarak görülmekteyse de, uygulamada saptanan yukarıdaki veriler nedeniyle bu çalışmada, uygulanacak tedavi yönteminin bağımsız olarak değerlendirilmesini ve denetlenmesini öneren yaklaşımın özellikle ülkemiz açısından daha uygun olduğunu savunulmaktadır. Belki de tüm önemli tedavi kararları bu şekilde alınmalıdır. Hasta ile tedavi konusunda görüş ayrılığı ortaya çıktığında, hekimin onun eleştirisini daha çok dikkate alarak uygun bir ortak çözüme ulaşma çabası göstermesi için, onu yüreklendirmesi bakımından bu yaklaşımın olumlu katkısı olabilir kanısındayım. Hakları temel alan modellerin işlevsel açıdan engelleyici olması ve psikotik bir atağın ortasında bile aydınlatılmış onamı zorunlu tutması nedeniyle hekimlerin onları benimsemekte zorlandıkları ve onlardan uzaklaşmaya başladıkları göz önünde tutulacak olursa, hekimin dikkatinin daha işlevsel olan bu kaygılara çekilmesi uygulamanın daha

kolay yerleşmesi açısından önemli olabilir. Ulysses sözleşmesinin uygulanması, haklara dayanan modelin gündelik etkinlikte neden olduğu işevuruk sorunları çözerek, hasta hakları açısından çok daha olumlu olan söz konusu modelin yaşama geçmesi için uygun bir olanak yaratabilir. Konu, kşkusuz ülkemiz açısından daha ayrıntılı olarak tartışılmalı ve bu tartışmalara veri tabanı oluşturmak üzere bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.

3. 3. Psikiyatrideki Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam

3. 3. 1. Tıpta insan üzerindeki araştırmalarda aydınlatılmış onamın yeri

3. 3. 1. 1. Konumuzla ilgili iki ayrı görüş

Günümüz tıp etkinliğinde gerek tanı yöntemlerinin gerekse tedavinin uygulanması sırasında aydınlatılmış onam almak bir zorunluluk, hatta giderek bir alışkanlık halini almaktadır. Tıp bilgisinin ilerlemesinin en temel gereklerinden biri olan insan üzerindeki araştırmalar söz konusu olduğunda aydınlatılmış onam alma yöntemi daha kesin çerçeveli ve daha ayrıntılı olma özelliği göstermektedir. Oysa genellikle tıp araştırması yapanlar, tıpta tedavi için gereken onamla araştırma için gereken onam arasında fark olmasını çifte ölçüt olarak değerlendirmektedirler. Onlara göre bu iki onam açısından etik bir ayırım yoktur. Yine onlara göre nasıl ki tedavide hekim hastayı bilgilendirirken, uzun zaman alan, gereksiz gerilime ve paniğe neden olabilecek bilgiyi vermekten kaçınırsa ve bu da alınan

onamın daha çok güven ögesine bağlı olmasına neden olursa, güvenilir bilimsel yöntemlerle çalışan tıp araştırmacıları da bu biçimde onam alabilmelidirler. Bu bağlamda "bilimselliği gösterilmiş yöntemlerle çalışan bir tıp araştırmacısının, kullanılan tıbbi tedavi yönteminin yararlarını ve zararlarını değerlendirerek çalıştıktan sonra, etikçilerin çifte ölçütünü tatmin etmek için güya aydınlatılmış onam almaya uğraşarak araştırmalarını zorlaştırmasına hiç gerek yoktur." (66)

Buna karşı çıkan görüşe göre; gerçekte hekimin hastasının onam vermediği hiç bir şeyi yapmaya hakkı yoktur. Bu hem tedavi amaçlı hem de araştırma amaçlı girişimlerde eşit ölçüde geçerlidir. Ancak hekim-hasta ilişkisini oluşturan toplumsal sözleşmenin bir özelliği olarak hasta hekimin kendisi için en iyi olanı yapacağına inanır, her zaman öteki seçeneklerin üstünlüklerini ve zayıf yönlerini sorabilir ve önerilen tedavinin önemli bir soruna yol açma olasılığının kendisine bildirileceğini varsayar. Gerçi hasta belli bir tıbbi girişimi kabullendiğinde tedaviye onam vermiş sayılır, ancak bugün kimi ülkelerde yasalar hastaya, yapılacak işlem ve olası istenmeyen sonuçlar konusunda bilgi verilmesini ve sorularınının tüm gerçeği açıklayacak biçimde yanıtlanmasını bir zorunluluk haline getirmiştir.

Amaçları arasında deneğin tedavisi de bulunsun bulunmasın, araştırmaları etik açısından en iyi tanımlayan özellikleri bilgiyi geliştirmeye yönelik oluşlarıdır. Bu noktada "tedaviyle birlikte giden araştırma" terimine bir açıklık getirmek gerekmektedir. İngilizce kaynaklarda "therapeutic research" biçiminde

geçen bu terim, hastanın araştırma sırasında kendisine uygulanan işlemde yarar görmesi olasılığının olduğu araştırmalar için kullanılmaktadır. Bu çalışmada, bu terimin Türkçe karşılığı olarak "tedavi ile birlikte giden araştırma" terimi kullanılmıştır. Ancak gerek İngilizce terimin, gerekse kullanılan Türkçe karşılığın uygunluğu konusundaki kuşkumuzu sürdürmekteyiz. Bu nedenle, bu terimin henüz tartışmaya açık olduğu göz önünde tutulmalıdır. Geleneksel klinik uğraşın etiği, hastanın yararının en önde geldiği Hipokratik ilkeyle düzenlenirken, bu ilkenin bilgiyi geliştirmek uğruna bir yana itilmesi olasılığı, araştırmaya özel etik ilkeler geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Bu ilkeler kabaca dört temel öğeye dayanırlar:(66)

1. Bilgi: Araştırmanın hasta bakımı ile ilgili doğrudan ya da dolaylı bir bilgi artışı sağlayacağı konusunda akılcı bir beklenti olmalıdır.

2. Gereklilik: Bilgideki bu artışı sağlamak için hastaların denek olarak kullanılmasından başka uygulama olanağı olmamalıdır.

3. Yarar: Bilgide beklenen bu artışın deneğe ve öteki hastalara olası yararları, araştırmanın içerdiği zarar olasılığını göze almaya değerli önemde olmalıdır.

4. Onam: Hastalar araştırmaya geçerli onam vermedirler. Bu geçerlilik ancak özgür olarak ve uygun bilgiye dayanılarak onam verilirse gerçekleşmiş olur.

(66)

3. 3. 1. 2. İnsan üzerindeki araştırmalar ve araç-amaç ayırımı

İnsan üzerinde yapılan araştırmalar kabaca iki gruba ayrılabilir. Bunlardan biri **sağlıklı denekler üzerinde yapılan araştırmalardır**. Bu araştırmalarda **denekler bilgi edinmek için tümüyle bir araç durumundadırlar**; deneğin kendisini tedavi etmeyi herhangi bir biçimde amaçlamayan bu araştırmalar çok kesin etik kurallarla sınırlandırılmıştır. Buna karşın günümüzde hâlâ pek çok etikdişi araştırmanın sağlam denekler üzerinde uygulandığını da biliyoruz. Öteki grup araştırmalar **hastalar üzerinde yapılan araştırmalardır**. Bu grupta deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmaların yanında deneğin tedavisi ile birlikte giden araştırmalar da yapılabilir. **Bu tür araştırmalarda hasta hem araç hem de amaç konumunda olduğundan etik açısından değerlendirmede karmaşık bir durumla karşılaşılmaktadır**.

Hekimin önerdiği girişim hastaya yararlarla birlikte ya da yalnızca başkalarının yararı için olduğunda, hekimin hastanın onamını varsayması etik açıdan kabul edilemez duruma gelmektedir. Bu durumda zarar verme de söz konusu olabilmektedir. Böyle bir durumda hekim hastaya önerilen yöntem konusunda ayrıntılı bilgi vermeli, yararlarını ve olası zararlarını anlatarak ondan yazılı onam almalıdır.(53) Hastanın amaç mı yoksa araç mı olduğu etik yorumumuzun önemli dayanaklarından biridir ve görüldüğü gibi deneği tedavi etmeyi amaçlamayan klinik araştırma ile tıbbi tedavi arasında haklı ve uygun bir ifte ölçüt vardır. Ancak bu ifte ölçüte karşı olanlar, hastalar üzerinde onların tedavilerinin bir

parçası olarak gerçekleştirilen klinik araştırmaların onu tedavi etmek amacını içermeyen klinik araştırmalardan sayılamayacağını, bu araştırmaların hastalara en yararlı ve en az zararlı tedavileri saptamaları konusunda hekimlere yol gösterici olduğunu ve böyle çalışmaların sonuçlarının hem örneklem grubundaki hastalar için hem de gelecekteki hastalar için yararlı olacağını savunurlar. Onlara göre etkinliği ve olası yan etkileri kuşkuolu olan geleneksel tıbbi tedavi ile klinik araştırma olarak adlandırılan onun genişletilmiş hali, ki burada etki ve olası yan etkiler daha bilimsel olarak belirlenmiştir, arasında fark olmaması gerekir. (72) Bu konuda klinik araştırmacıların bu denli direktmelerinin nedeni etik açısından ilkesel bir yanılığı düzeltme kaygısından çok, pragmatik kaygılara dayanmaktadır. Bu tür araştırmanın deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalar grubu dışında sayılması aydınlatılmış onam konusunda pek çok kolaylık sağlayacaktır ve bu da araştırıcının yükünü önemli ölçüde azaltacaktır.

Ancak temel ilkeler açısından bakıldığında hastanın tedavisi ile birlikte giden ve onu da içeren araştırmaların geleneksel tıbbi tedaviden çok, deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalara benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. Çünkü araştırılan ilaç vb. uygulamaların söz konusu hasta için yararlı mı zararlı mı olduğu konusundaki değerlendirme ancak araştırmanın sonunda kesin olarak yapılabilir; bu nedenle de hasta böyle bir araştırmanın öğesi olmakla belirli bir riski, ister kendisi için olsun ister başkaları için olsun, daha uygulamanın başında almaktadır.

"Hastanın yararı tasarlanan araştırma ya da daha geniş bir toplumsal yarar için feda edilmektedir. Bu, o andaki bilgiler çerçevesinde daha az yeğlenen ya da hastanın durumunda tümüyle uygun olup olmadığı açıkça bilinmeyen bir tedaviyi hastaya uygulamaktan doğan açık bir özveridir."(13,47,66,139)

Özellikle placebo ile yapılan çift kör araştırmalarda hasta tedavi olma süresi ve etkinliği konusunda da riske girmekte, örneğin kontrol grubunda yer aldığında hem daha uzun süre rahatsızlığına katlanmak zorunda kalmakta hem de kimi zaman tedavi olma şansından bir oranda vazgeçmektedir. Özellikle bu durumda hastanın araç olma özelliği ön plana çıkmakta ve araştırma, deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalar sınıfına daha çok yaklaşmaktadır.(13)

Bilimsel yöntem bilgisinin öğeleri olan rasgele seçme yöntemi ("randomization"), placebo kullanımı, kontrol gruplarının varlığı ve çift kör yönteminin uygulanması aydınlatılmış onam alma işleminde önemli etkenler durumundadırlar. Her ne kadar deneklerin araştırma projeleri ile ilgili kendilerine verilen bilgileri anlama ve hatırlama yetileri üzerinde pek çok çalışma bulunmaktaysa da onların araştırma metodolojisi ve "tedavi kavramı yanılısamasının" sıklığı konusundaki anlama yetilerini ölçen ampirik çalışmalar yok denecek kadar azdır.(12)

Tedavi kavramı yanılısaması; hasta deneğin zihin düzeneğinde araştırmacı ile hekim rollerinin kavramsal olarak ayrışmamış olması durumudur. Çoğu zaman bu durumdaki hasta "araştırma" kavramını anlamamakta, bunu tedavi ile doğrudan ilgili, kendisine iyi gelecek bir

uygulama olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle bilgi verilse bile içinde bulunduğu riskin kendisi açısından gerekli mi gereksiz mi, araştırmaya katılmasının kendisi açısından yararlı mı zararlı mı olduğunu gerçek anlamda değerlendirememektedir.(97) zellikle deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalarda "tedaviye yönelik olmayan araştırma" kavramının deneğe açıklanması çok önemlidir.

Bu konuda yapılan bir araştırma hastaların örnekleme grubunu rasgele seçme yöntemini anlamadıklarını, placeboyu kendilerine özel bir tedavi olarak algıladıklarını, çift kör yönteminde yalnızca kendilerinin, tedavinin daha etkili olması için, verilen ilaç konusunda bilgilendirilmediklerini dşdndüklerini ve kontrol grubunda olmayı daha denetimli bir tedavi görmek açısından çok yararlı bulduklarını ortaya koymuştur. Bunlara dayanarak verilen kararlarda, araştırmanın anlamını kavramayan deneklerin araştırmanın yöntemini her ynden kendi yararları ile ilişkili olarak yorumladıkları, bu nedenle yarar-risk değerlendirmesini yapmalarının olanaksız olduğu saptanmıştır. Hastaların denek olarak araştırmaya katılma amaçları genellikle daha iyi bir sağlık hizmeti ya da ek yardım almaktır ve sonuç olarak denekler araştırmanın kendi yararlarını ön plana almadığını anlamamaktadırlar.

Hastaların denek olup olmamak konusunda gerçek bir onam verebilmeleri için araştırmacının onlara bu bilgileri vermesi gerekmektedir. Onlara araştırmada tek tek onların kişisel yararlarının düşünülmediği, kimi zaman bunun tümüyle karşıtı bir durumun bile ortaya

çıkabileceğini belirtmesi gerekmektedir. Ancak hastaların araştırmalarda denek olmayı kabul etmelerinin en önemli nedenlerinden birinin söz konusu tedavi kavramı yanılısaması olduğu göz önünde tutulacak olursa, araştırmacıların bu bilgiyi hastaya vermek istememele-ri, kısmen verenlerin de hastanın bu bilgiyi anlayıp anlamadığını denetlememesi şaşırtıcı olmamalıdır.

3. 3. 1. 3. Tedaviye yönelik olmayan araştırmalarda aydınlatılmış onam

Deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalarda aydınlatılmış onam uygulaması günümüzde oldukça kesin kurallara bağlanmıştır. Bu tür araştırmalarda henüz işin başında hastaya ya da deneğe uygulanacak yöntem, olası yararları ve zararları tüm açıklığıyla anlatılmaktadır. Hastaya bu uygulamaya katılıp katılmamakta tümüyle özgür olduğu, katılmamaya karar verirse bunun sürmekte olan tedavisini hiç bir biçimde etkilemeyeceği, katılmayı kabul etse bile araştırmanın herhangi bir anında herhangi bir neden göstermek zorun- da olmaksızın araştırmadan çekilebileceği ve bu durumda araştırmacının kendisinden elde ettiği verileri kullan- masına izin vermeme hakkının da olduğu, araştırma sırasında kendisinden hiç bir biçimde ücret istenmeye- ceği, kendisinden alınan bilgilerin gizli tutulacağı bildirilir. Hasta bu bilgileri aldığını ve anladığını, hiç bir baskı altında kalmaksızın kararını verdiğini gösteren bir belgeyi imzalayarak araştırmaya katılır. Söz konusu olan sağlıklı bir denekse aynı tür bir yöntem onun için de geçerlidir.

Sağlıklı deneğin araştırmaya katılıp katılmamakta özgür olabilmesi için, araştırmaya katılma karşılığında

kendisine sağlanacağına söz verilen çıkarların etik açısından özgür istenci zedeleyici olmaması gerekir. Araştırmadan çekilme, verilerin gizli tutulması gibi ilkeler burada da deneğe bildirilir ve aydınlatılmış onamı bu bilgilerin tümünün doğru olarak anlaşıldığı saptandıktan sonra alınır.

Bazı özel grupların sağlıklı denek olarak kullanılması ek etik sorunlara yol açmaktadır. Örneğin mahkumların, zihinsel özürliülerin, yuva çocuklarının ve ruh hastalarının (ruh hastalıkları ile ilgili araştırmalar dışında) sağlıklı denek grubu içinde sayılması, kimi zaman örneklem grubunun tümünün bu kişilerden oluşturulması gibi uygulamalarda önemli etik sorunlar ortaya çıkacağı açık olmalıdır. Bu tür uygulamaların hem bilimsel açıdan hem de etik açısından pek çok sakıncaları vardır; ancak bu konu, tezin kapsamı içinde bir sonraki bölümde ve yalnızca psikiyatri özelinde tartışılacaktır.

Bugün yukarıda sözü edilen koşullara uymadan yapılan araştırmaların ciddi bilimsel dergilerde yayınlanma şansı yok denecek kadar azdır. Ancak kimi zaman bu kuralların gözardı edildiği araştırmalara rastlamak kuşkusuz hâlâ olasıdır.

3. 3. 2. Psikiyatrideki araştırmalarda aydınlatılmış onamın yeri ve denek olarak ruh hastası

3. 3. 2. 1. Konunun genel çerçevesi

Psikiyatride son yıllarda başta ilaç araştırmaları olmak üzere yoğun bir araştırma etkinliği göze çarpmaktadır. Bu durum yukarıda saydığımız bütün etik sorunları bu alanın gündemine getirmektedir. Bu

arada psikiyatri alanına özgü kimi sorunlar da onlara eklenmekte ve çözüm beklemektedir.

Araştırma etiğinin temel ilkeleri açısından bakacak olursak psikiyatri alanında ortaya çıkan bu özel sorunların kökenlerini anlayabiliriz. Soruna altbölüm 3. 3. 1. 1. 'de belirtilen noktaların ışığında bakalım.

1. Bilgi: Psikiyatride ve beyinle ilgili öteki tıp alanlarında bilgi dağarcığı daha fakirdir. Buna bağlı olarak psikiyatride, bir araştırma projesinin bilgide artışa neden olup olmayacağı konusunda, uzmanlar arasında sıklıkla görüş ayrılığı ortaya çıkmaktadır.

2. Gereklilik: Psikopatoloji en başta insana dayanan bir olgu ("fenomen") olduğundan ve kişisel anlatımlara dayandığından hastalarla çalışmak neredeyse zorunludur.

3. Yarar: Ruh hastası açısından araştırmada yarar-risk değerlendirmesi yaparken üç temel güçlük ortaya çıkmaktadır.

a. Ampirik güçlük: Bilgi dağarcığının özelliğine bağlı olarak psikiyatri araştırmalarında klinik yararı ve içerdiği zarar olasılığını güvenli bir biçimde değerlendirmek güçtür. Buna örnek olarak tanı koyma güçlüklerinin ilaç araştırmalarında yol açtığı durumları verebiliriz. Ancak sonucu öngörmek ne denli güç olsa da psikiyatrik araştırmalardan çoğu, doğrudan hasta ile ve onun zorluklarıyla ilgilenir. Bu nedenle önerilen psikiyatrik araştırma projelerinin genel yararı kuşku olduğunda bile klinik yararı genellikle tartışılmazdır.

b. **Değerlendirme güçlüğü:** Psikiyatride neyin risk ya da yarar olarak değerlendirileceği önemli bir tartışma konusudur. Bu durum özellikle özgün olmayan tedavi etkenleri açısından söz konusudur.

c. **Yararların çatışmasının neden olduğu güçlükler:** Psikiyatri araştırmalarında yarar ve riskler tek tek bireylere göre değil, genel anlamda saptanır. Bu durum, yarar-risk değerlendirmesi konusunda araştırmacı, denek ya da değerlendirme kurulları arasında görüş ayrılığına yol açabilir.

4. **Onam:** Hem özgür olarak verilmesinin gereği hem de uygun bilgiye dayanmasının zorunluluğu psikiyatride araştırma için aydınlatılmış onam alınması konusunda sorunlar yaratır.(66)

Psikiyatride hekim-hasta ilişkisinin bir başka türü, araştırmacı olarak hekim ve denek olarak ruh hastası arasında geçmektedir. Bilindiği gibi ruh hastaları uzun yıllar pek çok araştırmada denek olarak kullanılmışlardır. Bu araştırmalarda bırakınız aydınlatılmış onamı, çocuklar üzerinde yapılan psiko trop ilaç araştırmalarında ya da mahkumlar üzerinde yapılan araştırmalarda olduğu gibi, en temel insan hakları bile göz önüne alınmamıştır. Bugün de ruh hastalarının pahalı bir doku kültürü kadar bile saygı görmediği ve önemsenmediği araştırmalar hiç te ender değildir. Ancak bilim dünyası günümüzde bu konuda daha duyarlıdır ve konuyu yakından izlemekte, yerine göre kimi yaptırımlar uygulamaktadır. Yine de ruh hastalarını sorun çıkarmayan denekler olarak ya da potansiyel organ vericileri olarak görenlerle ilgili haberlere sık rastlamak olanaklıdır. Bu durumun yol açtığı etik

sorunlar ve aydınlatılmış onamın buradaki önemi ve özelliği de bu tezde tartışılması kaçınılmaz olan bir konu durumundadır. Bu tür uygulamalara cesaret edenlerin en önemli dayanağı, psikiyatride aydınlatılmış onamın uygulama alanı bulamayacağını baştan kabul eden anlayıştır. Bu tezin temel savlarından biri de bu anlayışın bir önyargı, derinlemesine düşünülmemiş, geçerliliği çok tartışmalı ve kabul edilmesi güç bir kanı olduğudur.

3. 3. 2. 2. Psikiyatri araştırmaları ve aydınlatılmış onam

Psikiyatriye özgü en önemli sorunların başında, araştırmada örneklem grubuna alınacak hastanın aydınlatılmış onam verme yeterliğine sahip olup olmadığının saptanması gelmektedir. Bu sorun tedaviye verilen onamda da ortaya çıkmaktadır, ancak orada tümüyle hasta yararı söz konusu olduğundan, yeterliğin olmadığı durumlarda bir hasta temsilcisinin belirlenmesi sorunu kısmen olsun çözmektedir. Oysa araştırmada hastanın yararı yanında, yerine göre de tümüyle başkalarının yararı ve temelde bilimsel bilgi edinme kaygısı ön planda olduğundan hasta temsilcisinin bu alandaki yetkileri son derece tartışmaya açıktır. Yine de, hasta aydınlatılmış onam verecek yeterlikte olduğu dönemde böyle bir araştırmaya katılma konusunda olumlu görüş bildirmişse, hasta temsilcisi bu konuda onam vermeye yetkili sayılabilir. Bu nedenle hasta temsilcisinden araştırma için aydınlatılmış onam alma olanağı tümüyle gözardı edilemez.

Hastanın onam vermeye yeterli bulunduğu durumda ise bir başka önemli sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorun

öteki klinik alanlarda da bir ölçüde söz konusu olmakla birlikte psikiyatride daha büyük önem kazanmaktadır. Hastanın onamını baskı altında kalmaksızın, tümüyle özgür istencine dayanarak vermesi araştırma etiğinde aydınlatılmış onamın en temel özelliğidir. Psikiyatride hasta hekimin karşısında çoğu kez edilgen, sıklıkla da bazı istekleri onun tarafından sınırlanmış durumdadır. Bu durumda hasta hem psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinin yapısal baskısı hem de hekimin kendisine verebileceğini umduğu, ödül olarak da algılanabilecek kimi ödünlerin baskısı altındadır. Hekim farkında olarak ya da olmadan, bu etkisini kullanarak hastanın özgür istencini engelleyebilir. Bu durumda aydınlatılmış onam zorlama denilemese bile, iknadan daha ağır bir baskı altında alınmış sayılabilir. Özellikle yatırılarak tedavi edilen hastalarda bu durum oldukça sık görülmektedir. Örnek olarak hastanın izinli çıkma hakkının kısıtlanacağı, kendisi hakkındaki bilgilerin istemediği kişilere verileceği, ya da hekimin hastalığının ağırlaştığına karar verebileceği yolundaki kaygıları sayılabilir.

Özellikle psikotrop ilaçların ele alındığı araştırmalarda kontrol grubu olarak kullanılan deneklerle sağlıklı deneklerin durumu da başka bir sorunun kaynağını oluşturmaktadır. Özellikle kontrol grubu tümüyle ilaçsız bırakıldığı veya psikoterapi ile karşılaştırma yapıldığı zaman hastanın ne oranda gereksiz sıkıntıya katlandığı ve onun tedavi olma hakkına ne ölçüde zarar verildiği sık sık tartışma konusu olmaktadır.

Sağlıklı bireylerde psikotrop ilaç kullanılarak yapılan araştırmalar, aydınlatılmış onam elde etmedeki güçlükler nedeniyle, araştırmacıyı en çok zorlayan çalışma alanı olmaktadır. Bu zorluğu aşmak için araştırmacılar kimi çıkarlar karşılığı mahkumlarla veya zihinsel özörlöülerle, hatta yuva çocuklarıyla çalışmışlardır. Bu tür araştırmalar etik ve hukuk açısından son derece olumsuz bulunarak günümüzde pek çok ölkede yasaklanmıştır. Etik açısından bu kişilerden ya da veli veya vasilerinden alınan onam aydınlatılmış bile olsa, bir tür baskı altında alınmış sayılmaktadır. Ayrıca bu tür araştırmaların bilimselliği de son derece tartışmalıdır. Özel çevresel koşullarda yaşayan mahkumların ve buna ek olarak kimi duygudurum bozukluklarına sahip olma olasılıklarınının çok yüksek olduğu başka bilimsel çalışmalarla ortaya koyulmuş olan yuva çocuklarıyla, tümüyle sağlıklı sayılamayacak olan zihinsel özörlöülerin bilimsel açıdan sağlıklı örneklem grubunu oluşturmak için ne denli uygun bir seçim olduğu son derece tartışmalıdır. Kimi zaman bu gruplardan elde edilen veriler içinde buldukları özel durumdan etkilenmeyecek türden olabilir; o zaman bu fark yok sayılabilir. Ama çoğu zaman bu gruplardan elde edilen veriler ancak benzer bazı başka gruplar konusunda fikir sahibi olmak için uygun olabilecektir.

Göröldüğu gibi tıp alanında araştırma yapmak bir çok etik sorun ve bunları çözmeye yönelik etik kurallar nedeniyle değerlerimiz açısından da oldukça zor ve zahmetli bir çalışmadır. Bu araştırmaların psikiyatri alanı ile ilgili olanları ise ek bir uğraşmayı gerekti-

ren sorunları ve etik kuralları içermektedir. Bu bağlamda ruh hastasının denek olması durumunda gösterdiği özellikler en önemli noktalardan biridir.

3. 3. 2. 3. Psikiyatride hasta-denek'in özellikleri ve aydınlatılmış onam

Ruh hastasının gündelik hekim-hasta ilişkisi içerisinde tanı yöntemlerine ve tedaviye aydınlatılmış onam verme konusundaki yeterliği etik açısından her zaman sorun olmuştur. **Aydınlatılmış onamın üç temel özelliği olan yeterli bilgi alma, hastanın yeterliği ve baskı altında olmayışının ruh hastasında gerçekleşmesi güçtür.** (140) (Koyu yazılar tezin yazarınınındır.) Gerek genel olarak tıpta gerekse psikiyatri özelinde hekim-hasta ilişkisinin kuruluşundaki paternalist gelenek hastayı hem bilgi alma konusunda engellemekte hem de bir ölçüde baskı altına almaktadır. Bunların aşıldığı durumlarda bile hastanın medeni ehliyetinin değerlendirilmesi psikiyatride her zaman sorun olmaktadır. Araştırmanın söz konusu olduğu durumlarda bu sorunlar daha da artmaktadır. Çok boyutlu olan bu sorunları bir kaç başlık altında inceleyebiliriz.

Hastanın araştırmaya katılmayı kabul ettiği durumlarda onun bu kararının akılcı olup olmadığı pek tartışılmaz, çünkü bu seçim hekimin beklentisine ve istemine uygundur. Oysa kimi zaman hastanın içinde bulunduğu çevresel etkenler, kullandığı ilaçlar, hekimden beklentileri, tedavisinin yarım bırakılacağı korkusu onu, özgür istencini kullandığında almayacağı kararları almaya zorlayabilir. Örneğin yaşam koşullarının kötü olduğu bir klinikte tutulmakta olan hasta araştırmaya katılmayı kabul ederse kendisinin iyileştiğine

inanılacağını ve bir an önce bu koşullardan kurtulacağını düşünerek onam verebilir; ya da tam tersi kabul etmediği takdirde gereğinden uzun süre bu koşullarda yaşamaya zorlanarak kendisine bir tür ceza verileceğini düşünebilir.

Kişinin karar mekanizmaları ve eylemleri sahip olduğu ruh hastalığından önemli ölçüde etkilenir. Örneğin depresif bir hasta araştırmanın kendisini öldüreceğini umarak onam verebilir; ya da psikotik bir hasta bunun, kendisinin üstün güçlerin arasına katılışını başlatan bir tören olduğunu düşünebilir. Her iki tür düşünce ile verilmiş bir onam da hastanın özgür istencini yansıtmaktan uzaktır, ama hekimin beklentisine uygun olduğu için altta yatan ve baskı oluşturan öğeler onun yönünden sorgulanmaz. **Oysa hekim gerçek bir onam aldığını savunabilmek için deneğin hangi bilinçli dayanaklarla, kaçamaklarla ve bilinçaltı dürtülerle o onamı verdiğini sorgulamak zorundadır.**

Hastanın araştırmaya katılmayı reddettiği durumlarda altta yatan nedenlerin akla uygun olup olmadığı sıklıkla sorgulanır. Ruh hastalarında bu konu oldukça karmaşıktır. Kimi zaman hasta, hastalığının alevli dönemlerinde, tüm tedavi girişimleri gibi araştırma önerilerini de reddedebilir, ama bu dönem geçince bu girişimleri kabul edebilir. Örneğin hastalığının bir ögesi olarak çevresinden kötülük göreceğine inanan bir hasta, bu nedenle araştırmada denek olmaktan kaçınabilir, ancak bu kaygısının yatıştığı dönemde bunu kabul edebilir. Bu durumdaki hastalarda tedavi için onam hasta temsilcisinden alınmaktadır. Ancak temsilciden alınan onamın araştırma için de geçerli olup olma

yacağı konusunda henüz görüş birliği sağlanamamıştır. Genel eğilim ve buna dayalı uygulama, hastanın araştırmaya katılmama kararının gerekçeleri akılcı değilse ve hastalığına dayandığı saptanıyorsa, hasta temsilcisinin araştırma konusunda da onam verebileceği yönündedir. Buradaki sorun hastanın iyileştiği dönemde de araştırmaya katılmayı reddedebilmesi olmaktadır. İlerleyici ve hastanın yeterliğinin giderek azaldığı hastalıklarda bu sorun daha az ortaya çıkmakla birlikte, iyileşme dönemleriyle seyreden ya da tümüyle iyileşme ile sonuçlanan durumlarda hasta medeni ehliyetini yeniden elde ettiği anda araştırmadan çekilme kararı alıp, araştırmanın etik protokolüne göre o ana kadar kendisinden elde edilen verilerin de kullanılmasını engelleyebilmektedir. Bu tür hastaların genel bir özelliği, hekime bağımlı oldukları dönemdeki yetersizliklerine ve hekimle kurdukları genellikle paternalist ilişki biçimine bir tepki olarak iyileşme döneminde hekimi suçlamaları ve ona öfke duymalarıdır. Bu nedenle hastanın araştırmadan çekilme olasılığı çok yüksektir ve aslında onun bu kararı akılcı olmaktan çok tepkiseldir. Yukarıda saydığımız özellikler göz önüne alındığında, **psikiyatri alanındaki araştırmaları güç bir etkinlik durumuna getiren en önemli öğelerden birinin ruh hastasının bizzat kendi yapısı olduğunu görüyoruz.**

Psikiyatri araştırmalarında alınan aydınlatılmış onamların etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesinde **Araştırma Etik Kurulları (AEK'lar)** yararlı ve deneği koruyucu birer yöntemsel kuruluş olarak kabul edilebilirlerse de gerçekten dengeli ve işlevsel bir model, araştırmacının kendisine dayan-

malıdır. Örtülü bir baskının engellenmesi için, onamın, araştırma ekibinin içinde olmayan üçüncü bir kişi tarafından, hastanın kendisine ait ya da kendini rahat hissedebileceği, resmi olmayan bir mekanda, yanında yakınları ya da temsilcisi varken alınması gibi araştırmacıyı tümüyle yalıtmayı amaçlayan önlemler geliştirilmiştir. Ancak hasta/denek ile hekimin/araştırmacının araştırma öncesinde olmasa bile, süreç içinde zorunlu olarak karşılaşacakları, onamın anlık bir olay olmayıp bir süreç olduğu ve hastanın araştırmanın herhangi bir aşamasında onamını geri alabileceği düşünülürse, bu önlemin pek de işlevsel olmadığını kabul etmeliyiz. Ayrıca, AEK'ları da bilgi açısından büyük ölçüde araştırmacıya bağılıdır. Araştırmacının, deneklerin özel psikopatolojik durumlarından dolayı ortaya çıkan sorunları en iyi bilmek durumunda olan kişi olması nedeniyle, iletişim konusunda da onu merkeze almak zorunludur ve bu yüzden ondan araştırma önerisine bu bilgileri doğru olarak koyması beklenmektedir. Tüm yukarıda sayılan nedenlerle **psikiyatri araştırmalarında gerçek bir aydınlatılmış onama ulaşmak için araştırmacıyı dışlayan yöntemlere başvurmak işlevsel ve amaca uygun değildir.**

Araştırmalarda belli bir red oranını koşul olarak ileri süren yöntemlerin, onamın nasıl alındığını izleyen bir gözlemci bulundurulmasını zorunlu tutan uygulamaların veya AEK'nı izleyen daha az bağımlı başka kurulların oluşturulmasını öneren yaklaşımların bir ölçüde katkısı ve uygulanabilirliği bulunmakla birlikte bunlar aydınlatılmış onamın güvenilirliğini güvence altına alma sorununu kökten çözücü önlemler değildir.

Özellikle psikiyatri araştırmalarında olmak üzere tüm araştırmalarda, hastanın özgür istencini gerçeğe en uygun biçimde yansıtan işlevsel, açık ve aydınlatılmış onam alınmasının ve bu onam doğrultusunda davranılmasının güvence altına alınabilmesi için öncelikle araştırmacının bu yönde eğitimi gerekmektedir. Başarılı bir araştırmacının eğitimi etik, hukuk ve iletişim formasyonlarını içermelidir. Ayrıca araştırmacının elde ettiği deneyimleri paylaşarak arttırmasına olanak sağlayacak uygun araçlar geliştirilmelidir. Bu amaçla meslek odaları, etik kurullar ya da gönüllü kuruluşlardan destek alınabilir. Araştırma metodolojisi ve özellikle bu alana özel, gerçek aydınlatılmış onam elde etme konuları üzerinde, etik, ampirik, kuramsal ve hukuksal içerikli araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmaların yapılmasında etik kurullar, araştırmacıların kendileri ya da araştırma kuruluşları görev alabilir. Bu tür araştırmaların ekonomik yükü de fazla ağır değildir.(66)(Koyu yazılar tezin yazarınındır.)

Yayınlanan etik ilkeler ve metinler de araştırmacılara yol göstermek açısından yararlıdırlar. Ancak temelde etik duyarlılığı olmayan ve bunun işlevsel gerekliliğine ve yararına inanmayan bir araştırmacı, bu ilkelere uymamanın yollarını elbette ki bulacaktır.

3. 4. Psikiyatri Eğitiminde Aydınlatılmış Onam

Özellikle ülkemizin tıp fakültelerinde verilen eğitimin bir bölümünü oluşturan deontoloji dersleri hekimin hekim-hasta ilişkisi, hekim kimliği ve hekimin

toplumsal rolü ve işlevi konularında genel bir eğitim almasını sağlamaktadır. Ancak bu dersler aydınlatılmış onam gibi daha birçok tıp etiği kavramının, gündelik tıp etkinliğinin bir parçası haline gelmesini sağlayacak alt yapının oluşması için yeterli değildir. Günümüzde sürekli gelişen ve değişen tıp etkinliğine böyle bir temel kazandırabilmek için tıp öğrencisinin genel tıp etiği ve tıbbi kavramların felsefi temelleri ile ilgili ilk ve en genel kapsamlı bilgileri alabileceği bir tıp etiği dersi deontoloji bilgilerini de kapsayacak biçimde tıp eğitimi sürecinde yer almalıdır. Bunun yanısıra gündelik tıp etkinliği sırasında ortaya çıkan etik sorunları ve bunlarla ilgili uygulamaları vakalar bağlamında izleyebileceği bir eğitim de sürdürülmelidir. Böyle bir eğitim sürecinden geçerek psikiyatri alanında uzmanlık eğitimi görmeye başlayan hekim, bu eğitim sırasında daha önceden almış olduğu genel bilgilerin kendi uzmanlık alanında nasıl uygulanabileceğini öğrenebilir.

Kanımcıca psikiyatride aydınlatılmış onam elde etmek özel bir bilgi ve beceri donanımı gerektirmektedir. Bu donanım psikiyatri eğitimi sırasında, bu eğitimin bir parçası olarak verilebilir ve verilmelidir de. Hekim aydınlatılmış onam alma uygulamasının gerekliliği, kavramsal temelleri, bunun hekim-hasta ilişkisinin ayrılmaz bir parçası oluşu ve gündelik tıp uygulamasındaki yeri konusundaki bilgi ve duyarlılığı genel tıp eğitimi sırasında almalıdır. Psikiyatri alanındaki uzmanlık eğitimi sırasında hekim, bir ruh hastasından nasıl aydınlatılmış onam alınacağı konusunda eğitilmeli, bu alanda bilgi ve beceri sahibi olması sağlanmalıdır. Öteki birçok tıp etiği uygulamasında

olduğu gibi aydınlatılmış onam alma uygulamasında da hekimin en önemli dayanağı iyi bir iletişimci olma yeteneğidir. Bu yeteneğin kazanılması ve geliştirilmesi için gerekli eğitim hem uzmanlık eğitimi sırasında hem de onun öncesinde hekime verilmelidir. Psikiyatride bu yetenek tedavinin çok önemli bir parçası olduğu için uzmanlık eğitiminin büyük bir bölümü bu yeteneğin edindirilmesi amacıyla düzenlenmiştir, bu programa küçük eklemeler yapılarak psikiyatristin aynı zamanda tıp etiği alanında da başarılı bir uygulamacı olması sağlanabilir.

Psikiyatri eğitimi hekimin vakalar bağlamında aydınlatılmış onam alma konusunda eğitilmesi açısından çok uygundur. Gündelik etkinliği içinde tedavi yöntemlerini nasıl öğreniyorsa aydınlatılmış onam alma yöntemlerini de aynı biçimde tartışarak, danışarak ve uygulayarak öğrenebilir. Genel psikiyatri eğitimi sırasında edindiği empati yeteneği bu konuda en önemli dayanaklarından birini oluşturur. (31,110)

Aydınlatılmış onam alma sırasında en önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkan yeterliğin değerlendirilmesi zorunluluğu, çözümünde ruh hekimlerinden katkı bekleyen bir konudur. Bu konu ile ilgili bilgi ve beceri donanımı özellikle konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin önemli bir parçası olarak, ruh hekimi olmaları için eğitilen hekimlere kazandırılmalıdır. (75,106,135)

Aydınlatılmış onam alma konusunda yapılacak eğitimin bir başka önemli öğesi iletişim eğitimidir. Bu eğitimin tüm hekimlere verilmesi gereklidir. Ancak hastayla sağlıklı bir iletişim kurabilen hekim, onun ye-

terliğini, kaygılarını, inançlarını, içinde yetiştiği kültürden kaynaklanan farklılıklarını ve bunları dile getiriş biçimini doğru olarak algılayıp değerlendirebilir. Hastadan bağımsız bir aydınlatılmış onam eğitimi düşünölemeyeceğine göre, bu sürece hastanın etkin katılımını sağlamak zorundayız.



4- ETİK AÇISINDAN PSİKİYATRİDE AYDINLATILMIŞ ONAM

4. 1. Psikiyatride Aydınlatılmış Onamla İlgili Değer Sorunları

4. 1. 1. Hekim, araştırmacı ve eğitimci açısından

4. 1. 1. 1. Klinik uygulayıcı olarak psikiyatrist yönünden

Ruh hekiminin hekim olarak öncelikli değerleri, araştırmacı ve eğitimci olarak öncelikli değerlerinden farklıdır. Bu nedenle aydınlatılmış onam açısından değer sorunlarını incelerken, onun bu farklı kimliklerini ve buna bağlı değer sistemlerini göz önünde tutmak gerekmektedir. Her ne kadar çalışmanın buraya kadarki bölümlerinde de tartışmalar önemli ölçüde etik çerçevesinde yapılmışsa da, burada konuya daha yoğun olarak ahlâki değerler felsefesi açısından ve daha sistemli bir biçimde yaklaşılarak bir anlamda önceki bölümlerdeki çerçevenin uygulamadaki yansıması ortaya konulmaya çalışılacaktır.

Ruh hekiminin hekim olarak öncelikli değeri hastanın iyiliğidir. Bu iyilik kavramı, her zaman Dünya Sağlık Örgütü'nün fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımladığı sağlık kavramı ile örtüşmemektedir. Genellikle ruh hekiminin hastanın iyiliği olarak tanımladığı, onun ruhsal belirtilerinin giderilmesi ve toplum içinde tutulabilmesidir. Bunlar sağlandıktan sonraki aşama ise onun işlevsel kılınmasıdır. Bu değerler ruh hekimini, öteki tıp dallarında uğraş veren hekimlere büyük ölçüde benzetmektedir. Gerek genel tıp eğitiminin ona kazandırdığı paternalist eğilim gerekse toplumun onu bir yetke olarak

benimsemesi, ruh hekimini hasta ile ilişkisinde kolayca paternalist, baskılayıcı, hatta kimi zaman zorlayıcı bir tutum takınmaya yöneltebilir. Buna karşılık psikiyatri eğitimi ruh hekimine empati yeteneği, bilinçli dinleme becerisi ve bireysel farklılıklara duyarlılık kazandırdığı için, onun hasta ile ilişkisinde dengeli bir tutum benimsemesine olanak sağlayabilmektedir.

Hastanın iyiliğini ön planda tutan ruh hekimi, öteki klinik uygulayıcılardan farklı olarak, bu iyiliği sıklıkla ona rağmen korumak durumunda kalmaktadır. Genellikle bu zorunluluk, bilimsel, hukuksal ve etik açıdan haklı görülen bir paternalizmi olanaklı kılmaktadır.(127) Ancak sık sık uyguladığı bu paternalistik ilişki biçimi giderek ruh hekiminin olağan uygulaması durumuna gelmektedir. Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu kliniklerde çalışan hekimler, bu ilişki biçiminin zaman ve emek harcamasını azaltarak sağladığı kolaylığı da göz önüne alarak, bu tür ilişkinin ruh sağlığı alanında en uygun, hatta giderek olanaklı tek ilişki biçimi olduğunu savunur duruma gelmektedirler.

Bu bağlamda ruh hekiminin aydınlatılmış onam açısından ayırdına vardığı en önemli değer sorunu, onun hastanın sağlığına kavuşma hakkını engelleyebilen bir uygulama olabileceğidir. Oysa daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi, aydınlatılmış onam ilkesi uygulamada tedaviye destek olabilecek bir uygulamadır. Ruh hekiminin bu kaygısı özellikle acil durumlar ve hastanın yeterliğinin yaşam boyunca hiç gerçekleşmediği ya da uzun süreli yitirildiği durumlar için gerçekten önemli bir kaygıdır. Bu nedenle, aydınlatılmış onam alma

yöntemlerinin böyle bir durumda hastaya en az zaman kaybettirecek uygulamaları içermelerine çalışılmaktadır.

Ruh hekimi açısından ikinci önemli sorun, bu uygulamanın gündelik etkinlikte zaman kaybına yol açtığı yolundaki kaygıdır. Ancak aydınlatılmış onam alma uygulaması konusundaki eğitimin hekimin genel eğitiminin bir parçası haline getirilmesi ve gündelik etkinlikte bu işlemin sürekli uygulanması ile beceri kazanılması, gereken bu zamanı en aza indirebilecektir. Ayrıca tedavide ve sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi kurulmasında önemli bir etken olduğu düşünülecek olursa, aydınlatılmış onam elde etmek için geçen zamanı kayıp olarak görmek gerçekçi bir değerlendirme olmayacaktır.

Üçüncü bir sorun olarak, hekimin, aldığı aydınlatılmış onamın hastanın gerçek özgür istencini ve özerkliğini ne ölçüde yansıttığı konusundaki kaygıları sayılabilir. Bu konu, psikiyatri alanında aydınlatılmış onamla ilgili belki de en önemli değer sorunudur. Bu sorunu aşmak için hekimin hastayla olan ilişkisini, onam alırken kullandığı yöntemi ve hastanın o anda içinde bulunduğu durumu iyi değerlendirmesi gerekmektedir. Uygulamayı dışlayarak kesin olarak kusursuz bir aydınlatılmış onam alma yöntemi oluşturmak olanaksız olsa gerektir.

Hekimler açısından bir başka önemli sorun aydınlatılmış onam uygulamasının sık sık geleneksel hekim kimliği ile çatışmasıdır. Hekim tarihsel süreç içinde kendisine yüklenen, bir bölümü gerçek dışı olarak nitelenebilecek öğeler içermektedir. Hekimin insan ile onu yaratan arasında duran ve iyileştirici ve düzeltici güçlerle donanmış bir Prometheus gibi

algılandığı dönemlerin kalıntıları bugün bile toplumun bilincinde yaşamaktadır. Hekim eğitimi ve gündelik uygulaması sırasında toplumun kendisine uygun gördüğü bu kimliği özümsemekte, kendisinden beklentileri ve değer sistemleri bu beklenti doğrultusunda belirlenmektedir. **Hastayı iyileştirmesinin engellenmesi, onu yalnızca kendisinden ve toplumdaki korumakla yetinmek zorunda bırakılması, hekimi kendi kimliği konusunda kaygıya düşürmektedir.** Bu nedenle, gerekmediği zaman bile hastayı kendisi de içinde olmak üzere tedavisini engelleyici tüm etkenlerden korumak itkisini hissetmektedir. Bu, bir anlamda onun varlığının ve özerkliğinin de bir parçasını oluşturmaktadır. Aydınlatılmış onam kuşkusuz hekimin bu rol beklentisini görünüşte engelleyici bir uygulamadır. **Ancak özellikle ruh hekimi, onun kendisindeki hangi yönleri zorladığının bilincine vararak, ona karşı duyduğu bu olumsuz tepkiyi denetleyebilir ve aydınlatılmış onamı amaçlarına uygun bir araç olarak kullanabilir.**

4. 1. 1. 2. Araştırmacı olarak psikiyatrist yönünden

Psikiyatri alanında araştırmacı olarak ruh hekimi ya da öteki disiplinlerden bir kişi, değersel önceliği bilginin arttırılmasına vermektedir. Gerek araştırma terimi kavramsal olarak kendi içinde, gerekse seçtiği yöntemler açısından bu amaca ulaşmayı hedeflemektedir. Araştırmacının aydınlatılmış onama bakışı ve onun açısından bu alanda ortaya çıkan değer sorunları bu bağlamda ele alınmalıdır.

Araştırmalarda aydınlatılmış onam, hasta/deneği araştırmacının bilgi uğruna göze alabileceği uygulama-

lardan korumak için bir yöntem olarak ortaya koyulmuş ve zorunlu tutulmuştur. **Tedavi etkinliğinden farklı olarak burada bir hakkın kullanılmasından çok, bir haksızlığın, hatta bir kötüye kullanımın engellenmesi amaçlanmaktadır.** Bu nedenle araştırmacı bir bakıma suçsuzluğunu tutumu ile kanıtlamak zorunda olan bir "potansiyel suçlu" durumunda görülmektedir. **Aydınlatılmış onamın açık ve uygun bir biçimde alınması araştırmacıyı bu kuşkulu durumdan kurtaran bir uygulamadır.** Ancak söz konusu onam, tedavi için alınan onamdan farklı ve oldukça kapsamlı olmak durumundadır. Bu bağlamda onam almak için kullanılan yöntemin özellikle hastayı, onam vereceği uygulamanın kendisinin iyiliğini amaçlama kaygısı gütmeyeceği konusunda uyardırmaya olanak veren bir yöntem olarak saptanması gereklidir.

Özellikle psikiyatri alanındaki araştırmalarda araştırmacı, bir anlamda kendi etkinliğini güçleştirecek uygulamalar yapmaya zorlanmaktadır. Onun bu zorlamaya ne ölçüde dürüstçe uyacağı oldukça önemli bir sorundur. Bundan da önemlisi, buna uymadığında ne ölçüde haksız sayılacağı sorundur. Araştırmacı, ancak etik duyarlılığa sahipse aydınlatılmış onam konusundaki bu değer sorunu onun için anlamlı olabilir ve o, bu zorunluluğu kendisini baltalayan değil, bilimsel açıdan son derece haklı ve gerekli olan etkinliğini etik ve hukuk açısından da olumlu kılan bir öge olarak algılayabilir. Çünkü **aydınlatılmış onam bir anlamda araştırmacının amacı için kullandığı aracı haklı kılan bir öğedir.**

4. 1. 1. 3. Eğitimci konumundaki psikiyatrist açısından

Psikiyatri alanında eğitimci açısından aydınlatılmış onam, uygulamada iki tür değer sorununa neden olabilir. Bunlardan birincisi hastadan elde edilen bilgilerin eğitim açısından kullanılmasıdır. Burada hekimle hasta arasındaki gizliliğin bozulması söz konusudur ve hastadan bunun için aydınlatılmış onam alınmaktadır. **Hekim, öğrencileri, başka hekimleri ya da başka hastaları vb. eğitmek amacıyla gizliliği bozmak durumunda kaldığında, hasta onun için yine neredeyse tümüyle araç durumuna gelmektedir.** Aydınlatılmış onam alınırken bunun kendisine açıkça anlatılması gerekmektedir. Bu sorunu önlemenin bir yolu, hastanın kimliğini gizlemektir. Ancak özellikle psikiyatride bu, işlevsel bir eğitim uygulamasında her zaman kullanılabilecek bir yöntem değildir. Dolayısıyla **eğitimcinin eğitim aracı olarak kullanacağı hastadan, daha ilişkilerinin başında aydınlatılmış onam alması son derece önemlidir.**

Bu konudaki ikinci değer sorunu hastaya eğitim amacıyla herhangi bir girişimde bulunulacağı zaman ortaya çıkmaktadır. Burada iki temel sorun vardır.

1. Bu girişim hasta açısından mutlaka gerekli midir, yoksa asıl amaç eğitsel midir? Hastanın aydınlatılmış onamı istenirken bu sorunun eğitimcinin kendisi tarafından dürüst bir biçimde yanıtlanması ve yanıtın yine aynı dürüstlikle hastaya açıklanması gereklidir.

2. Bu girişimi gerçekleştirecek kişi, eğitimi bağlamında bile olsa, hastaya ek bir risk getirebilir mi? Bu soru, **girişimi eğitimcinin kendisinin uygulama**

yacağı, eğitilenin uygulayacağı durumlar için geçerlidir. Eğitici bu riski nesnel bir biçimde değerlendirmeli ve hastaya açıklamalıdır.

Görüldüğü gibi, psikiyatri alanındaki farklı bağlamlarda farklı roller üstlenen hekim aydınlatılmış onam açısından bir bölümü kesişen, farklı değer sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Bunların ayırdına varması ve çözümlenmesi için ruh hekiminin temel dayanağı, tüm değerlendirmelerinde etkinliğinin kapsamındaki amaç-araç ve özne-nesne ilişkilerini göz önünde tutmasıdır.

4. 1. 2. Hasta ve denek açısından

4. 1. 2. 1. Psikiyatri hastasının aydınlatılmış onamı

Genel olarak tüm tıp dallarında olduğu gibi ruh hastasının da temel kaygısı hastalığın kendisinde yarattığı rahatsızlıktan ve yaşamında yol açtığı kayıplardan kurtulmaktır. Bu, tedavinin de temel amaçlarından biri olduğundan konu ile ilgili olarak seyrek de olsa bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bu temel kaygıyı taşıyan hastalarda aydınlatılmış onam alma sırasında ortaya çıkan sorun genellikle tedavinin içeriğini ilgilendirmektedir. Tedavinin acı verici olması, uzun süreli, zor ya da pahalı olması gibi nedenler hastayı tedaviyi reddetmeye yöneltebilir.

Ruh hastası açısından aydınlatılmış onamla ilgili olarak ortaya çıkan asıl sorun, hastanın hastalığından dolayı herhangi bir rahatsızlık duymaması ya da duyduğunu kabul etmemesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Genellikle böyle durumlarda hastanın çevresindekiler,

toplum ya da hekimler onun hasta olduğu kanısını taşımaktadırlar. Böyle bir hastanın sağlığına kavuşmak gibi bir kaygısı ya da bu hakkını kullanmak gibi bir istemi bulunmadığından, aydınlatılmış onam konusundaki sorun daha temel bir değer sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Hasta tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmediğinden tedavinin içeriğini değil, tümüyle kendisini reddetmektedir. Bu reddetme, eşcinsellikte olduğu gibi yeterliği tam bir bireyin özgür istenci doğrultusunda verdiği bir karar olabileceği gibi, psikotik bir atağın ortasında yeterliği kuşkulu bir bireyin özgür istencini yansıtıp yansıtmadığı kesin olmayan kararı da olabilir. Bu olasılıkların varlığı göz önünde tutularak, hastanın hastalığı ve tedaviyi reddetmesi durumunda onun değer sisteminin dikkate alınıp alınmayacağına karar vermek için yeterliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Yeterliğinin bulunduğu saptandığında bireyin kendisi için karar verme hakkı kesinlik kazanır ve ona istemediği bir tedavi uygulanmaz. Yeterliğin olmadığı durumda ise daha yukarıda değindiğim gibi ya bireyin yeterliğinin bulunduğu dönemlerde kendisi için verdiği kararlara ve dile getirdiği değerlerine bakarak bir karar vermek gerekir ya da makul bir insanın onun durumunda alacağı karar saptanmaya çalışılır.

Ruh hastasının aydınlatılmış onam konusunda karşılaşılabileceği bir başka sorun, bilgileri anlamak ve kararını buna dayandırmak açısından ortaya çıkmaktadır. Hasta karar verdiğinde bunun kendisine bir sorumluluk yüklediğini, hekimi de bazı sorumluluklardan kurtardığını anlamakta, ancak bu kararın dayandığı bilginin ne ölçüde gerçeğe uygun, yeterli ve bilimsel

olduğunu bilmemektedir. Bu nedenle bilgi, hasta açısından değeri belirleyen önemli bir öge konumuna gelmektedir. Bilgiyi elinde tutan hekim, buna dayanarak hastanın değer sistemini bir ölçüde belirleyebilmektedir. Eğer yeterince paylaşımcı olmayan bir hekim-hasta ilişkisinde hekim bu olanağı kullanırsa, hastanın gerçek bir aydınlatılmış onam verme konusunda neredeyse hiçbir şansı kalmamaktadır. Bu durum hem hasta hem de hekim için bir sorun oluşturmaktadır. Ancak hastanın bu ilişki içinde sorunlarına çözüm aramak durumunda oluşu ve onam verirken bunun özerkliğini sınırlandırdığını bilmesi bu sorunu onun açısından daha önemli duruma getirmektedir. Bu sorun, ister kendi isteğiyle tedavi için başvursun, ister tedaviyi kabul etmesin, bütün ruh hastaları için geçerlidir.

Aydınlatılmış onamın alınmasında kullanılan yöntem de hasta açısından etik sorunlar içermektedir. Genellikle bu yöntem hekim tarafından dayatılan bir uygulama durumundadır. Eğer hastaya olası onam alma biçimleri tanıtılmaz ve seçenekler sunulmazsa, buradaki dayatma sözcüğünün önerilme ya da sunulma gibi bir sözcükle yumuşatılması gerçeği yansıtmayacaktır. Hasta kendisine dayatılan yöntemin kendi özgür istencini ne ölçüde yansıttığını ve özerkliğinin gerçekleşmesine hangi düzeyde izin vereceğini bilmek durumundadır. Bu bilgiye sahip olmayan hastanın verdiği onam güvene dayalı hekim- hasta ilişkisinin bir ayrıntısı olmaktan öteye gidemeyecektir.

Hastanın aydınlatılmış onam konusunda karşılaştığı en önemli değer sorunu, onun bilincinde olduğu ve olmadığı tüm baskılara, yarar-risk

çatışmalarına ve hekimle olan ilişkisinin özelliklerine karşın, **kendi özgür istencini gerçekleştirecek kararı verebilmesidir.** Çünkü bunu başarsın başarmasın, verdiği kararın onun istencini yansıttığı varsayılacaktır. Örneğin önerilen tedaviyi ya da eğitim hastası olmayı kabul etmemesi durumunda taburcu edileceğini ve belki de uzun zaman bekleyerek yakaladığı tedavi olma şansını yitireceğini düşünen bir hasta, onam verirken kendi özgür istencini gerçekleştiremediğinin bilincindedir ve buna rağmen belli bir sorumluluk almaktadır. O zaman "Bu durumda gerçekte özgürlük var mıdır?" sorusu gündeme gelebilir; ancak bu anlamda hastanın mutlak bir özgürlüğü olamayacağı kabul edilse bile, sözü geçen çevresel dayatmaların olabilecek sınırlı bir özgürlüğe bile olanak tanımadığı açıkça görülmektedir.

4. 1. 2. 2. Psikiyatride deneklerin vereceği aydınlatılmış onam

Ruh hastasının denek olması durumunda aydınlatılmış onamla ilgili değer sorunları boyutlanmaktadır. Çünkü burada hastalığın kendisinde yarattığı rahatsızlıktan ve işlev yitiminden kurtulmak için yardım arayan hastanın, kendi yararını amaçlayan özgür istenci söz konusu değildir. Yeterliği olmayan hastaya uygulanacak, makul bir bireyin kabul edeceği türden girişimi haklı kılan yaklaşım da burada söz konusu olamaz. **Araştırmada denek açısından söz konusu olabilecek tek değer, bilinçli bir özgecilik (altruizm) olabilir.** Özgecilik başkalarının yararı için gönüllü olarak çalışmak ve bu amaçla bazı özverilerde bulunmayı seçmektir. Bu nedenle yukarıda hasta açısından ortaya

konulan sorunlara ek olarak bazı etik sorunlardan söz etmek gerekecektir.

Bunlardan en önemlisi, özgeciliğin makul bir insanın sahip olması gereken özelliklerden biri olarak kabul edilmemesidir. O ancak bir erdem olarak kabul edilebilir. Özgecilik eğer bir erdemse, bilinçli olmak ve yeterliğe dayanmak zorundadır. Bu bağlamda, yeterliği olmayan deneğin yerine, bir temsilcinin ya da "makul bir bireyin kabul edeceği uygulama" ilkesine dayanan yasal bir kurumun aydınlatılmış onam vermesi etik açısından oldukça kuşkuludur.

Bir deneğin her koşulda özgeciliği benimseyeceği varsayımı da gerçekçi değildir. Bu nedenle denek durumundaki hastanın içinde bulunduğu koşullarla ilgili daha ayrıntılı bilgi almaya gereksinimi ve hakkı vardır. Aynı çerçevede deneğin daha özenle korunmak gibi bir hakkı da ortaya çıkmaktadır. Söz konusu bilgi ve korunma yukarıda araştırma ile ilgili bölümde sözü geçen tüm ayrıntıları kapsamalıdır. Örneğin herhangi bir hastaya kendisinden alınacak kanda glukoz miktarı saptanacağını söylemek yeterli bulunabilecekken ve bunun için kana uygulanacak işlemi açıklamak gereksiz görülebilecekken, deneğe bu işlemin araştırma için önemi yanında araştırmanın yöntemi ve bu yöntemin deneğe olan etkisi konusunda da bilgi vermek gerekecektir.

Deneğin onamının baskı altında alınması, kuşkusuz kötüye kullanımın en ağır biçimlerinden biridir. Bu baskı deneği, reddedemeyeceği olumlu karşılıklarla karşı karşıya bırakmaktan, onu tedavisini yarıda bırakmakla tehdit etmeye kadar her biçimde ortaya

çıkabilir. Bu durumda denek açısından, hastalarda sözünü ettiğimiz, özgür istencini gerçekleştirememeye bağlı değer yitimi söz konusu olabilir. Örneğin antipsikotiklerin gebeler üzerindeki etkisini saptamak amacıyla yapılan bir araştırmada, denek olmasına karşılık, zeka geriliği olan çocuğuna ücretsiz eğitim olanağı sağlanmak gibi bir öneriyle karşı karşıya kalan deneğin aydınlatılmış onamının, açık ve gerçek bir onam olduğunu ya da olabileceğini savunmak olanaksızdır.

Onam alma yönteminin özellikleri burada da önemlidir. Özellikle yeterliğini yitirmiş bir hastanın, yeterliği olduğu dönemde, belli tür araştırmalarda denek olmayı kabul etmesine olanak veren yöntemler, araştırma açısından çok yararlı ve işlevseldir. Ancak bu tür onamlar her zaman sorgulanmaya açıktır.

4. 1. 2. 3. Psikiyatrideki aydınlatılmış onamda hasta ve deneğin ortak yönleri

Görüldüğü gibi ruh hastası gerek denek olarak gerek hasta olarak aydınlatılmış onam konusunda pek çok etik sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunların çözümü için tümüyle kusursuz bir aydınlatılmış onam modeli henüz tam anlamıyla ortaya konulabilmiş değildir. Şu anda uygulamada bulunan aydınlatılmış onam yöntemlerinin ve bunların köken aldıkları modellerden hangisinin bu bağlamda en iyi olduğu konusunda bir uzlaşma da bulunmamaktadır. Günümüzde aydınlatılmış onamın başarısı uygulamaya bağlı kalmaktadır. Bu uygulamada hekim kadar hastanın da etkin rol ve sorumluluk üstlendiği yöntemler daha başarılı olarak kabul edilmektedirler. Etik yönünden kuşkusuz öyle kabul edilmelidirler.

4. 1. 3. Hasta ve/veya denek yakını (veya velisi) açısından

Ruh hastalıklarının tedavisinde ve ruh hastasının bakımında hasta yakınlarının önemli bir rolü vardır. Bu rol hekimlerce de kabul edilmiş, hatta bunu temel alan tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Aydınlatılmış onam açısından hasta yakınlarıyla ilgili iki temel sorun kümesinden söz edilebilir.

1. Hastanın verdiği ya da vermediği onam hasta yakınlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Hastanın hastanede uzun süreli yatışlarının getirdiği maddi ve manevi yük, hastalığın tekrarlama sıklığının getirdiği umutsuzluk ve yabancılaşıma, hastanın hastalığı nedeniyle verdiği zararlar ve toplumun hasta bireye ve onun ailesine gösterdiği tepkiler hasta yakınlarının başetmesi gereken sorunlardan yalnızca birkaçıdır. Bu sorunlarla başetmenin zorluğu ve bir süre sonra yakınlarının da hastayla belli ölçüde bir yabancılaşımayı yaşamaları, onları hastanın aydınlatılmış onam verme hakkı üzerinde söz sahibi olmaya yöneltmektedir. Hasta yakınları hastanın onamı üzerinde belirleyici rol oynamaya çalışırken, genellikle üzerlerindeki yükü kısa ya da uzun erimde hafifletecek yönde bir tutum benimsemektedirler. Bu tutum hastanın istekleri ve öncelikleriyle uyduğunda destekleyici olmaktadır. Ancak bunun tersi olduğunda, bu çaba hastayı öteki baskıların yanında ve daha ağır bir baskı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Aydınlatılmış onam bağlamında hasta yakınları açısından en uygun tutumun, hastaya gereksinim duyduğu ve istediği bilgi ve görüşleri sağlamak, bunun dışında kararında etkili

olmak için herhangi bir girişimde bulunmamak olduğu kanısı yaygındır. Hekimin hastayı ikna etmek konusunda yardım istemesi durumunda bile hasta yakınları, hastaya baskı yapmamalıdır. Ancak tedavi ile ilgili olan ve hastanın da yardımlarını kabul ettiği konularda yardımcı olmak baskı olarak değerlendirilemez.(119)

2. Hasta yakınlarının aydınlatılmış onam konusunda karşılaştıkları ikinci önemli sorun, hastanın yeterliğinin olmadığı durumlarda onun yerine karar almak durumunda kaldıklarında ortaya çıkmaktadır. Hastanın yeterliğini yitirmeden önce kendi değerleri ile ilgili açıklamalarda bulunmuş olması bu sorunu biraz hafifletebilir; ancak burada bile önemli ölçüde yorum sorunu ortaya çıkmaktadır. Temel alınabilecek böyle bir verinin bulunmadığı durumlarda hasta yakını kendi değer ölçülerine göre bir karar verecektir. Bu ise onu ağır bir sorumluluğun altında bırakmaktadır.

Hasta yakınının böyle bir kararı verme yetkisi iki varsayımdan kaynaklanmaktadır. Bunlardan birincisi onun hastayı daha yakından tanınması, onun isteklerinden haberli olması ve onun iyiliğini istemesidir. İkinci varsayım ise, hasta yakınının makul bir insan olduğu ve buna dayanarak makul kararlar vereceğidir. Yukarıda da belirtildiği gibi, onun hastayla ilgili yaşantıları ve duyguları birinci varsayımın geçerliliğini kuşkulu duruma düşürmektedir. Hasta yakınının makul bir insan olduğu varsayımı da eleştiriye açıktır. Onun hastadan ya da herhangi bir ruh hastasından daha makul bir insan olduğunun varsayılmasının nedeni, söz konusu karar anında bir ruh hastalığı tanısı almamış olmasıdır. Bu nedenlerle karar verme yetkisi tanınacak hasta yakını

her olay bağlamında özenle seçmek ve bu seçimi haklı çıkaracak öğeleri nesnel bir biçimde değerlendirmek gerekmektedir. Özellikle bu konuda hasta yakınının hasta için karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi önemli olabilir.

4. 2. Psikiyatride Öteki Etik İlkeleri ve Aydınlatılmış Onam İlkesi

4. 2. 1. Özerklik

Bizim konumuz açısından etik alanında en temel ilke özerklik ilkesidir. Bu ilkenin tıbbi etik alanına yansımaları, **hastanın özerkliğini korumak ve uygulamada gerçekleşmesini sağlamak** amacıyla ortaya koyulan ilkelere dir. Bu ilkelerin başında aydınlatılmış onam ilkesi gelmektedir.

Psikiyatride etik sorunlara bu denli büyük ölçüde ilgi duyulmasının en önemli nedenlerinden biri toplumda çarpışan karşıtlıklardır. Bu karşıtlıklar farklı toplumlarda farklı görüntülerde ortaya çıkmaktadırlar, ancak hepsinin de kökeninde hastanın özerkliğinin göz ardı edilerek onun bir anlamda kullanılmasına karşı, hastanın varsayılan özerkliğinin gerçekleşmesi uğruna toplumun ve toplumu bir arada tutan sistemin zorlanması gelmektedir. Gündelik psikiyatri uğraşının yol açtığı etik sorunlar da daha az önemli değildir. (54) **Psikiyatri alanındaki hemen tüm sorunların kökeninde özerklikle ilgili bir çatışma bulunması**, bu alanda uğraş verenleri ve alanın etik yönüyle uğraşanları özerkliği gerçekleştirici bir yöntem bulmaya yöneltmiştir. Bu yöntem aydınlatılmış onam ilkesinin yaşama geçirilmesidir. Ancak yöntemin adını koymak onu uygulama alanında işlevsel bir biçimde kullanmak için yeterli

olamamaktadır. Bunun başta gelen nedeni hekimlerin bu uygulamayı, hekim olarak kendi özerkliklerini tehdit eden bir olgu olarak algılamalarıdır. Onların bu kaygılarının tümüyle gerçek dışı olduğunu söylemek olanaksızdır. Bu noktada ikinci bir çatışma hekimin özerkliği ile hastanın özerkliği arasında ortaya çıkmaktadır. Nitekim, aydınlatılmış onam ilkesine en olumsuz eleştiriler hekimlerden gelmektedir. Bu eleştiriler arasında yöntemin yapısından kaynaklanan ve uygulamada gerçekten sorunlara neden olan yönlerin yanında yukarıda sözünü ettiğimiz çatışmaya dayanan yönler de bulunmaktadır. Uygulamada zorluklara neden olan özellikler, yöntemin geliştirilmesi ve kullanılarak alışkanlık edinilmesiyle giderilebilir. Bilinçli olmayan olumsuz duyguları gidermek ise ancak eğitimle olanaklı olabilir.

Aydınlatılmış onamın özerklik ilkesini yeterince korumadığı yolunda da eleştiriler bulunmaktadır. Oysa özerkliğin gerçekleşmesi için gereken bilgi, gönüllülük ve yeterlik gibi öğeleri barındırdığı göz önüne alınacak olursa ilkenin değil, uygulamanın ve ona yol gösteren yöntemlerin tartışılmasının daha doğru olacağı savunulabilir.

4. 2. 2. Sır saklama (Gizlilik)

Hipokrat'tan bu yana hekim-hasta ilişkisinin temel özelliği, bunun güvene dayalı bir ilişki oluşudur. Bu güvenin sağlanması için hekimlerin benimsediği temel ilkelerden birincisi "önce zarar verme" biçiminde dile getirilebilir. Bu ilkeyi tamamlayan ikinci bir ilke de sır saklama (gizlilik) ilkesi

olmuştur.(54) Hekimle hasta arasındaki ilişki son derece özel ve gizliliğin her bakımdan korunduğu bir ilişki olarak toplumca kutsanmıştır. Bu özellik o denli kabul görmüş ve yerleşmiştir ki erkek ile kadın arasındaki ilişkilerin son derece katı kurallarla sınırlandırıldığı İslam dininde bile erkek hekimlerle kadın hastalar bu sınırlandırmanın dışında bırakılmıştır. Bu yaygın kabul hekim-hasta ilişkisinin ve bu ilişkiyi belirleyen ilkelerin evrensel olmasına yardımcı olmuştur.

Ruh hekimi ile ruh hastası arasındaki ilişki sır saklama (gizlilik) ilkesinin özenle korunduğu bir ilişkidir. Ancak bu ilişkide gizlilik ilkesinin çiğnenebildiği bazı durumlar vardır. Bu durumlarda aydınlatılmış onam ilkesi yürürlüğe girmektedir. Üçüncü kişilerin tehdit altında bulunması, yargının bilgi istemesi durumunda hekimin bu isteğe uymak durumunda kalması, hastanın kendi yararına bir katkının söz konusu olması ve hastaya ait bilgilerin ya da hastanın bizzat kendisinin eğitim amacıyla kullanılması böyle durumlardır. Böyle bir durumun ortaya çıkma olasılığına karşı hekim daha ilişkilerinin başında hastayı gizlilik ilkesinin bozulabileceği durumlar konusunda bilgilendirmeli ve onun onamını almalıdır. Bu aydınlatılmış onamın, hasta kendisiyle ilgili önemli bilgileri açıklamadan önce alınması önemlidir.(83)

Sır saklama ilkesinin çiğnenmesinin, özellikle yargı tarafından yasalara dayanılarak dayatılması hekim-hasta ilişkisi açısından kimi olumsuzluklar içermektedir. Bu olumsuzlukların başında hekim-hasta ilişkisinin varlığının temeli olan güvenin zedelenmesi

gelmektedir. Özellikle ruh hekimi açısından böyle bir zedelenme uygulamayı önemli ölçüde engelleyici sonuçlara yol açabilir.

Ruh hekiminin toplumsal düzenin bir ögesi olarak işlev gördüğü yolundaki eleştiri, gizlilik ilkesinin bu biçimde çiğnenmesi ile büyük ölçüde haklılık kazanır. Bu haklılık ruh hekimlerinin kendi rollerine bakışları açısından da olumsuzdur.

Ancak üçüncü kişilerin ve hastanın kendisinin güvenliği açısından gizlilik ilkesinin çiğnenmesi etik açısından haklı bulunabilen bir zorunluluk olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle son yıllarda AIDS hastalığı açısından bu konu ayrıntıları ile incelenmiştir. Bu hastalık bağlamında hastanın aydınlatılmış onamı olmadığı kimi zamanlarda bile gizlilik ilkesinin çiğnenmesi haklı bulunabilmiştir. Ruh hekiminin böyle durumlara karşılaşması hiç de ender değildir. Başlangıçta hastanın onamını almak bu sorunu aşmak için bir çözüm olabilir. Eğer hastanın yeterliği yoksa tedavi açısından uygulanan kurallar gizlilik ilkesi için de uygulanmalıdır.

4. 2. 3. Toplum karşısında ruh hastası

Tarih boyunca ruh hastalıklarına çağa, toplumun yapısına, kültürüne ve inançlarına göre değişik anlamlar yüklenmiş, hastalık olgusu değişik biçimlerde tepkilere neden olmuştur. İlkel topluluklarda ruh hastaları kötü ruhların gazabına uğramış zavallılar olarak değerlendirilirlerken Ortaçağda pek çoğu şeytanın elçisi ya da hizmetçisi olmakla suçlanmış ve

öldürülmüşlerdir. Kimi toplumlar bu hastaları kendi içlerinde barındırıp bakarken, kimi toplumlar onları gözlerden uzak yerlere kapatmayı yeğlemişlerdir.

Günümüzde ruh hastası toplumda tarihsel süreç boyunca olduğundan daha iyi bir konumdadır. Öncelikle bilimin ve buna bağlı olarak teknolojinin gelişmesiyle ulaşılan nokta ruh hastasına daha iyi yaşam koşulları sağlamıştır. Psikofarmakolojinin gelişmesiyle ruh hastasını uzun süreler boyunca ve işlevsel halde toplum içinde tutabilmek olanaklı duruma gelmiştir. Bu, onun hem yaşam koşulları üzerine olumlu etki yapmıştır, hem de toplumun ruh hastasını algılayışında önemli değişikliklere neden olmuştur.(116,138)

Kuşkusuz köklü bir geçmişi olan bir toplumsal tutumun birden yerini yeni bir tutuma bırakması beklene-
mez, ancak günümüzde olumlu yönde büyük gelişmelerin olduğu söylenebilir. Geçmişten bugüne kalan en önemli olumsuzluk ruh hastasının hâlâ etiketlenmesi ve bu etiketi silmenin güçlüğüdür. Bu etiketlemeye karşı tepki olarak oluşan antipsikiyatri gibi akımlar toplumun olumlu yönde gelişen tutumunu bir yönden, olumlu bir yönden ancak olumsuz olarak etkilemişlerdir. Ruh hastalıklarının ve uygulanan tedavilerin bu akımlar tarafından sorgulanması psikiyatri etkinliğine yeni bir yön vermiştir. Bu yön olumlu kimi yeniliklerin ilk adımı olmuştur. Ancak sonunda ruh hastalığının varlığını reddetmeye varan bu akım, ruh hastasının tedavi şansını elinden alıp, onu henüz bir tedavi ögesi olmaya hazır olmayan toplumun içinde yaşamaya terk ederek, hem ruh hastası olan bireyin yaşam koşullarının kötüleşmesine hem de onu yeni yeni kabullenmeye

başlayan toplumun hoşnutsuzluğuna ve yeni benimsemeye başladığı bu tutumundan kuşku duymasına neden olmuştur. Yine de toplumun bugünkü tutumu ruh hastası açısından geçmişe göre daha olumludur. Toplum kurumsal tedaviden toplum içinde tedaviye doğru yön değiştirdikçe, hasta hakları savunucuları da kurumlardaki kötüye kullanımı ve yetersizlikleri sergilemekten çok, ruh hastalarının toplum içinde sıklıkla karşılaştıkları temel medeni haklarını kullanamama ve toplumun olanaklarından daha az yararlanabilme gibi sorunları ön plana çıkarmaktadırlar.(116,138)

Aile kurumunun yapısında ve ruh hastası olan üyesine bakış açısında meydana gelen değişiklikler de toplum karşısında ruh hastasının konumunu etkileyen önemli etkenlerdir. Geniş ailelerde ruh hastasının getirdiği yük paylaşıldığı için azalmakta ve aile hastayı daha kolay kabullenebilmektedir. Bu olumlu özelliğinin yanısıra geniş aileler tedavi konusunda da daha destekleyici olmaktadır. Çekirdek aileler ruh hastası olan üyeleri için daha çok toplumsal destek aramakta, böyle bir üyenin varlığı genellikle ailenin parçalanması ile sonuçlanmaktadır.(94,119)

4. 2. 4. Bir sosyal hizmet kurumu olarak psikiyatri kliniği

Psikiyatri kliniklerinin ruh hastalarını tedavi etmek dışında onların sosyal gereksinimlerine de yanıt vermesi geçmişte özellikle Batı ülkelerinde önemli bir sorun olmuştur. Ruh sağlığı sisteminin ruh hastalarını tedavi eden bölümü olan klinikler hem tedavi hem de sosyal iyileştirme etkinliğini bir arada yürütmeye

çalıştığıında büyük bir yük altında kalmaktadır. Bu nedenle yukarıda sözü geçen ülkelerde sisteme yeni kurumlar eklenmiştir. Gündüz ve gece bakımevleri, yarıyol klinikleri, ruh sağlığı danışmanları ve sosyal yardım kurumları bu tür kurumlardır. Bunlar, tedavi görevini üstlenmiş olan psikiyatri kliniklerinin hasta yükünü önemli ölçüde azaltmış ve buna bağlı olarak hizmetin niteliğinin artmasında önemli rol oynamışlardır.

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu tür kurumlar henüz gelişmediğinden ruh hastalarının sosyal sorunları kliniklerde çözülmeye çalışılmaktadır. Bu zorunluluk hem hasta yükünü arttırmakta ve buna bağlı olarak hizmetin niteliğini düşürmekte, hem de parasal açıdan topluma çok pahalıya mal olmaktadır. Özellikle tedavi edilen hastayı toplumsal koşulların uygun olması nedeniyle taburcu edememek, hemen tüm psikiyatri kliniklerinin başlıca sorunudur. Bu nedenle gerçekten tedaviye gereksinimi olan pek çok hasta, hastane kapılarına yığılmakta ve tedavi olanağı bulamamaktadır. Yine aynı nedenle sayıları ne kadar arttırılırsa arttırılsın sosyal hizmet uzmanları bir türlü eldeki sorunları çözmekte yeterli olamamaktadırlar.

Bütün bunlar göz önüne alınarak ruh hastası için hastaneden çıkıp toplum içinde yaşamaya başlayıncaya kadar sosyal hizmet alabileceği basamaklı bir kurumlar sisteminin oluşturulup bunun genel ruh sağlığı sistemine eklenmesi gereklidir. Bu alanda ülkemizdeki durum ve koşullarla, çözüm önerileri ileride ayrıca tartışılacaktır.

5- HUKUKSAL AÇIDAN PSİKİYATRİDE AYDINLATILMIŞ ONAM SORUNU

5. 1. Giriş

Etik alanındaki sorunların pek çoğu gibi psikiyatride aydınlatılmış onam da, hukuk bağlamında çözüm gerektiren bir sorundur. Çünkü etik, yaptırımları olan bir disiplin değildir. Etiği tek başına yasaya uygunluk olarak da tanımlamak olanaklı değildir. Eğer böyle olsaydı, bu tanım hem çok kolay hem de sınırları çok belirgin olurdu.(32) Etik sorunların tümü çatışma sorunlarıdır ve onları her zaman ilişkisellik bağlamında düşünmek gereklidir. İlişkisellik söz konusu olduğunda, "belli nedenler belli koşullarda belli sonuçları doğurur." ilkesini ampirik dünyada olduğu gibi kesin ve açıkça saptamak güçleşir. Bu bağlamda diyalektik düşünce ön plana çıkar. Etiğin konu edindiği çatışma sorunlarının yalnızca bir bölümü hukukun alanına girmektedir, çünkü etik yasanın ilgi alanı dışında bulunan insan davranışlarına da çeşitli açılardan bakar ve bunların nasıl olmaları gerektiği konusunda yorumlarda bulunur. Ancak olması gereken davranışları dayatamaz, kişiler etik duyarlılıkları ölçüsünde o davranışlara yönelirler. Oysa hukuk kişileri belirli bir biçimde davranmaya zorlar ve doğruları yaptırımlarla destekleyebilir. Bu bağlamda etik beklenen davranışları saptarken, yasa koyucu bu beklenen etik davranışları yasalar ve tüzükler haline getirebilir, bugünün etik ölçütleri yarının yasaları olabilir.(52)

Bu durumda hukukun etik sorunlara yaklaşımı etiğinkinden oldukça farklıdır. Hukuk sorunları varolan yasalardaki benzer durumlarla ilişkiler kurarak ve

temel bazı hukuksal kavramlara dayanarak algılar ve tanımlar. Bu yaklaşım kimi zaman sorunların daha açık bir biçimde anlaşılmasını ve çözülmesini sağlar, bazen de çözümün yeterince kapsayıcı olmamasına neden olur. Özellikle kişilik haklarını ilgilendiren sorunlarda, tutumları yalnızca kişilerin etik duyarlılıklarına bırakmak olanaksız olduğundan, hukukun bunları yasalarla belirlemesi ve yaptırımlarla desteklemesi kuşkusuz zorunludur. İki disiplin arasındaki yaklaşım farkı, yasal düzenlemenin çoğu zaman etik kaygının giderilmesi açısından yeterli görülmemesi ile sonuçlanmakta ve tartışmalar sürmektedir. Bir süre sonra tartışmalar yasanın geliştirilmesi ile sonuçlanmakta ve iki alan arasındaki dinamik ilişki süreklilik göstermektedir. Bu tezin konusunu oluşturan alandaki etik sorunlar ve bunlar üzerinde süre giden etik tartışma ve çalışmalar hukuku bir çözüm üretmek yönünde zorlamaya başlamıştır. Hem onun içeriği hem de bu zorlama nedeniyle konumuzun hukuk açısından da ele alınması gerekmektedir.

Hukuk disiplininin tanıdığı en temel hak yaşama hakkıdır. Tüm öteki haklar ancak yaşama hakkı gerçekleştiğinde anlam kazanır. Yaşama; kişinin fiziksel ve ruhsal yönden bozulmaya karşı direnmesini, iyileşme ve gelişmesini sağlayan iç iktidarı olarak belirlenmektedir. Kişinin organizmasının ve ruhsal bütünlüğünün varlığını sürdürmesi yaşamayı oluşturur. Yaşama hakkı ise, kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi, varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi demektir. Bu hak, kişiye başkasının yaşamına saygı

göstermek, kendi yaşamına ve ruhsal bütünlüğüne karşı da saygılı olmak ve korumak görevini vermektedir. Bu hak doğuştan gelen bir haktır ve temel hak ve özgürlükler içinde en önemli hak niteliğini de taşımaktadır.(22)

Yaşama hakkının gerçekleşmesi için en önemli koşul sağlık hakkıdır. Sağlık hakkı kişinin toplumdan ve devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan yararlanabilmesidir. Türk hukukunda 1961 Anayasası'nda 2. bölüm madde 14/1'de "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir." ve aynı Anayasa'nın 3. bölüm 49. maddesinde de "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir." denilerek bu haklar dile getirilmiştir.(22)(Koyu yazılar tezin yazarınındır.)

Hukuk disiplininin genel yaklaşımı ve temel ilkeler açısından bakıldığında, genel olarak tıp etkinliği içinde aydınlatılmış onam konusundaki en temel dayanağın bireylerin kişilik hakkının korunması ilkesi olduğu görülmektedir. **Kişilik hakkı mutlak bir haktır** ve bireyin bu hakkının her durumda tanınmasını ve ona saygı gösterilmesini yasalarla güvence altına almak, hukukun temel amaçlarından ve etkinliklerinden biridir. **Bu hakkın çiğnenmesi hukuk açısından sorumluluğun ana ögesidir.** Sorumluluk ceza hukuku açısından sorumlu bir şahıs tarafından, müspet ya da menfi bir hareketle meydana getirilen, ceza tehdidini taşıyan bir kanundaki

tarife uygun ve hukuka aykırı bir fiil şeklinde tanımlanan suçun, olağan bir sonucudur. Medeni hukukta ise suçun değil, zararın olağan sonucudur; kaynağını sözleşme ve haksız fiilden alır.

5. 2. Hukukta Sorumluluk ve Hekim

5. 2. 1. Ceza hukuku açısından

Bireylerin toplum içindeki yaşamını düzenleyen hukuk kurallarının kapsamına, insan yaşamını doğrudan etkilediği için, insanın sağlık ve yaşayışını etkileyen fiiller ve dolayısıyla hekimle hasta arasındaki ilişkiler de girmektedir. Tıp açısından sorumluluk kavramını ele aldığımızda iki tür sorumlulukla karşılaşmaktayız. Bunlardan birincisi tıbbi sorumluluktur. Tıbbi sorumluluk, hekimin, diş hekiminin, eczacının, ebenin, hemşirenin, ilaç üreticilerinin, sağlık teknisyenlerinin insan sağlığına yönelik eylemlerinden ve özel sağlık yasalarında düzenlenmiş suçlarından ötürü ortaya çıkan sorumluluklarını kapsayan çok geniş sınırlara sahip bir kavramdır. İkincisi olan hekim sorumluluğu ise, hekimin meslek uygulaması ve etkinliği sırasında bilerek, dikkatsizlikle, ihmal yoluyla hastalarına verdiği zararlardan, hekimlikle ilgili yasalara uymamaktan, teşhis ve tedavide gerekli ve en son bilimsel yöntemleri uygulamamaktan, mesleğindeki acemiliğinden ötürü sorumlu tutulmasıdır.(126)

5. 2. 2. Medeni hukukta

Hekimin medeni hukuk açısından sorumluluğu hekim-hasta ilişkisinin ve tıbbın konusunun özellikleri nedeniyle çok sorunludur. Hekimle hasta arasındaki ilişkinin hukukun tanımladığı anlamda bir sözleşmenin

sınırlarını büyük ölçüde zorlaması, bunun başta gelen nedenidir. Hekimle hasta arasındaki ilişkinin bir tür sözleşme niteliği taşıdığı ise genellikle kabul edilmektedir. Hekimin başladığı tedaviyi geçerli-"meşru" nedenler dışında yarıda bırakmaması, tedavi sonucunda ücrete hak kazanması bu sözleşmenin varlığının kesin nitelikleri olarak gösterilmektedir. Yine hekimin hastasına bakması, tedavi etmesi, bu sözleşmeyle olmakta ve hekim, hastasını özenle, sürekli, durumu hakkında bilgi vererek ve aydınlatarak tedavi etme yükümlülüğü altına girmektedir.

Hekim ve hasta arasındaki sözleşme 4 türlü olabilir:

1. İş - ya da hizmet sözleşmesi: Bu sözleşme daha çok serbest çalışan hekimler ve sigorta hekimleri için geçerlidir. Ancak yapılan işte, hukuka göre emreden ve emir alan kavramları olduğundan ve hekim hastanın emrinden çok, mesleğin ve bilimin gereğini yaptığından, bu tür sözleşme hekim-hasta ilişkisini tanımlamak için tümüyle uygun değildir.

2. Eser - ya da yapıt sözleşmesi: Yapılan takma bir organ, cihaz ya da estetik operasyonlar için geçerli olan bu sözleşme tüm tıp uygulamalarını kapsamaz.

3. Vekâlet - ya da akit sözleşmesi: Buna göre hekime başvuran hasta hastalığının tedavisi için talepte bulunmakta, hekim de bu talebin sınırları içinde hastanın namına hareket ederek, tıp verilerine uygun olarak uygulayacağı yolla tedavisini yerine getirmekte, dolayısıyla hastasına karşı, anlaşma gereğince kendisine yüklenen ve düşen hizmeti gerçekleştirmektedir.

Ancak bu sözleşmenin de hekim-hasta ilişkisini uygun biçimde tanımlayıp tanımlamadığı tartışmalıdır, çünkü bu sözleşme biçiminin temel özelliği, vekilin müvekkilini üçüncü şahıslara karşı temsil etmesidir. Oysa hekim tedavi ve müdahalelerinde kendi adına hareket etmekte ve kendisinden başka kimseyi temsil etmemektedir. Bu durumda kendisine karşı hastayı yine kendisi temsil eder duruma gelmektedir ki, bu da iki tarafın bulunması gereken sözleşmenin kendi tanımına uymamaktadır.

4. İstisna sözleşmesi: Bu sözleşme mesleğin uygulanışı sırasında çalışmaların ve faaliyetlerin hastaya bağlı olmayışı ve çalışma karşılığı bir ücret alınması dolayısıyla yapılan sözleşmedir. (126)

Görüldüğü gibi hekimin tüm eylemlerini bir tür sözleşmeyle açıklamak, hatta sözleşme kavramına uydurmak oldukça güçtür.

Medeni hukukta sorumluluk doğuran ikinci durum haksız fiildir. Haksız fiil, bir sözleşmenin dışında, hukukun korumadığı ve kanunun herkese yüklediği görevlere aykırı nitelikte bir fiil ile başkasına zarar verilmesi durumunda ortaya çıkar. Kasıt, ihmal ve tedbirsizlik sonucu kişiye verilen zarar bu tür sorumluluk doğurur. Medeni hukukta bu sorumluluk iki taraf arasında eşitlik bulunduğu zaman söz konusu olur, oysa hekim-hasta ilişkisinde hukuk açısından bu tür bir eşitlik bulunmamaktadır. Dolayısıyla hekim medeni hukuk açısından sorumlu tutulduğu zaman, ancak aşırı bir kusur sonucu tazminata hükmolunabilir.(126) Türk Borçlar Kanunu'nun 41. maddesi hekimin böyle bir durumda karşı karşıya kalacağı yaptırımını şöyle belirler;

ister bilerek ister ihmalle bir kişiye, hukuka aykırı olarak zarar verilirse, veren kişi zarara uğrayan kişinin zararını karşılamak zorundadır, yani sonuç tazminattır.(177)(Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

5. 2. 3. İdare hukuku yönünden

İdari hukuk yönünden hekim sorumluluğu ve bunun kapsamı dışında kalan hekimin kişisel sorumluluğu da vardır. Hekimin sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki kusuru, özellikle çalıştığı kurumun olanaklarından tamamen ayrılabilir nitelikte ise ve eylemindeki tıbbi noksanlık yalnız her türlü mesleki kurala değil, en basit vicdani emirlere de aykırılık derecesine gelmiş ise, kişisel sorumluluk söz konusu olur.(126) Bu tür sorumluluk etik açısından da önemlidir.

5. 3. Hastanın Onamı ve Bunun Genel Olarak Hukuka Uygunluğu

Hekimin hasta üzerindeki uygulamalarının hastada zarara yol açmadığı zaman bile hukukun genel ilkeleri açısından ve hukuka uygunluk yönünden dayandırılması gerekmektedir. Hekimin hasta üzerinde yerine getirdiği tüm müdahale ve ameliyelerin hastanın kişilik hakkını zedeleme olasılığı vardır. Bu nedenle hekimin eyleminin hukuka uygunluğu önemli bir tartışma konusudur. Hekiminin eylemlerinin suç olmadığı, çünkü bu gibi fiillerin hastanın rızası ile gerçekleştirildiği savı, hekimin eyleminin hukuka uygunluğunun dayanaklarından biri ve belki de en önemlisidir. Rıza olmaksızın yapılan tıbbi müdahalelerde ise hekimin kasten veya taksirle

gerçekleştirdiği sonuçtan sorumlu olacağı ve sonucun başarılı olması halinde dahi fiilin suç sayılacağı kabul olunmaktadır. Rızanın hukuka uygunluğu sağlayışının gerekçesi şöyle açıklanmaktadır: "kişinin kendi menfaat ve haklarında bilerek ve isteyerek tasarrufu başkalarının tasarruf sahasına tecavüz sayılmadığı için, kamu düzenini bozmaz; kamu düzeni kişinin rızası ile ve onun menfaati için yapılan fiillerin suç olarak kabul edilmesini gerektirmez."(22)

Sorunu kişi özgürlüğü açısından ele alanlara göre rızanın hukuka uygunluk sebebi olması, insan kişiliğine saygı gösterilmesi ve bireycilik temeline dayanmaktadır. Rızaya önem verilmemesi kişinin üzerinde tıbbi bir baskının kurulmasına yol açacaktır ki bu durum insanın kendi geleceğini bizzat tayin etme hakkını ortadan kaldıracaktır. Oysa herkes kendi vücudu üzerinde ancak kendi tasarrufta bulunabilir ve tehlikelere karşı ne şekilde hareket edeceğine gene kendisi karar verebilir. Tıbbi müdahalelerde de bu genel kuraldan ayrılmamak gerekir. Ancak kişinin kendi vücudu üzerindeki hakları da yaşam hakkı ve sağlık hakkı gibi çok temel haklarda olduğu biçimde sınırlıdır. Bu nedenle tek başına rıza, hukuka uygunluğu sağlayamaz. Hekimin eyleminin hukuka uygunluğunu sağlayan temel dayanak tıp biliminin ve uygulamasının hukuk düzenine aykırı olmaması ve bunun hekimin fiilinin hukuka aykırı olmadığı sonucunu doğurmasıdır. Hekimin buna dayanarak yaptığı eylem bir hakkın kullanılmasından oluşmaktadır ve bu nedenle hukuka uygundur.(22)

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13/1 maddesinde "Tabip ... ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve

gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontolojik bakımdan muaheze edilemez." demektedir.(166) Ancak rıza olmaksızın bu da tek başına yeterli değildir. Eğer yeterli olduğu kabul edilseydi, hekim her durumda hastayı zorla tedavi edebilirdi. Oysa 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi "Tabipler ... yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemerde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiler için bu muvafakatin tahriri olması lâzımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olamadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilâfına hareket edenlerden alakâdarın şikayetine bağlı olmak şartile on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezayı nakdi alınır." denilmektedir.(52)

Hukuk açısından hastanın rızasının aranmadığı özel durumlar özel kanunlarla açıklanmaktadır. Buna dayanarak, rızanın hukuk açısından hekimin hakkı kullanmaya dayalı eylemindeki hak ögesini tamamlayan, onun uygulanışını sağlayan bir unsur olduğunu söyleyebiliriz. Hekimin sorumsuzluğu esasta hakkın kullanılmasına dayanmakla birlikte, onun bu hukuka uygunluk sebebinden yararlanabilmesi için, kanunda belirtilen özel haller dışında hastanın rızasını alması gerekir. **Rızanın bir başka özelliği de hakkın sınırlarını belirlemesidir.** (22)(Koyu yazılar tezin yazarınındır.)

Rızanın hukuk açısından kabul edilebilir olması için hastalığını ve tedavi usullerini bilen, bunların

tehlikelerini karşılaştırıp değerlendirebilen hastadan alınmış olması gerekir. Hukukumuzda, hekimi hastaya bu bilgiyi vermekle yükümlü tutan uygulamalar bulunmaktadır. Örneğin Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 17.10.1964 tarihli ve 4925 sayılı kararında "(hekimin) yaptığı ameliyatın çok ağır sonuçlar doğurabileceğinin (hastaya) anlatılarak, onun bu muhtemel sonuçlara rağmen ameliyatı istediği konusunda muvafakati alınmış olması gerekir." denilmektedir.(22) Hekimin açıklaması, hastalığın sebepleri, nev'i, teşhisteki bulgular, uygulanacak tedavi usulü veya ameliyatın gerekliliği, mahiyeti, tedavi veya ameliyatta karşılaşılabilecek riskler ve ulaşılabilecek sonuç gibi geniş bir kapsamı içine almaktadır. Bu bilgi yasaca sınırlandırılmıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 14/2. maddesinde "Tabip ... hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyrinin saklanması uygundur." denilmektedir.(166) Tedavi yöntemi veya ameliyat açıklanırken de aynı sınırlılık söz konusudur. Açıklamanın teknik ayrıntılara girmeden ve hastanın anlayabileceği açık bir dille yapılması, tüm risklerin değil, olasılığı yüksek, gerçek risklerin söylenmesi uygun görülmüştür. Genellikle kabul edilen, açıklamanın sınırlarının tek tek hastalara göre belirlenmesi ve özel haller dışında açıklamanın hastanın kendisine yapılması gerektiğidir.

Rızanın hukuk açısından geçerli olabilmesi için ise şu koşullar öngörülmektedir:(22)

1. Hastanın rıza vermeye ehil olması gerekmektedir. Hukuk açısından ehliyet bir kişilik niteliği, bir yetenek olarak değerlendirilmektedir. Hukukta iki tür ehliyetten söz edilmektedir. Bunlardan birincisi **hak ehliyetidir** ve doğuştan gelen haklarla ilgilidir. İkincisi **fiil ehliyetidir** ve kişinin eylem ve davranışlarından sorumlu olmasıyla ilgilidir. Rıza fiil ehliyeti kapsamına giren bir kavramdır. Bir kişinin fiil ehliyeti olduğundan söz edebilmek için bazı koşulların varlığı gereklidir. Bunlar belli bir yaş (reşit olma), temyiz kuvveti (ayırtım gücü) ve fiil ehliyetine kısıtlılık getiren bir mahkeme kararının olmamasıdır.

Hastanın karşılaşılabileceği tedavi ve müdahaleleri, tıbbi fiilleri anlaması, değerlendirmesi ve bunların vücudu üzerinde uygulanmasını istemesi, onun bu konudaki ehliyetini ifade eder. Rızanın ehliyet yönünden geçerli olabilmesi için öncelikle hastanın razı olduğu hakkın sahibi olması gerekmektedir. Bu bağlamda hasta ancak sağlığını kazanmak için tıbbi müdahalelerin yapılması hususunda rıza verebilir. Hasta için önemli bir tehlike olduğunda hekim, hastanın rızasına karşı onu hayata kavuşturabilmek için girişimde bulunabilir.

Vesayet altında bulunanlar konusunda bu alanda önemli bir sorun vardır. Medeni Kanun vesayet altına alınanın şartlarını geniş olarak göstermektedir. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, israf, ayyaşlık, suiihal, suiidare, bir sene ya da daha uzun süre hürriyeti bağlayıcı bir ceza ile mahkum olma, ihtiyarlık, malul-

yet, tecrübesizlik vesayet için gerekli şartlardır. (177) Bu bağlamda belirtilen vesayet sebepleri daha çok kişinin malvarlığını korumak için konulmuştur. Kişinin sağlık ve hayatı üzerindeki hakkı gibi şahsa sıkı surette bağlı haklara uygulanmaları, bu hakların alanını önemli ölçüde daraltmak olacaktır. Bu nedenle bu sayılanlardan yalnızca ceza hukukundaki isnad kabiliyetini etkileyen sebeplerin 1219 sayılı kanunun kapsamında vesayet sebebi olarak kabul edilmesi önerilmektedir. (22)

Vesayet altında olanların vasilerinden rıza alınacaktır. Akıl hastası şayet vesayet altına alınmışsa, hastalığın tam ya da kısmi olduğuna, hastanın hastanede yatırılmış olup olmadığına veya şuurlu ya da şuursuz bir halde bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, vasisinin tıbbi müdahale için rızası aranacaktır. Şayet tıbbi müdahaleye tabi tutulacak kişi henüz vesayet altına alınmamış bir akıl hastası ise, bunun şuursuz olması halinde hekim, hastanın akrabalarından en yakınına muvafakat için başvuracaktır. Hastanın şuuruna sahip bir akıl hastası olması halinde ise rızası yeterli olacaktır. (134)

Tıbbi müdahalenin yapılabilmesi için gerekli rızanın verilmemesi halinde Medeni Kanunun 404. maddesi gereğince hâkim kararına başvurulabileceği gibi, acele durumlarda doğrudan doğruya müdahale de edilebilir. (177)

2. Hastanın rızasını serbestçe ve zorlayıcı etkilerin altında kalmaksızın bildirmesi gereklidir. Rızanın hastadan cebren veya hile ile alınması ya da hastanın hatasına dayanması onu geçersiz kılar.

Hukuk açısından, rızanın türleri farklı bağlamlarda haklı görülebilmektedir. Zımni (ima edilen) rıza gündelik uygulamalarda, hastanın uygulanacak yöntemi bilmesi muhtemelse; mefruz (farz edilen) rıza hastanın ifadeye muktedir olmadığı durumlarda, "mağdur bu durumu bilse idi muhakkak rızasını verirdi." ilkesine dayanarak kabul edilmektedir. Ancak hastanın ifadeye muktedir olduğu durumlarda, büyük ameliyeler için sarih (açık) rıza gerekmektedir. Özellikle büyük ameliyatlarda bu rızanın yazılı olması zorunludur. Rıza ameliyeden önce veya ameliye sırasında bildirilmelidir.(22)

3. Tıbbi müdahalelere maruz kalan şahsın rızasının geçerli olabilmesi için gerekli bir şart ta, müdahalenin razı olunan konu üzerinde gerçekleştirilmesi ve hastanın bu konu üzerinde tasarruf hakkına sahip olmasıdır.

Hekimin rızanın sınırları içinde kalması ve razı olunan konu ile ilgili müdahaleyi yaparken onun olağanüstü bir tehlike meydana getirme ihtimali ortaya çıktığında yeniden hastanın rızasını alması gerekmektedir.

Bazı durumlarda rıza önemli değildir. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar, zührevi hastalıklar böyle durumlardır. Bu gibi durumlarda toplumun yararı kadar bireyin yararı da amaçlanarak hasta zorla ya da onamı alınmadan tedavi edilebilmektedir. Akıl hastalıklarının bir bölümünün de bu gruba girmektedir. Örneğin uyuşturucu madde kullanımı böyle bir durumdur. Türk Ceza Kanununun 404/4. maddesinde açıklanan bu zorla tedavi yetkisinin Bayraktar (22) tarafından yorumlanan gerekçesi akıl hastaları açısından da önemlidir. Buna göre "uyuşturucu

maddeye karşı kişinin korunmasının sebebi bunların insan vücudu üzerindeki etkileridir; bu maddeler kişide bir alışkanlık yaratmakta ve zamanla kullanan kimse bunu devamlı aramakta, uyuşturucu madde olmaksızın en ufak bir faaliyet gösterememektedir. Böylece uyuşturucu maddeyi kullanan kimse belirli bir kültür ve toplum düzenini yürütemediği gibi, toplumun istediği gibi, toplumun istediği ölçüde sosyalleşememekte, kişiliği bozulmaktadır. Bu durumda zorla tedaviye karar verilmesinde toplumun ve kişinin menfaatleri birlikte bulunmaktadır." (22)

Tıbbi müdahalelerde bulunmanın hukuka uygunluğunun objektif sınırı "tıp meslek ve sanatının gerektirdiği şekilde hareket edilmesi, tecviz edilemeyecek mesleki bir hatanın yapılmaması, fiilin kanunlara, toplumdaki ahlaki inanışlara aykırı olmamasıdır. Bu sınır, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13/1 ve 13/2. maddelerinde "Tabip ... ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder." ve "Tababet prensiplerine ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır." biçiminde dile getirilmiştir.(166)

Tıbbi müdahalelerde bulunmanın hukuka uygunluğunun subjektif sınırı ise tedavi amacının bulunmasıdır. Bunu da Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13/3. maddesinde "Tabip,... teşhis, tedavi veya korumak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle akli veya bedeni mukavemeti azaltacak herhangi bir şey yapamaz." biçiminde belirtmiştir. Bu sınırları aşan hekimin eylemindeki hukuka uygunluk özelliği ortadan kalkar ve sorumluluk ortaya çıkar.(166)

5. 4. Hastanın Onamının Alınmamasının Hukuk Açısından İrdelenmesi

Konumuz bağlamında hekimin tıbbi müdahale için hastanın onamını almamasından doğan suçları tartışılacak, öteki alanlara değinilmeyecektir.

Hastanın rızasının alınmaması durumunda, bu rıza ile korunan hukuki menfaat (hastanın özgürlüğü ve kişiliği) çığnenmiş olur ve suç oluşur. Bu suçun faili hekim, mağduru hasta ya da onun vesayet altında olduğu durumda veli veya vasisidir. Hareket; her nevi ameliyeden önce hastanın rızasının alınmaması veya büyük cerrahi ameliyelerden önce yazılı rızanın alınmamasıdır. Bu bir ihmali suç oluşturur. Bu suç ancak şikayet olduğu zaman cezalandırılır. Şikayete hakkı olanlar hasta ve hasta küçük ya da vesayet altında ise veli veya vasisidir. Ancak şikayet hakkı kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olduğundan, küçük veya vesayet altındaki kimse de anlama ve isteme kabiliyetine sahip olduğu takdirde şikayette bulunabilir.(22) Görüldüğü gibi bu bağlamda aydınlatılmış onam hekimin eyleminin hukuka uygunluğunun temel ögesi olmaktadır.

Herhangi bir şikayet halinde, uygun biçimde rıza alınıp alınmadığı konusunda ispat külfetinin kime ait olacağı hukuk açısından tartışmalı bir durumdur. Genellikle kabul edilen, hekimin hukuka uygunluk sebebinin varlığından istifade etmesi dolayısıyla ispat yükünün ona düşeceği'dir. Bu konuyla ilgili olarak Yargıtay 4. HD.'nin kararı da bu yöndedir. Yargıtay 4.HD.'nin 7.3.1977/2541 sayılı kararına göre, "... muayenenin muhtemel sonuçları, riski davacıya bildirilmemiştir. Bu yönün ispatı doktora düşer. ... davalı hekim, aydınlatma

görevini yerine getirdiğini, bütün veri ve sonuçları tıp bilimine uygun olarak davacının anlayacağı biçimde bildirdiğini iddia ve ispat etmediğine göre meydana gelen ... zararlı sonuçtan sorumludur." (YKD., c.4 s.6 1978 s.909)(17)

Onamın alınmamış olması veya geçersiz sayılması hekimin hukuki ve cezai sorumluluğunun doğmasına yol açacaktır. Hastanın kendi istencine bağlı olan tedavi konusundaki kararları almak için hekime vekalet vermemiş sayılacağı bu durumda, tıbbi girişim kişilik hakkına bir saldırı olarak değerlendirilebilecektir. Böyle bir durumun saldırı sayılamayacağı haller de söz konusudur ve bunlar yasa ile saptanmıştır. Hekimin hastayı aydınlatma borcunun ortadan kalktığı durumlar da bulunmaktadır. Bunlar, hastanın kendi iradesiyle hekimi bu yükten kurtarması, acil durumlar, hastanın zaten bilgi sahibi bulunduğu durumlar, bilgi verilmesinin hastanın hayatını veya sağlığını ya da üçüncü kişileri çok ciddi biçimde tehlikeye düşürebileceği durumlardır. Bilgilendirmenin hasta için anlamını kaybettiği durumlarda da aydınlatma görevi ortadan kalkmaktadır.(17)

Günümüzde aydınlatılmış onam etik açısından sağlam dayanakları olan ve bazı ülkelerde yasal düzenlemelere girmiş bir uygulamadır. Hukuk açısından aydınlatılmış onamın tanımı hekimin hastaya bir işlemi açıklaması, zararlarını ve tehlikelerini bildirmesi, hastayı bilgiye dayalı bir seçim yapmaya yeterli kılmasıdır, ancak bu tanıma dayalı uygulamalar ve yasalar ülkelere göre farklılıklar göstermektedirler. Genel olarak kabul edilen, hastanın onamı olmaksızın yapılan herhangi bir girişimin farklı alanlar için kötü dav-

ranıştan saldırıya kadar farklı düzeylerde değerlendirilmesidir.(121,122)

Aydınlatılmış onamın farklı ülkelerde hangi hukuksal dayanaklara göre uygulandığına baktığımızda örneğin şunları görüyoruz.

Alman hukukunda, hekimin sağlık kazandırmak amacıyla da olsa hastaya uyguladığı her tıbbi girişim, hastanın beden bütünlüğüne yapılan bir saldırı olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle böyle bir girişime hukuk düzenince izin verilebilmesi için hekimin davranışını haklı gösterecek bir hukuka uygunluk nedeni gerekmektedir. Bu ise, hastanın bu girişime onam vermesidir. Bu onam ancak hasta neye onam verdiğini biliyorsa geçerli sayılabilir. O halde hekim hastanın geçerli onamını alabilmek için onu bilgilendirme görevini yerine getirmek zorundadır. Bu amaçla verilen bilgi, tıbbi girişimin yapılmaması durumunda hastanın sağlığını tehdit eden gerçek tehlikeleri ve girişimin türünü, içerik, ivedilik ve tehlikelerini içermelidir.(52)

Fransız hukukunda, bir kimsenin hekimin tedavisi altına girmeyi kabul etmesi, onun tüm yapacaklarına onam vermesi anlamına gelmemektedir. Eğer girişim herhangi bir risk içermiyorsa ima edilen onam kabul edilmekle birlikte, tehlikeli ve hastanın beden bütünlüğünü bozabilecek girişimlerde açık onam zorunludur.(52)

İngiliz hukukuna göre hekim-hasta ilişkisi sözleşme hukuku hükümlerine göre değerlendirilmektedir. Yasal olarak açık onam geçerlidir. Onam alındıktan sonra beklenmeyen bir durum ortaya çıktığında ya da bir başka tedavi yöntemine geçilmesi planlandığında hastaya bilgi verilmesi ve yeniden onamının alınması zorunlu-

dur. Son yıllarda, seçenek tedavi yöntemleri hakkında da hastayı bilgilendirmesi konusunda hekime yasal yükümlülükler getirilmiştir ve aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için, hekimin ve hastanın imzaladıkları ortak bir belgeyle alınması yöntemi benimsenmiştir.(52)

Amerikan hukukunda kişinin "kendi yazgısını saptama hakkı" ve "her bir kişinin kendi bedeninin uzmanı" olduğu düşüncesi ile "güvene dayalı ilişki" ilkesi, aydınlatılmış onamla ilgili yasal düzenlemelerin temelini oluşturmaktadır. Bu düzenlemeyle amaçlanan, bireyin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü, dolayısıyla kişinin dokunulmazlığını korumaktır. Aydınlatılmış onam ilkesinin yasalar ve hukuksal öteki sistemler içinde, en geniş biçimde düzenlendiği ülke A.B.D'dir. Buna dayalı uygulamanın da bu ülkede olgunluk düzeyine eriştiği söylenebilir. Bu bölümün sonunda bu yaklaşımın uygulamaya yansımaları, psikiyatri bağlamında ayrıntılı bir biçimde tartışılacaktır.

Yukarıda belirttiğimiz gibi, Türk hukukunda da tedavi iradesi hastaya aittir. Hasta bu iradesini belli sınırlar içinde kullanması için hekime vekalet vermektedir. Onamın geçerli olabilmesi için hastanın onam vermeye yeterli olması (yasal işlem yapma yeterliği), bunu özgürce açıklayabilmesi, onamın yalnızca kapsamına giren konuda kullanılması ve hastanın bu konuda tasarruf hakkının bulunması gerekir.

5. 5. Hukuk Yönünden Türkiye'de Psikiyatrideki Durum

Hukuksal metinlerimiz hekimin sorumluluğunu ve onun hukuka uygunluk koşullarından biri olarak hastanın rızasını tanımlarken sürekli olarak onun vücudundan söz etmektedir. İnceleyebildiğim metinlerde rasladığım ve hastanın üzerinde hakka sahip olduğu varlıkları betimlerken kullanılan sözcükler "beden", "vücut" ve "fiziksel bütünlük" terimleridir. Yalnızca sağlığın ve sağlık hakkının tanımlanması bağlamında ruhsal bütünlük terimi kullanılmıştır. Bu da bizi, hukuksal düzenlemelerimizin daha çok kişinin somut varlığı üzerinde somut gösterileri olan organik hastalıkları kapsadığı, özellikle cerrahi girişimleri vurgulayarak, onlarla ilgili sorunları çözmeye yöneldiği sonucuna götürmektedir. Bu hukuksal yaklaşım, yasa maddelerinin büyük bir bölümünde de ortaya çıkmakta ve bu maddelerin ruh hastalarını (çağdaş psikiyatrinin tanımladığı ve sınıflandırdığı biçimde) ne ölçüde kapsadığı ve onlara ne ölçüde uygulanabileceği konusunda gerek hukuksal gerekse etik açıdan kuşkulara yol açmaktadır. Bundan sonraki bölümlerde söz konusu hukuksal yapının psikiyatri alanında nasıl bir düzenlemeye yol açtığını tartışacağız.

Türk hukuk sisteminde ruh hastalarıyla ilgili özel bir yasa bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili yasal düzenlemeleri farklı yasaların içinde tek tek maddeler biçiminde bulmaktayız. Mevcut yasalarda bulunan maddeler de çok sayıda ve açık değildirler. (121,123)

Kanımcı bu konudaki hukuksal düzenlemenin en önemli eksiği, onun psikiyatri alanındaki hastalıkları

akıl hastalığı biçiminde tanımlaması ve bu sözcükle organik kökenli hastalıklarla psikozları kastetmesidir. Çağdaş psikiyatrinin ruh hastalığı tanımı ile hukuk sistemimizin akıl hastalığı tanımının ve algılamasının örtüştüğü, hatta önemli ölçüde kesiştiği bile söylenemez. Ancak tezin bu bölümünde, aradaki ayrımın vurgulanmasının gerektiği yerler dışında çoğunlukla hukuk diline bağlı kalınarak "akıl hastası" terimi kullanılmıştır.

Türk hukuku açısından psikiyatride aydınlatılmış onama baktığımızda iki temel sorunun söz konusu olduğunu görmekteyiz. Bunlardan birincisi **akıl hastalarının kişilik haklarının korunması**, ikincisi ise **toplumun akıl hastasının gerçekleştirmiş ya da olası kötü davranışlarından korunmasıdır**.

Bu iki temel konuyu incelerken hukukun temel aldığı ölçüt ise **akıl hastasının suç işleyip işlememiş olmasıdır**.

Suç işlememiş akıl hastası kişilerin kendi istekleriyle akıl hastanelerine başvurmalarına "ihtiyari" (isteğe bağlı) tedavi denir. Bu tedavi şeklinde akıl hastanelerine giriş ve çıkış hiçbir kayda bağlı değildir. Hastanın kendi isteğiyle hastaneye kabulü hekimin değerlendirmesi ve yatışa gerek görmesi ile olur. Hastanın çıkışı da yatışı gibi kendi isteğine bağlıdır. Suç işlememiş bir akıl hastasının yasalar karşısındaki konumu, çoğu zaman herhangi bir hastadan farklı değildir. Onun kişilik hakları da mutlak bir hak olarak yasaca tanınmakta ve bunlara saygı gösterilmesi güvence altına alınmaya çalışılmaktadır. Herhangi bir tıbbi girişim gibi ruh hekiminin uygulamaları da, belli

koşullar dışında ancak bazı gereklilikler yerine getirildiğinde bu hakların her ortamda korunması zorunluluğuna uymakta ve hukuka uygunluk koşulunu sağlamaktadırlar. Bu gerekliliklerin başında hastanın onamının alınması gelmektedir. Bu onamın hastanın özgür istencine dayanması, herhangi bir baskının söz konusu olmaması, konuyla ilgili yeterli ve doğru bilgiye dayanması ve açıkça ifade edilmiş olması gerekmektedir. Bu gereklilikler yerine getirilmediği ve kişilik hakları çiğnendiği zaman sorumluluğun ana ögesi oluşmaktadır.

Hasta kendi isteğiyle hastaneye yattıktan sonra;

1. Tedavi bitene kadar kendi isteğiyle hastanede kalabilir. Eğer iyileşme gerçekleşirse ve hasta, çevresi için tehlikelilik riski taşııyorsa taburcu edilir. Kalıcı bir hastalık söz konusu ise, uzun bir süre, kimi zaman ömür boyu hastanede tutulabilir. Bazı hastalar böyle bir uygulama hakkında görüş bildiremeyecek kadar iletişim kaybı içindedirler. Bunlarla ilgili kararları vasileri verir. Bazı hastalarsa uzun süreli yatırmayı kabul etmezler; o zaman hastanın durumuna göre zorla yatırma söz konusu olabilir.

2. Hasta önce rıza verip tedaviye başlar, ancak sonradan onu reddeder. Bu durumda eğer tedavi olmaması halinde hastalıkta bir ilerleme ya da tehlikelilik söz konusu olmayacaksa, hasta taburcu edilir; bunun tersi durumunda zorla tedavi edilir.

3. Hasta tedaviyi kabul eder, ancak belli bir yöntemle rıza göstermez. Bu durumda, varsa öteki seçenekler tartışılır; ya da hasta ikna edilmeye çalışılır.(133)

Bu noktada ruh hastası açısından en önemli özellik yukarıda "belli koşullar" biçiminde nitelendirilen durumlardır. Fiziksel hastalıkların söz konusu olduğu durumlarda, hastanın kişilik haklarını çiğnemeksizin, bazı gereklilikleri gözardı etmeyi haklı çıkaran en önemli koşul bilinç kapalılığıdır. Hastanın acil bir girişimi gerektirmesi ve bilincinin kapalı bulunması hekimi bu gerekliliklerin yerine getirilmemesinden doğacak sorumluluktan korur. Oysa akıl hastası için bilinç kapalılığı ender olarak acil girişimi gerektiren durumun bir ögesi konumundadır. Bu nedenle fiziksel hastalıklar için sıklıkla "acil tedavi" terimi kullanılırken, akıl hastalıkları için "cebri (zorla) tedavi" terimi kullanılmaktadır.

Suç işlememiş akıl hastalarının kendi istekleri dışında tedaviye alınmasına cebri (zorla) tedavi denir. Hastanın kendi irade ve arzusuyla başlayan bir tedavi de sonradan cebri tedaviye dönüşebilir. Cebri tedavinin amacı toplumsal güvenlik ve sağlıktır. Bu uygulamayla hastanın kendisine karşı ve toplumun hastaya karşı korunması hedeflenmektedir. Cebri tedavide ön koşul hastanın hastalığının kendisi ya da çevresi için bir tehlike oluşturmasıdır. Ancak burada çok önemli bir etik ve hukuk sorunu ortaya çıkmaktadır. Ne yargıç ne de hekim bir hastanın kısa ya da uzun erimde bir tehdit oluşturup oluşturmayacağını nesnel anlamda bilemez. Bu nedenle tehlikeliliği değerlendirmek, özellikle kendisinden bilirkişi olarak bu konuda yanıt beklenen ve bu yanıtta sorumlu tutulan hekim açısından hem zor hem de sorunludur. (134) (Koyu yazılar tezin yazarınınındır.)

Cebri tedavinin hukuk açısından önemi, bir kişinin suç işlemeden özgürlüğünden alıkonulması sonucunu doğurmasındandır. Kuşkusuz hukuk, bu tür tedavinin hukuk ve ahlak dışı amaçlarla kullanılabileceğini bilmektedir. Onun için bu tedaviyi kesin ölçütlere bağlamak için pek çok ülkede yasalar çıkarılmıştır. Tehlikelilik bu ölçütlerden yalnızca biri, ancak en önemlisidir.

5. 6. Zorla Yatırma ve Tedaviye Bir Örnek: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Uygulama

Akıl hastalarını zorla yatırılması ve tedavisi konusundaki en ayrıntılı yasal düzenleme ve uygulama A.B.D'nde bulunmaktadır. Bir bireyi kendi isteği dışında ya da isteğine karşın bir ruh sağlığı hizmetinden zorla yararlandırmak konusunu düzenleyen bu yasa ve yöntemler pek çok kez değiştirilmiş ve sonunda bugünkü durumuna gelmiştir. Bu değişimlerin temel özelliği zorla yatırma işlemini kesin yasal kurallara bağlama çabası ve karar verme modelinin hızla tıbbi modelden uzaklaşmasıdır.

A.B.D.'nde psikiyatri ile ilgili ayrı yasa oluşturma çalışmalarının ilk örneklerinden biri 1966 Pensilvanya yasasıdır ve içerik olarak bugün Türkiye'deki uygulamaya oldukça benzemektedir. Bu yasa-ya göre: 1. Herhangi bir birey adına, onun akli bozukluğu olması ve tedaviye gereksinimi bulması durumunda, zorla yatırma için yazılı başvuru yapılır. Bu başvuruyu kişinin yakınları, gardiyanı ya da herhangi sorumlu bir kişi yapabilir. Bu başvuru bir hafta içinde iki hekim tarafından değerlendirilir ve zorla yatışın gereği kabul edilirse onaylanarak hastanın durumu belgelenir.

Bu kişi şifa bulana kadar hastanede tutulur. Bu yolla zorla yatırılan kişinin durumu en az yılda bir kez hizmeti sunan profesyonel ekibin oluşturacağı bir kurul tarafından, tedaviye devam edilip edilmeyeceği konusunda değerlendirilir.(103)

Bu yasa ilk çıktığında modern dűřünceyi yansıtan yetkin bir model olarak kabul edilmişti. Buna göre akıl hastalığı da öteki hastalıklar gibi bir hastalık olarak görölmekte ve hekimin tanı ve tedavi yetkisi tam olarak tanınmakta idi. Böylece akıl hastaları yasadan ve hapisanelerden kurtularak tedavi olma olanağı kazanmakta idiler. Ancak bu yasa zorla yatırma konusunda tüm yetki ve sorumluluğu hekime bırakarak bir anlamda hukuku devreden çıkardığı için eleştiriler almıştır.(103)

1972'de bu yasa anayasaya aykırı bulunarak değiştirilmiştir. Bu değişikliğin gerekçesi; zorla hastaneye yatırma uygulamasının kişinin özgürlüğüne önemli bir müdahale olması, bu yolla hastaneye yatırılan kişilerin belirgin biçimde damgalanmaları, bu yatış sırasında yaralanma ve ölüm riskinin artması, kişinin oy verme, araba kullanma, bir mesleği sürdürme gibi önemli medeni haklardan yoksun kalmasının bu konuda mahkemelerin daha çok yetki üstlenmesini gerektirmesidir. Yeni oluşturulan yasaya göre, kişi ancak bu akıl hastalığından dolayı kendisi ve başkaları için bir tehdit oluşturduğu kanısını oluşturacak bir eylemde bulunursa ya da ağır bir yeti kaybı nedeniyle yaşamsal bir zarara uğrama riski varsa zorla yatırılabilir. Yatışı izleyen 48 saat içinde tarafsız bir yargıç tarafından yapılacak bir ön duruşmada, kişi yasal olarak temsil edilmekte ve bu süre içinde ona yeterliğini

azaltacak bir ilaç ya da yöntem uygulanamamaktadır. Bu duruşmanın sonucu kişinin kendisine ve çevresine bildirilmektedir. Bu 48 saatlik zorla yatırmanın sürüp sürmeyeceği ile ilgili olarak asıl duruşma 14 gün içinde yapılmakta ve bu konuda hastanın kendisini savunabilmesi için yeterli süre kalacak biçimde duyuru yapılmaktadır; bu duyuru zorla tedavinin temel dayanaklarını, tedaviyi öneren hekim ve bu yolda tanıklık yapacakların adlarını kapsamaktadır. Hasta tarafsız bir yargıcı ya da jüri önüne çıkmayı yeğleyebilmekte, yanında avukat bulundurabilmektedir.(103)

Kurum ya da eyalet, neden daha az sınırlayıcı bir tedavi yerine zorla yatırmanın yeğlenmesi gerektiğini açık, akılcı ve inandırıcı kanıtlarla ortaya koymakla yükümlüdür. Duruşma sırasında hastaya tanınan haklar bir ceza davasında sanığa tanınanlarla büyük ölçüde benzeşmektedir. Daha sonra mahkemelerdeki dava yükü göz önüne alınarak ön duruşma süresi 5 güne çıkarılmış ve bu duruşma hastanın isteğine bağlanmış; isteği olmasa bile, asıl duruşmanın 60 gün içinde yapılması zorunlu tutulmuştur. Herhangi bir yasal işlem yapılmaksızın bir kişinin zorla yatışa tabi tutulabileceği en uzun süre 60 gündür.(8,103)

Bugün bu yasa büyük ölçüde geçerli olmakla birlikte o da bazı değişikliklere uğramıştır. Bu değişikliklerin başında hastanın tehlikeliliğinin bir eylemiyle kanıtlanması zorunluluğu gelmektedir. Bu zorunluluk, meydana gelmeden engellenebilecek hasarların önüne geçilmesini olanaksız kıldığı için kaldırılmıştır; bugün hastanın tehlikelilik içeren eylemi dile getirmesi yeterli bulunmaktadır. İkinci

değişiklik, ağır yeti kaybının yaşamsal zararlarla sınırlandırılmasının kaldırılarak kendine bakamayan kişilerin zorla yatırılmasına olanak sağlanması olmuştur. Ağır yeti kaybı usavurma, anlama ve davranışta zihinsel bozukluğa bağlı belirgin bozulma, bilişsel ve sözel denetimde tekrarlayan ya da artan kayıp olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü değişiklik ise, tanınması ve ileriye dönük olarak saptanması güç olan ve hem etik hem de hukuk açısından sorunlara yol açan tehlikelilik ölçütünün yerine yeterlik ölçütünün zorla yatırmanın hukuksal dayanağı olarak önerilmesidir.(48) Ancak bu, henüz tam anlamıyla uygulamaya geçmemiştir. (77)

A.B.D. yasalarına göre acil durumlarda, onam vermeye yeterli olmayan hastaya, ancak eğer 12 saat içinde müdahale edilmemesi onun yaşamını tehdit edecek veya geri dönülmez bir hasara yol açacaksa ve bir hasta temsilcisinin onamı da sağlanamıyorsa onam alınmadan müdahale edilebilir. Acil tedavi onam alınmaksızın ancak 72 saat sürdürülebilir.(7, 9, 157)

5. 7. Türkiye'de Hukuk Açısından Zorla Yatırma ve Tedavi

Türk hukukunda bu konuda da açık bir kanun hükmü yoktur. Ancak bazı kanunlarda bu tür tedaviyi olanaklı kılan düzenlemelerden söz edilmektedir.(151)

1. 14. Nisan.1930 tarihli ve 1471 sayılı Belediye Kanunu'nun belediyenin görevleri ile ilgili 2. fasıl 15. maddesinde "Bırakılmış ve bulunmuş çocukları, delileri, dalanmış ve kudurmuşları, sokakta bayılanları,

kazaya ve afete uğrayanları koruyup gözetmek; muvakkaten herhangi bir ameliye için işfa veya istimal edebileceklere izin vermek," le belediyeleri görevlendirmektedir.

Aynı yasanın 45. maddesi ise belediyelere "tesisat ve teşkilatı ve mahalleri Sıhhat Vekaletince tayin ve tasdik edilmek şartıyla **tımarhane** açma ve işletme yetkisi vermektedir.(37)(Koyu yazılar tezin yazarınındır.)

2. 14.Temmuz.1934 tarih ve 2751 sayılı Polis Vazife ve Selâhiyet Kanunu'nun 16.Haziran.1985 tarih ve 3233 sayılı değişik 13. maddesi B bendinde "Uyuşturucu maddeleri alan, satan, bulunduran ve kullananları, halkın rahatını bozacak veya rezalet çıkaracak derecede sarhoş olanları veya sarhoşluk halinde başkalarına saldıranları," ve D bendinde "Bir kurumda tedavi, eğitim ve ıslahı için kanunlarla ve bu Kanunun uygulamasını gösteren tüzükle belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirlerin yerine getirilmesi amacıyla toplum için tehlike teşkil eden akıl hastası, uyuşturucu madde ve alkol tutkunu, serseri veya hastalık bulaştırabilecek kişileri yakalar ve gerekli kanuni işlemi yapar.(...) Haklarında ıslah veya tedavi tedbiri alınması gerekenler ilgili kuruma gönderilir." denilmektedir. Bu hüküme dayanarak polis kanunu ihlal etme ihtimali bulunduğunu düşündüğü kişilerle, hakkında bu yolda şikayet bulunan kişileri önleyici tedbirler altına alabilir. Yine bu hüküm dış dünyaya zarar verebilecek, halkı zarara uğratabilecek davranışlarda bulunan akıl hastalarını akıl hastanesine kaldırmak için polise yetki vermektedir.(38)

3. İl İdaresi ve Köy Kanunu'nda da "halkın huzuru korumak" ve "acizlere yardım ve tedaviye ihtiyacı olanlara tedavi imkanı" sağlamak yolunda hükümler bulunmaktadır. Bunlara dayanarak vali ve kaymakam devletin kolluk güçlerini akıl hastalarının tutulması ve tedaviye sevkî ile görevlendirebilmektedir.(151)

Suç işlemiş veya işlememiş akıl hastalarının tedavi için getirildikleri akıl hastanesine bazı sorumluluklar veren yasalar da bulunmaktadır. Türk Ceza Kanunu'nun bu konuyla ilgili 560 ve 561. maddelerine göre « muhafazası altında bulunan akıl hastalarını serbest bırakan veya kaçıklarını zamanında haber vermeyenler cezalandırılır.» demekle, bu biçimde hastaneye getirilen hastaların hastanede tutulması konusunda hekimi ve hastane idaresini sorumlu tuttuğunu göstermekte, aynı zamanda hekimi zorla tedavi konusunda karar veren kişi olmaktan çıkararak, zorla tedaviye ya da en azından zorla yatırmaya yasa koyucunun kendisi karar vermektedir. Aynı yasanın 562. maddesi bu suçun bir hekim tarafından işlenmesini ağırlaştırıcı neden saymaktadır. Ancak akıl hastasının ailesine teslim edilmesi serbest bırakmak sayılmamaktadır. Hastanın muhafaza için kime teslim edileceği ülkemiz açısından bir sorundur.(78) Medeni kanunun 355. maddesine göre akıl hastalığı sebebiyle hacir altına alınan birisi vasisinin denetimindedir. Bu maddede «başkasının emniyetini tehdit eden her reşit için vasi tayin edilir.» demektedir.(177) Ayrıca akıl hastaları için vasi tayin edileceği amir bir hükümdür ve her durumda vasi tayini gerekmektedir. 560. madde ancak bu koşulla işletilebilir.

Türk hukukunda akıl hastaları ile ilgili en açık hükümler suç işlemiş akıl hastaları ile ilgili olanlardır, ancak bunlar da büyük ölçüde tartışmalıdır. Suç işlemiş akıl hastalarıyla ilgili olarak Türk Ceza Kanunu'nun 46. ve 47. maddeleri bulunmaktadır. Bunların uygulanabilmesi için kişinin akıl hastası olup olmadığı, eğer akıl hastasıysa hastalığının derecesi önem kazanmaktadır. Bunların nasıl saptanacağı Türk Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu'nda açıklanmıştır. Buna göre sanık (ya da onun temsilcisi), savcı ya da yargıç akıl hastalığı savını ileri sürebilmektedir. Yargıç gerek görürse bilirkişi atayabilmekte, ancak uygun görmezse bilirkişi raporunu dikkate almayabilmektedir. (167) Bu konuda ayrıntılı bir değerlendirme bu tezin sınırlarını çok aşacağından burada yalnızca sözü geçen maddelere ve bunların anlamla ilgili neden oldukları sorunlara değinilecektir.

Türk Ceza Kanunu Madde 46. "Fiili işlediği zaman şuurunu veya hareketinin serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilemez.

Ancak bu şahsın muhafaza ve tedavi altına alınmasına hazırlık tahkikatında Sulh Hâkimi, ilk tahkikatta Sorgu Hâkimi ve son tahkikatta vazifeli mahkeme tarafından karar verilir.

Muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder. Yalnız maznuna isnadolunan suç, ağır hapis cezasını müstelzim ise bu müddet bir seneden az olamaz.

Muhafaza ve tedavi altına alınan şahıs; muhafaza ve tedavinin icra kılındığı müessesenin sıhhi heyetince, şifası tebeyyün ettiğine dair verilecek rapor üzerine aynı kazai mercice serbest bırakılır.

Bu husustaki rapor ve kararda, hastalığın ve isnadolunan suçun mahiyeti göz önünde tutularak, içtimai emniyet bakımından şahsın tıbbi kontrole ve muayeneye tabi tutulup tutulmayacağı, tutulacaksa müddet ve fasılası da gösterilir.

Tıbbi kontrol ve muayene; Cumhuriyet Müddeiumumilerince. kararda gösterilen müddet ve fasıllarla bu şahısların buldukları mahalde yoksa en yakın selâhiyetli mütehassısı olan hastane sıhhi heyetlerine sevk edilmeleri suretiyle temin olunur.

Bu tıbbi kontrol ve muayenede nüks arazları gösterenler hâkim veya mahkeme kararıyla yine muhafaza ve tedavi altına alınıp aynı muamelelere tâbi tutularlar.

Madde 47: Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketinin serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli mâlûliyete müptelâ olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir:

1. İdam cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis;
2. Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis;
3. Amme hizmetlerinden müebbet menüiyet yerine muvakkat memnuiyet; cezaları hükmolunur. Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir.

Madde 48. Suçu işlediği esnada ârızî bir sebepten dolayı 46 ve 47 nci maddelerde münderiç akli mâlûliyet halinde bulunan kimseler hakkında a maddelerdeki ahkâm tatbik olunur.

İhtiyari sarhoşlukla veya ihtiyari ile kullanılan uyuşturucu madde tesiriyle işlenen fiiller bu madde hükmünden hariçtir.(78)

Bu hükümlere gelen en önemli eleştiri, suç işlediği sırada 46. maddeye uygun düşecek biçimde "akıl hastalığına duçar olan" ve ağır cezayı gerektiren bir suç işleyen kimsenin, yargılanma sırasında ya da hükümde sözü geçen bir yıl içinde iyileşse de salıverilmemesini zorunlu kılışdır. Bu zorunluluk, hükmün akıl hastasının cezaya değil tedaviye ihtiyacı olduğu biçimindeki dayanağını ortadan kaldırarak, akıl hastanesini bir bakıma bir ceza kurumu haline getirmektedir.

6- KONUMUZUN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU

6.1. Genel Durum

6. 1. 1. Ülkemizde paternalizm ve psikiyatride hekim-hasta ilişkisi

Toplumsal yapısını paternalistik tutum biçimlerinin belirlediği öteki ülkelere olduğu gibi ülkemizde de hekim-hasta ilişkisinde hekim genellikle ilişkideki yetke ögesidir. Böylece, ilgili alanın doğasına uysun uymasın, hekimle hasta arasında işbirliğinden çok birinin ötekini yönettiği bir ilişki söz konusudur. Toplum bu ilişki biçiminin farklı örnekleriyle yaşamın her alanında sıkça karşılaştığı ve ona dayalı bir ekinç geliştirdiği için, böyle bir hekim-hasta ilişkisini yadırgaması ve varolan sistemi onu değiştirecek yönde zorlaması söz konusu olmamaktadır.

Her ne kadar ülkemizdeki psikiyatri uygulaması farklı kurumlarda oldukça farklı özellikler göstermekte ise de, paternalist ilişki biçimini oldukça yaygın bir biçimde gözlemek olanaklıdır. Farklılıklar kurumların fiziksel koşullarına ve hasta yoğunluklarına bağlı olduğu kadar, hatta daha sık olarak bireysel eğilimlere ve seçimlere bağlı biçimde ortaya çıkmaktadırlar. Psikiyatrinin bilimsel ve teknik düzeyi çağdaş uygulama ölçütlerine ulaşmış olmakla birlikte etik ölçütler açısından bu düzeye ulaşıldığını söylemek olanaklı değildir. Bu durum, özellikle aydınlatılmış onam alma uygulaması açısından son derece belirleyicidir.

Bir ruh hastasının tedavi olmak amacıyla ve kendi isteğiyle hastaneye başvurması durumunda, onun öteki

hastalardan farklı bir uygulamayla karşılaşmadığı söylenebilir. Böyle bir hasta, tüm öteki hastalar gibi, sağlık hizmetlerine ulaşmak konusunda birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bunlara ek olarak onu açısından sunulan hizmetin niteliğindeki yetersizlikler gibi sorunlar da söz konusudur. Türkiye'deki tıp uygulamasının en önemli sorunlarından biri, verilebilen sağlık hizmetinin niteliğindeki düşüklüktür. Bunun en önemli nedeni hasta yoğunluğunun fazla oluşudur. Psikiyatri de bu engelleyici yoğunluktan payını almaktadır. Hastaların bu denli yoğun biçimde hastanelerde yığılmasının nedeni ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde düzenlenmemiş olmasıdır. Öteki klinik tıp dallarında olduğu gibi psikiyatride de bu durum, sunulan hizmetin niteliğini ve niceliğini belirlemektedir. Bu yoğunluk, hekimin, kendi isteği ile başvuran hastadan yapacağı işlemler için aydınlatılmış onam almak gibi zaman alıcı bir uygulamayı, daha hekim-hasta ilişkisinin başında dışlamasına yol açmaktadır.

Psikiyatri alanında bu tür sorunları yaşayan öteki ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, çözüm için birinci basamak sağlık hizmetinde uğraş veren pratisyen hekimlerin, sık görülen ruh hastalıklarının tanı ve tedavileri konusunda eğitilmeleri için yeni programlar hazırlanmakta ve yaşama geçirilmektedir. Bu programların yaygınlaştırılması ve etkinlik kazanması ile özellikle hastayı ilk aşamada gören ve değerlendiren poliklinik hekimlerinin yükü büyük ölçüde hafifleyecektir.

Bugünkü durumda psikiyatri polikliniğinde çalışan bir hekim hastaya ancak çok kısa bir görüşme süresi

ayırabilmektedir. Oysa genel eğilimler göz önünde tutulacak olursa, hasta açısından da, hekim açısından da bu ilk görüşmenin önemi büyüktür. Hasta, ruh hekiminden ne bekleyebileceğini, aralarında nasıl bir ilişkinin, hangi koşullarda olanaklı olacağını, bu görüşmeyi veri olarak kabul edip değerlendirerek saptamaktadır.

Hekim açısından bu ilk görüşmede konulan tanı ve edinilen izlenim kolay değişmeyecek bir kümelenme işleminin temelidir. Hekimlerin tanıyı genellikle ilk görüşmede saptadıkları, bundan sonraki aşamalarda tanıyı önemli ölçüde değiştirebilecek sorgulamaları ya hiç yapmadıkları ya da böyle bir sorgulamayı gerektirecek verileri hastadan fazla etkilenmek, hastanın hekimi yanıltmaya çalışması gibi bazı gerekçelerle kuşkulu karşıladıkları, birçok araştırma tarafından ortaya konulmuştur.(99) Ayrıca hastanın zorla hastaneye yatırılıp yatırılmayacağına da genellikle poliklinikte onu ilk kez gören hekim karar vermektedir. Bu kararın hastanın durumuna uygun olup olmadığı hekim açısından da hasta açısından da önemlidir. Ayaktan izlenen hastaların daha uzun süre toplum içinde işlevsel halde tutulabilmeleri de poliklinik hizmeti veren hekimlere yüklenen bir sorumluluktur.

Görüldüğü gibi ülkemizde ruh sağlığı hizmetinin temel öğelerinden biri olan poliklinik hekimi önemli bir hizmet yükü altındadır. Bu denli ağır bir iş yükü altında olan bu hekimler için hastayı aydınlatmak ve onam almak gibi fazladan zaman ve çaba gerektiren bir uygulamayı gerçekleştirmek, ek yük getiren ve kısa erimde işlevsel olarak görmedikleri bir angarya durumunda kalmaktadır. Hasta da, söz konusu koşullarda he-

kimin kendisini bilgilendirmesini ve tedavi sürecine ilaçlarını düzenli almaktan başka bir biçimde katılmayı bekleyemeyeceğini sözlü ve sözsüz iletilerle anlamakta, hekimle ilişkisini bu iletilerin ışığında belirlemektedir. Ülkemizde öteki tıp alanlarında da bundan farklı bir durum söz konusu olmadığı için, hekimle bu biçimde ilişki kurmak hastanın öğrenmeleri ile uyumludur; dolayısıyla hasta bunu yadırgamamakta ve daha ileri bir beklenti içinde olmamaktadır.

6. 1. 2. Konumuzla ilgili olarak ülkemizde hastane bağlamındaki durum

Hastanın hastaneye yattıktan sonra da bilgilendirme ve tedavi sürecine katılma şansının artmadığını görmekteyiz. Aşağıda ayrıntıları ile tartışılacak çalışmamızda, tanısı ile ilgili bilgi sahibi olan hastaların büyük bir bölümünün bu bilgiyi tedavisinden sorumlu olan hekimden değil, öteki hastalardan öğrendiğini saptadık. Bu çalışmamız sırasında hekimlerin hastalara aldıkları ilaçlarla ilgili olarak verdikleri bilginin hastanın ilacı bırakmasına neden olabilecek, somut yan etkilerle (ağız kuruluğu, uyuşmalar v.b.) sınırlı kaldığını da gördük. Uzun erimde antipsikotiklerin neden olabileceği tardive diskinezi gibi bazı olumsuzlukların hastalar tarafından bilinmediği de saptamalarımız arasındaydı. Hastaların kendilerine yeterli bilgi verilmediğini bilmelerine karşın bu konuda ısrarlı olmamaları, ilgisizliklerinden çok son derece güç ulaşabildikleri sağlık hizmetinden yeterince yararlanmalarının engelleneceği kaygısı idi.

Kuşkusuz bizim araştırmamızın ülkemizdeki psikiyatri uygulamasının tümü konusunda çıkarımlarda bulunmak ve sonuçlara ulaşmak için yeterli kapsamda olduğunu söylemek güçtür. Ancak yine de araştırma sırasında Türkiye'deki psikiyatri etkinliğinin önemli bir bölümünü gözlemlemeye olanak bulduğumuzu söyleyebiliriz. Kendileriyle görüşme olanağı bulduğumuz hastaların büyük bir bölümünün en temel yakınması hekimlerin son derece az konuşmaları ve bu konuşmaların içeriğinin istenilen bilgiden çok sakinleştirici, umut verici ya da geçiştirici olması idi. Ancak hastalar bu özelliğin yalnızca ruh hekimlerinin değil, tüm öteki hekimlerin de genel bir özelliği olduğunu vurgulamakta idiler. Hastaların kendileriyle ilgili en önemli bilgileri öteki hastalardan almaları ve bunun neredeyse hasta için tek bilgi edinme yolu durumuna gelmesi, bazı çok önemli sorunlara neden olmaktadır. Bunun psikiyatrideki en belirgin örneğini EKT (Elektrokonvülsiv terapi) uygulamalarında görmekteyiz. Hastalar EKT ile ilgili yazılı onam vermelerine ya da herhangi bir yolla böyle bir onam elde edilmesine karşın onların bu işlemle ilgili bilgileri neredeyse tümüyle bu uygulamadan geçmiş öteki hastaların deneyimlerine ve verdikleri bilgilere dayanmaktadır. Belki de bu nedenle bilimsel olarak hastanın hiç acı duymadığı ve sonradan uygulama ile ilgili hiçbir şey hatırlamadığı kabul edilmekle birlikte hastalar bu tedavi biçimini kolayca kabul etmemekte, ondan korkmaktadırlar. Ülkemizde EKT'nin çok az sayıdaki merkez dışında anestezi olmadan yapılmasının, kendi isteğiyle hastaneye yatmış bile olsa, bazı hastaların bu tedavi biçimini kabul etmediklerinde pek çok hastanın bulunduğu bir ortamdan zorla

götürülmesinin de bu paylaşılan korkuda etken olduğu öne sürülebilir. Ancak korkunun asıl nedeninin, hastanın bu konuda açıkça bilgilendirilmemesi ve buna ek olarak bilgilendirmenin alışılmış bir uygulama olmaması nedeniyle, hastanın kendisine sağlanan bilgiye güvenmemesi olduğunu düşünüyorum.

Ülkemizdeki tıp uygulamasında hastanın bilgi alan değil, kendisi ile ilgili bilgi veren konumunda görülmesinin bir başka örneği de eğitim sürecinde ortaya çıkmaktadır. Hasta, hastanede yattığı sürece eğitim amacıyla gelen her hekime, onun hakkında yeterince bilgilensiz ve kimi zaman yatış uzunluğuna bağlı olarak defalarca bilgi vermektedir. Çoğunlukla bunu neden yapmak zorunda olduğunu öteki hastalardan öğrenmektedir; hangi hekimin kendi tedavisi ile ilgili hangi düzeyde sorumlu olduğunu ise genellikle tam anlamıyla kavrayamamaktadır. Buna ek olarak kendisi ile ilgili bilginin ne şekilde kullanıldığı ve kimlerle paylaşıldığı konusunda da hasta, (eğitim amaçlı psikoterapiler dışında) bilgilendirilmemektedir.

Bu bağlamda ayrı bir yerleri olan iki durumdan söz etmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi **alkol bağımlısı hastaların tedavisidir.** Bu hastalar, hastalıklarıyla ilgili bilgilendirilmeden ve onamları alınmadan tedaviye başlatılmamaktadırlar. Bu, ülkemizde alkol bağımlılarının tedavi edildiği hemen hemen bütün kliniklerde böyledir ve tedavi yönteminin bir gereği olarak görülmektedir. **İkincisi ise psikoterapilerdir.** Bu uygulamaların başlangıcında da hastaya tedavinin içeriği ve hastanın beklentilerinin gerçekçi olması için gereken bilgiler verilmekte, hastayla bir tür

anlaşma yapılmaktadır. Yalnız psikoterapideki bilgilendirme alkol bağımlılığının tedavisindeki kadar kapsamlı değildir. Örneğin hasta çoğunlukla kendisine tedavi uygulayan kişinin hekim olduğunu varsaymakta ve bu konuda yeterince aydınlatılmamaktadır.(132) Oysa bu kişi hekim olabildiği gibi kimi zaman bir klinik psikolog, kimi zaman da uzmanlaşmamış bir psikolog olabilmektedir. Ancak her iki uygulamada da **konumuz açısından önemli olan, bilgilendirme, onam alma ve ilişkideki sorumluluğu hastayla paylaşma gibi öğelerin tedavi yönteminin kapsamına alınmış olmasıdır.** Bu, uygulamanın başka durumlarda da gündelik uğraşın dokusuna yerleşebileceği konusunda umut verici bir durum olsa gerektir.

Ülkemizdeki ruh sağlığı uygulamasının en önemli sorunlarından biri de yetki kargaşasıdır. Bu kargaşa çok boyutlu bir tartışmayı gerektirdiğinden bu çalışmanın bağlamında temel bir sorun olarak ele alınmayacak, ancak aydınlatılmış onam açısından söz konusu edilecektir. Psikoterapi de öteki psikiyatri uygulamaları gibi hastanın onamının alınmasını gerektiren bir uygulamadır. Bu uygulamanın aydınlatma bölümünün öğelerinden biri de uygulamayı yapacak olan kişinin mesleki konumu konusunda hastayı bilgilendirmesidir. (86) Yasal açıdan psikoterapi alanındaki yetki kargaşası ne denli ciddi boyutta ise; aydınlatılmış onam bağlamında da yetkili yetkisiz pek çok kişinin, hastanın bilgilendirilmesinin alışılmış bir uygulama olmamasından yararlanarak konumunu gizleyip onu bir anlamda kullanması, o denli, hatta belki daha da ciddi bir sorundur.

6. 1. 3. Ruh hekiminin yetkisi ve zorla yatırma

Ülkemizde gerek ruh hekimlerinin gerekse hukukçuların kabul ettiği en önemli sorunlar, zorla hastaneye yatırma uygulaması sırasında ortaya çıkmaktadır. Bu konuda kaygı duyanlara son yıllarda etik alanında uğraş verenler de katılmıştır. Ancak her uğraş grubu bu alandaki sorunlara kendi açısından bakmakta, farklı kaygılar ve öncelikler taşımakta, farklı sonuçlara ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle sorunların çözülmesi için yapılan sınırlı katılımlı çalışmalar tarafları tatmin etmekten uzaktır.

Ruh hekimleri açısından bu konudaki temel sorun yetki ve sorumluluklarının yasayla kesin sınırlara kavuşturulmamış olmasından doğmaktadır. Hekimin hangi yetkiye dayanarak bilinci kapalı olmayan, acil yaşamsal bir tehlike karşısında bulunmayan, vesayet altına alınmamış ve özgürlüğü bağlayıcı herhangi bir suç işlememiş birini, (ki ülkemizde ruh hastalarının birçoğu bu durumdadır) zorla hastaneye yatırıp, orada tutup, tedavi edeceği belli değildir. **Zorla hastaneye yatırmanın zorla tedavi anlamına gelip gelmeyeceğinin** son derece tartışmalı olduğu bugünlerde, ülkemizde bu ayırımın hemen hiç dikkate alınmadığı görülmektedir. Yasalarımıza bakıldığında hemen herkesin bir başkasını ruh hastası olduğu savıyla hastaneye getirmesi, hatta bunu kolluk güçlerini yardıma çağırarak yapması olanaklıdır. Hastaneye getirilen böyle bir kişiyi muayene eden hekim hakkında yasada açıkça belirtilen tek hüküm, onu elinden kaçırmaması ve bu durumu hemen ilgililere bildirmemesi durumunda sorumlu olacaktır. **Bu hüküm, hekimin, hastayı kendisi gerek görmese ve hasta isteme-**

se de yatırmak zorunda olması gibi gelişkili bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Böyle bir hastanın taburcu edilmesi de bir başka sorundur. Ülkemizdeki ruh hastalıkları hastane ve klinikleri yıllardır ailesi bulunup teslim edilemediği için taburcu edilemeyen zorla yatırılmış hastalarla doludur. Görüldüğü gibi zorla yatırma konusundaki yasal boşluk çok boyutlu sorunlar yaratmaktadır.

Ruh hekiminin zorla yatırılmış bir hastayla ilgili olarak ikinci önemli sorunu, onunla ilgili yasal işlemler söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadır. Hastayı yaşamının belli bir döneminde, genellikle de belli bir süre için görmüş olan ruh hekiminden onun geleceği ile ilgili, hasta açısından son derece önemli ve belirleyici olacak kestirimlerde bulunması beklenmektedir. Hekim kendi vereceği bilgi ve kararların belki de bir daha hiç sorgulanmayacağını, yeni koşullara uygun olarak yeniden değerlendirilmeyeceğini bilerek görüş bildirmenin vicdani ve etik yükünü de taşımak durumunda kalmaktadır. Bu bağlamda, hastanın kendi seçmediği bir ruh hekiminin, onun yaşamını belirlemesi yasalarımızca olasıdır.

Zorla yatırılmış olsun olmasın ruh hekiminin bilirkişi olarak atanması durumunda da onun açısından sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumda genellikle hekimden sorulan, söz konusu kişinin geçmişe ya da geleceğe yönelik tehlikelilik durumunun var olup olmadığıdır. Bu denli saptanması güç ve ancak varsayımsal olarak yanıtlanabilecek bir sorunun yanıtından dolayı, hukuksal, ahlâki ve vicdani açıdan sorumlu tutulmak olasılığı hekim için ağır bir yüküdür. **Hekimin, mahkeme-**

nin istemesi durumunda, hastanın sırlarını açıklamak zorunda oluşu da onu etik açıdan zor durumda bırakan bir konudur. Ancak bu durum, yalnızca ülkemizde değil, tüm ülkelerde henüz çözülmemiş bir sorun olarak durmaktadır. Bu sorun açısından aydınlatılmış onam ilkesi, hastanın hekime bilgi vermeden önce bu olasılık konusunda aydınlatılarak, en azından sorumluluğun bir bölümünü hekimle paylaşmasının sağlanmasını savunarak bir çözüm önermektedir. Ülkemizde hekimin yasal olarak bilgi verme zorunluluğu altında oluşu ve aydınlatılmış onam uygulamasının yerleşmemiş oluşu nedeniyle hastalar çoğunlukla gizlilik haklarının çiğnenmesi durumuyla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Ruh hekimi açısından bir başka önemli sorun da, hastanın sosyal durumu ile ilgili sorunları çözmek için yeterince olanağa sahip olmayışıdır. Hastanede tutulması gerekmeyen ancak ruh sağlığının korunması açısından içinde bulunduğu çevreye geri gönderilmesi de sakıncalı görülen hastaların barındırılabilirlikleri kurumların olmayışı ve bu yoksunluğun getirdiği sorunları ruh hekiminin çözmesi yönündeki beklenti de, onu gündelik etkinliğinde zorlayan bir durumdur.

Yukarıdaki sorunların ışığında ruh hekiminin, konuyla ilgili bir yasa oluşturulması ve bu yasa ile yetki ve sorumluluklarının sınırlarının gerçekçi bir biçimde ve bilimsel olanaklara uygun olarak belirlenmesi yolunda bir beklentisi bulunduğunu söyleyebiliriz.

6. 1. 4. Ülkemizde hukuk açısından zorla yatırma

Hukukun zorla yatırılmış ruh hastaları ile ilgili sorunlara bakışı ise ruh hekiminkinden büyük ölçüde farklıdır. Bu alanda Türk hukukunda temel kaygı toplumu

ruh hastasının olası zararından korumaktır. Bugün ülkemizde süregiden uygulamanın hukukçular açısından en çok eleştirilen yönü suç işlememiş ruh hastasının hastaneden zorla yatırılabilirdiği ölçüdeki kolaylıkta çıkarılabilmesidir. Buna engel olacak bir yasanın oluşturulması için çaba harcanmasını isteyen hukukçuların sayısı az değildir.(134) Bu isteğin en önemli ve akılcı dayanağı, ruh hastalarının işlediği suçların, toplumda suç oranını azaltmak için alınan önlemlerle azaltılamayacak biçimde usdışı öğeler içermesidir ki, bugünkü yasaların ruh hastasını bundan alıkoymak için yeterli olmadığı ve önemli tutarsızlıklar içerdiği açıktır. İlgili yasalara göre, herhangi bir kimse suç işlememiş ruh hastasını kolayca zorla yatış uygulaması için hastaneye götürebildiği gibi ailesinden herhangi biri de sorumluluğu üstlendiğini belirten bir belge imzalayarak onu rahatlıkla hastaneden çıkarabilmektedir.(134)

Hukukçuların üzerinde durdukları bir başka önemli nokta, suç işlemiş ruh hastalarıyla ilgili yasal düzenleme ile ilgilidir. Hukukçuların bu yasal düzenlemenin getirdiği bazı hükümlerin, ruh hastanesini bir sağlık kuruluşu olmaktan çıkarıp bir ceza kurumu haline getirdiği yolundaki daha önce de sözü edilen eleştirilerine, etik alanında uğraş verenler de katılmaktadırlar.

6. 1. 5. Ruh sağlığının etik yönleri ve ülkemiz

Ruh sağlığı alanının etik yönleri konusunda ülkemizde pek az çalışma bulunmaktadır. Bunun en önemli bir nedeni, etiğin akademik bir uğraş olarak henüz çok yeni bir alan olması ve bu alanda çalışan az sayıdaki

kişinin çok sayıdaki etik sorunlarla ilgilenmek durumunda bulunmalarıdır. Ancak ruh hekimlerinin giderek daha çok kendi alanlarındaki etik sorunlara ilgi duymaya başladıkları gözlenmektedir.

Ülkemizdeki ruh sağlığı uygulamaları alanında, etik açısından en çok kaygı veren durum aydınlatılmış onam ilkesinin, içinde bulunulan koşullar ve ruh hastalıklarının yapısı nedeniyle uygulanamayacağı konusundaki yaygın kanıdır. Öteki az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de hastaların eğitim düzeyi oldukça düşüktür; bu nedenle haklarını tümüyle bilmeleri ve bunları kullanmaları, hekimlerden bilgi istemeleri ve tedavi sırasında paylaşımcı bir ilişki için onu zorlamaları söz konusu olmamaktadır.(2, 158) Ancak bu onların hastalıklarını ve tedavi yöntemlerini bilmek istemedikleri, uygun bir açıklamayı anlayamayacakları ve kendileri için mantıklı kararlar veremeyecekleri anlamına gelmesi gerektir. Bu tezin kapsamında bulunan araştırmanın alan çalışmaları sırasında hastalarından aydınlatılmış onam alma ilkesini benimsemiş az sayıdaki ruh hekiminin de belirttiği gibi, hasta bilgilendirildiği oranda tedavisine sahip çıkmaktadır. Yine bu hekimler, hastayla bu tür paylaşımın kendileri açısından oldukça anlamlı bir deneyim olduğunu da belirtmişlerdir.

Etik açısından bu alanda bir başka önemli sorun da araştırmalar konusunda yaşanmaktadır. Ülkemizde tıp alanında yapılan araştırmalardan çoğu üniversite hastanelerimizde, hastalar üzerinde uygulanmaktadır. Genellikle bu hastalardan tedavi için alınan ve hastaneye girişte kayıt sorumlusu tarafından hiçbir bilgi veril-

meksizin imzalatılan onam formu, araştırmalar için de geçerli sayılmaktadır. Oysa önceki bölümlerde söz edildiği gibi araştırma çok özel koşulları olan bir etkinliktir ve ilgili onam da bu bağlamda düşünölmelidir. Son yıllarda araştırmaları denetlemek için kurulan etik kurullar, aydınlatılmış onamı bir ayrıntı olmaktan çıkarıp anlamlı bir ölçüt haline getirecek yeterli kuralları oluşturamamışlardır. Bu alanda aydınlatılmış onamın içeriğini belirleyen kapsamlı bir yönetmeliğe/ tüzüğe gereksinim vardır. Gerek tedavi için gerekse araştırma için kullanılan onam formlarının yetersizliği de ayrı bir sorundur.

Etik açısından gerek ruh hastaları gerekse öteki hastalar yönünden en önemli sorunlardan biri de ölkemizde sağlıkla ilgili yasa ve tüzüklerin çok eskimiş olmaları ve çağdaş tıbbın gereksinimlerine yanıt verememeleridir. Özellikle, 1219 sayılı "Tababet ve şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun" ve "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" bu açıdan çok belirgin iki örnektir. Bu metinler tıpta paternalizmi destekleyen, hekim-hasta ilişkisinde hastayı edilgin durumda tutan ve bunu hastaya bilgi akışını sınırlayarak yaptığı için de bir anlamda aydınlatılmış onam uygulamasını engelleyen öğeler içermektedirler. Bugün çeşitli ek yasa ve tüzüklerle bu yasal düzenlemenin sınırları genişletilmeye, yetersiz oldukları alanlara yeni düzenlemeler getirilmeye çalışılmaktadır. Ancak kanımca bu çabalar temele yönelik değildir, çünkü bu yasal metinlerin yetersiz oldukları alanlarda tıbbın gösterdiği gelişmeler, tıbbın temel felsefesini ve dayanaklarını değiştirmiştir. Bu metinler bu temel felsefeyi yansıtmaktan yoksun olduklarından tümöyle gözden

geçirilmelidirler.

Görüldüğü gibi, gerek ruh hekimlerinin gerek hukukçuların gerekse etikle uğraşanların sonuç olarak geldiği nokta bu konuda kapsamlı bir yasal düzenlemenin gerekli olduğu ve bunun bir an önce oluşturulması gerektiğidir. Türkiye Cumhuriyeti, dünyada ruh hastaları konusundaki uygulamaları yasalarıyla belirlememiş iki ülkeden biridir. Yapılan bir çalışmada ülkemizin konuyla ilgili genel yasalardaki düzenlemeler açısından çalışmaya alınan ülkeler arasında Sudan'la birlikte en alt yeterlilik düzeyinde olduğu belirtilmiştir.(30) Bir yasanın oluşturulma zorunluluğu herkesce kabul edilmekle birlikte yasanın içeriği ve ulaşılmak istenen amaç konusunda yukarıda belirtilen farklı yaklaşım ve önceliklerin ışığında pek çok anlaşmazlık çıkması kaçınılmaz görünmektedir. Bugünkü duruma bakarak böyle bir çalışmanın disiplinlerarası bir etkinlik olarak başlatılması gerektiği söylenebilir.

6. 2. Ülkemizde Konuyla İlgili Sınırlı Bir Tutum Araştırması

6. 2. 1. Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı, ruh hekimlerinin ve ruh hastalarının hekim ve hasta hakları, aydınlatılmış onamın öğeleri olan bilgi aktarımı ve onam verme konularındaki bilgilerini ve tutumlarını saptamak, buradan elde edilen verileri karşılaştırarak hekimlerin ve hastaların birbirleriyle ilgili kanıtlarını ortaya koymaktır. Burada, hekim ve hasta hakları konularında ülkemizde geçerli olan koşullarla ilgili bilginin

düzeıı ve tutumların yaygınliğı saptanmaya çalışılmıştır. Aydınlatılmış onamın bilgi yönüyle ilgili olarak bilginin içeriğı, bilgilendirme zamanı ve aktarım biçimi üzerinde durulmuştur. Onamla ilgili olarak ise onamın gerekliliğı, alınış zamanı ve biçimi ile kapsamı üzerinde durulmuştur.

6. 2. 2. Gereç ve yöntem

Bu alışma iki denek grubuna yönelik olarak planlanmıştır. Ruh hekimleri ve ruh hastalarından oluşan bu iki gruba iki ayrı araştırma formu uygulanmıştır. Araştırma formları kendi kendine yanıtlama yöntemi ile doldurtulmuş; aldıkları tedavi nedeniyle ya da başka bir nedenle görme sorunu olan hastalara ise sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. Tüm araştırma, hazırlık, planlama, uygulama ve değerlendirme çalışmalarını kapsayacak şekilde 2 yıl sürmüştür.

Araştırma; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde 110 hekim ve 127 hasta üzerinde uygulanmıştır.

Araştırmanın tek merkezde yapılmamış olmasının nedeni, örneklem grubunun olası olduğu ölçüde ülkemizdeki farklı yaklaşım ve eğilimleri aslına uygun ve yaklaşık bir dağılımla yansıtmayı istediği idi. Sonuç olarak bu araştırmada Türkiye'de ruh hekimlerinin ve ruh hastalarının aydınlatılmış onam konusundaki tutumlarını tümüyle şaptayabildiğimiz söylenemezse de,

oldukça geniş ve heterojen bir grubun oluşturulabildiği ve bunun bazı temel saptamalar yapmaya olanak verdiği belirtilebilir.

Ülkemizde psikiyatri alanında daha önce bu türden bir araştırma yapılmamış olduğundan ve araştırmacı ve araştırma danışmanları yabancı bir araştırma formunu uygulamanın kimi yanıltıcı sonuçları olacağı konusunda görüş birliğine vardıklarından, özgün bir form oluşturulmuştur. Bu formun, hedeflenen bilgi ve tutumları güvenli bir biçimde yansıtıp yansıtmadığının araştırılması için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 37 hekim ve 50 hasta üzerinde pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın verilerine dayanılarak bazı sorular çıkarılmış, bazılarının söylemleri değiştirilmiş ve bazı yeni sorular eklenmiştir. Pilot çalışmada da araştırmacının uygulanma biçimi aynıdır.

Çalışmaya katılan ruh hekimlerinde meslek deneyimi konusunda bir denge gözetilmeye çalışılmış, ancak akademik uğraşta ilerlemiş çoğu hekime, zaman ayıramamaları nedeniyle ulaşılamamıştır. Bu nedenle örneklem grubunda çoğunluğu, henüz psikiyatri uzmanlığı eğitimi almakta olan ya da uzmanlığının ilk on yılı içinde bulunan ruh hekimleri oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalar için ön koşul okur yazar olmalarıdır. Tanı ile ilgili bir sınırlama yapılmamış, ancak tanı grupları arasında bir denge gözetilmeye çalışılmıştır. Acil durumda olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Hastaların, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiklerini belirtebilmeleri ve katılmamaları durumunda kendilerine herhangi

bir zarar gelmeyeceğini anlayabilmeleri için, en alt düzeyde de olsa iletişim kurma yetilerinin olması dikkate alınmıştır. Hekimlerin ve hastaların tümünden sözlü onam alınmıştır.

Özgün bir çalışma olan araştırma formunun hekimler için hazırlanan bölümünde 7'si demografik, 39 soru bulunmaktadır. Hastalar için hazırlanan form ise 9'u demografik, 39 soru içermektedir. Formun başında yanıtlayan kişiye katılmakta olduğu araştırmanın amacını açıklayan bir bölüm bulunmaktadır. Hasta formundaki demografik sorularla, kişisel özelliklerin saptanması yanında, hastanın yeterliğini kabaca değerlendirilmesi ve yönelimi ile ilgili bilgi edinilmesi de amaçlanmaktadır.

Çalışmayı oluşturan önermeler, altta yatan bilgi ve tutumlar açısından bölümlendirilmemiş; tersine, aralarında bağlantı kurulmasını güçleştirecek biçimde dizilmeye çalışılmıştır. Yanıtlayanın her önermede önceki yanıtından bağımsız olarak yeniden düşünmesi amaçlanmıştır. Bazı sorular ise tutuma dayanak oluşturan bilginin değerlendirilmesi amacıyla yöneliktir. İsteklerin dile getirilmesine olanak veren sorular genellikle bu isteğin dile getirilip getirilmediğini ya da gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini denetleyen sorularla tamamlanmıştır. Hasta formunun sonundaki üç soruyla ise gerçekte bu hastalar için varolan durum saptanmaya çalışılmıştır.

Ruh hekimlerine uygulanan formlar genel bir oturumda dağıtılmış ve hekimler bunları kendileri okuyup yanıtlamışlardır. Ruh hastalarına ise soruların araştırmacı tarafından kendilerine okunması olanağı

tanınmıştır. Ancak bu olanak okur yazar olup ta aldığı ilaçlar ya da başka bir hastalık nedeniyle görme bozukluğu olan hastalara sağlanmıştır. Bu uygulamada araştırmacı, yansız bir ses tonuyla ve yalnızca formda yazılı tümceleri okuyarak yanıtları elde etmiştir. Genellikle hastalar da toplu olarak formları doldurmuşlardır. Bu uygulama yanıtlar konusunda birbirlerini etkilememeleri için yeğlenmiştir. Ancak formu doldurmak için araştırmacıdan yardım alan az sayıda hasta da olmuştur ve onlarla tek tek görüşülmüştür.

Toplu uygulamalardan sonra hastalardan ve hekimlerden gelen istek üzerine, gerek araştırma ile gerekse genelde hasta hakları ve bu bağlamda psikiyatri uygulamaları ile ilgili olarak araştırmacınının da katıldığı söyleşiler yapılmıştır. Bu söyleşilerde, istatistiksel anlamı ölçülememekle birlikte, çok ilginç bazı gözlemlerimiz olmuştur.

Araştırma kapsamında kendilerine ulaşılan 110 hekim ve 127 hastadan bir bölümü çeşitli nedenlerle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu nedenler arasında soruların büyük bölümünü yanıtlamama, araştırmadan çekilme isteğini bildirme ve demografik soruları doldurmamış olma sayılabilir. Sayısal eşitlik de gözetilerek 100 hekim ve 100 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Soru formunda üç sorudan fazlasını yanıtızsız bırakanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin sayıbilimsel (istatistiksel) değerlendirmesi Gazi Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü'nde Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı-SPSS ile yapılmıştır.

Elde edilen verilerin yüzde dağılımları alındıktan sonra, bilgilendirme ve onam verme ile ilgili yanıtlar hastalarda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, uğraş ve medeni durum gibi, hekimlerde yaş, cinsiyet, görev yaptığı kurum, akademik durum ve meslek deneyimi gibi bağımsız değişken olarak alınan kişisel özelliklerle karşılaştırıldı. Yüzde oranları alındıktan sonra sayıbilimsel olarak farkların anlamlılık düzeylerini belirlemek için nonparametrik testlerden Ki-kare (x) yöntemi kullanıldı.

Araştırmanın tüm verileri, hesaplamalar ve sayıbilimsel analiz sonuçları 3.5 inç HD diskettedir ve tezin yazarında saklıdır.

6. 2. 3. Bulgular

6. 2. 3. 1. Demografik veriler

Araştırmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 65 yaş arasında değişmektedir. Hastaların yaş ortalaması 35.20 bulunmuştur. Tüm hastaların % 31'i 18-29 yaş grubunda, % 31'i 29-39 yaş grubunda, % 29'u 39-49 yaş grubunda, % 9'u ise 50 yaş ve üstünde bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların % 49'u erkek, % 51'i kadındır.

Hastaların % 43'ü ilkokul eğitimi almış, bunların % 21 ilkokulu bitirmiştir. % 33'ü ortaöğretim görmüş, ancak % 27'si liseden mezun olmuştur. Yüksek öğretim görenlerin oranı % 24'dür. Bunlardan % 23'ü yüksek eğitimi bitirmiştir.

Hastaların % 29'u ev kadını, % 8'i işçi, % 23'ü memur, % 28'i serbest meslek sahibi ve % 12'si

öğrenciler de içinde olmak üzere öteki uğraş sahipleri-
dir.

Araştırmaya katılan hastaların % 37'si bekâr, % 48'i evli, % 11'i eşinden ayrılmış, % 4'ünün ise eşi ölmüştür

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları 25 ile 63 arasında değişmektedir. Hekimlerin yaş ortalaması 30.85 bulunmuştur. Tüm hekimlerin % 56'sı 18-29 yaş grubunda, % 36'si 30-39 yaş grubunda, % 8'i ise 40 yaş ve üzerinde bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 55'i erkek, % 45'i kadındır.

Katılan hekimlerin % 45'i üniversite hastanelerinde, % 55'i devlet hastanelerinde çalışmaktadır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin % 75'i araştırma görevlisi, % 24'ü uzmandır.

Örneklem grubunun meslek deneyiminin tıp fakültesinden mezun olduğu yıldan başladığı kabul edilmiştir. Bunun nedeni, hekimin aydınlatılmış onam konusundaki deneyim ve uygulamasının tüm hekimlik yaşamına yayılmış olduğunu kabul etmemizdir. Araştırmamıza katılanlardan % 83'ü 10 yıl ve daha az meslek deneyimi olan hekimlerdir. 10 yıldan daha deneyimli hekimlerin oranı % 17'dir.

6. 2. 3. 2. Hastalardan bilgilendirme, karar verme etkinliği, hasta-hekim hakları ve onamla ilgili olarak elde ettiğimiz bulgular

Hastalara hekimlerle ilgili olarak görüşlerini sorduğumuz sorularda; araştırmaya katılan hastalardan % 46'sı hekimlerin kendilerini anlamak konusunda yeterli olmadıklarını belirttiler, % 25'i bu konuda kuşkululu idi, % 29'u ise hekimlerin kendilerini anladığına inanıyordu.

Hastaların % 77'si aynı sorun için birden çok hekimin görüşünü almayı istiyordu ve bu tutumla yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (p=0.01901) Aynı örneklem grubunda hastaların % 71'i gideceği hekimin eğitimi ve deneyimi konusunda bilgi edinmeye çalışıyordu.

Hastalara bilgilendirme açısından sorduğumuz sorulardan elde ettiğimiz bulgular şöyledir;

Araştırmaya katılan hastalardan % 89'u ruh hekiminin tanı konusunda kendilerine bilgi vermesi gerektiğini belirtmektedir. % 11'i ise böyle bir gerekliliğin genellikle olmadığını belirtmektedir. Araştırmaya katılan hastalardan hiçbiri ruh hekiminin tanı konusunda hastasını bilgilendirmesinin tümüyle yanlış olduğunu düşünmemektedir. Bu tutum yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından değerlendirilmiş, anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p>0.01)

Hastalardan % 56'sı tanı konusunda konuşmak için ilk görüşmenin uygun olduğunu düşünürlerken % 30'u ilk görüşmenin uygun olmadığını belirtmişlerdir. % 14'ü ise bu konuda kesin bir kanı belirtmemiştir.

Hastaların gereklilik konusundaki bu düşüncelerini eyleme dönüştürüp dönüştürmediklerini anlamak için, tanı konusunda hekime soru sorup sormadıklarını araştırdık. Hastaların % 75'i sorduklarını, % 19'u sormadıklarını, % 6'sı ise bazen sorduklarını belirttiler. Bu oranlarla yaş, cinsiyet ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.01$)

Oysa aynı örneklem grubunda hastaların % 50'si hekime tanı konusunda soru sormak istediklerini ancak çekindiklerini belirttiler. Hastaların % 31'i ise böyle bir çekingenliğin söz konusu olmadığını belirttiler. % 19'u ise bazen böyle bir çekingenliğin söz konusu olabileceğini söylediler. Hekime tanı konusunda soru sormaktan çekinme ile ilgili olarak da yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum incelenmiş, anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.01$)

Hastalara hekimlerin tanı ile ilgili konuşmak konusunda ne kadar istekli göründüklerini sorduğumuzda % 53'ü hekimlerin bu konuda istekli davrandıklarını belirtmiştir, % 36'sı ise isteksiz olduklarını belirtmiştir. % 11'i ise bu konuda kararsız kalmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 87'si tedavisi konusunda yeterli ölçüde açıklayıcı bilgi almaya hakkı olduğunu düşünmekteydi. Tüm örneklem grubunun yalnızca % 13'ü böyle bir hakkı olmadığına inanmaktaydı.

Aynı hastaların % 50'si bugüne kadar gittikleri hekimler tarafından bilgilendirildiğini belirtti, % 22'si hiçbir zaman bilgilendirilmemişti. % 28'i ise bazen bilgilendirilmiş bazen bilgilendirilmemişti.

Hastaların % 70'i verilen bilgiyi doğru olarak anladığını belirtti, Yalnızca % 7'si verilen bilgiyi anlamıyordu. % 23'ü ise bazen anladığını bazen anlamadığını belirtti. Aynı hastaların % 79'u verilen bilgiyi anlamadığı zaman sorduğunu belirtti, tüm hastaların yalnızca % 13'ü verilen bilgiyi anlamadığı zaman sormamaktaydı. Hastaların verilen bilgileri anlamasıyla ilgili olarak yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile ilgili olarak yapılan inceleme aralarında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. ($p>0.01$) Oysa özellikle eğitim durumunun bir fark oluşturması beklenirdi. Verilen bilgiyi anlamadığı zaman sorma konusunda da yaş ve cinsiyet açılarından bir fark saptanmamıştır. ($p>0.01$) Ancak eğitim açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0.06167$)

Aynı hastalardan % 52'si "anlamadığınız bilgiyle ilgili olarak size uygun geleni işaretleyiniz" biçimindeki bir sonraki soruya ise anlamadıklarında sormaya çekinmeyecekleri biçiminde yanıt vermişlerdir. "Her zaman çekinirim." diyenlerin oranı yalnızca % 11'dir. Aynı örneklem grubunun % 26'sı "nasıl olsa daha sonra anlarım." diyerek beklediğini belirtmiştir. % 50'si ise hiçbir zaman beklemediğini söylemiştir. Nasıl olsa hiçbir zaman anlamayacağını düşünerek bilgi almayı düşünmeyenler ise hastaların % 10'unu oluşturmaktadır. % 80 oranında hasta böyle bir düşüncenin kendilerine hiçbir zaman uygun olmadığını belirtmişlerdir. Hastaların hemen tümü verilen bilgiyi anlamadığında hekimden yeniden anlatmasını beklemektedir. (% 86)

Örneklem grubumuzdaki hastalara tedavilerinin yararları ve yan etkileri ile ilgili bilgi almak isteyip

istemediklerini sorduğumuzda % 96 oranında böyle bir bilgiyi istediklerini belirttiler. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve medeni durum gibi kişisel özellikleri açısından bu soruya verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.01$)

Hastalığı ve tedavisi ile ilgili tüm gerçekleri bilmek isteyip istemediklerini sorduğumuzda ise, % 89 oranında "bilmek isterim." biçiminde yanıt aldık.

Hastaların % 99'u hekimin hastayı ilgilendiren konularda onun doğru karar verebilmesi için yeterli bilgi vermesi gerektiğine düşünürken, aynı grubun % 78'i bunun hekimin gerekli gördüğü bilgi olmasının yeterli olmadığını, hekimin onun sorularını da yanıtlaması, zaman içinde olup bitenlerden onu haberli kılması gerektiğini belirtmektedir. Hekimin her durumda yeterli bilgi vermesinin gerekmediği yolunda görüş bildirenler yalnızca % 1 iken ve hiçbir zaman böyle bir bilgi vermesinin gerekmediğini düşünen hiç kimse yokken, bunun bazı durumlarda hekimin gerekli gördüğü bilgi olmasının yeterli olduğunu, hekimin onun sorularını da yanıtlaması, zaman içinde olup bitenlerden onu haberli kılması gerekmediğini düşünenlerin oranı % 10'dur. Bunun tümüyle doğru olduğunu düşünen kimse bulunmamaktadır.

Hastalığıyla ilgili bilgi verici yazılı bir belge isteyip istemedikleri konusunda sorduğumuz soruya hastalarda % 88'i "isterim." biçiminde yanıt verdi. Bunu işlevsel bulmayanların oranı % 12 idi. Bu konuda aldığımız yanıtları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, uğraş ve medeni durum açılarından karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark bulunmadığını saptadık. ($p>0.01$)

Hastalardan karar verme ve onam konusunda elde ettiğimiz verileri de şöylece sıralayabiliriz:

Kendileriyle ilgili kararlara katılmaları gerekip gerekmediği konusunda sorduğumuz soruya hastalardan % 85'i "katılmalıyım." yanıtını vermiştir. % 15'i ise "katılmam gerekmez." demiştir. Aynı hasta grubu tedavileriyle ilgili seçim yapmalarının uygun olup olmadığı konusundaki sorumuza % 41 oranında "seçimi benim yapmam uygun olur." derken % 41'i "uygun olmaz." diye yanıt vermiştir.

Tedaviye katılmak konusunda verilen yanıtlarla cinsiyet ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunurken, (cinsiyet için $p=0.11755$, eğitim durumu için $p=0.10835$) yaş ve medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,01$) Seçim yapma konusunda ise yalnızca yaş açısından anlamlı bir fark bulunmuş, ($p=0.11754$) öteki açılardan anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.01$)

Hastalara, hekimlerin kendileriyle ilgili konularda aileleri ile konuşacağı zaman haber verip izin almalarının gerekip gerekmediğini sorduk. % 62'si izin alınması gerektiğini, % 31'i ise buna gerek olmadığını belirtti. Bu yanıtları yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve uğraş açılarından incelediğimizde anlamlı farklara rastlamadık. ($p>0.01$)

Hastalardan % 42'si önerilen tedaviyi kabul etme haklarının olduğunu belirtirken, % 53'ü böyle bir haklarının olmadığını bildirmişlerdir. Eğitim durumu ile bu yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0.11113$) Yaş, cinsiyet, medeni durum ve uğraş açılarından ise böyle bir anlamlılık söz konusu

olmamıştır. ($p > 0.01$)

Aynı örneklem grubu tedavisini reddettikleri hekimin kendilerini bırakıp bırakamayacağını sorduğumuzda % 50 oranında "bırakamaz" yanıtı vermişlerdir. % 38'i "bırakabilir" derken % 11'i "bazı koşullarda bırakabilir." demektedirler.

Örneklem grubumuzdaki hastalardan % 65'i önerisinin kabul edilmemesi durumunda, hekimin anlayış göstermesini, % 74'ü daha sonraki aşamalar için yol göstermesini beklemektedir. Buna karşılık % 34'ü anlayış görme konusunda, % 25'i ise yol gösterme konusunda bu tür bir beklenti içinde bulunmamaktadır.

Hastalardan % 63'ü hekimin önerdiği tedaviyi kabul etmeleri için kendilerine baskı yaptığında kendilerini zor durumda kalmış hissettiklerini belirtmişlerdir. % 28'i ise böyle bir duygu yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalardan hakları ile ilgili olarak aldığımız yanıtları ise şöylece sıralayabiliriz:

Hastalara hasta olarak haklarının neler olduğunu bilip bilmediklerini sorduğumuzda % 50'si bilmediğini belirtti, % 19 biraz bildiğini, % 31'i ise tam olarak bildiğini belirtti.

Haklarını kullanıp kullanamadıklarını sorduğumuz aynı türdeki başka bir soruya ise % 34'ü "kullanıyorum.", % 39'u "kullanamıyorum.". % 26'sı ise "bazen kullanabiliyorum." yanıtını verdi.

Bu yanıtları kişisel özellikleriyle karşılaştırdığımızda haklarını bilme ve kullanma konu-

sunda bunlar arasında yanıtlar açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. ($p>0.01$)

Hastalara hastaneye yatışlarında tedaviye izin verdiklerini belirten bir belge imzalayıp imzalamadıklarını sorduğumuzda % 72'si böyle bir belge imzalamadığını, % 28'i imzaladığını belirtti.

Bu belgeyi imzalamadan önce hastalıklarıyla ve tedavileriyle ilgili bilgi alıp almadıklarını sorduğumuzda ise % 67'si almadığını, % 32'si aldığını belirtti. Bu iki yanıt arasındaki bağlantıyı incelediğimizde farkın çok güçlü bir anlamlılık taşıdığını saptadık. ($p=0.00247$)

Aynı gruba hastanın haklarını kullanmasının onun hekimle olan ilişkisini olumlu yönde etkileyip etkilemeyeceğini sorduk. % 85'i olumlu etkileyeceğini düşündüğünü belirtti.

6. 2. 3. 3. Hekimlerden bilgilendirme, hasta-hekim hakları ve onamla ilgili olarak elde ettiğimiz bulgular

Araştırmamızın ruh hekimleri üzerinde uygulanan bölümünde bilgilendirme ile ilgili olarak elde ettiğimiz bulgular şöyledir;

Hekimlerle ilgili olarak yaptığımız araştırmada, katılan ruh hekimlerinin % 95'i hastayı bilgilendirmenin kendileri için önemli olduğunu belirtmiştir. % 5'i ise bilgilendirmeyi bazen önemli bulmaktadırlar. Bilgilendirmeyi önemsiz bulan hiçbir hekim bulunmamaktadır.

Aynı örneklem grubundaki hekimlerin % 56'sı hastaların hem tanı hem de tedavi konusunda böyle bir bilgiyi istediklerini belirtmişlerdir. % 18'i hastaların bilgi istemediklerini, % 26'sı ise bazen istediklerini belirtmişlerdir.

Katılan hekimlerin % 76'sı tanı, % 91'i tedavi konusunda hastasını bilgilendirdiğini belirtmekte idi. %24'ü tanı, % 9'u da tedavi konusunda hastayı zaman zaman bilgilendirdiklerini belirtmişlerdir. Hastayı tanı ve tedavi konusunda bilgilendirmediğini belirten hiçbir hekim olmamıştır. Hekimlerin hastayı tanı ve tedavi konusunda bilgilendirmeleri ile ilgili olarak yaş, cinsiyet, meslek deneyimleri, akademik durumları ve görev yaptıkları kurumlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.01$)

Hastaların verilen bilgiyi anlayıp anlamadıkları konusunda sorduğumuz sorulara hekimlerin % 42'si tanı konusunda, %50'si tedavi konusunda "anlıyorlar" biçiminde yanıt vermişlerdir. Tanı konusunda % 40'ı, tedavi konusunda ise % 33'ü bazen anladıklarını; tanı konusunda % 18'i, tedavi konusunda ise % 17'si ise hiçbir zaman anlamadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların tanı ve tedavi konusunda verilen bilgiyi anlayıp anlamadıkları konusyla ilgili olarak hekimlerin meslek deneyimleri ve akademik durumları açısından anlamlı fark saptadık.(Tanı için meslek deneyimi $p=0.03609$, akademik durum $p=0.06023$; Tedavi için meslek deneyimi $p=0.02507$, akademik durum $p=0.04344$) Çalıştıkları kurum açısından ise anlamlı bir fark saptamadık. ($p>0.01$)

Hekimlere hastayı bilgilendirmek için yeğledikleri zamanı sorduğumuzda % 53'ü ilk görüşmeyi

yeğlediğini belirtti. % 18'i ise ilk görüşmeyi yeğlememekteydi. % 29'u bazen ilk görüşmeyi yeğlediğini belirtti.

Araştırmaya katılan hekimlerden % 95'i hastaya kullandığı ilaçların yan etkilerini reçeteyi düzenlerken anlattığını belirtti. % 5'i ise bunu bazen yaptığını söyledi. Reçeteyi düzenlerken hastaya kullanacağı ilaçların yan etkisini anlatmadığını belirten hiçbir hekim yoktu.

Hekimlere, ilacın kesilmesi ya da değiştirilmesi ile yan etki arasında kurdukları bağlantı ile ilgili sorular sorduk. % 87'si yan etkilerin tedaviden beklenen yararı aşan riskli boyutlara ulaşması halinde ilacı keseceğini ya da değiştireceğini belirtti. % 12'si ise yan etkilerin yararı aşan bir risk içerdiği bazı durumlarda bunu yapacağını belirtti. Yan etkilerin yararı aşan riskli boyutlara ulaşması halinde tedaviyi hiçbir biçimde değiştirmeyeceğini söyleyen hekim olmadı.

Aynı konuda hekimlerin % 33'ü hastanın yan etki konusunda direktmesi halinde ilacı keseceğini ya da değiştireceğini belirtti. % 46'sı bazı durumlarda ilacı keseceğini ya da değiştireceğini söyledi. Hastanın ilacın yan etkisi konusunda direktmesinin hiçbir şekilde tedavisini etkilemeyeceğini söyleyen yalnızca 1 hekim olmuştur.

İlacın kesilmesi veya değiştirilmesi konusundaki kararlarıyla ilgili olarak hekimleri meslek deneyimleri, akademik durumları ve görev aldıkları kurumlar açısından inceledik. Yan etkilerin beklenen yararı aşması ile ilgili olarak meslek deneyimi açısından anlamlı fark bulunduğunu ($p=0.11329$), akademik durum ve

görev aldıkları kurum açısından fark bulunmadığını saptadık. ($p>0.01$) Hastanın yan etki konusunda direktmesi ile ilgili olarak ise meslek deneyimi ve akademik durum açılarından anlamlı fark bulunmuştur. (Meslek deneyimi için $p=0.0248$; Akademik durum için $p=0.00140$)

Verilen bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığının denetlenmesi konusunda hekimlere sorduğumuz sorulara % 64'ü böyle bir denetleme yaptıklarını belirten yanıtlar verdiler. Katılan hekimlerin % 92'si hastanın verdiği bilgiyi yeterince anlamadığını saptadığında yeniden çaba harcayacağını belirtti. Katılan hekimlerin % 31'i böyle bir denetlemeyi bazen yaptığını, % 8'i ise bazen yeniden çaba harcadığını belirtti. Verdiği bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını denetlemeyen ya da hastanın anlamadığını saptadığında yeniden çaba harcamadığını belirten hekim bulunmamaktadır.

Bu yanıtları meslek deneyimi ve hekimin görev yaptığı kurum açısından değerlendirdiğimizde gerek anlamayı denetleme gerekse yeniden çaba harcama konusunda meslek deneyimi açısından anlamlı bir fark olmadığını ($p>0.01$); anlamayı denetleme ile ilgili olarak hekimin görev yaptığı kurum açısından anlamlı bir fark bulunduğunu ($p=0.07861$), ancak yeniden çaba harcamak konusunda böyle bir fark bulunmadığını saptadık. ($p>0.01$)

Hekimlere bilgilendirmenin onların klinik uygulamasının bir bölümü olup olmadığını sorduk. % 93'ü bunu klinik uygulamanın bir parçası olarak değerlendirdiğini belirtti. % 7'si bazen klinik uygulamanın bir bölümü olarak değerlendirebileceğini belirtti. Bilgilendirmenin klinik uygulamanın bir parçası olmadığını söyleyen hekim yoktu.

Hekimlere, hastayla ilgili konuları hasta yakınlarıyla konuşacakları zaman, hastaya bu konuda bilgi verip vermediklerin sorduk. % 83'ü bilgi verdiğini belirtti. % 17'si ise bazen bilgi verdiğini bazen vermediğini bildirdi. Bu yanıtları meslek deneyimi, hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açılarından incelediğimizde, hekimin çalıştığı kurumla anlamlı bir ilişki kurulduğunu saptadık. ($p=0.05080$) Hekimin akademik durumu ve meslek deneyimi açılarından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.01$)

Hastanın bilgilendirilmesinde etkili olan öğelere ilişkin sorularımıza ruh hekimlerinin verdikleri yanıtları şöylece sıralıyabiliriz. Hekimlerin % 73'ü hastaların hastalıklarının izin verdiği ölçüde bilgilendirilebileceğini düşünmektedir. % 15'i ise bu açıdan hastalığın etkili olmadığını belirtmiştir. % 12 oranında hekim hastalığın bazen önemli olduğunu söylemiştir. Aynı örneklem grubundaki hekimlerin % 49'u bilgilendirmedeki başarısının hekimin yeteneğine bağlı olduğunu düşünürken, % 21'i bunun etkili bir öğe olmadığını düşünmektedir. Hekimlerin % 30'u ise hekimin yeteneğinin bazen önemli olduğunu belirtmiştir.

Hekimlerin bilgilendirme ile ilgili yorumlarını onların meslek deneyimleri ve akademik durumları açısından karşılaştırdık. Gerek hastanın hastalığını (p_1), gerekse hekimin yeteneğini (p_2) önemli bir öğe olarak görme ile ilgili olarak akademik durum açısından anlamlı fark bulduk. ($p_1=0.05627$, $p_2=0.07424$) Meslek deneyimi açısından ise hekim yeteneğini etken olarak görme ile ilgili olarak anlamlı fark varken, ($p=0.11486$) hastanın hastalığıyla ilgili olarak fark bulunmamıştır.

Hastanın kimin tarafından bilgilendirileceği konusundaki sorumuza hekimlerin % 39'u bilgilendirme işleminin, ekibin hekim dışındaki üyeleri tarafından üstlenilemeyeceği biçiminde yanıt vermiştir. % 43'ü bazen üstlenebileceklerini, % 18'i ise genellikle üstlenebileceklerini belirtmişlerdir. Bu yanıtlarla ilgili olarak yaş, cinsiyet, akademik durum ve meslek deneyimi açılarından anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0.01$) Hekimin görev yaptığı kurum açısından anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0.01637$)

Hastalara verilen bilginin tedaviyi olumsuz etkileyip etkilemeyeceğini sorduğumuzda hekimlerin % 59'u böyle bir riskin genellikle söz konusu olmadığını belirtmiştir, % 35'i ise bazen verilen bilginin tedaviyi olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir. Böyle olumsuz bir etkinin sıklıkla söz konusu olduğunu düşünen hekimlerin oranı % 6'dır. Bu yanıtları meslek deneyimi ve hekimin görev yaptığı kurum açısından inceledik. Aralarında anlamlı bir ilişki bulmadık. ($p>0.01$)

Ruh hastalarının bilgi istememelerinde hastalıklarının etkili olup olmadığıyla ilgili sorumuza, araştırmaya katılan ruh hekimlerinin % 49'u "etkili olmaktadır." yanıtını vermiştir. % 34'ü "bazen etkili olmaktadır.", % 17'si ise "hiçbir zaman etkili olmamaktadır." demektedir. Bu yanıtları hekimlerin görev yaptıkları kurumlar ve meslek deneyimleri açısından incelediğimizde her iki açıdan da anlamlı fark bulunduğunu saptadık. (Meslek deneyimi için $p=0.10419$; Çalışılan kurum için $p=0.00302$)

Hastanın bilgilendirilmesinde zaman kısıtlılığının önemini sorduğumuzda hekimlerden % 42'si

bunun genellikle sorun yarattığını belirtmişlerdir. % 31'i bu sorunu bazen yaşadığını, % 27'si ise genellikle böyle bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Bu soruya verilen yanıtları meslek deneyimi, hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açısından ele aldığımızda meslek deneyimi ve akademik durum açısından anlamlı bir fark olmadığını saptadık. ($p>0.01$) Hekimin çalıştığı kurum açısından ise anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($p=0.00302$)

Hastalara olduğu gibi hekimlere de bilginin standart bir form aracılığıyla sağlanmasının uygun olup olmayacağını sorduk. Hekimlerin % 34'ü böyle bir formun yararlı olacağını, % 39'u bazen yararlı olabileceğini, % 27'si ise hiçbir zaman yararlı olmayacağını belirttiler. Bu yanıtları yaş, hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açısından inceledik. Akademik durum açısından anlamlı fark bulduk. ($p=0.09094$) Hekimin yaşı ve çalıştığı kurum açılarından ise anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0.01$)

Hekimlerin, hastanın onamıyla ilgili sorulara verdikleri yanıtları incelediğimizde şu bulguları elde ettik.

Araştırmamıza katılan ruh hekimlerine, hastalarının önerdikleri tedaviyi kabul etmemesi durumunda, onunla öteki tedavi seçeneklerini tartışıp tartışmayacaklarını sorduğumuzda, hekimlerin % 68'i öteki seçenekleri de belirtip tartışacaklarını söylediler. % 24'ü bazen böyle bir tutum benimseyeceğini belirtirken, % 8 böyle bir tutum benimsemeyeceğini bildirdi. Bu yanıtları meslek deneyimi, hekimin çalıştığı kurum, akademik durumu, yaşı ve cinsiyeti

açısından incelediğimizde; hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açılarından anlamlı bir fark olmadığını saptadık. Yaş (p1) ve cinsiyet (p2) açılarından ise anlamlı fark bulduk. (p1=0.02152; p2=0.05796)

Önerilen tedavinin reddedilmesi ile ilgili etkenler konusunda görüşlerini sorduğumuzda, hekimlerin % 30'u bunun hastanın hastalığının ciddi oluşundan kaynaklandığını belirtmiştir. % 20'si bu görüşe karşı görüş bildirmiş, % 50'si ise bazen hastanın hastalığının ciddi oluşunun tedaviyi reddetmesine neden olabileceğini belirtmiştir.

Aynı örneklem grubunun % 35'i hasta ile kurulan ilişkinin sağlıklı olmayışını, hastanın tedaviyi reddetmesi için önemli bir etken sayarken, % 57'si bunun yalnızca bazı durumlar için geçerli bir etken olabileceğini belirtmiştir. % 8'i ise bunun tedavinin reddi açısından bir etken olmadığını söylemiştir.

Bu yanıtları meslek deneyimi ve hekimin çalıştığı kurum açılarından incelediğimizde hastanın tedaviyi reddetmesini onun hastalığının ciddi oluşu ile ilişkilendirme açısından hekimler arasında anlamlı bir fark saptamadık. (p>0.01)

Hastanın tedaviyi reddetmesinden sonra, hekimin daha sonraki aşamalar için ona yol göstermesinin gerekip gerekmediği konusunda sorduğumuz soruya hekimlerin % 77'si "yol göstermesi gerekir." biçiminde yanıt vermiştir. Tüm örneklem grubunun yalnızca % 3'ü bunun gerekmediğini belirtmiştir. Hekimlerin % 20'si ise bazen yol gösterici olmanın gerekebileceğini belirtmiştir.

Ruh hekimlerine hastanın ya da onun temsilcisinin onamı olmadan herhangi bir tedavi girişiminin başlatılıp başlatılamayacağını sorduk. % 51'si bunun olamayacağını belirttiler. % 39'u böyle bir durumun bazen söz konusu olabileceğini belirttiler. % 11'i ise bunun sıklıkla olabildiğini belirtmiştir. Bu yanıtları meslek deneyimi, çalışılan kurum, yaş cinsiyet ve akademik durum açılarından incelediğimizde meslek deneyimi açısından anlamlı olabilecek bir fark bulduk. ($p=0.11682$) Akademik durum, çalışılan kurum, yaş ve cinsiyet açısından ise anlamlı bir fark saptamadık. ($p>0.01$)

Ruh hekimlerine hekim ve hasta haklarıyla ilgili olarak da bazı sorular sorduk. Bunlardan aldığımız yanıtlardan elde ettiğimiz bulguları şöylece sıralayabiliriz.

Öncelikle hekimlere, hastanın önerdikleri tedaviyi kabul etmesini beklemeyi bir hak olarak görüp görmediklerini sorduk. % 39'u bunu bir hak olarak gördüklerini belirtti. % 26'sı bazen bunu bir hak olarak gördüğünü, % 35'i ise bunu hiçbir zaman bir hak olarak görmediğini söyledi.

Hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda, onu bırakmaya haklarının olup olmadığını sorduğumuzda ise, % 35'i böyle bir hakkının olduğunu, % 29'u olmadığını, % 36'sı ise bazen olabileceğini bildirdi. Bu yanıtları meslek deneyimi, hekimin çalıştığı kurum ve yaş açılarından incelediğimizde; meslek deneyimi (p_1) ve hekimin çalıştığı kurum (p_2) açılarından anlamlı bir fark olduğunu saptadık. ($p_1=0.02358$; $p_2=0.02473$) Yaş açısından ise anlamlı bir fark bulmadık. ($p>0.01$)

"Hasta hakları"nın hekim-hasta ilişkisinde hastayı korumak için gerekli olup olmadığını sorduğumuzda, hekimlerin %84'ü gerekli olduğunu, % 2'si gerekli olmadığını, % 14'ü ise bazen gerekli olabileceğini söyledi. Bu yanıtları meslek deneyimi ve hekimin çalıştığı kurum açısından değerlendirdik, anlamlı bir fark saptamadık.($p>0.01$)

Hastanın haklarını kullanmasının onun hekimle olan ilişkisini nasıl etkileyeceğini sorduğumuzda, ruh hekimlerinin % 54'ü olumsuz rol oynamayacağını, %41'i bazen olumsuz rol oynayabileceğini belirtti. % 5'i ise genellikle olumsuz rol oynayacağını düşünmekteydi. Bu yanıtları meslek deneyimi, cinsiyet, hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açısından değerlendirdiğimizde hekimin çalıştığı kurum ve cinsiyeti açısından anlamlı bir fark göremedik.($p>0.01$) Meslek deneyimi (p_1) ve hekimin akademik durumu (p_2) açılarından anlamlı bir fark saptadık.($p_1=0.01686$; $p_2=0.00490$)

Gündelik tıp uygulamasında hem hekim-hekim, hem de hekim-hasta ilişkisinin bir arada bulunduğu, ancak genellikle hastadan bağımsız olduğu düşünülen konsültasyon işlemi ile ilgili olarak hekimlere bazı sorular sorduk. Bunlardan ilki hekimin bu işlem için hastadan izin alıp almadığı idi. Hekimlerin % 35'i bu işlem için hastadan izin almadığını, % 38'i izin aldığını, % 27'si ise bazen aldığını bazen almadığını belirtti.

Hastanın kendisine konsültasyon yapılmasını hekimden isteyip isteyemeyeceğine hekimlerin % 28'i "isteyemez.", % 31'i "isteyebilir." demiştir. % 41'i ise bazen isteyebileceğini belirtmiştir.

Her iki sorunun yanıtları ile ilgili olarak meslek deneyimi, hekimin çalıştığı kurum ve akademik durumu açılarından karşılaştırma yapılmıştır. Konsültasyon için hastanın iznini almak konusunda meslek deneyimi ve akademik durum açılarından anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0.01$) Hekimin çalıştığı kurum açısından ise anlamlı fark bulunmuştur. ($p=0.01134$) Hastanın konsültasyon işlemini başlatmasıyla ilgili olarak ise yukarıdakilerden hiçbiri açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastanın konsültasyon işlemini kabul etmemesi durumunda hekimin onu bırakıp bırakamayacağını sorduğumuzda, hekimlerin % 56'sı hastayı bırakamayacağını, % 14'ü bırakabileceğini, % 30'u ise bazı koşullarda bırakabileceğini belirtmiştir. Bu soruya verilen yanıtları hekimin çalıştığı kurum açısından değerlendirdik, anlamlı bir fark saptamadık. ($p>0.01$)

6. 2. 4. Tartışma ve sonuçların yorumu

Araştırmamızın amacı ülkemizdeki ruh hekimlerinin ve ruh hastalarının bilgi aktarımı, karar verme etkinliği ve onam konusundaki yaklaşımlarını, bilgilerini ve tutumlarını kabaca saptamaktır.

Bu araştırma kapsamında hastalardan elde ettiğimiz veriler, onların aydınlatılmış onamla ilgili bilgi ve tutumları konusunda bazı önemli sonuçlar vermiştir.

6. 2. 4. 1. Hastalar açısından

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu tanı ve tedavi konusunda bilgi almak istemektedirler. (% 89) Ruh hekiminin bu bilgiyi kendilerine vermesi ge-

rektiğini düşünmektedirler. (% 89) Bu hastalardan % 56'sı tanı konusundaki bilgilendirmenin ilk görüşmede yapılmasını istemektedir. Ancak % 30'u bilgilendirme için ilk görüşmenin uygun olmadığı kanısındadır.

Örneklem grubundaki hastaların % 75'i kendileriyle ilgili bilgileri edinebilmek için gereken eylemi gerçekleştirdiklerini ve ruh hekimine bilgi almak için soru sorduklarını belirtmişlerdir. Ancak hekime kendisinde ne bulduğunu sorduğunu belirten % 75 oranındaki bu gruptan bir bölümünün daha sonraki soruda "sormak isterim, ama çekinirim." diyerek bir çelişkiye düştüklerini saptadık. Bu veri farklı biçimlerde yorumlanabilir. Hastalar ruh hekimine soru sormanın doğru bir davranış olduğunu düşündükleri halde ondan çekindikleri için bu davranışı gerçekleştiremeyebilirler. Ancak bu soruya verdikleri yanıt, sormadıklarında bunun nedeninin çekinmeleri olduğunu belirtmek için de verilmiş olabilir. "Hastaneye yatışınız sırasında hastalığınızla ve tedavinizle ilgili bilgi aldınız mı?" sorusuna % 67 gibi büyük bir oranda olumsuz yanıt verilmesi birinci varsayımın daha geçerli olduğunu düşündürmektedir.

Benzer biçimde hastaların % 53'ünün hekimlerin tanıyla ilgili olarak konuşmakta istekli olduklarını belirtmeleri de yukarıda değerlendirilen % 50 oranındaki çekinme ve % 67 oranındaki yatışta bilgi almama durumları ile tutarsızlık oluşturmaktadır. Ancak bu veri bugüne kadar gittiği hekimlerin kendisine bilgi verdiğini belirten hastaların % 50'lik oranı ile uyumludur.

Yukarıda değindiğimiz verilerin ışığında hastaların yaklaşık % 50'sinin bir biçimde bilgilendirildiği savunulabilir. Genel olarak tıpta ve psikiyatri özelinde hastanın bilgilendirilmesinin önemi göz önüne alınırsa bu oranın yeterli olduğunu söylemek son derece güçtür. Ayrıca bilgilendirildiğini belirten % 50 oranındaki hastanın sahip olduğu bilginin içeriği ve onun niteliği de araştırılmalıdır, ancak bu, bizim çalışmamızın kapsamı dışında kalmaktadır.

Hastaların kendileri ile ilgili bilgi edinmek istedikleri biçiminde yorumlanan verilerle uyumlu olarak, verilen bilgiyi anlamadıkları zaman herhangi bir nedenle sormama gibi bir tutum çok düşük bir oranda belirtilmiştir. Örneklem grubunun yalnızca % 29'u çekindiği için, % 26'sı daha sonra anlayacağını düşünerek anlamadığı zaman yeniden sormamaktadır. Özellikle tekrar anlatılsa da anlamayacağını düşünerek, bilgilene olanağından vazgeçenlerin oranı % 10 olup örneklem grubunun çok az bir bölümünü oluşturmaktadır.

Yine bilgi istemiyle tutarlı olarak, hastaların % 96'sı tedavinin yarar ve yan etkileriyle, % 89'u ise tüm yönleriyle ilgili olarak bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bilginin yazılı bir belge aracılığıyla sağlanması konusunda araştırmaya katılan hastaların % 88'i olumlu görüş bildirmiştir.

Bilgi edinmek konusundaki verilerde özellik gösteren önemli bir bulgu, eğitimle bilgi istemi ve verilen bilgiyi anladığına olan inanç arasında anlamlı bir fark olmayışıdır. Oysa eğitim düzeyi yükseldikçe, hastanın bilgi almak konusunda daha istekli ve duyarlı, verilen bilgiyi anlamak konusunda daha yetkin olması

beklenirdi. Eğitim düzeyleri arasındaki tek anlamlı fark, verilen bilginin hasta tarafından anlaşılmasında bulunmuştur. ($p < 0.01$)

Araştırmaya katılan hastaların % 85'i kendileri ile ilgili karar alma sürecine katılmayı isterken, ancak % 41'i seçimi kendisi yapmayı istemektedir. Kalan hastaların % 41'i ise "seçimi benim yapmam uygun olmaz." demektedir. Ancak bazı durumlarda seçim yapabileceklerini söyleyen hastaların oranı ise % 18'dir. Bu veriye dayanarak, hastaların belli bir karar verme sürecini paylaşmayı istedikleri, ancak sorumluluğu paylaşmak istemedikleri ya da bundan çekindikleri ileri sürülebilir. Karar verme sürecine katılma konusunda eğitim ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0.01$) Ancak eğitimde beklenenin tersine ilköğretim eğitimi almış olanlar ve yine ülkemizde beklenebileceğin tersine kadınlar kendileri ile ilgili kararlara katılma konusunda anlamlı biçimde daha fazla istekte bulunmuşlardır. ($p < 0.01$)

Hastaların % 87'si tedavi ile ilgili yeterli bilgi alma hakları olduğunu belirtirken, yalnızca % 42'sinin tedaviyi reddetmeye hakları olduğuna inanması anlamlıdır. Örneklem grubundaki hastaların % 53'ü tedaviyi reddedemeyeceklerini düşünmektedir. Ancak eğitim düzeyinin yükselmesi, bu konuda anlamlı farka neden olmuştur. ($p < 0.01$)

Tedaviyi reddetmeleri durumunda hekimin kendilerini bırakıp bırakamayacağını sorduğumuzda, hastaların % 50'sinin "bırakamaz", % 11'inin ise "ancak belli koşullarda bırakabilir" demesi, buna ek olarak hastaların % 65'inin böyle bir durumda hekimden anlayış, %

74'ünün ise daha sonraki aşamalar için yol göstermesini beklemesi, toplumumuzun hekim algılayışı ve ondan beklentileri konusunda bir fikir verebilir.

Genel olarak hasta hakları ile ilgili olarak sorduğumuz sorulara, hastaların % 50'si bu hakların neler olduğunu bilmediği, % 39'u ise haklarını kullanmadığı yanıtını vermiştir.

Bu açıdan anket sonrası söyleşiler çok yararlı olmuştur. Bu söyleşilerde hastaların hastane kullarını "hasta hakları" olarak algıladıkları açıklık kazanmıştır. Bu nedenle bu soruların uygun biçimde sorulup sorulmadığı tartışılabilir. Kanımca daha açıklayıcı biçimde sorulmuş olsalardı, haklarını bilmeyenlerin oranı daha yüksek olurdu.

Hastanın haklarını bilmesi ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve medeni durum gibi kişisel özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Özellikle eğitim açısından böyle bir saptama yapmamış olmamız, bizi bu konuyla ilgili eğitimin hiçbir düzeyde verilmediği sonucuna götürmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi, hastaların % 72'si onam formu imzalamamış, % 67'si ise hastaneye yattarken hastalığı ile ilgili herhangi bir bilgi almamıştır. Bu sonucu açıklamak için öne sürülen neden, genellikle formu hasta yakını imzaladığı ve bilgi de ona verildiği için hastanın bundan haberli olmaması biçiminde olmaktadır. Oysa daha önce de belirtildiği gibi, bizim çalışmamızda söz konusu olan hastalar tanı açısından dengeli bir biçimde seçilmişlerdir. Acil hastalar araştırmanın dışında tutulmuştur. Bu araştırmaya katılmak için aydınlatılmış onamını veremeyecek kadar

iletişim sorunu olan hastalar, araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu nedenle, bu hastalarda onam formu imzalatmadan ya da yakınına imzalatılarak yatırma uygulaması olmasının nedeninin yukarıda öne sürülen neden olamayacağını düşünüyoruz. Kanımızca bu gündelik uygulamanın bu biçimde kurulmuş olması nedeniyle ulaşılan bir sonuçtur.

Ayrıca söz konusu hastalar araştırmamıza katılmadan önce de hastanede yatmakta olan hastalardı, bu nedenle ilk anda onam verememiş olsalar bile, sonradan aydınlatılmaları ve onamlarının alınması olanaklı olabilirdi. Böylece hasta yakını tarafından imzalanan form, hastanın imzaladığı formla değiştirilebilirdi.

Hastaneye yatırılırken onam formu imzalamamakla, hastalığı konusunda bilgilendirilmemek arasında çok anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p < 0.01$)

Ülkemizde önemli bir sorun olduğunu düşündüğümüz için hastalara aynı sorun için birden çok hekime gidip gitmediklerini sorduk. % 77'si "gidilebilmelidir" biçiminde yanıt verdi. Birden çok hekime gitmekle yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptadık. 40 yaş ve üstündeki hastalar ötekilere göre anlamlı bir olarak daha çok böyle bir tutum göstermektedirler. Aynı örneklem grubunun % 71'i bir hekime gitmeden önce onun deneyimi ve eğitimi ile ilgili bilgi almaya çalıştığını belirtti. Bu veriler bize, hastanın hekime ve sağlık hizmetlerinin standartlarına olan güvenlerinin az olduğunu düşündürdü.

6. 2. 4. 2. Hekimler açısından

Ruh hekimlerinin sorularımıza verdikleri yanıtlar da bazı önemli noktalara ışık tutmuştur. Bu noktaları belirtmeden önce okuyucunun araştırmannın sınırlılığını anlayabilmesi için, ruh hekimleriyle ilgili olarak karşılaştığımız bazı güçlükleri, vurgulamamız gerektiği kanısındayım. Öncelikle yaş, akademik durum ve meslek deneyiminin dağılımlarından anlaşılacağı gibi, araştırmayla ilgili olarak uzun meslek deneyimi olan, akademik kariyeri bulunan ve daha yaşlı kuşağı temsil edebilecek hekimlere ulaşmak konusunda sorunlarımız olmuştur. Bu sorunların nedenlerinden biri, bu hekimlerin sorumluluklarının ve iş yüklerinin fazla oluşu, bu nedenle araştırma formunu doldurmaya vakit bulamamaları idi. Bir başka nedeni ise, aydınlatılmış onam konusunda duyarlılıklarının ve bilgilerinin az oluşu, onu işlevsel bulmayışları, hatta zaman zaman engelleyici bulmaları idi. Sonuç olarak, bu araştırma büyük ölçüde yeni yetişmekte olan ruh hekimleri ile genç uzmanların görüşlerini yansıtmaktadır.

Sınırlılığa neden olan ikinci bir durum, bu araştırmannın ülkemizde yapılan ilk araştırma oluşudur. Bu nedenle pek çok konuda soru sormak durumunda kaldık. Araştırmayı yaparken de, değerlendiren de bazı önemli ayrıntıları saptayamadığımızın ayırdındaydık. Yine de elde ettiğimiz sonuçların bize, ülkemizdeki durumla ilgili olarak kabaca bir fikir verdiği kanısındayız. Bu nedenle tartışmamızı yaparken, çıkarımlarda bulunurken ve sonuçlara ulaşırken her zaman bu sınırlılığını göz önünde tuttuk.

Yukarıdaki saptamaların ışığında, **hekimlerin bilgilendirme ile ilgili bilgi ve tutumları hakkında** şunları söyleyebiliriz. Bu araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse tümü bilgilendirmeyi önemli bulduğunu (%95), hastalarını hem tanı (%76) hem de tedavi konusunda (%91) bilgilendirdiğini belirtmiştir. Bu noktada önemli bir sonuç ortaya çıkmıştır. Hekimlerin tedavi konusunda bilgilendirmeyi, tüm bilgilendirmeye yakın oranda önemli bulurken, genel olarak bilgilendirmeyi önemseyenlerle hastasını tanı konusunda bilgilendirenler arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. (p=0.00004)

Aynı örneklem grubunda bilgilendirmeyi önemseme ile verilen bilginin anlaşılabilir oluşu arasında da farklılık bulunmuştur. Hekimlerin % 95'i hastalarını bilgilendirirken, ancak % 50'si onların bilgiyi anladıklarına inanıyordu. Tanı konusunda % 40'ı, tedavi konusunda da % 30'u verilen bilginin bazen anlaşıldığını, bazen anlaşılmadığını belirtiyordu. Bu oranlarla tanı ve tedavi konularında bilgi verme oranları arasında yüzdeler açısından koştut bir ilişki görülmektedir. Bir başka değişle hekim hastayı tanı konusunda daha az bilgilendirmekte, buna karşılık onun tanı konusunda verilen bilgiyi daha az anladığına inanmaktadır.

Hekimlerin hastalarla ilgili bu inançları ile ilgili olarak onların meslek deneyimleri ve akademik düzeyleri açısından sayımbilimsel olarak anlamlı fark saptadık. (p<0.01) Buna göre 10 yıl ve ondan daha az meslek deneyimi olan ve araştırma görevlisi olarak çalışan hekimler, hastaların, tanı ve tedavi konusunda

hekim olarak verdikleri bilgileri anladıklarını, 10 yıldan uzun meslek deneyimi olan ve uzman olarak çalışan hekimlere göre anlamlı ölçüde daha fazla belirtmişlerdir.

Hekimin bilgi vermeyi önemsemek konusunda nedenli gerçekçi olduğunu anlamak için, onun verdiği bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını sınıyıp sınımadığını ve anlaşılmadığı zaman yeniden çaba gösterip göstermediğine araştırdık. Örneklem grubunun % 64'ü böyle bir sınama yaptığını belirtti. Bu oranı bilgilen-dirmeyi önemseme oranı ile karşılaştırdığımızda anlamlı bir farklılık bulduk. ($p=0.00340$) Hastanın verdiği bilgiyi anlamadığını saptadığında hekimlerin % 92'si yeniden çaba harcayacağını belirtmekteydi. Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını saptamak için gereken sınamayla bu yanıt arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı. ($p=0.01658$) Bu bulgu bizi şu soruyu sormaya yöneltti. Hekim verdiği bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını saptamak için sınama yapmıyorsa, nasıl hastanın anlamadığını saptayarak yeniden çaba gösterebilecektir. Buna ek olarak, eğer bilgilendirme onun için bu kadar önemliyse neden hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını sınınamamaktadır. Araştırmamızda devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin hastanın anlayıp anlamadığını sınınamak konusunda üniversite hastanelerinde çalışan hekimlere göre anlamlı ölçüde daha az girişimde buldukları saptanmıştır, ($p<0.01$) ancak hastanın anlamasını sağlamak için yeniden çaba harcamak konusunda ikisi arasında bir fark bulunmamıştır.

Hastanın bilgilendirilmesi işleminin ekibin öteki üyelerinden birine bırakılıp bırakılmayacağı konusunda da bazı önemli sonuçlar elde ettik. Hekimlerin % 95'i bilgilendirmeyi önemsemelerine karşın, % 43'ü zaman zaman, % 18'i ise genellikle bu işlemi ekibin başka bir üyesine bırakabilmektedir. Bu açıdan her iki soruya verilen yanıtlar açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0.00094$) Hekimin bilgilendirme işlemini bir başka ekip üyesine bırakması, onun verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını denetleme şansını azaltacaktır, bu nedenle bu konuda verilen yanıtları karşılaştırdık. Verilen bilgiyi sınama ile bilgi verme görevini devretme arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. ($p>0.01$) Ancak bilginin anlaşılmadığının saptanmasından sonra, hastayı bilgilendirmek için yeniden çaba harcamakla, bilgi verme görevini devretmek arasında anlamlı bir fark saptadık. ($p=0.00276$) Ancak bu anlamlılığın açıklanması ancak sınama ile yeniden çaba harcanması arasındaki tutarsızlığın çözümünden sonra değerlendirilebilir ki, bu araştırmada bu değerlendirmeyi sağlıklı olarak yapmak için yeterli veri bulunmamaktadır.

Hekimin hastayı bilgilendirme görevini tedavi ekibinin öteki üyelerine devretme eğilimi ile ilgili olarak, hekimin çalıştığı kurum açısından anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre, devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin bu görevi devretme eğilimi üniversite hastanelerinde çalışan meslekdaşlarına göre anlamlı ölçüde yüksektir. Bu durumu hasta yüküne karşın hekimlerin az oluşu ile açıklamak olanaklıdır.

Hekimlerin, kullandıkları ilaçların yan etkileri konusunda hastayı bilgilendirmek konusunda çok duyarlı

olduklarını saptadık. Araştırmamıza katılan hekimlerin % 95'i bu konuda reçeteyi düzenlerken hastayı bilgilendirdiğini belirtmiştir. Bunun beklenen sonucu olarak ilacın neden olduğu yan etki tedaviden beklenen yararı aşan, riskli boyutlara ulaştığında onu tümüyle kesmek ya da değiştirmek konusunda tutarlı bir tutum sergilemektedirler. Hekimlerin % 87'si bu durumda her zaman ilacı kesmekte ya da değiştirmektedir. Bu tutumda meslek deneyimi açısından fark bulunmaktadır. Meslek deneyimi 10 yıldan az olan hekimler, daha uzun meslek deneyimine sahip hekimlere göre, riskin beklenen yararı aşması durumunda daha sık olarak ilacı kesme ya da değiştirme kararı almaktadırlar. ($p < 0.01$)

Hastanın yan etki konusundaki ısrarı ise farklı bir tutuma neden olmaktadır. Her ne kadar araştırmaya katılan hekimlerin % 33'ü, bu durumda ilacı keseceğini ya da değiştireceğini belirtmişse de, daha büyük bir oranda hekim ancak bazı durumlarda bu tutumu yeğleyeceğini belirtmiştir (%46). Hastaya olası yan etkilerden söz etmenin ve onu bu konuda bilgilendirmenin amacı, onun tedaviye uyumunu sağlamak ve tedavi için onamını almak kadar, bu yan etkilerin ayırdına vardığında bundan hekimi haberi kılmasıdır. Ancak bulgularımız, hastayı yan etki konusunda bilgilendirmekle, onun yan etki konusundaki ısrarı doğrultusunda eylemde bulunmak arasında anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymaktadır. ($p < 0.01$) Burada saptayabildiğimiz kadarı ile hekim açısından, kendi nesnel bulguları hastanın öznel yakınmalarından daha öncelikli ve anlamlıdır. Hastanın yan etki konusundaki ısrarı doğrultusunda eylemde bulunmakla ilgili olarak hekimin meslek deneyimi ve akademik durumu açısından anlamlı bir fark bulunmuştur.

Buna göre, araştırma görevlisi olarak çalışan, meslek deneyimi 10 yıl ve ondan az olan hekimler, uzman olarak çalışan, meslek deneyimi 10 yıldan uzun olan hekimlere göre daha ender olarak hastaların yan etki konusundaki direktmesini dikkate alarak tedavilerini değiştirmektedirler. ($p < 0.01$)

Hekimin bilgilendirmeyi klinik uygulamanın bir parçası olarak görmesi ile onu önemli bulması arasında tutarlılık olduğu saptanmıştır.

Hastaların bilgilendirilmesinde etkili olan öğeler konusunda, hekimlerin gerek hastalığın gerekse hekimin yeteneğinin önemli bir etken olup olmadığını belirten yanıtları akademik durumları açısından farklılık göstermektedir. ($p < 0.01$) Buna göre, araştırma görevlisi olarak görev yapanlar, bilgilendirme ile hastalık ve hekimin yeteneği arasında uzmanlara göre daha çok ilişki görmektedirler. Meslek deneyimi açısından ise, 10 yıldan daha az meslek deneyimi olanlar, hekim yeteneğinin bilgilendirmeyi belirleyen bir etken olduğunu 10 yıldan uzun deneyimi olanlardan daha çok belirtmektedirler. ($p < 0.01$)

Ruh hastalarının hekimden bilgi istememesinin hastalığıyla ilişkisi ile ilgili olarak hekimlerin % 49 bu tutumda hastalığın etkili olduğunu düşünmektedir. Bu yanıtların hekimin meslek deneyimi ve çalıştığı kurumla anlamlı bağlantısı olduğunu saptadık. Buna göre meslek deneyimi açısından 10 yıldan daha az deneyimli hekimler hastanın bilgi istememesi ile hastalığı arasında daha fazla ilişki kurmaktadır. Aynı durum araştırma görevlileri ile uzmanlar arasında da tutarlı olarak geçerlidir.

Hastanın bilgilendirilmesinde zaman kısıtlılığının sorun olup olmamasıyla hekimin çalıştığı kurum arasında beklenen doğrultusunda bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, devlet hastanelerinde çalışan hekimler büyük ölçüde zaman kısıtlılığından yakınmaktadır.

Hekimlerin hastanın onamıyla ilgili yanıtlarıyla ilgili olarak şunları söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan hekimlere, önerdikleri tedaviyi hastanın kabul etmemesi durumunda, ona öteki seçenekleri belirterek bunları tartışıp tartışmayacağını sorduğumuzda aldığımız yanıtlarla yaş ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğunu saptadık. Buna göre 40 yaş ve üzerinde ve kadınlarda hastaya yeni seçenekler sunma ve bunları tartışma eğilimi daha azdır. Özellikle yaşın artmasıyla bu tutumun belirginleşmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. (p<0.01)

Hekimlerin hekim ve hasta haklarıyla ilgili yanıtlarıyla ilgili olarak şunları söyleyebiliriz.

Hekimlere, kendisine önerdikleri tedaviyi reddeden hastayı bırakıp bırakamayacaklarını sorduğumuzda yanıtların bağdaşık bir dağılım gösterdiğini saptadık. Yanıtların meslek deneyimi ve hekimin çalıştığı kurumla anlamlı ilişki içinde olduğunu saptadık. (p<0.01) Buna göre, 10 yıl ve altında meslek deneyimi olanlar daha çok böyle bir hakları olmadığını düşünmektedirler. Hekimin çalıştığı kurum açısından ise, üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin bu hakkın varlığını daha az bildiklerini görmekteyiz. Bunun nedeni belki de olanakların kısıtlılığı ve hiyerarşik yapı nedeniyle

araştırma görevlisi durumundaki hekimlere hastayı reddetme olanağı tanınmamasıdır.

Hekimler genellikle hasta haklarının hekim-hasta ilişkisinde hastayı korumak açısından yararlı olduğu görüşünde idiler. Ancak hastanın bu hakları kullanımının bazı durumlarda hekim-hasta ilişkisini olumsuz etkileyebileceğini düşünmekteydiler. Bu olumsuzluk olasılığı açısından hekimlerin meslek deneyimi ve akademik durum açısından farklılık gösterdiğini saptadık. ($p < 0.01$) Buna göre meslek deneyimi açısından daha az deneyimli hekimler olumsuzluk olasılığını daha az kabul etmektedirler. Akademik durum açısından da benzer bir durum söz konusudur. Araştırma görevlileri uzmanlara göre bu olumsuzluğu anlamlı olarak daha az belirtmişlerdir. Bu bulguya dayanarak paternalistik eğilimin yeni kuşak ruh hekimleri arasında daha az yaygın olduğunu, hastanın haklarını kullanmasını hekim-hasta ilişkisi açısından önemli bir tehdit olarak algılanmadıklarını söyleyebiliriz.

Konsültasyon işlemiyle ilgili olarak aldığımız yanıtların hekimin çalıştığı kuruma bağlı olarak anlamlı biçimde farklılık gösterdiğini saptadık. ($p < 0.01$) Buna göre, devlet hastanesinde çalışan hekimlerin konsültasyon için izin almak konusunda daha sık olarak almamak biçiminde bir tutum belirledikleri, hastanın konsültasyon işlemini başlatmasının bu kurumlarda daha ender bir durum olduğunu söyleyebiliriz. Hekimin konsültasyon işlemini kabul etmeyen hastayı bırakmasının ender bir durum olduğu, hekimlerin böyle bir hakkı kullanmadıklarını saptadık.

Hekimlerin, hastayla ilgili konuları, onların yakınları ile konuşacakları zaman izin alıp almadıkları konusundaki yanıtları da çalıştıkları kurumlarla bağlantılı idi. ($p < 0.01$) Buna göre devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin böyle bir izini aldıklarını daha az belirttiklerini saptadık. Bu durumu hasta yükü ile açıklamak olanaklıysa da, bir başka açıklama da bu kurumlarda gündelik etkinliğin yürütülüş biçiminin daha az sorgulanması biçiminde olabilir.

Ruh hekimlerine hastanın veya onun temsilcisinin onamı olmadan herhangi bir tedavi başlatıp başlatamayacaklarını sorduğumuzda da bağdaşık yanıtlar aldık. Genellikle bu onamı bir koşula bağlama eğilimi gözlenmekteydi. Belki de bu nedenle soruyu "bazen" diyerek yanıtlayanlar oldukça fazladır. Eğer soruyu yalnızca hastanın onamı için sormuş olsaydık bu oran daha da yükselebilirdi. Bu soruya verilen yanıtlarla meslek deneyimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p < 0.01$) Buna göre daha deneyimli hekimler onamı daha az aramaktadırlar. Bunun nedeni deneyimin getirdiği kendine güven ve buna bağlı paternalistik eğilim olabileceği gibi yerleşmiş bir alışkanlık ve buna bağlı sorgulanmayan bir tutum da olabilir.

6. 2. 4. 3. Hastalarla hekimlerden elde edilen sonuçların karşılaştırılması

Hekimlere uygulanan anketle hastalara uygulanan anket arasında bazı ilişkiler kurulabilir. Bunları şöyle sıralayabiliriz;

1. Hastaların % 96'sı kendileriyle ilgili bilgi edinmek istediklerini belirtirlerken, hekimlerin yalnızca % 56'sı hastaların bilgi istediklerini bildir-

mişlerdir. Hekimlerin bu kanısı, hekimin bilgi vermeme-
si durumunda, bu bilgiyi almak için soru soracağını be-
lirten % 75 oranındaki hastayla bile uyumlu değildir.
Bu da bilgi isteme konusunda hekimlerin hastaları yete-
rince doğru algılayamadıklarını göstermektedir.

2. Hekimlerin % 76'sı tanı, % 91'i tedavi konu-
sunda hastayı bilgilendirdiğini belirtirken, hasta-
ların % 50'si gittikleri hekimlerin kendilerini bilgi-
lendirdiklerini belirttiler.

3. Hekimlerin % 50'si hastaların verilen bilgile-
ri anladığını belirtirken, hastaların % 70'i verilen
bilgiyi anladıklarını bildirdiler. Bu da hekimlerle
hastalar arasında bilgiyi anlamak konusunda bir yanlış
anlaşma olduğunu göstermektedir.

4. Hekimlerin % 53'ü bilgilendirme için ilk
görüşmeyi yeğlerken, hastaların % 56'sı ilk görüşmede
hekimden bilgi almayı istiyordu.

5. Hastaların % 96'sı tedavinin yan etkilerini
bilmeyi isterken, hekimlerin % 95'i bu bilgiyi reçeteyi
düzenlerken hastaya verdiğini bildirmektedir. Bu konuda
hekimlerle hastalar arasında tam bir anlaşma
gözlenmektedir.

6. Hastaların % 62'si hekimin yakınlarıyla
konuşmadan önce kendisine haber verip izinini alması
gerektiğini belirtirken, hekimlerin % 83'ü hastaya
yakınlarıyla konuşacağını önceden haber verdiğini be-
lirtmektedir.

7. Hastaların % 50'si tedaviyi reddetseler bile hekimin kendilerini bırakamayacağını düşünürken, hekimlerin de % 29'u da bu görüştedir. Bu görüş hastayı bırakma hakkının varlığını bilmemekten çok koşulların zorlaması ile açıklanabilir.

8. Hastaların % 74'ü tedaviyi reddetseler bile hekimin kendilerine daha sonraki aşamalar için yol göstermesi gerektiğini düşünürken, hekimlerin % 77'si böyle bir gerekliliğin olduğu kanısındadır. Bu noktada ilginç olan hekimin kendisinden beklentisinin, toplumun hekimden beklentisinden bile yüksek oluşudur.

9. Hastaların % 85'i haklarını kullanmaları durumunda bunun hekimle olan ilişkilerini olumlu etkileyeceğini düşünürken, hekimlerin % 41'i bazı durumlarda bunun olumsuz rol oynayabileceğini düşünmektedir. Ancak hekimlerin % 54'ü de hastalarla aynı görüştedir.

10. Bilgilendirme için standart bilgi formlarının kullanılması konusunda hekimlerin yalnızca % 34'ü "yararlı olur" derken, hastaların % 88'i böyle bir formu yararlı bulmaktadır. Hekimlerin % 39'u böyle bir standart bilgi formunu kısmen yararlı bulmakta, % 27'si de hiç yararlı bulmamaktadır.

Sonuç olarak hekimlerle hastalar arasında bir iletişim eksikliğinden söz edilebilir. Özellikle hekimler hastaların beklentileri ve gizilgüçleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları izlenimi vermektedirler. Bu da hastaların % 46'sının hekimlerin kendilerini anlamadığı konusundaki kanısını destekler niteliktedir.

Bilgilendirme konusunda vurgulanabilecek bir sonuç, hekimin hastayı bilgilendirdiğini düşündüğü bazı durumların hasta tarafından bilgilendirme olarak algılanmadığıdır. Bu durumda belki de verilen bilginin içeriği sorgulanmalıdır.

Ayrıca standart bilgi formlarına hastaların yaklaşımı büyük ölçüde olumluyken hekimlerin bir bölümü bunlara kuşkuyla bakmaktadır. Bu sakıncımlı yaklaşım, Batı'da yaygınlaşmaya başlayan bilgi formlarını hekim-hasta ilişkisinin yerine koyma biçimindeki tutuma karşı bir engel olarak değerlendirilmiş ve bizim açımızdan olumlu bulunmuştur.

Hekimlerin bazı konulardaki eksikliklerininse kendileri dışında, sistemden kaynaklanan eksiklikler olduğu, konunun ruh sağlığı sistemi ile birlikte ele alınması gerektiği savunulabilir.

7- TARTIŞMA

7.1. İnsan Hakları ve Özerklik

İnsan hakları günümüzün en önde gelen kaygılarından biridir. Bu hakların korunması için tüm uğraş alanlarında ve gündelik yaşantıda düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerin yetkinleştirilmesi için yapılan çalışmalar, her türden etkinliğin önemli bir ögesi durumuna gelmiştir. Doğaldır ki yaşam hakkı en önemli insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın gerçekleşmesinde söz konusu edilebilecek en temel öğelerden biri ise özerkliktir.

Özerkliğin insan hakları açısından önemine açıklık getirmek, bu tezin amaçlarından biridir. Bizim açımızdan tartışılması gereken, özerkliğin insana ait bir özellik ve bu bağlamda temel bir insan hakkı olup olmadığıdır. Daha önce Bölüm 2. 1. 3.'de özgür istence ve düşünme yeteneğine dayanarak karar verme ve bunu eyleme dönüştürme biçiminde tanımladığımız özerklik, tanımı gereği yalnızca insan için olanaklıdır. Bu nedenle insana özgü özelliklerden biri sayılmalıdır. İnsanın yaşamı onun özerkliğine bağlı olarak anlam kazanır. İnsanla özerkliği arasında onun yaşamı bağlamındaki ilişki iki yönlüdür. Yaşam insana kendisini ve buna bağlı olarak özerkliğini gerçekleştirme olanağı sağlar; özerklik ise yaşama anlam ve işlev kazandırır. Buna dayanarak özerkliğin insanı öteki canlılardan ayırdığını ve onun özerkliğini reddetmenin onu daha alt düzeyde bir canlı olmakla tehdit etmek anlamına geleceğini savunabiliriz. Eğer özerkliğin insan olmakla ve yaşama bu denli doğrudan ve temele yönelik bir bağlantısı varsa, onun insan haklarının bir

parçası olması gerektiğini düşünmek kaçınılmaz olacaktır.

Hak kavramı bireyin toplumla yaptığı sözleşmenin bir parçasıdır. Böyle bir sözleşmenin yapılabilmesi bile özerk bireyin varsayıldığını göstermektedir. Herhangi bir insan hakkının varolabilmesi için temel koşul, insanın özerkliğine saygı ilkesinin toplumda genel bir kabul görmesidir. **Özerklikle hak arasında, özerkliğin hak kavramını olanaklı kılmasından kaynaklanan bu sıkı bağlantıya dayanarak kişinin özerkliğine saygının doğuştan getirilen temel bir insan hakkı olduğunu savunabiliriz.** Özerkliğin bir erdem ya da yetenek olarak görülmesi, bazı insanların hiçbir zaman temel insan haklarından yararlanamayacağı sonucunu getirebilir ki, bu, yaşam hakkı gibi doğuştan gelen öteki hakları da tartışmalı konuma getirir. Özerklik, erdemin varolabilmesinin ön koşullarından biridir. Bu bağlamda vurgulanması gereken önemli bir konu, özerkliğin farklı derecelerde var olabileceği gerçeğinin her zaman göz önünde tutulmasının gereğidir.

Bu noktada "ideal" özerklik ve sınırlı özerklik kavramları söz konusu olmaktadır. **"İdeal" özerklik, tümüyle ussal ve özgür bir kişinin özgür istenci doğrultusunda kararlar vererek uygulamasıdır.** Pek çok etken, tümüyle ussal ya da özgür olma durumuna zarar verebilir. Öyle ki, gerçek yaşamda "ideal" özerkliğin olmadığını, bunun varsayımsal bir durum olduğunu savunmak yanlış olmayacaktır. **Gerçekte söz konusu olan çeşitli düzeylerde sınırlı bir özerkliktir.** O halde kişinin özerkliğine saygıdan söz ettiğimizde, bunun her durumda sınırlı bir özerklik olduğunu kabul ettiğimizi

söyleyebiliriz. Ancak özerkliğin sınırlılığını da farklı derecelerde ve düzeylerde olabilmektedir. Örneğin hastalık, özerkliği belirgin ölçüde sınırlayabilen bir durumdur. Bu nedenle sınırlı özerkliğe saygıdan söz ederken, bu sınırlılığın hangi düzeyde ve ne derecede olduğunu değerlendirmek durumundayız.

Özerklik yalnızca varlığının derecelendirilmesi açısından değil, değişkenliği açısından da ele alınmalıdır. İnsan zaman içinde varolduğuna göre özerklik de zaman içindeki durumuna göre değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme özellikle tıp alanında, hastanın özerkliği söz konusu olduğunda önemlidir.

7. 2. Hekim-hasta ilişkisi ve Hastanın Özerkliği

Bu çalışmanın amaçlarından biri de, yukarıdaki özellikleri göz önünde tutarak **hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliğinin korunma koşullarını** saptamaktır. Bu ilişkide **hasta açısından söz konusu olan özerkliğin sınırlı bir özerklik olduğu** göz önünde tutulmalıdır. Hekim-hasta ilişkisinde hekim bilginin denetimini elinde bulundurduğundan ilişkide etkin bir rol üstlenmektedir. Oysa hastanın durumu hekiminki kadar açık değildir. Büyük ölçüde hekimin tutumuna bağlı olarak, hastanın tümüyle edilgin olduğu paternalist bir ilişki kadar, hastanın da etkin katılımına olanak veren paylaşımcı bir ilişki de olanaklıdır. Bu iki uç arasında sayılabilecek bir ilişki biçimi de söz konusu olabilir. Her ne kadar ilişkinin biçimlenmesinde hekimin rolü en önemli belirleyicilerden biriye de bu tek belirleyici değildir. Hastanın istekte bulunması ve

ilişkiyi yönlendirmesi, içinde bulunulan somut koşullar da burada önemli etkenlerdendir.

Hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliğini korumak ve onun gerçekleşmesini sağlamak, tıbbın varlık nedenleriyle uyum içindedir. Tıbbın temel amacı, insanın yaşamını ve bu bağlamda özerkliğini zedeleyen hastalık olgusunu ortadan kaldırmak, kişiyi sağlıklı durumda tutmaktır. Görülüyor ki özerklik, bir bakıma tıbbın amaçlarından biridir. O halde hekimin uygulamaları sırasında hastanın özerkliğinin gereksiz yere göz ardı etmesi tıbbın temel amacına aykırıdır.

Ancak bazı durumlarda hekim hastanın özerkliğini yok sayıyormuş gibi görünebilir. Böyle bir durumda bu tutumun nedenini sorgulamak gerekir. Örneğin özerkliği daha uzun erimde ve daha yetkin bir biçimde onarabilmek için o anda hastanın özerkliğini çığnemek, bazı durumlarda kabul edilebilir. Böyle durumlara örnek olarak depresyona bağlı özkıyımlar ve uyuşturucu bağımlılığı verilebilir. Bazı durumlarda da özerkliği onarmak için birtakım riskler göze alınabilir. **O halde hekimin tutumunu değerlendirirken, özerkliğin zamana bağlı olarak değişebildiğini göz önünde tutmak gereklidir.** Ancak son çözümlemede, hekimin eyleminin özerkliğin onarılmasına katkı sağlayıcı özellikte olması gerekmektedir.

Özerkliğe saygı doğuşla kazanılan bir hak olarak görüldüğüne göre, ancak özerkliğin hiç varolmadığı ve hiç bir zaman varolamayacağı durumlarda hekimin kişinin en iyi yararına olan davranışı, özerkliğe saldırı sayılamaz.

7. 3. Hekim-hasta ilişkisinde Onam ve Aydınlatılmış Onam

Hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliğinin korunması ancak hekimin hastayı sorunlarıyla ilgili olarak bilgilendirmesi ve onun onamını alması ile olanaklıdır. Bu koşulların sağlanması için aydınlatılmış onam uygulaması ortaya çıkmıştır. Onamla aydınlatılmış onam arasındaki ayrım bu açıdan önemlidir.

Onam, kişinin kendisini ilgilendiren konularda olumlu ya da olumsuz görüşünü bildirebilmesidir. Bu bildirim onun özgür istencinin ortaya çıkışı olarak kabul edilebilir. Ancak tek başına özgür istenç özerkliğin tümünü gerçekleştirmez. Ona yol gösterecek olan ustur. Ussallık özerkliğin olmazsa olmaz koşuludur. Burada ussallık doğru karar verme anlamında kullanılmamaktadır. Burada söz konusu olan, kişinin kararının onun düşünce sürecinden geçmiş olmasıdır. Bu sürecin uygun biçimde çalışabilmesi için bilgiye gerek vardır. Bu durumda tek başına onam hastanın özerkliğini gerçekleştirmekte yetersiz kalmaktadır.

Aydınlatılmış onam, özerkliğin ussallık yönü ile ilgili gerekleri de karşılayarak, bu konuda daha yetkin bir düzeyi olanaklı kılmaktadır. Bu terimde vurgulanan "aydınlatma" işlemi hastaya karar vermek için onun gereksineceği bilgileri sağlamak anlamına gelmektedir. Gerçekte hasta bu bilgilerin önemli bir bölümüne sahiptir. Kendisinde duyumsadıkları, değerleri, yaşamdan beklentileri ve öncelikleri bu türden verilerdir. Ancak hekimin olanakları ve yorumları ile ilgili bilgi, karar aşamasında son derece belirleyicidir; hasta işte bu

bilgiden yoksundur. Bu bilginin hastaya aktarılması hekimin sorumluluğundadır.

Burada söz konusu olan işlem hastayı bilgilendirme işlemidir. Öyleyse neden "bilgilendirme" yerine "aydınlatma" sözcüğünü yeğlenmekteyiz? Bunun nedeni "bilgilendirme" sözcüğünün aydınlatılmış onamın özellikleri açısından hem çok geniş hem de yetersiz bir anlamsal yükü oluşudur. "Bilgilendirme" dendiğinde, hekimden beklenen hastaya onun durumuyla ilintili sahip olduğu her türlü bilgiyi aktarması olabilecektir. Bu açıdan sözcüğün ve onun vurguladığı bilginin sınırları son derece geniş ve belirsizdir. Hastaya bilginin kendi durumuyla ilişkisini ve kendisi açısından anlamını açıklamayı gerektirmemesi açısından ise yetersizdir. Hastanın özerkliğini gerçekleştirebilmesi için gereken bilginin özelliklerini vurgulamak açısından "aydınlatma" sözcüğü yeğlenmektedir.

Bu çalışmada, hastanın özerkliğini yaşama geçirmek ve korumak açısından en uygun yöntemin onun aydınlatılmış onamını almak olduğu birçok kez vurgulanmıştır. **Çünkü aydınlatılmış onam kavramı özerkliğin tüm öğelerini güvence altına almaktadır. Kavramın aydınlatma bölümü özerkliğin bilgiye dayanan usavurma öğesini, onam bölümü ise gönüllülük ve yeterlik öğelerini gerçekleştirmeye yöneliktir.** Kavramın kuramsal çerçevesi uygun bir yöntemle desteklenirse ve bu yöntem içtenlikle uygulanırsa, hastanın özerkliğini korumak ve gerçekleştirmek açısından en yetkin yöntemin aydınlatılmış onam alma uygulaması olduğu söylenebilir.

Aydınlatılmış onamın önemli bir işlevi de hastanın kötüye kullanımını engelleme gizilgücüne sahip

olmasıdır. Her ne kadar hekimin her zaman hastasının en iyi yararını gözeteyeceği düşünülürse de, tıbbın yakın tarihi onun kötüye kullanıldığı olaylar açısından oldukça zengindir.(24) Bu olaylar elbette ki birtakım uç örneklerdir, ancak engellenmeleri gerekmektedir. Bu tür uç örneklerden daha sık olarak karşımıza çıkan ve kanımca çok daha ürkütücü olan durumlar, hekimin tıbbı, güvene dayalı geleneksel hekim-hasta ilişkisini ve hastayı bilincinde olmaksızın ve hastanın özerkliğini çiğneyerek kullandığı durumlardır. Aydınlatılmış onam ikincisinde daha etkili olmakla birlikte her iki durumda da hastanın özerkliğini önemli ölçüde korumaktadır. Hekimin elindeki gücü bilinçli olarak kötüye kullanmaya yöneldiği durumlarda, aydınlatılmış onam dışarıdan denetlemeyi olanaklı kıldığı için bir ölçüde engelleyici rol oynayabilir. Ancak pek çok yaptırımını olan yasalar bile onları çiğnemeye kararlı kişileri durduramazken, aydınlatılmış onamın bunu kesinlikle başarması beklenebilir. Hekimin bilinçli olmayan eylemlerinde aydınlatılmış onamın başarı olasılığı daha yüksektir. Bunun nedeni, bu uygulamanın hekimi eyleminin nedenlerini ve sonuçlarını düşünmeye zorlayarak, bilinçsizlik durumunu ortadan kaldırmasıdır. Bu durumda hekim ya bilinçli olarak etik açıdan olumlu eylemi seçecek ya da yine bilinçli olarak tam tersine davranacaktır.

Aydınlatılmış onam, aydınlatma sırasında verilen bilgiler yoluyla aldatmanın temel ögesi olan özgür istencin ussal dayanağının ortadan kaldırılmasına engel olmaktadır. Onam bölümü ise, baskının temel ögesi olan özgür istencin eyleme dönüşmesinin engellenmesi durumunun önüne geçmektedir. Bu nedenle **aydınlatılmış onam, baskı ve aldatmanın etik açıdan haklı görülemeyeceği**

durumlarda, onları önlemek için de güvenilir bir yoldur.

Aydınlatılmış onam uygulamasında iki önemli sorun karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki hastanın yeterliği ile ilgilidir.

7. 4. Aydınlatılmış Onam ve Hastanın Yeterliği

Yeterlik, aydınlatılmış onamın temel öğelerinden biridir. **Özerklik gibi yeterliğin de derecelendirilmesi olanaklıdır,** ancak hangi düzeyde yeterliğin artık varolmadığının kabul edileceği konusu oldukça tartışmalıdır. Özellikle psikiyatristler açısından bu sorun gündemin başta gelen maddelerinden biridir, çünkü öteki tıp dalları da hukuk gibi yeterlik değerlendirmesini ruh hekimlerinin yapmasını beklemektedirler.

Yeterlik, tıp alanında yeni yerleşmeye başlayan bir hukuk terimi olduğundan farklı alanlardan aktarılan terimlerle ilgili ortaya çıkan güçlükler burada da kendini göstermektedir. Bir kişiyi mal varlığı ile ilgili kararlar vermek konusunda yeterli olup olmadığı açısından değerlendirmekle, onun doğrudan yaşamı ve sağlığı ile ilgili kararlar verme yeterliğini değerlendirmek arasında önemli farklar bulunmaktadır. Bu nedenle kişinin aydınlatılmış onam verme konusundaki yeterliğinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar öncelik kazanmış durumdadır, ancak henüz bu konuda bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bu konudaki kaygan ölçütlerin dışında ulaşılabilecek tek uzlaşmanın, bu tür yeterliğin her hasta bağlamında ayrı olarak ve o hastaya özgü biçimde değerlendirilmesinden geçeceği kanısındayım.

7. 5. Hastanın Bilgilendirilmesi

İkinci önemli sorun bilgilendirme ile ilgilidir. Bu konudaki sorunlar hem bilgi verme hem de verilen bilgiyi alma aşamalarında ortaya çıkmaktadır.

Hekimin hastaya gerekli ve yeterli bilgiyi sağlayıp sağlayamayacağı konusu baştan beri son derece tartışmalıdır. Öncelikle ne kadar bilginin yeterli ve gerekli bilgi olduğu tartışılmıştır; sonuçta bu sorun kısmen de olsa çözümlenmiştir. Bu konuda, makul bir insanın karar vermek için gereksineceği bilginin yeterli bilgi olduğu, hastaya verilmesi gereken bilginin onun hastalığının ne olduğunu, önerilen tedavi yöntemini, bunun yan etkilerini, sonuçlarını, tedavi seçeneklerini ve onların etki ve sonuçlarını kapsamaması gerektiği konusunda yazarın da katıldığı bir uzlaşmaya ulaşılmıştır. Bugün daha çok tartışılan nokta, kapsamı konusunda bir ölçüde uzlaşmış bu bilginin eksiksiz verilmesinin ve anlaşılmasının nasıl sağlanacağı ve bunun nasıl denetlenebileceği sorunudur. Bu sorunu çözmek için pek çok aydınlatılmış onam modeli geliştirilmiştir.

Hekimin hastayı bilgilendirmesinin klasik yöntemi olarak bilinen, onun hastaya yüz yüze görüşme sırasında uygun gördüğü bilgileri vermesi biçimindeki uygulama, bilginin niteliğinin denetlenememesi nedeniyle çok eleştirilmiştir. Oysa yukarıda sözü edilen gelişmelerin ulaştığı en yetkin uygulama olarak sunulan standart bilgi formları yoluyla bilgi verme uygulamasının neden olduğu olumsuzlukların daha az önemli olduğunu savunmak olanaksızdır. Bu uygulamada hastaya standart bir bilginin ulaştırıldığı ilkesel olarak kabul edilse bile,

onun hekimle olan ilişkisinin bu yolla çok azaltıldığı, bilginin anlaşılma düzeyininse neredeyse hiç denetlenemediği açıktır. Bu nedenle yazarınızın yeğlediği uygulama hekimin hastayı yüz yüze bir görüşmede bilgilendirmesi, buna ek olarak standart bilgi formlarının oluşturularak hastaya ek bir bilgi akışının sağlanmasıdır.

Bilginin verilmesi ile ilgili başka bazı sorunlar da vardır. Bunlar arasında bilginin verildiği ortam, bilgi verme işlemi için hekim olmayan bir kişinin görevlendirilip görevlendirilemeyeceği ve bu işlem için ayrılan süre sayılabilir. Bilgilendirmenin hekim tarafından yapılmasının gerekli olduğu konusunda da genel bir uzlaşma vardır. Buna karşın örneğin bilgilendirmenin yapılacağı ortam ile ilgili olarak böyle bir uzlaşma söz konusu değildir. Bu çalışma sırasında özellikle ruh hekimlerinin çalıştıkları fiziksel ortamlarla ilgili olarak edindiğimiz izlenime dayanarak, ülkemizde hastadan aydınlatılmış onam almak için özel bir ortam oluşturulmasının gerekliliği üzerinde durmak için henüz çok erken olduğunu söyleyebiliriz. Ancak bilgilendirme için ayrılan süre için aynı durum söz konusu değildir. Bilgilendirme amacıyla ayrılan süre bu işlemin niteliğini belirleyen temel öge olarak göze çarpmaktadır. Hasta muayenesine uzun süre ayırabilen kurumlar dışında özellikle de ülkemizde bu işlem için özel bir süre ayrılması gereklidir.

Hekimin hastayı bilgilendirmesi sırasında gözden kaçan ve genellikle eksik bırakılan bir başka konu, hastaya **tanı ile ilgili bilgi verilmesidir**. Özellikle psikiyatri alanında hastanın tanı hakkında bilgilendi-

rilmesinin uygulamada çok az yer aldığı gözlenmiştir. Hastanın tedavi seçeneklerini anlamlandırabilmesi ve bütüncül bir seçim yapabilmesi için yakınmalarının nasıl yorumlandığını bilmesi ve tanısından haberli olması gereklidir. **Bu bilgiye sahip olmadan yapılan bir seçim ve bunun sonucunda verilen onam hastanın tanıyı reddetme hakkını engellediği gibi belli tür bir tedavi yaklaşımının daha baştan ona dayatılması anlamına da gelebilir.**

Hekimin hastayı kendisi ile ilgili olarak bilgilendirmesi, aydınlatmanın önemli, ancak sıklıkla ihmal edilen bir bölümdür. Psikiyatri alanında bu bilgilendirmenin önemi daha da büyüktür, çünkü bu alanda farklı uğraş gruplarından kişiler, birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamış ve belirlenmemiş rolleri üstlenmiş durumdadırlar. Hastaya, tedavisini üstlenecek kişi için aydınlatılmış onam verme olanağının tanınması, onun hekimini seçme hakkına saygı açısından önemlidir. Bu hak hastanın yetkili ya da yetkisiz herhangi bir sağaltıcıyı seçebileceği anlamına gelmemektedir; hastaya bilimsel, hukuksal ve etik açılardan haklı bulunabilecek seçenekler sunulmalı, bundan sonra aydınlatılmış onamı aranmalıdır.

Bilginin alınması konusunda da bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların başında, ülkemizdeki gibi aydınlatılmış onam uygulamasının henüz tam anlamıyla uygulanmadığı ülkelerde görülen yaygın bir inanış gelmektedir. Bu inanışa göre, hastanın verilen bilgiyi anlaması çok güç, neredeyse olanaksızdır. Bu nedenle bilgilendirme çabaları genellikle bir sonuç vermeyen zaman kayıplarına neden olmakta, kimi zamansa yanlış anlama-

lardan dolayı olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Hastaya bilgi vermek konusunda eğitilmemiş ve bu uygulamayı temel bir kaygı olarak benimsememiş hekimlerin, anlaşılmasız bir dille sundukları bilgiler bu inanın yaygınlaşmasında ve bir ölçüde haklılık kazanmasında önemli rol oynamış olmalıdır. Bu sorunun aşılması için yapılabilecek en etkin uygulama hekimlerin iletişim alanında eğitilmeleridir. Ancak bilginin sağlıklı bir biçimde alınması için yalnızca hekimin eğitilmesi yeterli değildir. Bu alanda hastanın da eğitilmesi, anlama düzeyi konusunda denetlenmesi ve bilgi alma sorumluluğu konusunda uyarılması gereklidir.

7. 6. Aydınlatılmış Onamda Sınırlılıklar

Aydınlatılmış onam konusunda uygulamada bazı sınırlılıklar söz konusu olabilmektedir. Bu sınırlılıklar hekimin olanaklarından olduğu kadar hastanın durumundan da kaynaklanabilmektedir.

Hekimin olanaklarından kaynaklanan sınırlılıkların başında genellikle zamanın kısıtlılığı gelmektedir. Hekimler tarafından aydınlatılmış onam uygulamasına yöneltilen en somut ve önemli eleştirilerden biri, hastaya tedavisi için ayrılan ve zaten kısıtlı olan sürenin aydınlatılmış onam almak için harcanmasının haklılığı konusundadır. Kanımca bu eleştiriye amaç-araç ilişkisi açısından yaklaşmak gerekir. Hastalığı tedavi etmek kuşkusuz tıbbın en temel amaçlarından biridir. Ancak bu amaç için hastanın özerkliğinin, dolayısıyla kendisinin araç olarak kullanılması haklı değildir. Çünkü tıp da içinde olmak üzere insanla ilgili tüm uğraşların evrensel amacı onun

özerkliğini ve gönencini gerçekleştirmektir. Bu bağlamda söz edilmesi gereken bir başka önemli nokta aydınlatılmış onam uygulamasının tedavi amacına yönelik bir araç olarak da görülebileceğidir.

Hekimle hasta arasındaki ilişki, tedavinin niteliği kadar sonucu açısından da önemlidir. Aydınlatılmış onam hastanın hekimle paylaşımcı bir ilişki kurmasına olanak sağlayarak, hekim-hasta ilişkisinin düzeyini yükseltir. Hastanın olanaklı olduğu ölçüde hastalıktan kurtarılması ve onun sağlıklılık durumunun olabildiğince uzun süre korunması, ancak hastanın kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi ile olasıdır. Hastanın böyle bir sorumluluğun ayırdına varması ve onu üstlenmesi için hekimle olan ilişkisinde sorunları onunla paylaşması ve ortak bir tutum geliştirme konusunda katkıda bulunması gereklidir. Hekim-hasta ilişkisinin olası biçimleri göz önüne alındığında, yalnızca paylaşımcı ilişki biçiminin bu gerekliliği karşılayacak özellikleri taşıdığı görülmektedir. Sonuç olarak aydınlatılmış onamın, paylaşımcı ilişkinin en yetkin biçimde kurulmasını ve yürütülmesini sağlayarak tedaviye katkı sağladığı öne sürülebilir.

Hekimlerin aydınlatılmış onama yönelttikleri ikinci önemli eleştiri, bu uygulamanın kimi zaman hastanın tedavi olma hakkını engellediği, onun çok uygun ve gerekli görünen bir girişimi reddetmesine neden olabildiğidir. Sağlıklı bir yaşam sürdürme isteği insanın temel dürtülerinden biridir. Ancak sağlık kavramı görecelidir. Hekimin çok uygun ve gerekli gördüğü girişim onun sağlığa yaklaşımı ve öncelikleri, yaşamla ilgili değerleri ile doğrudan bağlantılıdır.

Aydınlatılmış onam uygulaması hekimin sahip olduğu ayrıcalıkların bir bölümünü hasta için de olanaklı kılarak, onun kendi sağlığıyla ilgili olarak kendi sağlık yaklaşımını, önceliklerini ve değerlerini ortaya koymasını ve bir ölçüde gerçekleştirebilmesini sağlar. Bu nedenle hastanın tedavi olma hakkını engellemesi bir yana, hastanın kendi değerleri doğrultusunda sağlıklı olma hakkını destekler. Makul bir hastanın herhangi bir nedenle vermeyeceği, gereksiz riskler taşıyan ve akılcı bir açıklama getiremediği kararlar veren, bunlarda direten ve bu nedenle yaşamı tehdit altında bulunan hastaların onam verme yeterliklerinin olup olmadığını saptama konusunda, aydınlatılmış onam uygulamasından kaynaklanan bir kısıtlama da bulunmamaktadır.

Hekimlerin aydınlatılmış onam uygulaması ile ilgili olarak dile getirdikleri bir başka önemli kaygıları ise, bu uygulamanın hastanın özerkliğini gerçekleştirmek ve özgür istencini yansıtmak konusunda ne denli etkili olduğu konusundadır. Bu konuya bu bölüm içinde daha önce de değinilmiştir. Uygun bir yöntemle ve özenle alınan bir aydınlatılmış onam hastanın sınırlı özerkliğini büyük ölçüde yansıtabilmektedir. Yöntemin uygun olup olmadığının, ona tam anlamıyla uyulup uyulmadığının ve bu konuda gerekli özenin gösterilip gösterilmediğinin denetlenmesi ile bu yetkinlik daha da arttırılabilir.

Aydınlatılmış onamın uygulanmasıyla ilgili olarak hastadan kaynaklanan sorunlar da oldukça önemlidir.

Aydınlatılmış onam uygulamasında hastalarla ilgili olarak karşılaşılan en önemli sorunun, onların böyle bir uygulamadan, hasta olarak haklarından ve bu hakları

kullanmalarının hekimle olan ilişkilerine ve dolayısıyla tedavilerine olabilecek katkılarından haberli olmamaları olduğunu düşünmekteydim. Ancak bu tezin kapsamında yaptığımız araştırma, hastanın, söz konusu hakları kullanmasının onun hekimle olan ilişkisine katkıda bulunacağından haberli olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla hakların kullanılmasında bir duyarsızlıktan söz etmek belki daha gerçekçi olacaktır. Bu durum hastanın kendisiyle ilgili bilgi için hekimi zorlamamasına, tedavide sorumluluk ve bir ölçüde denetim şansına sahip olmak için hekimden istekte bulunmamasına neden olmaktadır. Hastanın böyle bir istekte bulunmayışı bazı hekimlerin savdukları gibi tümüyle hekime olan güvenleri ile açıklanamaz, çünkü böyle olsaydı hastaların aynı sorun için pek çok hekime başvurmaları, bilgi edinmek için hekim dışındaki sağlık çalışanlarından yardım istemeleri söz konusu olmazdı. Oysa yukarıda sözü edilen araştırmada hastaların % 70'den fazlasının aynı sorun için birden çok hekime gitmeyi uygun bulduklarını saptadık. Bunun da bir etken olduğunu kabul etsek bile, **asıl önemli olan hastanın böyle bir olasılıktan ve haktan haberli olmayışıdır.** Aydınlatılmış onamın en yaygın biçimde uygulandığı A.B.D.'nde bile, hastaların, bu uygulamanın kendilerine getirileri konusunda yeterli ölçüde bilgiye ve duyarlılığa sahip olmadıkları, tedavi ekibinin aydınlatılmış onamla ilgili tutumlarından önemli ölçüde etkilendikleri bildirilmektedir.(109)

Hastalarla ilgili olarak ortaya çıkan bir başka önemli sorun da, hastanın böyle bir onamı verme yeterliğine sahip olmadığı durumlardır. Daha önce özerklik konusunda belirttiğimiz gibi burada da "ideal" bir

onamdan değil, gerçek bir hastanın verebileceği, sınırlı olduğunun kabul edilmesi gereken onamdan söz edilmektedir. Bu önkabulün varlığında bile, bazı hastaların içinde buldukları durumda onam vermeleri olanaksızdır. Bu durumdaki hastaların özerkliğini koruyabilmek için ön koşul onların herhangi bir biçimde dile getirdikleri isteklerini, önceliklerini ve değerlerini göz önüne almak; bunların en somut bir biçimde ortaya konulmasını ve hekimin eyleminde etkili olmasını sağlamaktır.

Genellikle klinik tıp uygulamasında bu sorun acil hastalarla ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Böyle durumlarda yaşam tehdit altında bulunduğu ve zaman çok önemli olduğundan aydınlatılmış onam uygulaması ile ilgili bazı ayrıcalıklar söz konusudur.

Psikiyatride ise bu durum daha çok yeterliğin yitirilmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle yeterliğin yitirilip yeniden kazanıldığı ve bunun hastalığın özelliklerinden biri olduğu durumlarda bu sorun daha ön plana çıkmaktadır. Her iki durumda da hastanın o anda aydınlatılmış onam vermesi söz konusu değildir. Böyle durumlarda hastanın değerleri ve öncelikleri göz önünde tutulacaksa bu ya hastanın önceki bildirimine ya da onu tanıyan kişilerin anlatımlarına dayanacaktır. Hastanın açık onamının yerini alacak bu tür onamın özellikleri ve uygulama koşulları önemli bir tartışma ve çalışma konusudur.

7. 7. Aydınlatılmış Onamda Süreç ve Yönerge Modeli

Aydınlatılmış onamla ilgili bu sorunların ve daha önce söz konusu edilen öteki sorunların çözümü için birçok yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlere **aydınlatılmış onam modelleri** denmektedir. Daha önce Bölüm 2. 2. 4. 2.'de açıklanan bu modellerden süreç modeli ve buna eklenen geleceğe yönelik yönerge modeli bu konuda etkili bir çözüm için umut vermektedir.

Bu modele göre, hekimin hastayı bilgilendirmesi ve onun karar alma işleminde ortak olmasına olanak sağlaması hekim-hasta ilişkisinin boyutlarından biridir. Hastanın hekimle ilişki kurduğu andan ilişkinin bittiği ana kadar, ikisi arasında iki yönlü bir bilgi akışı söz konusudur. Bu bilgilendirme işlemi sırasında hekim hastaya hem eski bilgilerini yorumlama olanağı hem de yeni bilgi edinme şansı tanır.

Hekimin hekim-hasta ilişkisinin bir noktasında hastadan aydınlatılmış onam aldığı olay modelinden farklı olarak bu modelde hasta değişen durumlardan haberi kılınır; böylece o, kararını bu değişiklikler karşısında yeniden gözden geçirebilir. Ayrıca, yine olay modelinden farklı olarak, süreç modelinde hasta bilginin işleme sürecine de etkin olarak katılabilir. İki model arasındaki bir başka önemli ayrım, olay modelinde hasta için bilgide zaman içinde bir artış söz konusu olmazken süreç modelinde bunun gerçekleşmesidir. Ancak **süreç modelinde hastadan yeterli düzeyde bir düşünme etkinliği beklenmektedir**. Bu nedenle hastanın yeterliğinin dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Oysa olay modelinde çok alt düzeyde bir

yeterlik yeterli olabilmektedir. Kanımca, onam modelleri arasında yetkinlik farkı olmakla birlikte, hangi modelin kullanılacağına olay bağlamında karar vermek, hastanın düşünme etkinliğinin yeterli düzeyde olmadığı durumda olay modelini de bir seçenek olarak düşünmek gereklidir.

Bu aşamada vurgulanması gereken çok temel bir başka nokta da onam türleri arasındaki ayrımdır. **Etik açısından en geçerli onamın açık ve yazılı onam olduğu savunulmaktaysa da kanımca onamlar arasında bu türden bir hiyerarşi oluşturmak işlevsel değildir. Farklı onam türlerinin farklı bağlamlarda geçerli olduğunu kabul etmek ve hangi onam türünün uygun olduğuna olay bağlamında karar vermek gereklidir.**

Süreç modelinin standart onam formlarıyla onam almaktan açıkça üstün olan yönü ise, hekimle doğrudan ve etkin bir iletişim sağlayarak hekim-hasta ilişkisine katkıda bulunmasıdır. Bir yanlış anlama ya da hastaya özgü bir farklılık doğrudan ilişkide rahatça dile getirilip çözülebilirken standart basılı onam formlarıyla alınan onamda bu söz konusu olamamakta ya da çok kısıtlı olarak gerçekleşebilmektedir. Bu formlar hekim-hasta ilişkisini mekanik bir duruma getirmektedir. Ancak süreç modeline ek olarak standart bir bilgi formunun kullanılması aydınlatılmış onamın bilgilendirme bölümüne katkıda bulunabilir.

Aydınlatılmış onamın süreç modeli hastanın yeterliğinin olmadığı durumlarda kesintiye uğrar, bu nedenle böyle bir durumda geçerli olacak bir uygulamayla onun yetkinleştirilmesi gerekmektedir. Bunun için iki tür yaklaşım önerilmiştir. Her ikisine de geleceğe yönelik

yönerge denmektedir. **Bunlardan birincisi** yazılı olarak düzenlenen **yaşayan vasiyetlerdir**. Bu türden yönergeler için de genellikle standart formlar kullanılmaktadır. Her türlü standart formda karşılaşılan sorunlara bu uygulamada da rastlanmaktadır. Formun tüm olasılıkları kapsamasının güçlüğü, hastaya kendine özgü farklılıkları belirtmek için yeterli olanak tanımayışı, işleme konulması ve uygulanması sırasında denetlenmesinin zor oluşu ile birlikte kolayca değiştirilemeyişı bu sorunlardan bazılarıdır.

Temsilci atama biçimindeki yönergelerde bu sorunların bir bölümü çözülmüş gibi görünmektedir. Bu uygulamada kişi gelecekte kendisiyle ilgili karar veremeyecek bir durumda kalırsa, yerine karar verecek kişiyi saptamaktadır. Temsilci olarak atadığı kişiye, onun kararlarına dayanak oluşturmak üzere değerleri ve beklentileri ile ilgili bilgiler verebilmektedir. Temsilci atama yoluyla gerçekleştirilen yönergelerin özelliklerinden biri de hastanın temsilci olarak atadığı kişinin yetkilerini sınırlayabilmesidir. Bir başka özelliği ise, temsilcinin yönergenin yürürlüğe konulmasında ve uygulanmasında denetleyici olarak rol oynayabilmesidir. Bu bakımlardan standart formlarla uygulanan yönergelerle ilgili olarak ortaya çıkan bazı sorunların temsilci atama yönteminde aşıldığı kabul edilebilir. Ancak bu yöntem de, her durumda uygulanabilecek bir yöntem değildir. Dolayısıyla iki yöntem arasında kesin bir seçim yapmaktan çok yine olay bağlamında hangisinin daha etkin olduğuna karar vermek uygun olacaktır.

7. 8. Psikiyatride Hastanın Özerkliğinin Korunması

Son yıllarda sosyal değerlerin hızlı değişimi ve bunun bireysel haklar üzerindeki etkisi, bilim ve teknolojideki büyük değişiklikler etik sorunların psikiyatri alanında da daha geniş ölçüde tartışılmasına yol açmıştır. Değişen toplumsal değerler ve yönetimlerin psikiyatri uğraşı ve tıp üzerindeki giderek artan rolü, yeni etik sorunlara neden olurken eskileri de karmaşıktırmaktadır. Söz konusu sorunların başında psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliğinin korunması gelmektedir.

Psikiyatrinin en temel amaçlarından biri, ruh hastasını yaşamını anlamlandırabilecek, kendi kararlarını alarak kendini gerçekleştirebilecek duruma getirmek ve bu durumda olabildiğince uzun süre tutmaktır. Bu amaç bir anlamda **özerkliğin de onarılması ve korunması** anlamına gelmektedir. Bunu gerçekleştirmek için ruh hekiminin en önemli dayanaklarından biri hastada varolan, sağlam kalmış ya da az zedelenmiş özerkliği desteklemek ve geliştirmektir. O halde **psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliğinin korunmasının ve gerçekleştirilmesinin neredeyse bir gereklilik olduğu** söylenebilir.

Paternalist bir tutum, ancak kişinin kendisine yönelik ya da kişiden çevreye yönelen bir tehdit söz konusu olduğunda, bazı koşullara bağlı olarak haklı görülebilir. Bu **sınırlı paternalist tutumu**, etik gerekçesi ortaya koyulamayan sınırsız paternalist tutumdan ayırmak gerekir. Örneğin ruh hastalarının tedavisi olmamak konusundaki direktmesi genellikle usdışı buluna-

bilmektedir; bu direktmenin tedavi ile kısa zamanda ortadan kalktığı da bilinmektedir. Bu hastaların genellikle yeterliğe sahip olmamaları da söz konusudur. Zorla tedavi hastanın usdışı reddedişini kısa sürede ortadan kaldırarak, onun zorla tedavi ediliyor olmaktan dolayı acı çekmesine de engel olmaktadır. Bu yüzden ruh hastasında zorla tedavi konusunun değerlendirilmesinde bir hoşgörü söz konusu olmaktadır. O zaman sınırlı ve koşullu bir paternalizm burada haklı görülebilmektedir. Ancak temelde amaç, yeterliği olan hastanın varolan kısıtlı özerkliğine saygı göstermektir. Sınırlı ve koşullu paternalizm ancak bu özelliklerin bulunmadığı hasta için söz konusu edilebilir.

Psikiyatrideki hekim-hasta ilişkisinde hastanın özerkliği bu denli önemli olduğuna göre, onu korumanın, en yetkin bir biçimde dille getirilmesine ve uygulanmasına olanak sağlamanın yollarını saptamak gereklidir. Hekimin iyi niyeti bu yollardan biridir. Ülkemizde olduğu gibi pek çok ülkede psikiyatri uygulamasının tarihi boyunca bu yol benimsenmiştir. Ancak yakın dönemde yaşanan ve psikiyatrinin ciddi bir biçimde kötüye kullanılmasıyla sonuçlanan olaylar, hastanın özerkliğini tümüyle ruh hekiminin kişisel eğilimlerine ve iyi niyetine bırakmanın bir anlamda yanlış, büyük ölçüde de yetersiz olduğunu göstermiştir. Uğraşını bilinçli olarak hastasına karşı kullanan hekimler bir yana bırakılsa bile, **bilinçli olmaksızın ya da baskı altında hastasını kötüye kullanan hekimlerle ilgili birçok olay, hekimin iyi niyeti sorgulanmadığı için engellenememiştir.**

Aydınlatılmış onam uygulamasının ruh hekimi ile ruh hastasının ilişkisinde hastanın özerkliğine saygıyı

bir ölçüde güvence altına alan bir yöntem olarak gündeme gelmesi, bu sorunları çözmek için yapılan çalışmaların sonucudur. Kuşkusuz hekimin iyi niyeti olmaksızın aydınlatılmış onam uygulamasının gerçekleştirilmesinin olanaksız olduğu yazarınız tarafından da bilinmektedir. Dolayısıyla bu yöntemin hekimin iyi niyetini dışlayan, onu iyi niyetli olmaya zorlayan ya da hekim iyi niyetli olmasa bile sonucun değişmeyeceği bir durumu sağlayan özelliklere sahip olduğunu düşünmek gerçekçi olmayacaktır. O halde aydınlatılmış onamın hastanın özerkliğini açısından katkısı nedir?

Hemen belirtmek gerekir ki aydınlatılmış onam iyi niyetli olmayan bir ruh hekiminin hastanın özerkliğini hiçe saymasına engel olamaz. Ancak hastasının özerkliğini korumak isteyen ruh hekimine etkin bir araç, güvenilir bir yöntem sağlayacaktır. Yukarıda belirttiklerimizin ışığında, hastasının özerkliğini önemsemeyen, onun gerekçesini vermeden hiçe sayılabileceğini düşünen bir ruh hekiminin ne kadar iyi niyetli sayılabileceği ise kanımca son derece kuşkuludur. Aydınlatılmış onam hastasının özerkliğini gerçekleştirmek için bilinçli bir çaba içinde olan ruh hekimine yol gösterdiği ve etkili bir araç olduğu gibi; bu uygulamanın zorunlu tutulması ve gündelik etkinliğin gerekli bir parçası durumuna getirilmesi hastanın özerkliğini korumanın gerekliliği konusunda duyarlı olmayan hekimi de zamanla bu konuda duyarlı kılabilecektir. Zaman içinde bu uygulamanın örneğin alkol bağımlıllarında ya da psikoterapilerde olduğu gibi

etkinliğin olmazsa olmaz koşulu konumuna gelmesi, baskı altında bile olsa ruh hekiminin hastasının özerkliğini bir ölçüde koruyabilmesine olanak verebilir.

7. 9. Psikiyatride Aydınlatılmış Onamın Alınışı

Bu tartışmanın ışığında psikiyatride aydınlatılmış onamın hastanın özerkliğini korumanın güvenilir bir yolu olduğunu söyleyebiliriz. Ancak bu güvenilirliğin sağlanmasında onun alınış biçimi de kuşkusuz çok önemlidir.

Öteki uygulamalarda olduğu gibi psikiyatri uygulamalarında da süreç modelini aynı gerekçelerle savunmak olanaklıdır. Ancak bu uygulamanın kesintiye uğradığı, hastanın yeterliğinin olmadığı ya da hastalıktan kaynaklanan bir tehdidin söz konusu olduğu acil durumlarda, yani zorla tedavinin söz konusu olabileceği durumlarda, yöntemin yetkinliğinin arttırılması amacıyla psikiyatri için özgün bir uygulama olan Ulysses sözleşmesi önerilmektedir. Bu sözleşme daha önce sözü edilen geleceğe yönelik yönergelerle büyük ölçüde benzerlik gösterdiğinden özellikleri açısından burada ayrıntıları ile tartışılmayacaktır.

Ulysses sözleşmesinde önemli olan ve öteki geleceğe yönelik yönerge uygulamalarından farklılık gösteren nokta, bu sözleşmenin ne zaman yürürlüğe gireceği konusunda ortaya çıkmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi geleceğe yönelik yönergelerin yürürlüğe girme koşulu hastanın kendisi ile ilgili karar veremeyecek duruma gelmesidir. Bu durumun başta gelen ölçütü ise bilinç ya da anlatım yitimidir. Oysa ruh hastasında

bilinç ya da anlatım yitimi sık rastlanmayan bir durumdur. Ruh hastası açısından böyle bir sözleşmenin yürürlüğe girmesi için iki ayrı ölçüt öne sürülebilir. Bunlardan birincisi onun kendisi ya da çevresi için bir tehlikelilik özelliği taşıması, ikincisi ise yeterliğinin olmamasıdır.

Psikiyatrinin gelişimine baktığımızda gerek hukuk, gerek etik, gerekse tıp açısından uzun süre tehlikeliliğin ölçüt olarak kabul edildiğini saptamaktayız. Ancak bu ölçütü saptamanın, geçmişe ve geleceğe yönelik olarak değerlendirmenin güçlüğü, bugün bu ölçütten uzaklaşmaya başlanmasına yol açmıştır.

Son yıllarda ruh hastasının zorla tedavi edilebilmesi ya da daha önceden onayladığı sözleşmenin yürürlüğe girebilmesi için ölçüt olarak yeterliğinin olmaması kabul edilmeye başlamıştır. Bu ölçüt daha önceleri ruh hastalığının doğal bir sonucu olarak kabul edilirken, bugün kendi başına bir özellik olarak değerlendirilmektedir. Böylece bir hasta hem ruh hastası hem de yeterli olarak değerlendirilebildiği gibi, ruh hastası olmayan bir hasta da yeterliğini yitirmiş sayılabilmektedir. Tehlikelilikte olduğu kadar olmasada, yeterliğin saptanmasında da güçlükler ve öznelik söz konusudur. Ancak özellikle tehlikelilikte söz konusu olan geleceğe yönelik saptama zorluğu ve beklentisi yeterlik için söz konusu olmamaktadır. Bu da zorla yatırmada özerkliği en çok zedeleyen uygulama olan, varsayıma dayalı kapatma sorununu büyük ölçüde çözmektedir.

Psikiyatride aydınlatılmış onam açısından en önemli sorunlardan biri de zorla yatırma için geçerli

olan koşulların zorla tedavi için de geçerli olup olmadığıdır. Tehlikeliliğin ölçüt olarak kabul edildiği zorla yatırmada amaç hastanın zarar vermesini engellemek olduğuna göre zorla tedavi için yeterli gerekçe bulunmamaktadır. **Hastanın söz konusu tehlikeyi gerçekleştirmekten alıkonulması yeterlidir.** Oysa yeterliliğin ölçüt olarak kabul edildiği zorla yatırmada amaçlardan biri de onun onarılmasıdır. Bu nedenle zorla tedavinin haklı nedenleri vardır. Kanımca zorla yatırmanın tedavi olmaksızın tek başına yararlılığı sınırlıdır, dolayısıyla hastanın tedavisi gereklidir. **Ancak zorla yatırılan hastanın tedaviye aydınlatılmış onam verme konusunda da yeterliği olmadığını baştan kabul etmek doğru değildir.** Son çözümlemede bu konuda da yeterliği olmadığı saptanan hastanın tedavisi ya zorla ya da onayladığı sözleşme kapsamında gerçekleştirilmelidir. Bu noktada açıkça görüldüğü gibi bu tür hastalar açısından Ulysses sözleşmesi yararlı ve işlevseldir. Böyle hastalar bu tür sözleşmeler hazırlamak konusunda uyarılmalı ve yüreklendirilmelidir.

Böyle bir sözleşmenin bulunmadığı durumlarda ise zorla tedavinin içeriği denetlenmelidir. Bu da ancak tedavinin uygunluğunun tartışılması ile olasıdır. Tedavi hem hastanın en iyi yararına, hem de söz konusu hastalığı tedavi edici olmalıdır. Ayrıca, tedavinin uygunluğu hukuk açısından da önemli bir ölçüttür.

7. 10. Psikiyatri Araştırmalarında Onam Sorunu

Gerek psikiyatride gerekse tıpta genel olarak araştırmalarla ilgili sorunlar bu çalışmada onemli bir yer tutmuştur. Bu alandaki en onemli sorunların, kliniklerde **hastanın tedavisi sırasında yapılan ve onun tedavisi ile birlikte giden araştırmalarda çıktığını** daha önce belirtmiştik. Bu sorunların temel nedeni, bu tür araştırmaların tanımlanmasındaki zorluktur. **Hastanın tedavisinden tümüyle bağımsız olan araştırmalarda** uyulması gereken etik kurallar açıkça belirlenmiştir. Hastanın tam anlamıyla araç durumunda olduğu bu araştırmalarda araştırmacı hastanın bilgideki ilerleme adına kullanıldığını kabul etmektedir. Bu nedenle kuralların varlığı ve içeriği konusunda sorun çıkmamaktadır.

Hastanın **tedavisi ile birlikte yürütülen araştırmalarda ise, hastanın hem araç hem amaç olma durumu söz konusu olduğundan** hem kuralların varlığı hem de içeriği eleştirilmektedir. Kuralların varlığı açısından yapılan eleştiri, bu tür araştırmalarla tedavi arasından fark olmadığı, dolayısıyla bu etkinliğe özgü kurallara gerek olmadığı biçimindedir. Oysa **araştırma bir bilinmeyenin açığa çıkarılmasını amaçladığı için hemen her durumda ya da ilke olarak denek için bir risk taşımaktadır.** Tedavi genelgeçer bilgiye dayanan, hastanın amaçlandığı ve risklerin hastayla benzer durumdaki tüm hastalar için aynı derecede olduğu bir uygulamadır. Tedavi ile birlikte giden araştırma ise genelgeçer bilginin dışındaki bir bilgiyi hedefleyen ya da onun varsayımına dayanan, hastanın aynı zamanda araç durumunda da olduğu ve ona katılmakla

kendi durumunda olan, ancak araştırmaya katılmayan hastalar tarafından paylaşılmayan bir risk aldığı bir durumdur. Bu nedenle **temelde tedavi etkinliğinden çok araştırma etkinliğine benzer özellikler göstermektedir. Son çözümlerde kuralların varlığına yönelik eleştiri, araştırmanın tanımına uygun olmadığı için geçersiz olsa gerektir.**

Kuralların içeriğine yönelik eleştiri ile ilgili olarak da benzer bir yanıt vermek olasıdır. Araştırma için aydınlatılmış onam almak amacıyla hastaya verilen bilginin tedavi sırasında verilen bilgiden içerik olarak tek farkı, söz konusu olan etkinliğin bir araştırma olması ve hastanın buna katılıp katılmamakta özgür bulunmasıdır. Bunların dışında, her iki durumda da işlemin içeriğini, risklerini ve seçenekleri açıkça belirtmek gerekmektedir. Kendisine tedavi amacıyla uygulanacak işlemle ilgili bilgi alıp onam veren bir hastanın, fazladan bir risk ya da ağrı vb. verici bir işlem gibi istenmeyen bir durum söz konusu olmadığında, ondan elde edilen verilerin araştırmada kullanılmasını reddetmesi beklenmez. Öyleyse hastaya bir araştırmada yer alacağını söylemek konusundaki isteksizliği anlamak güçtür.

Kuralların içeriği ile ilgili çok temel bir eleştiri de **araştırmacıların araştırma yöntemi ile ilgili bilgi vermekle yükümlü tutulmalarından** kaynaklanmaktadır. Pek çok araştırmacı bunun deneğin kafasını karıştıran ve onu gereksiz yere kuşkuya düşüren bir uygulama olduğunu öne sürmektedir. Oysa bu bilgi deneğin, özellikle de denek durumundaki hastanın karar vermesi için çok önemlidir. Örneğin kontrol grubu kullanılan

bir çalışmada denek kontrol grubunda yer aldığında tümüyle araç durumundadır. Kendisinin bunu bilmesi belki araştırma bağlamında ondan elde edilecek sonucu bir ölçüde etkileyebilir, ancak hiç olmazsa bu olasılığın varlığından haberli kılınmalıdır. Çift kör yöntemi uygulanan araştırmalarda deneğin kendisine uygulanan işlemin özellikle onun yararı için düşünülmediğini, hatta hekimin ona ne yapıldığını bile tam olarak bilmediğini bilmesi gerekmektedir. Hastanın hekime olan güveni nedeniyle kendisi için en iyi olanın yapılacağı yönündeki gerekdişi beklentisini ortadan kaldırmak açısından bu bilgi gereklidir. Daha önce de belirtildiği gibi özellikle kontrol grubu kullanılan ya da placebo uygulanan araştırmalarda, deneğin bu olasılıklar konusunda bilgilendirilmemesi ve onun tedavi yanılısaması doğrultusunda karar vermesine yol aılması etik açısından kabul edilemeyecek bir tutumdur.

Araştırmalarda aydınlatılmış onam alma uygulaması sırasında dikkate alınması gereken önemli noktalardan biri, deneğin onamının dayanaklarının neler olduğudur. Bu nokta genellikle hiç dikkate alınmamaktadır, çünkü onamın alınması ile araştırmacının beklentisi gerçekleşmektedir. Oysa **deneğin onamı bilinçli olarak pek çok biçimde etkilenebilir.** Araştırmaya katılma karşılığı verilen ücret, denek olan hastaya sağlanan olanaklar, daha iyi bir bakım alma olasılığı bunlardan yalnızca birkaçıdır.

Özellikle psikiyatri alanındaki araştırmalarda hastaların denek olmayı kabul etmelerinin sağlıklı bir nedene dayanıp dayanmadığının düşünülmesi çok

önemlidir. Birçok hasta hekime iyileştiğini kanıtlamak, bir an önce hastaneden çıkmak amacıyla, bir bölümü de tümüyle hastalıklarından kaynaklanan usdışı nedenlerle denek olmayı kabul etmektedirler. Oysa tıpta araştırmanın amacı bilgide ilerlemeyi sağlayarak insan sağlığına ve gönencine katkıda bulunmaktır. Araştırmaya katılmak, denek olmak, bir anlamda bu amacı benimsemek ve öteki insanların yararı için belli bir riske girmektedir. Son çözümlemede bunun bir tür özgecilik olduğunu vurgulamak gerekir. Özgeciliğin temelinde bilinçli bir eyleme ve özgür istence dayanması vardır. Özgür istencin baskı altına alınması özgeciliği zedeler; buna bağlı olarak kişinin kararı artık özerkliğinin bir gösterisi sayılamaz;. Bu baskı ile verilmiş bir karar olur ve kişinin onamı geçerli olmaz.

Kişinin bir araştırmada yer almayı reddetmesi ya da önceden kabul edip sonradan çekilmeye karar vermesi durumunda, bu kararın araştırmacı tarafından saygı ile karşılanması gereklidir. Bu gereklilik büyük ölçüde yukarıda sözü edilen özgeciliğin tanımına dayanmaktadır.

Araştırmacı, araştırmalardaki aydınlatılmış onam uygulamasında çok önemli bir role sahiptir. Her ne kadar onu bu uygulamanın tümüyle dışında tutmak isteyen görüşler bulunmaktaysa da, bunların gerçekçi yaklaşımlar olduklarını savunmak güçtür. Araştırma etkinliğinde deneğin ve denek durumundaki hastanın özerkliği ve hakları korunacaksa, bunun araştırmacıya karşın yapılması kanımca olanaksızdır. Araştırmacıyı denetlemek için önerilen yöntemlerin hiçbiri, ondan alınan bilgi olmaksızın bunu gerçekleştirememektedir. O

halde aydınlatılmış onam uygulamasında araştırmacıyı dışlamak işlevsel ve gerçekçi bir tutum olmayacaktır. Bu uygulamanın gerekliliği konusunda onu eğitmek ve aydınlatılmış onamı onun için yararlı bir gereç konumuna getirmek için çaba göstermek gereklidir. Araştırmacının bu yöndeki eğitimi, ancak araştırma konusu genel eğitimin bir parçası durumuna getirilirse ve araştırmalarda aydınlatılmış onam uygulaması da bu konunun kapsamı içinde ele alınırsa yeterince gerçekleşebilir.

7. 11. Özellikle Ülkemizde Hukuk Açısından Aydınlatılmış Onam

Hukuk açısından aydınlatılmış onam, hekimin eyleminin hukuka uygunluğunun koşullarından biri olarak tanınmıştır. Aydınlatılmış onam almamaktan doğan hekim sorumluluğu, zarar gören kişinin şikayet etmesi durumunda tazminatla cezalandırılabilir. Ancak ülkemizin toplumsal yapısında ve ilişki biçimlerinde paternalizm öylesine yerleşmiştir ki bu tür şikayetler aydınlatılmış onamı gündelik uygulamanın bir parçası konumuna getirecek kadar sık olmamaktadır. Oysa aydınlatılmış onam almama tutumu çok yaygındır. Buna karşın bu tezin kapsamında yaptığımız araştırmada, katılan hekimlerin çoğu aydınlatılmış onam olarak değerlendirilebilecek bir uygulama yaptıklarını belirttiler. Gerçek durumu saptamak için hastalara sorduğumuz aydınlatılmış onam alınıp alınmadığına ilişkin sorulara verilen yanıtlar ise, bunun neredeyse tam tersini göstermektedir.

Psikiyatri alanında durum daha da karmaşıktır. Hukuk açısından hastanın onamı genellikle onun beden bütünlüğü ile bağlantılandırılmıştır. Bu nedenle yasalarda "beden" üzerinde durulmakta, insanın ruhsal yönü üzerindeki etkilerden ender olarak söz edilmektedir. Kişinin ruhsal durumunun söz konusu edildiği yerlerde ise anlatılmak istenen genellikle zihinsel yetileridir. **Bu nedenle Türk Hukuku'ndaki düzenlemeler ruh sağlığı alanı için genellikle yetersizdir.**

Türk Hukuku açısından bir başka yetersizlik te yasaların güncelleştirilmesi ile ilgilidir. Kullanılan dil bir yana, özellikle tıp gibi hızla gelişen, yeni yaklaşımlar ve bunlara bağlı yeni kavramlar üreten bir alanı düzenleyen yasalardaki anlayış, çağın gerisinde kalmaktadır. Daha önce de belirttiğimiz gibi yeni uygulamaları düzenleyen özel yasalarla bu sorunu çözmek olanaklı görünmemektedir. **Çünkü bu yasalar çağdaş tıp tarafından aşılmış bir tıp anlayışını temel alarak oluşturulmuştur. Özellikle psikiyatri alanında bu durum son derece belirgindir.** Ruh hastalarını kimi zaman "akıl hastaları", kimi zaman "deliler" biçiminde ifade eden, ruh hastanelerine "tımarhane" diyen, her ne kadar uygulanmasa da ruh hastalığını evlenmeye engel durumlardan sayan bir yaklaşım, çağdaş psikiyatrinin gereksindiği yasal düzenlemeye yanıt vermekten uzaktır.

Ülkemizde psikiyatri bu hukuksal düzenleme ile çağdaş psikiyatri uygulaması arasında sıkışmıştır. Tümüyle ne birini ne de ötekini yansıtmaktadır. Bu alanda da olup bitenler, suyun en az direnç gördüğü yerden akması gibi, ilkesel temellere dayanmayan, dene-me-yanılma yoluyla en az somut soruna neden olan uygu-

lamayı bulan ve onu benimseyen bir yol izlemektedir. Hukuksal düzenlemelerin dayattığı, gerçekçi olmayan kimi uygulamalar da bu eğilimi desteklemektedir. Örneğin yatan hastaların kaçmaları durumunda hekimi sorumlu tutan, TCK'nun 46. maddesi kapsamında ruh hastalıkları hastanesine yatırılan ve bir yıl dolmadan iyileşen hastaların taburcu edilmesine izin vermeyen düzenlemeler bu türden uygulamalardır.

Ülkemiz de içinde olmak üzere **genellikle tüm dünyada yargıcın tıp ve hekim karşısındaki tutumu, hekime toplum tarafından verilen yetkeyi pekiştirir biçimdedir.** Tıbbın söz konusu olduğu davalarda, yargıcın genellikle hekim gibi düşünerek karar vermekle bilirkişi raporuna tümüyle uyarak bir anlamda hekimin kendisi yerine karar vermesini sağlamak arasında bir seçim yaptığı görülmektedir. Bu nedenle sonuçta ulaşılan karar genellikle hekimin görüş açısını yansıtmakta ve onun davranışını olumlamaktadır. Bu, her zaman hatalı sonuçlara ulaşan bir tutum olmayabilir. Ancak hastanın hekim karşısındaki güçsüzlüğünü hukukla destekleyerek arttıran bir durumdur. A.B.D gibi bazı ülkelerde buna tepki olarak doğan ve hekimleri potansiyel suçlular olarak gören eğilim, bugün hekimler için bir tazminat davasını kazanmayı neredeyse olanaksız duruma getirirken ülkemizde ise bunun tersine, az sayıda gündeme gelen bu tür davalarda bir hastanın tazminata hak kazanması son derece enderdir. Kanımca her iki durumdan da sonuçta hem hekimi hem de hastayı olumsuz yönde etkileyen köktenci uygulamalar sorumludur. Özellikle psikiyatri açısından durum daha da önemlidir. Bu alanda yasal düzenleme bulunmadığı için hastanın neye dayanarak haklarını savunabileceği konusu bile be-

lirsizdir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde de ruh hastalarının durumu açıklık kazanmamıştır. Bu metinde de genellikle sözü edilen, fiziksel hastalıklardır.

Hukuk açısından bir başka önemli konu da aydınlatılmış onamın geleceğe yönelik yönerge modelinin uygulanabilirliği ile ilgilidir. Hukukun kabul ettiği vekâletname ile benzerlikler göstermesine karşın, özellikle Türk Hukuku'nda böyle bir uygulamanın geçerliliği konusunda pek çok engel vardır. Bunların başında kişinin kendi varlığı ile ilgili bazı hakları kendisi bile kullanamazken ya da sınırlı ve koşullu olarak kullanabilirken, bunları nasıl bir başkasına devredebileceği sorunu gelmektedir. Bugünkü durumda böyle bir uygulamanın Türk Hukuku açısından geçerli olması olanaklı görünmemektedir.

Görüldüğü gibi gerek ülkemizde gerekse dünyada tıbbın genelinde ve psikiyatri özelinde aydınlatılmış onam uygulaması pek çok yönden tartışmaya açıktır. Doğası gereği, bu konuda yetkinliği tam bir yöntemin ya da genel bir uzlaşmanın yakın bir gelecekte gerçekleşmesi beklenmemektedir. Ancak hastanın özerkliğini korumak ve ona saygı göstermek gereğine dayanan bu çaba sürececek gibi görünmektedir.

8- SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp uygulamasında hastanın özerkliğinin korunması önemli bir gerekliliktir. Bu gereklilik, hem insan hakları ve onun tıp alanındaki uzantısı olan hasta haklarından, hem de tıbbın hastalığın ortadan kaldırılarak insanın özerkliğinin ve gönencinin arttırılması biçiminde dile getirilebilecek olan temel amacından köken almaktadır. Bu gereği yerine getirebilmek için en güvenilir yöntem hastadan aydınlatılmış onam alınmasıdır. Aydınlatılmış onam alınırken göz önünde tutulması gereken en önemli nokta ise korunmaya çalışılan özerkliğin sınırlı bir özerklik olduğudur.

Gerek genel tıp uygulamasında gerekse psikiyatri özelinde aydınlatılmış onamın yetkinliği ve güvenilirliği, onun alınması sırasında kullanılan yöntem, hekimle hasta arasındaki ilişkinin sağlıklı bir biçimde kurulmuş olmasına, hekimin iyi niyeti ile iletişim yeteneğine ve hastanın kendi sağlığı konusunda sorumluluk almak konusundaki istek ve duyarlılığına bağlıdır.

Bu çalışmada, en yetkin yöntemin geleceğe yönelik yönerge uygulamasıyla desteklenen aydınlatılmış onamın süreç modeli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu yöntemin uygulamaya geçirilebilmesi için yalnızca hekim ve hastaların duyarlı olmalarının ve eğitilmelerinin yeterli olamayacağı, yasal düzenlemenin de gerekli olduğu görülmüştür. Bu modelin özellikle psikiyatri açısından uygulanabilir ve işlevsel bir yöntem olduğu, ancak hasta ile ilişkisi sınırlı olan bazı tıp dallarında daha az geçerli olabileceği vurgulanmalıdır.

Yöntem ne denli yetkin ve uygun olursa olsun hekimle hasta arasındaki ilişki sağlıklı kurulmamışsa tam anlamıyla başarılı bir sonuç almak olanaklı görünmemektedir. Sağlıklı ilişki tanımı gereği iletişim kanallarının açık olduğu bir ilişkidir. Bu ilişkinin kurulabilmesi ve sürdürülebilmesi için hekimin de hastanın da bu konuda duyarlı ve iletişime açık olmaları gerekmektedir.

Aydınlatılmış onam alma uygulamasında hekimin iletişim yeteneği yalnızca onun kişisel özelliklerine bırakılmayacak kadar önemlidir. Bu nedenle etkili iletişim kurmanın yöntemi, hekime genel eğitiminin bir bölümü olarak öğretilmelidir. Psikiyatristlerin bu konuda bir ölçüde eğitim almakta oldukları söylenebilir. Ancak bu eğitimin tedavi sürecinde kullanılmasına karşılık hastayı bilgilendirmek ve onun onamını almak konusunda pek fazla yaşama geçirilemediği görülmektedir. Bunun bir nedeni ruh hekiminin bu yeteneğini yalnızca teknik uygulamalarla bağlantılı olarak algılaması olabilir.(112)

Hastanın duyarlılığı ve sağlığı konusunda sorumluluk üstlenmeye istekli oluşu ancak onun eğitimi ile gerçekleşebilecek bir koşuldur. Ancak hekimle paylaşımcı bir ilişki kurmalarına olanak sağlanmayan, kendi sorunları ile ilgili olarak bilgilendirilmeyen hastaların böyle bir istek ve duyarlılık geliştirmeleri de olanaksızdır. Hastalarla ilgili olarak ortaya çıkan bu kısır döngü, ancak hekimin uygulamayı hastanın ısrarlı isteği olmadan, kendiliğinden başlatmasıyla kırılabilir kanısındayım.

Psikiyatride aydınlatılmış onam alma işlemi psikiyatristler arasındaki genel kanının tersine hem uygulanabilir hem de işlevseldir. Ruh hastalarının hastalıklarının hiçbir döneminde onam veremeyecekleri, kendilerine verilecek bilginin tedavilerini olumsuz yönde etkileyeceği, verilen bilgiyi anlayamayacakları için bunun temelde gereksiz bir çaba olduğu gibi yaygın karşı çıkışlar, hekimin geleneksel yetkesini korumak ve süregiden düzene fazladan yük getirecek bir uygulamayı engellemek çabaları olmaktan öte nesnel bir anlam taşımamaktadırlar.

Kuşkusuz ruh hastalarının aydınlatılmış onam verme yeterliklerini yitirdikleri durumlar vardır. Bu durumlar için önerilen Ulysses sözleşmesi ve hastanın yerine karar verme aşamaları bir ölçüde hastanın özerkliğine saygı gösterme gereğini yerine getirmektedir. Hastanın bilgiyi anlamasında, verilen bilginin içeriği ve dile getiriliş biçimi son derece önemlidir. Verilen her düzeyde bilgiyi anlama yeteneğinin olmayışı, yalnızca ruh hastalarının değil tüm hastaların özelliğidir. Bilgiyi anlamak konusunda ruh hastalarının öteki hastalarda daha başarısız olduklarını kanıtlayan bir veri de bulunmamaktadır. Verilen bilginin ruh hastasının tedavisini olumsuz etkileyeceğini öne süren yaklaşımın kaygıları ise, yeterli ve gerekli bilginin değerlendirilmesi ve ölçütlerinin saptanması ile giderilebilir.

Yukarıda da belirtildiği gibi ruh hastasının aydınlatılmış onam konusunda ilkece herhangi bir hastadan farkı yoktur. Onun kendisi ile ilgili kararları vermek konusunda daha baştan yetersiz sayılması bilim-

sel açıdan da, etik ve hukuk açısından da somut gerekçelere dayanmamakta, birçok kişi tarafından paylaşıldığı için gerçek sanılan genel bir kanı olmaksızın öteye gidememektedir.

Psikiyatride hastanın özerkliğini zedeleyen en önemli uygulama zorla yatırmadır. Bu tez bağlamında geniş bir biçimde tartışmaya çalıştığımız bu uygulamanın tümüyle reddedilmesi olanaksız görünmektedir. Ancak sınırlarının iyi çizilmesi gerekmektedir.

Gerek hastanın tedavisi ile birlikte giden araştırmalarda gerekse tümüyle tedaviden bağımsız araştırmalarda gündelik tıp uygulamasında olduğundan farklı bir aydınlatılmış onam yönteminin kullanılması gerektiği genel olarak kabul edilmektedir. Bu tezde bu konuyla ilgili olarak yapılan tartışmalar da benzer bir sonuca ulaşmıştır. Yazarınıza göre, hekimle hasta arasındaki toplumsal sözleşmeye dayalı ilişkinin araştırmacı ile denek arasında da varsayılması bu ilişkinin niteliğine uymamaktadır. Bu nedenle araştırmalarla ilgili olarak saptanan ve araştırmacıdan uyması beklenen kurallar gereksiz bir çifte ölçüt değil, ilişkinin doğasının bir gereğidir. Ancak bu kuralların gereğine inanmayan bir araştırmacının, onların gereklerini yerine getiriyormuş gibi görünüp onları yok saymanın yolunu bulacağı da açıktır. Bu nedenle araştırmacıların etik kuralların önemi ve gerekliliği konusunda eğitilmesi önemle vurgulanmalıdır.

Bu çalışmada psikiyatri alanındaki yasal düzenlemelerin yeterli olmadığı konusunda pek çok saptamada bulunulmuştur. Bu yetersizliğin ülkemizdeki psikiyatri uygulamasında yol açtığı kargaşa ve denetimsiz-

lik etik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu tez bağlamında geniş olarak ele alınmamakla birlikte, yasal düzenlemelerin yetersizliğinin yol açtığı en önemli sorunlardan birinin, psikiyatri alanında "alternatif tıp" uygulamasının yaygınlaşması olduğu kanısındayım. Psikiyatri alanında söz konusu olan bu rol kargaşası en çok "alternatif" denen tıp uygulamacılarının ve yetkisiz sağıaltıcıların işine yaramaktadır.

Psikiyatri alanında hukuksal düzenlemelerin neden olduğu bir başka sorun yasaların işlevini yitirmesi sonucu ortaya çıkan boşluklardır. İşlevini yitirmiş bu yasal düzenlemeler ruh hekiminin sorumluluğu açısından gelişkilili durumlara yol açmaktadır. Uygulamada bu açıdan sorun çıkmamasının temel nedeni ise, hastaların haklarının farkında olmamaları ve hakları çiğnendiğinde ne yapacaklarını bilmemeleridir.

Ruh hastasının vesayet altına alınması konusu da bir başka sorun kaynağıdır. Özellikle zorla yatırılan hastalarda hukuk açısından geçerli bir vesayet söz konusu olmasa bile hasta yakınının kararları geçerli sayılmakta, bazı hastaların birçok kez zorla yatırılmalarına karşın vesayet altına alınmadıkları saptanmaktadır. Vesayet, genellikle kişinin malvarlığı ile ilgili bir sorun olduğunda gündeme gelmektedir.

Tüm bunların sonucunda konumuz açısından ülkemizdeki psikiyatri uygulamasının genel görünüşünü şöylece çizebiliriz. Genellikle ruh hekimi hastayı ancak çok kısa bir süre görebilmekte ve onu yeterince bilgilendirmeden tedaviye başlamaktadır. Gerek yatan hastalar gerekse ayaktan tedavi görenler hastalıklarıyla ve tedavileriyle ilgili yeterli bilgiyi

alamamaktadırlar. Hastaya sağlanan bilginin herhangi bir ölçütü bulunmamaktadır; bu bilginin içeriği tümüyle hekimin denetimindedir. Yatan hastaların onam verme işlemi genellikle yetkisiz bir idare memuru tarafından hasta aydınlatılmadan gerçekleştirilmektedir. Alınan bu onam son derece geniş kapsamlıdır ve hastaya yapılacak işlemleri sınırlamamaktadır.

Zorla yatırmada ise durum daha da karmaşıktır. Genellikle kabul edilen, zorla yatırma işleminin bir yasal süreci başlatmasıdır. Hastanın özgürlüğünden alıkonulmasının yasal olarak onaylanması gerekmektedir. Oysa ülkemizde bu süreç hemen hiç işlememektedir.

Psikiyatri alanında söz konusu olan kargaşanın ortadan kaldırılması için bir yandan aydınlatılmış onam uygulamasının başlatılması ve yaygınlaştırılması, öte yandan da bu uygulamanın yasal dayanaklarının oluşturulması gerekmektedir.

Ülkemizdeki psikiyatri etkinliğinin çağdaş bir biçimde düzenlenmesi ve ruh hastalarının özerkliklerinin etkili bir biçimde korunabilmesi için bazı önerilerde bulunulabilir. Bunları şöylece sıralayabiliriz.

1. Psikiyatride günlük uygulamada ve psikiyatri araştırmalarında aydınlatılmış onam alma işlemi başlatılmalıdır.

2. Bu işlemin yasal dayanakları oluşturulmalıdır. Özellikle psikiyatri alanında kullanılabilecek bir "tıbbi vekalet" kavramı üzerinde durulmalıdır.

3. Hastanın bilgilendirilmesi konusu üzerinde önemle durulmalı, ona hastalığı konusunda standart

bilgi sağlayabilecek yayınlar geliştirilmelidir. Bu yayınlar tüm sağlık birimlerinde hastaların kullanımına sunulmalıdır. Hastalar bu yayınların varlığından habersiz kılınmalıdırlar. Hastaların bu tür yayınlara gerek duyduğu, bizim çalışmamızda da ortaya çıkmıştır. Hastaların % 88'i bu tür yayınların yararlı olacağını belirtmiştir.

4. Hastanın onamının kesinlikle hekim tarafından alınması zorunlu tutulmalıdır. Onam formları onam alan hekimin de imzasını içermelidir. Bu tez kapsamında yaptığımız araştırma, onam alma ile bilgilendirme arasındaki önemli bağı ortaya koymuştur.

5. Bugün hastanelerde kullanılan onam formları gözden geçirilmeli, hangi işlemler için geçerli olabilecekleri saptanmalı ve sınırları belirlenmelidir. Bu formlar geliştirilerek gerçek birer onam formu durumuna getirilmeli, özel uygulamalar için özel formlar düzenlenmelidir. Formların içeriği, hastaların okuyup bilgi edinebileceği düzeye getirilmelidir.

6. Eğitim ve araştırmalarda ayrıca duruma özel aydınlatılmış onam alınmalıdır. Özellikle aydınlatılmış onam alma işlemini içermeyen araştırmaların yapılmasına izin verilmemeli, böyle araştırmalar dergiler tarafından yayınlanmak üzere kabul edilmemelidir.

7. Aydınlatılmış onamın alınmamasından doğan hekim sorumluluğu ve psikiyatrideki yasal boşluklar konusunda yasa koyucunun dikkatini çekecek girişimlerde bulunulmalıdır. Özellikle bundan doğan hekim sorumluluğu konusunda yargıçların duyarlandırılması çok yararlı olacaktır.

8. Ülkemizdeki tıp uğraşını düzenleyen yasalar hızla gözden geçirilmeli ve çağdaş tıp anlayışına ve onun gelişmesine uygun bir düzeye getirilmelidirler. Bunun için geniş katılımlı çalışmaların yapılması gereklidir. Çünkü taraflardan yalnızca birinin görüşünü yansıtan ya da yalnızca onun açısından doyurucu bulunan bir çözüm gerçek ve uzun erimli bir çözüm olmayacaktır.

9. Hekimler ve araştırmacılar genel eğitimlerinin bir bölümünde etik hakkında bilgilendirilmeli, bu bağlamda aydınlatılmış onam konusunda duyarlandırılmalıdırlar. Özellikle ruh hekimleri uzmanlık eğitimleri kapsamında hastalarından nasıl aydınlatılmış onam alabilecekleri konusunda eğitilmelidirler. Bu noktada eğitimcilerin eğitimi de önem kazanmaktadır.

10. Hastalar hakları konusunda bilgilendirilmeli ve bu haklarını kullanmaları için desteklenmelidirler. Bu bağlamda hastalar tüketici dernekleri oluşturmaları yönünde desteklenebilirler. Bu tez kapsamında yaptığımız araştırmada, toplumumuzun standart genel eğitiminin hastalara, hakları konusunda yeterli bilgiyi kazandırmadığı ortaya çıkmıştır.

11. İletişim çağı olarak nitelendirilen çağımızda hekimin iyi bir iletişimci olmasının gerekli olduğu göz önünde tutularak, onun bu konuda eğitim alması sağlanmalıdır.

12. Kitle iletişim araçları hastaların eğitimi konusunda etkin bir biçimde kullanılmalıdır. Hastaya yanlış bilgiler ve iletiler ulaştıranların denetim altına alınması için de çaba harcanmalıdır.(39)

Özellikle hekimler bu türden medyaya bilgi vermeyerek, yazılı ve sözlü tepkilerini gecikmeden göstererek böyle bir çabaya katkıda bulunmalıdırlar.

13. Aydınlatılmış onamın alınamayacağı durumlarda kullanılmak üzere geliştirilen yöntemler tartışılarak uygulamaya geçirilmeli, buna dayanak oluşturacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır. "Tıbbi vesayet" kavramının gündeme getirilmesi de önemlidir.

14. Aydınlatılmış onamın önemli bir ögesi olan yeterliğin değerlendirilmesi gündelik bir uygulama durumuna getirilmelidir. Bu değerlendirmenin yöntemi, yorumu ve güvenilirliği üzerinde çalışılmalıdır. Bu konuda dünyada yapılan çalışmalar bir ölçüde yol gösterici olabilir. Ancak kültürel farklılıklar bu değerlendirmede çok önemli bir belirleyicidir. Bu nedenle toplum yapımıza da uygun bir yorumun geliştirilebilmesi için özgün çalışmaların yapılması gerekmektedir.

15. Ülkemizdeki psikiyatri uygulamasının en önemli sorunlarından biri tedavisi tamamlanan, bakım ve rehabilitasyon gerektiren ya da tedavi ile birlikte toplum içinde yaşama deneyimi kazanması gereken hastaların barınabileceği bir kurumlar sisteminin olmayışıdır. Bu yoksunluk psikiyatri kliniklerinin aşırı bir hasta yoğunluğu altında ezilmesine, zaten kısıtlı olan olanakların ne denli geliştirilirse geliştirilsin hep yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Özellikle zamanın etkin kullanımını önemli ölçüde zorlaştıran bu duruma çözüm üretilmesi gerekmektedir.

Bu önerilerin geniş katılımlı ve sürekliliği olan bir çalışma grubu tarafından kısa erimde

başarılabilecekler ve uzun erimde amaçlanması gerekenler biçiminde düzenlenmesinin, gerçekleştirilmeleri yönünde çaba harcanmasının, ülkemizdeki tıp etkinliğinin özellikle de psikiyatrinin karşılaştığı birçok etik soruna çözüm getirebileceği kanısındayım. Bu tez çalışmasının bu çözüme bir katkı olmasını diliyorum.



9- ÖZET

Bu tezin temel amacı, psikiyatri alanında aydınlatılmış onamın geçerli ve uygulanabilir bir yöntem olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda konuyu etik, hukuk ve bilim açısından ele aldık.

Hastanın kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerine, hekim tarafından onlarla ilgili olarak bilgilendirildikten sonra onam (rıza) vermesi biçiminde tanımlanan aydınlatılmış onam, günümüzde tıbbi etik açısından üzerinde en çok çalışılan konulardan biridir. Biz bu çalışmamızla, ülkemizde yeni tartışılmaya başlanan ve özellikle psikiyatri alanındaki uygulamalarda henüz yaygın biçimde yer almayan aydınlatılmış onamı çeşitli boyutları ile tanıtmayı ve onun ülkemizdeki uygulanma koşullarını ortaya koymayı amaçladık.

Bilindiği gibi tıp, amacı doğrudan insana hizmet olan bir etkinliktir. Bunun yanında, onamın dayandığı özerklik ilkesi, insanın en temel bir hakkı, bir anlamda onun birey olarak toplumsal varoluşunun temelidir. Tıpta bireyin özerkliğinin gerçekleşmesi, ancak hastanın aydınlatılmış onamının alınması ile olanaklıdır. Bu nedenle aydınlatılmış onam alma işlemi gündelik tıp uygulamasının yan etkinliklerinden değil, onun temel öğelerinden biridir. Tıp alanında uğraş verenlerin aydınlatılmış onamın tanımı, kapsamı, içeriği, özellikleri, uygulanış biçimleri ve işlevleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bilinmektedir. Aydınlatılmış onam alma uygulamasının gündelik çalışma kapsamına girememesinin en önemli nedeni bu olmalıdır.

Bu çalışmada aydınlatılmış onamı çeşitli yönlerden ele alarak, bu bilgi eksikliğini kendi açımızdan gidermeye çalıştık.

Genel tıp uygulamasında aydınlatılmış onam için söz konusu olan durum, ruh sağlığı hizmetleri alanında da önemli ölçüde geçerlidir. Ülkemizde bilimsel açıdan çağdaşlık düzeyini büyük ölçüde yakalamış olan ruh sağlığı hizmetlerinin, etik açısından ve hukuksal düzenlemelerin kapsamı yönünden aynı düzeyde olduğunu söylemek ise olanaklı değildir. Hukuk alanındaki sorunun, yasaların bilimsel ve kavramsal gelişimin oldukça gerisinde kalması nedeniyle ortaya çıktığı söylenebilir. Etik açısından ise sorunun en önemli ögesi, hekimlerin eğitimindeki yetersizlik olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki systemsizlik de, bu sorunların boyutunu arttıran ve çözümünü güçleştiren önemli bir etken durumundadır.

Ruh sağlığı alanında çağdaş düzeyi yakalamak için aydınlatılmış onam uygulaması önemli bir dönüm noktası olabilir. Ruh sağlığı hizmetleri ve aydınlatılmış onam uygulaması alanında gelişmiş pek çok ülkede, ruh hekimlerinin, aydınlatılmış onamın nasıl alınacağı konusunda eğitim vermek ve hastayı onam verme yeterliği açısından değerlendirmek gibi etkinlikleri üstlenerek, uygulamada çok önemli bir rol oynadıklarını görmekteyiz. Oysa ülkemizde ruh hekimliği alanında aydınlatılmış onam konusunda büyük bir boşluk bulunmaktadır. Bu sorunların çözümü için de öncelikle hekimlere etik sorunlar konusunda daha duyarlandırıcı bir eğitimin verilmesi gerekmektedir.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, bu çalışmada ülkemizde psikiyatri alanında aydınlatılmış onamın uygulanma koşullarını ve işlevlerini farklı alanların bakış açılarından tartıştık.

Ülkemizdeki durumu saptamak için hekimlerin ve hastaların aydınlatılmış onam konusundaki bilgi ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan sınırlı bir araştırma yaptık ve önerilerimizi bu araştırmadan elde ettiğimiz sınırlı verilerin de ışığında oluşturmaya çalıştık.

Sonuçta ulaştığımız nokta, ülkemizde psikiyatri alanında aydınlatılmış onamın pekâla uygulanabileceğidir. Bunun için genel tıp ve psikiyatri uzmanlık eğitiminde konuya gereken önem verilmeli, ayrıca uygulamanın yasal dayanakları oluşturulmalıdır.

10- İNGİLİZCE ÖZET**CONSENT AND INFORMED CONSENT IN PSYCHIATRY****Ethical, Legal and Scientific Perspectives**

The main objective of this thesis is to study whether or not informed consent is a valid and applicable procedure in psychiatry. In accordance with this objective, the topic has been considered from the viewpoints of ethics, law and science, .

Informed consent is being defined as the obtaining of patient's permission after his/her receiving the necessary and sufficient information about the diagnostic and therapeutic procedures planned to be applied on him/her. Recently, many studies on this subject have been published in the field of medical ethics. In the present study, we tried to introduce various dimensions of informed consent which is not widely used in psychiatry in our country, but which has just begun to be discussed. We also aimed at clarifying the conditions of practicing informed consent in Turkey.

Medicine is an activity which has the aim of serving man directly. And the principle of autonomy, on which consent is based, is a basic right of human beings; in other words it is the basis of his social existence as an individual. The realization of the individual's autonomy in medicine is possible only if the physician obtains the informed consent of the patient. Thus, to get an informed consent is not a side activity within the medical routine, but an integral of it. It is generally known that caregivers do not have adequate knowledge about the definition, content, characteristics, extent, application methods and functions of in-

formed consent. This lack of knowledge must be the most important reason why the informed consent procedures could not easily be integrated into the medical routine. In this study, we tried to compensate for this lack of knowledge from our point of view by pointing out different dimensions of informed consent.

The situation which we expressed for informed consent in general medical practice is mostly the same for mental health services. Although mental health care has evidently reached the contemporary scientific level in our country, it is hard to say that it is at the same level in the case of ethics and law. It can be said that the legal problems stem from the incapability of legislation in following the scientific and conceptual progress. The most important reason of ethical problems is the inadequacy of physicians' education on informed consent and on ethics in general. The fact that the health care system is unsystematic and disorganized in this country, is evidently an important factor increasing the dimensions of the related problems and making their solutions more difficult.

In order to catch the contemporary level in psychiatry from an ethical point of view, informed consent can be an important turning point. One can observe that in developed countries psychiatrists play an important role in the practice of informed consent by educating other physicians about how to obtain it, and by assessing the competency of patients in the decision-making process. Whereas in our country there appears to be a big gap in this matter in psychiatry. In order to fill this gap, it is obviously necessary to give a more et-

hically sensitizing teaching to medical students and physicians.

In the light of the factors mentioned above, in this study we discussed the functions and conditions of application of informed consent in psychiatry from the different perspective of fields.

We realized a research with limited scope on the knowledge and attitudes of physicians and patients towards informed consent in order to determine the recent situation in our country. We tried to constitute our suggestions in the light of the limited data that we obtained from this research. As a result, we can say that informed consent is certainly applicable in psychiatry in this country. The topic must necessarily be given the importance it deserves in the general medical education and in the training of psychiatrists. Understandably, the necessary changes in the legislation must also be realized as regards the informed consent.

11- KAYNAKLAR

1. AD HOC COMMITTEE ON MEDICAL ETHICS, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS: American College of Physicians Ethics Manual. Annals of Internal Medicine, 101:263-274, 1984.

2. ADITYANJEE, D.: Informed consent: Issues involved for developing countries. Med. Sci. Law. 26:305-307, 1986.

3. ALBAUGH, R.M.: Thesis Writing: A Guideline to Scholarly Style. 2 nd ed., Iowa, Littlefield, Adams & Co., 1955.

4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: The Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry. Current Opinions of the Judicial Council, Supplementum. 1984.

5. AnaBritannica. İstanbul, Ana Yayıncılık AŞ, 11:578-580, 1990.

6. APPELBAUM, P.S.: Limitations on guardianship of the mentally disabled. Hospital and Community Psychiatry. 33:183-184, 1982.

7. APPELBAUM, P.S.: Civil Commitment. In: Psychiatry, Social, Epidemiological and Legal Psychiatry. 1 st ed., Philadelphia, J.B. Lippincot Company, 1986.

8. APPELBAUM, P.S.: The right to refuse treatment with antipsychotic medications: Retrospect and prospect. American Journal of Psychiatry. 145:413-419, 1988.

9. APPELBAUM, P.S.: Voluntary hospitalization and due process: The dilemma of Zinermon v. Burch. Hospital and Community Psychiatry. 41:1059-1060, 1990.

10. APPELBAUM, P.S.: Advanced directives for psychiatric treatment. Hospital and Community Psychiatry. 42:983-984, 1991.

11. APPELBAUM, P.S., GRISSO, T.: Assessing patients' capacities to consent to treatment. New England Journal of Medicine. 319:1635-1638, 1988.

12. APPELBAUM, P.S., ROTH L.H.: Involuntary treatment in medicine and psychiatry. American Journal of Psychiatry. 141:202-205, 1984.

13. APPELBAUM, P.S., ROTH L.H. ve LIDZ C.W.: The therapeutic misconception: Informed consent in psychiatric research. International Journal of Law and Psychiatry. 5:319-329, 1982.

14. ARDA, B.: Batı Ortaçağında Hastalık Kavramı. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara. s. 9-14, 1993.

15. AŞÇIOĞLU, Ç.: Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. 1. baskı, Ankara, Olguç Matbaası, 1982.

16. ATKINSON, J: Autonomy and Mental Health. In: BARKER, P.J., BALDWIN, S.: Ethical Issues in Mental Health. 1 st ed., Londra, Chapman and Hall Co., s. 103-105, 107-109, 116-117, 1991.

17. AYAN, M.: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara. 1990.

18. BABAOĞLU, A.N.: Psikiyatride diağnozun anlamı. Toplum ve Hekim. 4:33-37, 1992.
19. BAKHURST, D.: On lying and deceiving. Journal of Medical Ethics. 18:63-66, 1992.
20. BARKER, P.J., BALDWIN, S.: Ethical Issues in Mental Health. 1 st ed., Londra, Chapman and Hall Co., 1991.
21. BAUM, M., ZILKHA, K., HOUGHTON, J.: Ethics of clinical research: Lessons for the future. British Medical Journal. 299:251-253, 1989.
22. BAYRAKTAR, K.: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. 1. baskı, İstanbul, Sermet Matbaası, 1972.
23. BEIGEL, A.: A challenge for psychiatry. American Journal of Psychiatry. 148: 1289-1290, 1991.
24. BEINE, K., SCHMITZ, F., SCHUMANN, V., TRENC-
KMANN, U.: Waldheim- der schwierige versuch der aufar-
beitung. Psychiat. Prax. 18:41-47, 1991.
25. BLOCH, S.: The student with a writing block-
ethics of psycotherapy. Journal of Medical Ethics.
15:153-158, 1989.
26. BLOCH, S., CHODOFF P.: Psychiatric Ethics.
2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, 1993.
27. BURSZTAJN, H.J.: Competency to make a will.
American Journal of Psychiatry. 149:1415-1416, 1992.
28. BUSSE, E.W.: Ethics and psychiatry: Old and
new issues. American Journal of Psychiatry. 141:410-
411, 1984.

29. BYRNE, D.J., NAPIER, A., CUSCHIERI, A.: How informed is the signed consent? *British Medical Journal*. 296:839-840, 1988.

30. CANAVAN, K., SCHWARZ, R., WIERSMA, D., JABLENSKY, A.: Assessment and reduction of psychiatric disability. *International Digest of Health Legislation*. 35:509-549, 1984.

31. CAWLEY, R.H.: Educating the psychiatrist of the 21 st century. *British Journal of Psychiatry*. 157:174-181, 1990.

32. CHAPMANN, C.B.: The importance of being ethical. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2:422-439, 1981.

33. CHODOFF, P.: Involuntary hospitalization of mentally ill as a moral issue. *American Journal of Psychiatry*. 141:384-389, 1984.

34. CHODOFF, P., PEELE, R.: The psychiatric will of Dr. Szasz. *Hastings Center Report*. 13:11-13, 1983.

35. CONELLY, J.E.: Informed consent: An improved perspective. *Arch.Intern.Med*. 148:1266-1268, 1988.

36. CROSS, A.W., CHURCHILL, L.R.: Ethical and cultural dimensions of informed consent. *Annals of Internal Medicine*. 96:110-113, 1982.

37. ÇOKER, F., KAZANCI, F., KAZANCI, M.: T.C Kanunları 1986/2 Ek ve Değişiklikleriyle. İstanbul, Kazancı Hukuk Yayınları. 2:1476,1479, 1986.

38. ÇOKER, F., KAZANCI, S.: T.C Kanunları. Ankara, Rüzgarlı Matbaası, 2:2291, 1986.

39. DANTO, A.C.: Connections to the World: The Basic Concepts of Philosophy. 1 st ed., New York, Harper & Row Publishing, 1990.

40. DAWSON, J.: The mental health (compulsory assessment and treatment) act 1992. Bioethics Research Center Newsletter. 1992.

41. DE GEORGE, R.T.: Contemporary Bioethics in the United States: An Introduction. 1 st ed., Kansas, The University of Kansas Press, pp. 54-67, 1990.

42. DOBSON, J.: The new ethics. New England Medical Journal. 6:267, 1991.

43. D'ORBAN, P.T.: History of psychiatry: forensic aspects. Current Opinion in Psychiatry.1:609-613, 1988.

44. DOWNIE, R.S., CALMAN, K.C.: Health Respect: Ethics in Health Care. 1 st ed., London, Faber and Faber Co., 1987.

45. DRANE, J.F.: Competency to give an informed consent. JAMA. 252:925-927, 1984.

46. EDWARDS, P.: The Encyclopedia of Philosophy. 2 nd ed., New York, MacMillan Publishing Co. Inc. and Free Press, 1972.

47. EICHELMAN, B., WIKLER, D., HARTWIG, A.: Ethics and psychiatric research: problems and justification. American Journal of Psychiatry. 141:400-405, 1984.

48. ELLIOTT, C.: Competence as an accountability. Journal of Clinical Ethics. 2:167-171, 1991.

49. ELLIOTT, C., ELLIOTT, B.: From the patient's point of view: medical ethics and the moral imagination. *Journal of Medical Ethics*. 17:173-178, 1991.

50. ELLIS, T.: The Nature of Morality. In: BARKER, P.J., BALDWIN, S.: *Ethical Issues in Mental Health*. 1 st ed., Londra, Chapman and Hall Co., 1991.

51. EMANUEL, E.J., EMANUEL, L.: Proxy decision making for incompetent patients. *JAMA*. 267:2067-2071, 1992.

52. ERSOY, N.: Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onam (Rıza)'ının Alınması ile İlgili Etik Sorunlar. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İstanbul. 1991.

53. ERSOY, N.: İnsan üzerinde deney ve aydınlatılmış onam. *Toplum ve Hekim*. 4:45-47, 1992.

54. ETH, S.: Psychiatric Ethics: Entering the 1990's. *Hospital and Community Psychiatry*. 41:384-386, 1990.

55. EVNINE, S.J.: Understanding madness. *Ratio*. 11:1-18, 1989.

56. FADDEN, R., FADDEN, A.: False belief and the refusal of medical treatment. *Journal of Medical Ethics*. 3:133-136, 1977.

57. FİDANER, C., FİDANER, H.: Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri. 1. baskı, Ankara, Ankara Tabip Odası Yayınları, s. 21-25, 1987.

58. FOUCAULT, M.: Deliliğin Tarihi I. 1. baskı, Ankara, İmge Kitabevi, s. 24, 70-77, 1992.

59. FOUCAULT, M.: Deliliğin Tarihi III. 1. baskı, Ankara, İmge Kitabevi, s. 28-29, 1993.

60. FREEDMAN, B.: A moral theory of consent. Hastings Center Report. 5:32-39, 1975.

61. FULFORD, K.W.M.: Philosophy and medicine: the Oxford connection. British Journal of Psychiatry. 157:111-115, 1990.

62. FULFORD, K.W.M.: Moral Theory and Medical Practice. 1 st ed., Avon, The Bath Press, 1989.

63. FULFORD, K.W.M.: The potential of medicine as a resource for psychiatry. Theoretical Medicine. 12:81-85, 1991.

64. FULFORD, K.W.M.: Theory and practice of the abuse of psychiatry: A case of bioethical hemianopia. Inaugural Congress of IAB, 1992.

65. FULFORD, K.W.M.: The Concept of Disease. In: BLOCH, S., CHODOFF P.: Psychiatric Ethics. 2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, pp. 77-99, 1993.

66. FULFORD, K.W.M., HOWSE, K.: Ethics of research with psychiatric patients: Principles, problems and the primary responsibilities of researchers. Journal of Medical Ethics. 19:85-91, 1993.

67. GEÇTAN, E.: Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. 3. baskı, İstanbul, Maya Yayınları, s. 18-19, 21-23, 1984.

68. GILLETT, G.R.: Informed consent and moral integrity. Journal of Medical Ethics. 15:117-123, 1989.

69. GILLON, R.: Autonomy and the principle of respect for autonomy. British Medical Journal. 290:1806-1808, 1985.

70. GILLON, R.: Paternalism and medical ethics. British Medical Journal. 290:1971-1972, 1985.

71. GILLON, R.: Rights. British Medical Journal. 290:1890-1891, 1985.

72. GILLON, R.: Medical treatment, medical research and informed consent. Journal of Medical Ethics. 15:3-5, 1989.

73. GÖKA, E. ve SAYAR, K.: Bir Bilim Olarak Psikiyatri. 1. baskı, İstanbul, Ağaç Yayıncılık, s. 35, 60-70, 1992.

74. GÖKTEPE, E.O.: Szasz, Laign ve antipsikiyatri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2:135-144, 1986.

75. GUTHEIL, T.G, DUCKWORTH, K.: The psychiatrist as informed consent technician: a problem for the profession. Bulletin of Meninger Clinic. 1:87-94, 1992.

76. Hekimlik Terimleri Kılavuzu. 2. baskı, Ankara, TDK Yayınları, Sevinç Matbaası, s.117, 1980.

77. HOGE, S.K., APPELBAUM, P.S., GELLER, J.L.: Involuntary Treatment. Review of Psychiatry. 8:432-450, 1989.

78. İÇEL, K., YENİSEY, F.: Ceza Kanunları. 1. baskı, İstanbul, Der Yayınevi, s. 25-27, 245, 1987.

79. INGLEBY, D.: Critical Psychiatry. 1 st ed., Aylesbury, Hazell Watson & Viney Ltd., 1980.

80. INGLEFINGER, F.J.: Arrogance. *New England Medical Journal*. 330:1507-1511, 1980

81. ISOHANNI, M., NIEMINEN, P., PYLKKANEN, K., SPALDING, M.: The dilemma of civil rights versus the right of treatment: questionable involuntary admissions to a mental hospital. *Acta. Psychiatr. Scand.* 83:256-261, 1991.

82. JENSEN, P.S., JOSEPHSON, A.M., FREY III., J.: Informed consent as a framework for treatment: Ethical and therapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*. 3:378-386, 1989.

83. JOSEPH, D., ONEK, J.: Confidentiality in Psychiatry. In: BLOCH, S., CHODOFF P.: *Psychiatric Ethics*. 2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, pp. 313-340, 1993.

84. KALAÇA, Ç.: Önerilen Tıbbi Girişimi Reddeden Hastanın "Karar Verme Yeterliliğinin" Psikiyatristler Tarafından Değerlendirilmesi. S.B Ankara Hastanesi Uzmanlık Tezi. Ankara. 1994.

85. KANT, I.: Ahlâk Metafiziğinin Temellendirilmesi. 1. baskı, Ankara, Meteksan Lmt. Şti., s. 36-38, 82-83, 1982.

86. KARASU, T.B.: The ethics of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 137:1502-1512, 1980.

87. KEISLING, R.: Characteristics and outcome of patients who refuse medication. *Hospital and Community Psychiatry*. 34:847-848, 1983.

88. KENDELL, R.E.: The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 127:305-315, 1975.

89. KIRBY, M.D.: Informed consent: what does it mean? *Journal of Medical Ethics*. 9:69-76, 1983.

90. KUÇURADI, İ.: Etik. 1. baskı, Ankara, Meteksan Basımevi, s. 169, 184, 1988.

91. KUHN, T.S.: Bilimsel Devrimlerin Yapısı. 2. baskı, İstanbul, Alan Yayıncılık, s. 184-186, 1982.

92. KUNTER, N.: Suç İşleyen Akıl Hastalarına Karşı Türk Hukukunda Cemiyetin Müdafaası. In: Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar). 1. baskı, İstanbul, Sulhi Garan Matbaası, s. 351-368, 1958.

93. LACEY, A.R.: A Dictionary of Philosophy. 2 nd ed., London, Routledge and Kegan Paul Ltd., 1979.

94. LAING, R.D., ESTERSON, A.: Sanity, Madness and Family. 13 th ed., London, Penguin Books, 1987.

95. LARA, M.C., DE LA FUENTE, J.R.: On informed consent. *Bulletin of PAHO*. 24:419-424, 1990.

96. LEWIS, A.: Dilemmas in psychiatry. *Psychol. Med*. 3:581-585, 1991.

97. LIDZ, C.W.: The signed form-informed consent? In: BORUCH, R.F., ROSS, J., CECIL, J.S.: Solutions to legal and ethical problems in applied social research. 2 nd ed., New York, Academic Press Inc., 1982.

98. LIDZ, C.W.: The weather report model of informed consent: Problems in preserving patient voluntariness. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*. 8: 34-43, 1990.

99. LIDZ, C.W., MEISEL, A., ZERUBAVEL, E., CARTER, M., SESTAK, R.M., ROTH, L.H.: *Informed Consent; A Study of Decisionmaking in Psychiatry*. 1 st ed., New York, The Guilford Press, 1984.

100. LIDZ, C.W., APPELBAUM, P.S., MEISEL, A.: Two models of implementing informed consent. *Arch.Intern.Med*. 148:1385-1389, 1988.

101. LINDLEY, R.: Paternalism and caring. In: FAIRBURN, G., FAIRBURN, S.: *Ethical Issues in Caring*, 1 st ed., Aldershot, Gower Publishing, 1988.

102. LITTLE, W., FOWLER, H.W., COULSON, J., ONIONS, C.T.: *The Oxford Universal Dictionary Illustrated*. 2 nd ed., London, Oxford University Press, p.374, 1965.

103. LONSDORF, R.G.: The involuntary commitment of adults: an examination of recent legal trends. *Symposium of Forensic Psychiatry*. 1986.

104. LYNN, J.: Informed consent: an overview. *Behavioral Sciences and Law*. 1:29-45, 1983.

105. McCALDON, R.J., CONACHER, G.N., CLARK, B.J.: The right to remain psychotic. *Canada Medical Association Journal*. 7:777-781, 1991.

106. McKEGNEY, F.P., SCHWARTZ, B.J., O'DOWD, M.A.: Reducing unnecessary psychiatric consultations for informed consent by liaison with administration. *General Hospital Psychiatry*. 14:15-19, 1992.

107. MENINGER, K.: *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. 6 th ed., New York, The Viking Press, pp. 83-86, 188, 1966.

108. MERSKEY, H.: Different forms of the abuse of psychiatry. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 18:423-426, 1993.

109. MEZEY, M.: Community education. *Hastings Center Report, Supplementum*. 5:11-12, 1991.

110. MICHELS, R., KELLY, K.: Training in Psychiatric Ethics. In: BLOCH, S., CHODOFF P.: *Psychiatric Ethics*. 2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, pp. 435-447, 1993.

111. MILLER, R.D.: Economic factors leading to diversion of the mentally disordered from the civil to the criminal commitment systems. *International Journal of Law and Psychiatry*. 15:1-12, 1992.

112. MOGUEROU, C.: Les psy sur le divan de l'ethique. *Rev. Infirm*. 42:16-17, 1992.

113. MONIN, A.S.: On definition of the concepts thinking, conciousness, and conscience. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 89:5774-5778, 1992.

114. MORENO, J.D: Who's to choose? Surrogate decisionmaking in New York State. *Hastings Center Report*. 1:5-11, 1993.

115. MOSS, A.H.: The patient self-determination act: Benefit or burden. *The West Virginia Medical Journal*. 87:510-513, 1991.

116. MUNETZ, R.M., BIRNBAUM, A., WYZIK, P.F.: An integrative ideology to guide community based multidisciplinary care of severely mentally ill patients. Hospital and Community Psychiatry. 44:551-555, 1993.

117. MUSTO, D.: A Historical Perspective. In: BLOCH, S., CHODOFF P.: Psychiatric Ethics. 2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, pp. 15-32, 1993.

118. NATINAL CONSUMER COUNCIL. Patients' Rights. 1 st ed., London, Government Bookshops, 1983.

119. NELSON, J.L.: Taking families seriously. Hastings Center Report. 22:6-12, 1992.

120. NILCHAIKOVIT, T., HILL, J.M., HOLLAND, J.C.: The effects of culture on illness behavior and medical care. General Hospital Psychiatry. 15:41-50, 1993.

121. OĞUZ, N.Y.: Etik açısından ruh sağlığı alanındaki yasal düzenlemeler. Türk Psikiyatri Dergisi. 4:304-306, 1993.

122. OĞUZ N.Y.: Temel yönleriyle psikiyatride hasta hakları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 3:232-237, 1993.

123. OĞUZ, N.Y., DEMİR, B.: Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatırma. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 4:367-371, 1993.

124. O'NEILL, O.: Paternalism and partial autonomy. Journal of Medical Ethics. 72:173-178, 1984.

125. O'NEILL, O.: Introducing ethics: some current positions. Bulletin of Medical Ethics. 67:18-21, 1991.

126. ÖNCEL, Ö.: Hekim Sorumluluğu. Dirim. 9-10:277-284, 1993.

127. ÖRS, Y.: Les Rapports Médecin-Malade á la Lumière de l'Evolution Médicale et Psychiatrique. Clio Medica. 18:101-111, 1983.

128. ÖRS, Y.: An evalutionary concept of disease. Hacettepe Bulletin of Medicine-Surgery. 7:219-228, 1974.

129. ÖRS, Y.: Yöntembilgisi açısından psikiyatri ve klinik psikoloji. Türk Psikiyatri Dergisi. 3:205-209, 1992.

130. ÖRS, Y.: Psikiyatri ışığında etik: Değerler felsefesi için psikiyatrinin önemi. 25. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Mersin, 1989.

131. ÖRS, Y.: Tıbbın psikosomatik bütünlüğü ve bunun klinik uygulamadaki sonuçları. Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon-Liyezon Sempozyumu. AÜTF, 1994.

132. ÖRS, Y., OĞUZ, Y.: Yöntembilgisi Açısından Psikiyatri ve Psikoloji. 14. Ulusal Psikiyatri Kongresi Sunuşu, Antalya, 1991.

133. ÖZEK, Ç., KÖKNEL, Ö.: Suç İşlememiş Akıl Hastalarının İhtiyari Tedavisi. In: Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar). 1. baskı, İstanbul, Sulhi Garan Matbaası, s. 134-150, 1958.

134. ÖZEK, Ç., KÖKNEL, Ö.: Suç İşlememiş Akıl Hastalarının Cebri Tedavisi. In: Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar). 1. baskı, İstanbul, Sulhi Garan Matbaası, s. 152-176, 1958.

135. ÖZKAN, S.: Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-
liyezon Psikiyatrisi. 1. baskı, İstanbul, Roche
Yayınları, 1994.

136. ÖZTÜRK, M.O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.
2. baskı, İstanbul, Evrim Basım-Yayım-Dağıtım, 1989.

137. PELLEGRINO, E.: Ethics. JAMA. 268:354-355,
1992.

138. PERLIN, M.L.: Patients' Rights. In: Psychi-
atry, Social, Epidemiological and Legal Psychiatry. 1
st ed., Philadelphia, J.B. Lippincot Company, 1986.

139. POLISHUK, U.I.: Aktualniye etiçeskiye vapro-
si sovremennoy psihiatrii.(Günümüz psikiyatrisindeki
güncel etik sorunlar.) Sov. Zdravookhr. 8:41-44, 1991.

140. POMERANTZ, A.S., DE NESNERA, A.: Informed
consent, competency and the illusion of rationality.
General Hospital Psychiatry. 13:138-142, 1991.

141. REICH, W.: Psychiatric Diagnosis as an Ethical
Problem. In: BLOCH, S., CHODOFF P.: Psychiatric Et-
hics. 2 nd ed., Wilts, Oxford University Press, 101-
133, 1993.

142. REISER, S.J, BURSZTAJN, H.J., APPELBAUM,
P.S., GUTHEIL, T.G.: Divided Staffs, Divided Selves: A
Case Approach to Mental Health Ethics. 1 st ed., Camb-
ridge, Cambridge University Press, 1987.

143. RILEY, G.J., SIMMONDS, R.L.: Informed con-
sent in modern medical practice. Medical Journal of
Australia. 157:336-338, 1992.

144. ROGERS, J.A., CENTIFANTI, J.B.: Beyond "Self-Paternalism": Response to Rosenson and Kasten. Schizophrenia Bulletin. 17:9-14, 1991.

145. ROSENBERG, R.: Some themes from the philosophy of psychiatry: a short review. Acta Psychiatr. Scand. 84:408-412, 1991.

146. ROSENSON, M.K., KASTEN, A.M.: Another view of autonomy: Arranging for consent in advance. Schizophrenia Bulletin. 17:1-7, 1991.

147. ROUSE, F.: Patients, providers and the PDSA. Hastings Center Report, Supplementum. 5:2-3, 1991.

148. RUNES, D.D.: The Standart Dictionary of Philosophy. 1 st ed., Philadelphia, Philosophy Library Press, 1983.

149. SAYAR, K.: Sana Ruhtan Soruyorlar. 1. baskı, İstanbul, İz Yayıncılık, s. 15-67, 129-132, 1991.

150. SAYAR, K. ve TÜRKÇAPAR, M.H.: Antipsikiyatri. 1. baskı, İstanbul, Ağaç Yayıncılık, 1992.

151. SAYIL, I.: Acil Psikiyatri. 1. baskı, Ankara, A.Ü. Yayınları, s. 141-144, 1987.

152. SCHWARTZ, H.I., BLANK, K.: Shifting competency during hospitalization. Hospital Community Psychiatry. 37:1256-1260, 1986.

153. SCHWARTZ, H.I., VINGIAN, W., PEREZ, C.B.: Autonomy and the right to refuse treatment: Patients' attitudes after involuntary medication. Hospital and Community Psychiatry. 39:1049-1054, 1988.

154. SHACKLE, E.M.: Psychiatric diagnosis as an ethical problem. *Journal of Medical Ethics*, 11:132-134, 1985.

155. SILVERMAN, W.A.: The myth of informed consent: in daily practice and in clinical trials. *Journal of Medical Ethics*. 15:6-11, 1989.

156. SINGER, P.A.: Advance directives: Are they an advance? *Can. Med. Assoc. J.* 146:127-134, 1992.

157. SINGER, P.A., CHOUDRY, S.: Ontario's proposed consent laws: 1. Consent and capacity, substitute decisions, advance directives and emergency treatment. *Can. Med. Assoc. J.* 146:829-832, 1992.

158. SRIRAM, T.G., KISHORE, K.V., JAYAPRAKASH, M.R., SRIRAM, R., SHANMUGHAM, V.: Informed consent: a study of experiences and opinion of utilizers of health services from India. *Soc. Sci. Med.* 12:1389-1392, 1991.

159. SUGARMAN, P., MOSS, J.: The rights of voluntary patients in hospital. *Psychiatric Bulletin*. 18:269-271, 1994.

160. SZASZ, T.S.: *The Myth of Mental Illness*. 5th ed., St Albans, Granada Publishing Ltd., pp. 155, 162-164, 262-267, 275-276, 1975.

161. SZASZ, T.: The psychiatric will: a new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry. *American Psychologist*. 37:762-770, 1982.

162. TAYLAN, Y., ALTINÖZ, F., ŞENOL, M. VE ÖGEL, K.: *Şizofrenji Kitabı*. 1. baskı, İstanbul, Şizofrenji Yayınları, s. 55-72, 1994.

163. TAYLOR, F.K.: The Concepts of Illness, Disease and Morbus. 1 st ed., Cambridge University Press, 1979.

164. TEPE, H.: Etik ve Metaetik. 1. baskı, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, s. 6, 1992.

165. The Encyclopedia Americana. Grolier Inc., 1991.

166. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Tarih 13.1.1960, Sayı 4/1257.

167. TOSUN, Ö.: Akıl Hastası Suçluların Teşhisine Müteallik Usuli Meseleler. In: Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar). 1. baskı, İstanbul, Sulhi Garan Matbaası, s. 217-251, 1958.

168. TOULMIN, S.: How medicine saved the life of ethics. Perspectives in Biology and Medicine. 25:736-750, 1982.

169. Türkçe Sözlük. 6. baskı, Ankara, TDK Yayınları, Maya Matbaacılık, 1979.

170. Türkçe Sözlük. 1. baskı, Ankara, Dil Derneği Yayınları, Kurtuluş Ofset Basımevi, 1991.

171. VACCARINO, J.M.: Consent, informed consent and the consent form. New England Journal of Medicine. 298:455, 1978.

172. VAHL DAVIS, V.: How informed is the informed consent? Bulletin of Medical Ethics. 76:13-18, 1992.

173. VASSAF, G.: Cehenneme Övgü: Gündelik Hayatta Totaliterizm. 1. baskı, İstanbul, Ayrıntı yayınları, s. 41-57, 1992.

174. WOLF, S.M.: Honoring broader directives. Hastings Center Report, Supplementum. 5:58-59, 1991.

175. YILDIRIM, C.: Science: Its Meaning and Method. 1. baskı, Ankara, Başnur Matbaası, pp. 3-5, 7-8, 33, 1971.

176. YILDIRIM, C.: Bilim Felsefesi. 3. baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, s. 15-19, 1991.

177. ZEVLİLER, A., ORTAN, A.N.: Türk Medeni Kanunu - Borçlar Kanunu. 1, baskı, Ankara, Doruk Yayınevi, s. 55-56, 191, 1980.



Hekim-hasta ilişkisi tıp etkinliğinin temel öğesidir. Bu ilişkinin sağlıklı kurulması ve sürdürülmesi tıbbın tüm alanlarında önemli olmakla birlikte, tedavinin özel bir parçası olarak görüldüğü psikiyatride daha da büyük bir önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, psikiyatride hekim-hasta ilişkisi konusunda ruh hekimlerinin görüşlerini almak ve bu ilişkinin özelliklerini saptayacak bir veri tabanı oluşturmaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

*Aşağıdaki formu doldururken isim yazmanız gerekmektedir.

A- YAŞ:

B- CİNSİYET: () 1. Erkek () 2. Kadın

C- ÇALIŐTIĐINIZ KURUM: () Üniversite Hastanesi

() Devlet Hastanesi

() Sigorta Hastanesi

() Özel Hastane

() Diğer

D- AKADEMİK DURUMUNUZ: () Araştırma Görevlisi

() Uzman

() Doçent

() Profesör

E- MEZUN OLDUĞUNUZ TIP FAKÜLTESİ ve YILI:

F- İHTİSAS ALDIĞINIZ KURUM ve YILI:

G- İHTİSASA BAŐLADIĐINIZ YIL (Uzman olmayanlar için):

1. Hasta-hekim ilişkisinde hastayı bilgilendirme benim için önemlidir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

2. Hastalarım hem tanı hem de tedavi konusunda bilgi edinmek isterler.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

3. Koyduğum tanı konusunda hastalarımın bilgi veririm.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

4. Düşündüğüm tedavi konusunda hastalarımın bilgi veririm.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

5. Hastalarım hastalıkları konusunda verdiğim bilgileri kolay / doğru anlarlar.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

6. Hastalarım tedavileri konusunda verdiğim bilgileri kolay / doğru anlarlar.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

7. Benim açımdan bilgilendirme için en uygun zaman ilk görüşmedir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

8. Hastaya kullanacağı ilaçların yan etkilerini reçeteyi düzenlerken anlatırım.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

9. İlacın kesilmesi / değiştirilmesi için, "yan etki" açısından aşağıdaki seçenekleri lütfen değerlendiriniz.

- Yan etkilerin tedaviden beklenen yararı aşan riskli boyutlara ulaşması

- Hastanın yan etki konusundaki ısrarı

10. Psikiyatri klinik uygulamasında hastanın ya da onun temsilcisinin rızası olmadan, herhangi bir tedavi girişimi başlatılabilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

11. Vermiş olduğum bilginin tümüyle anlaşılıp anlaşılmadığını görüşme sırasında sınıyarak anlamaya çalışırım.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

12. Hastanın verilen bilgiyi yeterince anlamadığını saptadığımda bu durumun giderilmesi için yeniden çaba harcarım.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

13. Hasta yakınlarından bilgi almak gerektiğinde hastayı bundan haberdar ederim.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

14. Hastanın bilgilendirilmesi hekimin klinik uygulamasının bir parçasıdır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

15. Hastanın, hastalığının izin verdiği ölçüde bilgilendirilebileceğini düşünüyorum.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

16. Hastanın bilgilendirilmesi görevi ekibin diğer üyeleri (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire vb.) tarafından üstlenilebilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

17. Hastanın uygun biçimde bilgilendirilebilmesi hekimin yeteneğine bağlıdır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

18. Önerilen tedaviye hastanın rıza göstermesini beklemek hekimin hakkıdır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

19. Önerdiğim tedaviye hastanın rıza göstermemesi halinde öteki tedavi seçeneklerini de belirtirim / tartışırım.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

20. Hasta önerilen tedaviyi kabul etmediğinde hekimin onu bırakmaya hakkı vardır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

21. Hasta önerilen tedaviyi kabul etmese bile hekim onun tedavisinin devamı için yol gösterici olmalıdır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

22. Önerilen tedaviye hastanın rıza göstermemesi onun hastalığının ciddi olduğunu gösterir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

23. Önerilen tedaviye hastanın rıza göstermemesi onunla ilişkinin sağlıklı kurulmamış olmasından kaynaklanır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

24. Konsültasyon gerektiğinde hekim bunun için hastadan izin alır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

25. Hastanın konsültasyon işlemini kabul etmemesi nedeniyle tedavi edici hekim onu bırakabilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

26. Hasta hekimden konsültasyon yapılması için istekte bulunabilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

27. "Hasta hakları" hasta-hekim ilişkisinde hastaları korumak için gereklidir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

28. Hastanın haklarını kullanması hekimin hasta ile ilişkisinde ve hastanın tedavisinde olumsuz rol oynayabilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

29. Psikiyatride hastaya verilen bilgi tedaviyi riske sokabilir.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

30. Psikiyatri hastasının hekiminden bilgi istememesi buradaki hastalıkların yapısına bağlıdır.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

31. Hastanın bilgilendirilmesi işleminde zaman kısıtlılığı sorun olur.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman

32. Hastaların bilgilendirilmesinde standart formların kullanılması uygun olur.

- a. Her zaman
- b. Sıklıkla
- c. Bazen
- d. Seyrek olarak
- e. Hiçbir zaman



Hekim-hasta ilişkisi tıp etkinliğinin temelidir. Bu ilişkinin sağlıklı kurulması ve sũrdũrũlmesi hekimler kadar hastalar için de önemlidir. Bu alışma hekim-hasta ilişkisinin sağlıklı kurulabilmesi için gerekli özellikleri saptayacak bir veri tabanı oluşturmak amacıyla yapılmaktadır.

Katkılarınız için teřekkũr ederiz.

*Aşağıdaki formu doldururken isim yazmanız gerekmemektedir.

A- YAŞ:

B- CİNSİYET: () 1. Erkek () 2. Kadın

C- RENİM DURUMUNUZ: () Okur-yazar

() İlkokul

() Orta ğretim

() Yũksek okul

() Diğer

D- MESLEĞİNİZ: () Ev kadını

() İşçi

() Memur

() Serbest meslek

() Diğer

E- MEDENİ DURUMUNUZ: () Bekar

() Evli

() Boşanmış

() Eşi lmũř

() Diğer

F- NİÇİN BURADASINIZ?

G- BURASI NERESİ?

1. Hasta aynı sorun için birden çok doktorun görüşünü alabilmelidir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

2. Hekimler hastalarının ne düşündüğünü bilemezler.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

3. Ruh hekimi görüşmeden sonra hastada ne bulduğunu söylemelidir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

4. Ruh hekimi ile görüştükten sonra bende ne bulduğunu ona sorarım.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

5. Ruh hekimi ile görüştükten sonra bende ne bulduğunu ona sormak isterim, ancak çekinirim.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

6. Hekimler hastalarıyla teşhis konusunda konuşmakta isteksiz davranırlar.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

7. Tanının ne olduğu ilk görüşmede hastaya açıklanmalıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

8. Hekimin hastayı ilgilendiren konularda onun doğru karar verebilmesi için yeterli bilgiyi vermesi gerekir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

9. Hekimin sadece gerekli gördüğü bilgileri vermesi yeterli değildir, sorularımı da yanıtlamalı, süreç içindeki değişikliklerden de beni haberdar etmelidir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

10. Tedavi konusunda yeterli ölçüde açıklayıcı bilgi almak hastanın hakkıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

11. Bugüne kadar karşılaştığım hekimler tedavim konusunda bana bilgi verdiler.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

12. Gittiğim hekimin deneyimi ve aldığı eğitim konusunda bilgi edinmeye çalışırım.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

13. Hekimin bana verdiği bilgileri doğru olarak anlarım.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

14. Hekimin bana verdiği bilgileri anlamadığım zaman sorarım.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

15. Hekimin size verdiği bilgilerle ilgili olarak aşağıdaki seçenekleri, karşılarındaki açıklamalara göre, lütfen değerlendiriniz.

- Anlamadığım şeyi sormak isterim, ama çekinirim.

- Nasıl olsa daha sonra anlayacağımı düşünür, beklerim.

- Nasıl olsa hiç anlamayacağımı düşünür, dert etmem.

16. Verdiği bilgileri yeterince anlamadığımda hekimin tekrar anlatmasını beklerim.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

17. Doktor hastayla ilgili konular hastanını yakınlarıyla konuşacağı zaman önceden söyleyerek hastanın iznini almalıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

18. Hasta tedavisiyle ilgili kararlara katılmalıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

19. Tedavisiyle ilgili tedavi seçenekleri varsa seçimi hasta yapmalıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

20. Önerilen tedaviyi kabul etmeme hakkım vardır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

21. Hekim, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesini anlayışla karşılamalıdır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

22. Hekim önerdiği tedaviyi kabul etmeyen hastasını bırakabilir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

23. Önerilen tedaviyi kabul etmese bile tedavinin sonrası için hekimin hastaya yol göstermesi gerekir.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

24. Önerilen tedaviyi kabul etmediğimde hekimin ısrar etmesi beni zor durumda bırakır.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

25. Hastalığım ve tedavim konusunda bilgi edinebileceğim yazılı bir belge olması yararlı olur.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

26. Bana uygulanacak tedavinin yararları ve olası yan etkileri konusunda bilgi almak isterim.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

27. Hastalığım ve tedavimle ilgili tüm gerçekleri bilmek isterim.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

28. Hasta olarak haklarımın neler olduğunu tam olarak biliyorum.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

29. Hasta olarak haklarımı tam olarak kullanabiliyorum.

- a. Tümüyle doğru
- b. Genellikle doğru
- c. Kısmen doğru ve kısmen yanlış
- d. Genellikle yanlış
- e. Tümüyle yanlış

H- Hastaneye yatışınızda tedaviye izin verdiğinizi bildiren bir form imzladınız mı?

EVET ()

HAYIR ()

I- Bu formu imzalamadan önce hastalığınızla ve tedavisi ile ilgili bilgi aldınız mı?

EVET ()

HAYIR ()

J- Sizce hastanın haklarını kullanması hekimle olan ilişkisini olumlu etkiler mi?

EVET ()

HAYIR ()

TEŞEKKÜR

Gerek doktora eğitimim sırasında gerekse bu tezin hazırlanma sürecinde her zaman beni destekleyen, yüreklendiren ve yapıcı eleştirileriyle yol gösteren Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji (Tıbbi Etik) Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Yaman ÖRS 'e,

Tezimin teknik danışmanlığını üstlenerek onun kapsamındaki araştırmada işbirliğini, bilgisini, deneyimini ve olanaklarını benden esirgemeyen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Hocam Prof. Dr. Yıldırım B. DOĞAN' a,

Gerek yurt içindeki gerekse yurt dışındaki yazılı kaynaklara ulaşmam için görev duygusunun çok üstünde çaba gösteren Yüksek Öğretim Kurulu Dokümantasyon Merkezi çalışanlarına,

Araştırmamın sayımbilim (istatistik) açısından çözümlemesini yapmama yardımcı olan Gazi Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü Öğretim Görevlileri Dr. Esen GÜRBÜZSEL'e ve Kâzım HAKVERDİ'ye,

Araştırma formunu doldurarak tutum araştırmasına katkıda bulunan tüm ruh hekimi ve ruh hastalarına,

Eğitimime ve çalışmama, övgüleri ve eleştirileri ile ışık tutan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji (Tıbbi Etik) Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve doktora öğrencisi arkadaşlarıma,

Bu çalışmayı gerçekleştirebilmek için gerek duyduğum tüm koşulları sağlamak konusunda hiçbir özveriden kaçınmayan aileme, gerektiği zaman konuşmaları için eşim Şahin OĞUZ 'a, gerektiği zaman susmaları için kızım Deniz OĞUZ' a teşekkür ederim.

Çalışmamı, yaşamımın hiçbir döneminde bana olan güvenlerini yitirmeyen sevgili anneme ve babama adıyorum.